

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

EDMUNDO LIMA ZAGOURY

**O ESCOLAR COMO AGENTE DA TOMADA DE
CONSCIÊNCIA SANITÁRIA EM UMA ÁREA RURAL**

PORTO ALEGRE

2003

EDMUNDO LIMA ZAGOURY

**O ESCOLAR COMO AGENTE DA TOMADA DE
CONSCIÊNCIA SANITÁRIA EM UMA ÁREA RURAL**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação.
Área de estudo: Educação em Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DR. RICARDO BURG CECCIM

PORTO ALEGRE

2003

DEDICATÓRIA

A todos que ousam buscar mudanças que viabilizem a construção de um futuro melhor e a construção do direito à saúde como um projeto solidário de sociedade.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio e incentivo determinante de meus projetos.

À todos os meus filhos, pela evidência de que valorizam o desenvolvimento do que foi semeado com vida.

À todos os que possibilitaram a construção desta pesquisa, quer a Prefeitura Municipal de Mostardas, representada pela sua população; pelo Senhor Prefeito Municipal, Antônio Terra, e pelos seus Secretários Municipais da Saúde e da Educação, quer o Centro de Pesquisas em Odontologia Social e o Programa Especial de Treinamento em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

À Profa. Dra. Solange Bercht, cuja dedicação e envolvimento com a causa da saúde coletiva no enfoque participativo da Odontologia Social, contribuiu com a formatação dos instrumentos de pesquisas utilizados nesta tese.

Às Profas. Dras. Mirian Comiotto e Vânia Heredia, pela inestimável colaboração nas fases iniciais do presente trabalho.

À Profa. Dra. Beatriz Dorneles, pelas contribuições que redirecionaram a escrita final desta tese.

Ao Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim, que com sua visão de mundo, da gestão pública em Saúde e em Educação e, acima de tudo, sua determinação em partilhar, com cumplicidade, os mecanismos que permitem a criação continuada de novas realidades com mais justiça e participação social, trouxe minha tese à sua versão final.

À Sra. Nara Caudeic, pelo apoio na montagem e organização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por sua capacidade de acolhimento, ensino e proteção da pesquisa em ciências humanas.

RESUMO

O objeto deste estudo foi verificar a potencialidade de uma prática sistemática de educação em saúde na escola, tanto para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, como para viabilizar a tomada de consciência sanitária. O que se buscou defender é que, por meio de uma prática sistemática de educação em saúde na escola, se pode vir a alcançar a participação efetiva da população na condução do sistema sanitário e o estímulo ao desenvolvimento da autonomia em saúde.

Por tomada de consciência sanitária, propôs-se o entendimento da apropriação de uma sensação, percepção ou convicção de que a saúde configura um direito de todos e um dever do Estado, a ser assegurado com a participação da cidadania, com o acesso integral às ações e serviços requeridos em cada caso (com universalidade e equidade) e com incentivo ao poder local na gestão do setor. Por autonomia em saúde, propôs-se o entendimento da superação das relações verticais entre profissionais e usuários, entre saber científico e saber popular e entre serviços de saúde e população, bem como a desmonopolização do saber sanitário e a estimulação do cuidado de si, da valorização do próprio corpo e da disruptura com

preconceitos e discriminações (classe, geração, etnia, gênero e comportamentos sociais, por exemplo).

Embora a tese não tenha enfatizado claramente os aspectos da cidadania e da ruptura com preconceitos e discriminações, e embora o incentivo ao desenvolvimento local tenha ficado suposto ao enfoque dirigido às escolas públicas de zona rural com alunado das classes populares, entendemos que a tomada de consciência sanitária deva orientar quaisquer práticas de educação em saúde, e, em particular, quando realizadas na escola básica.

A tese problematiza o programa internacional conhecido como Criança para Criança, organizado em diversos projetos em vários países do mundo. Para esta tese, o Programa foi implementado de forma controlada e submetido ao tratamento estatístico de significância na incorporação de conteúdos cognitivos junto aos escolares e seu grupo social de um município do interior rural e litorâneo do Rio Grande do Sul, o município de Mostardas. Foi montado um programa de mensuração da conservação de conteúdos sobre saúde, ministrados aos escolares de duas escolas públicas de zona rural, oferecidos às classes populares e o potencial de disseminação desses conteúdos nos grupos sociais respectivos.

À luz da reforma sanitária brasileira, o Programa foi relido, estimando-se que pode gerar um movimento social por saúde em populações semelhantes. Considerando-se que constatamos, quantitativamente, a retenção e disseminação de conhecimentos pelos escolares e considerando-se que o espaço da escola é um espaço de aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver (a pedagogia que ganha vigor na contemporaneidade), então pode-se pensar um processo sistemático de educação em saúde com utilização amplamente favorável em zonas rurais, zonas de periferia, classes populares, populações de

áreas remotas ou semelhantes, inclusive pela condição de prioridade social em um país como o Brasil.

Foi o nosso desejo de ver a reflexão da Reforma Sanitária Brasileira incluída entre as temáticas que transversalizam o fazer pedagógico e o ensino na escola fundamental que trouxe para esta tese a revisão do Criança para Criança, com as críticas e perspectivas que sua problematização assumiu para a educação em saúde e saúde escolar. Embora o projeto de tese pensasse, no seu início, a criança como agente multiplicador na conscientização da população sobre os cuidados básicos à saúde, ao seu final, a tese defende, no papel da escola e de suas práticas pedagógicas, a inclusão do tema da saúde como contribuição à tomada de consciência sanitária, inserindo a saúde numa ampla compreensão da cidade, das políticas públicas e da construção da subjetividade com liberdade às singularidades, ampliando a autonomia no cuidado de si e a solidariedade na ação política em sociedade, ao realizar a educação da criança.

ABSTRACT

This study had the purpose of checking the potentiality of a systematic health education at school, in order to develop practices that promote the health and prevent diseases, as well as to provide the necessary tools to build the sanitary awareness. We have tried to support the idea that, through a systematic health education at school, we might achieve an effective participation of the population in the management of the healthcare system and the incentive to develop the autonomy in health issues.

As to the sanitary awareness, we advocate for the understanding and consciousness that the health is a right conferred to all and a duty of the State, which is guaranteed by the citizen's participation, by the integral access (universal and equitable) to actions and services required by each case, and motivating the local authorities to manage the healthcare system. Concerning the autonomy in health, we proposed that the vertical relations between professionals and users, between scientific knowledge and popular knowledge, and between healthcare services and population should be overcome. We also defended the des-monopolization of the sanitary knowledge, the personal healthcare encouragement, the valorization of one's own body, and the disruption of prejudices and discriminations.

The thesis poses a problem on the international program known as “Child-to-Child” that develops several projects throughout the world. This program was implemented in a controlled way and submitted to the statistical significance treatment. It was established a program to assess the continuance of a subject related to healthcare, taught to students of public schools in the rural area and to popular classes, and the potential of propagation of those contents to their respective social groups.

The Program was read once again under the light of the Brazilian sanitary reform, and it has been estimated that it can generate a social movement for healthcare in similar populations. Considering that we quantitatively noticed the retention and the spreading of the knowledge by the students, and considering that the school space is a space where they learned to know, they learned to do, they learned to be, and they learned to live together (the pedagogy that is being strengthened in the contemporary time), one can think about a systematic process of health education to be widely used in rural areas, suburban areas, among popular classes and populations from remote areas or similar.

It was the desire for the reflection on the Brazilian Sanitary Reform at the basic school, which brought to this thesis the review of the Child-to-Child program, together with the critics and perspectives that arose from the problems posed concerning the health education and the school health, because in spite of the fact that the thesis project deemed the child as a multiplying agent of the sanitary awareness of the population, nowadays we don't have any doubt that this is the role of the school and of its pedagogic practices, while carrying out the child's education.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, na pergunta sobre para que servem os dentes	126
GRÁFICO 2 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, na pergunta sobre o que é importante para evitar a cárie	127
GRÁFICO 3 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, na pergunta sobre quando deve-se escovar os dentes	128
GRÁFICO 4 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, na pergunta sobre quando a gente mesmo examina a boca e o rosto, o que a gente tem de procurar.....	129
GRÁFICO 5 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, na pergunta sobre porque os dentes de leite são importantes	130
GRÁFICO 6 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, na pergunta sobre o que fazer quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias	131
GRÁFICO 7 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, considerando todas as 16 questões sobre saúde bucal.....	133
GRÁFICO 8 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, considerando as 6 questões de resposta múltipla sobre a saúde bucal.....	134
GRÁFICO 9 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, considerando as 10 questões de resposta única sobre saúde bucal.....	135

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização da amostra de escolas rurais de Mostardas/RS	84
TABELA 2 - Distribuição da amostra dos escolares por tipo de escola municipal rural.....	94
TABELA 3 - Distribuição por série escolar da amostra de escolares.....	94
TABELA 4 - Distribuição por sexo da amostra de escolares.....	94
TABELA 5 - Distribuição da amostra dos escolares por idade.....	95
TABELA 6 - Situação de moradia da criança com os pais.....	96
TABELA 7 - Número de irmãos que moram na casa com a criança	96
TABELA 8 - Número de pessoas que residem na casa	97
TABELA 9 - Tipo de casa em que moram os escolares	97
TABELA 10 - Idade da mãe	97
TABELA 11 - Situação de trabalho da mãe e do pai.....	98
TABELA 12 - Situação de escolarização da mãe: a mãe estudou na escola?.....	99
TABELA 13 - Situação de escolarização do pai: o pai estudou na escola?	99
TABELA 14 - Situação de alfabetização da mãe: a mãe sabe ler?.....	99
TABELA 15 - Situação de alfabetização do pai: o pai sabe ler?	99
TABELA 16 - Situação de alfabetização da mãe: a mãe sabe escrever?.....	100
TABELA 17 - Situação de alfabetização do pai: o pai sabe escrever?	100
TABELA 18 - Número de anos completos de escolaridade da mãe	100
TABELA 19 - Número de anos completos de escolaridade do pai	101
TABELA 20 - Segundo os escolares, para que servem os dentes	102
TABELA 21 - Segundo os escolares, como se evita a cárie	103
TABELA 22 - Segundo os escolares, quando se deve escovar os dentes	104
TABELA 23 - Segundo os escolares, o que procurar no exame da própria boca e do rosto	105

TABELA 24 - Segundo os escolares, para que os dentes de leite são importantes	105
TABELA 25 - Fumo e bebida alcoólica podem dar câncer na boca.....	106
TABELA 26 - Conceitos dos escolares sobre a saúde bucal	107
TABELA 27 - Expectativa de aquisição de conhecimento pelo escolar	108
TABELA 28 - Hábitos de higiene dos escolares	109
TABELA 29 - Segundo os escolares, quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias, o que se deve fazer	109
TABELA 30 - Com quem o escolar falou sobre saúde bucal após a Educação em Saúde	110
TABELA 31 - Quais informações o escolar repassou sobre a saúde bucal.....	111
TABELA 32 - Ocorrência de ida ao dentista após o recebimento de informações por qualquer membro do grupo social	112
TABELA 33 - Ocorrência de ida ao dentista após o recebimento de informações em saúde, conforme o membro do grupo social.....	112
TABELA 34 - Segundo a população, para que servem os dentes	114
TABELA 35 - Para a população, o que é importante para evitar a cárie.....	114
TABELA 36 - Para a população, quando se deve escovar os dentes.....	115
TABELA 37 - Para a população, o que deve ser procurado no auto-exame da boca e do rosto	116
TABELA 38 - Medidas de prevenção para a saúde bucal, segundo a população.....	118
TABELA 39 - Hábitos da população na prevenção em saúde bucal.....	119
TABELA 40 - Realização pela família de revisões no dentista	120
TABELA 41 - Revisões no dentista, segundo membros da família, para a população.....	120
TABELA 42 - Consumo de alimentos açucarados, segundo a população	121
TABELA 43 - Mudanças na quantidade de açúcar na alimentação no último mês, segundo a população	121
TABELA 44 - Compra de escova de dentes pela família no último mês.....	122
TABELA 45 - Auto-exame da boca no último mês, segundo membros da família, para a população	122
TABELA 46 - Membro da família que examinou a boca no último mês, segundo a população	123
TABELA 47 - Situação de fala da criança sobre alguma coisa que tenha aprendido na escola sobre saúde da boca.....	124
TABELA 48 - Conteúdo de saúde bucal abordado pela criança com a família/grupo social	124
TABELA 49 - Conduta quando se detecta feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias, segundo a população e situação de visita atual ao dentista	125
TABELA 50 - Variações no número de acertos para os pré e pós-testes realizados com escolares e população	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPOS - Centro de Pesquisas em Odontologia Social.

FAO - Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PET-Odonto - Programa Especial de Treinamento em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PIB - Produto Interno Bruto.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

SUS - Sistema Único de Saúde.

Ufrgs - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Unesco - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância e Juventude.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 O PEDIATRA, A CRIANÇA, A ESCOLA BÁSICA E A NECESSIDADE DE PESQUISAR E DISCUTIR	38
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	52
3.1 Reforma Sanitária Brasileira: excertos.....	59
3.2 Educação, população e rede de serviços de saúde.....	64
3.3 Ação pedagógica	72
4 ESTUDO COM UMA POPULAÇÃO RURAL DAS CLASSES POPULARES	77
4.1 Área geográfica estudada.....	77
4.2 Delineamento do estudo	80
4.3 População estudada	82
4.4 Planejamento da investigação	83
4.5 Delimitação da amostra	88
4.6 Métodos de avaliação	90
5 EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, POTÊNCIA PARA A TOMADA DE CONSCIÊNCIA SANITÁRIA	93
5.1 Perfil dos escolares pesquisados.....	93
5.2 Aspectos socioeconômico-culturais	95
5.3 Conhecimentos do escolar	102
5.4 Comparação dos hábitos de higiene dos escolares antes e depois de receber informações sobre saúde bucal	108

5.5	Repasse de informações sobre saúde bucal para o próprio grupo social, segundo os escolares.....	110
5.6	Comparação do conhecimento da população, antes e depois de receber informações dos escolares sobre a saúde bucal.....	113
5.7	Comparação dos hábitos de higiene da população, antes e depois de receber informações dos escolares sobre saúde bucal.....	118
5.8	Repasse de informações sobre saúde bucal pelos escolares, segundo a população.....	123
5.9	Comparação do desempenho do escolar e da população no pré e no pós-teste.....	125
5.10	Comparação do desempenho do escolar e da população no pré-teste e no pós-teste.....	131
6	CONCLUSÃO.....	141
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	150
	ANEXOS.....	158
	ANEXO 1 - Guia de Capacitação de Professores para a Educação em Saúde Bucal.....	159
	ANEXO 2 - Guia de Educação em Saúde Bucal para escolares.....	176
	ANEXO 3 - Questionários para os Escolares e para População: Pré e Pós-Teste.....	180
	ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	201
	ANEXO 5 - Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.....	202

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, país continental, com uma enorme gama de problemas sociais, apresenta, na área de saúde, um quadro de desigualdades e injustiça social. Uma população com índices de crescimento demográfico ainda elevados; uma concentração de renda com grave exclusão social; contingentes populacionais imersos na miséria; contingentes populacionais residindo em moradias inadequadas, até aviltantes à condição humana, constituídas por unidades de dimensões exíguas, abrigando um elevado número de pessoas, sem saneamento básico e que se multiplicam, especialmente, nas cidades maiores, atrativas ao abandono do campo. Soma-se a isso um elemento extremamente importante, fundamental até, como agravante deste quadro deprimente, que é a baixa escolaridade dessas parcelas da população, o que dificulta em muito e, em algumas situações, até mesmo, impede qualquer processo de mudança que implique a participação social como ato político de luta por saúde pelo escasso acesso à informação em saúde, desconhecimento do ordenamento legal do sistema de saúde e desconhecimento de políticas comparadas de organização da atenção integral à saúde.

Neste contexto, são mais atingidas pelos prejuízos à saúde as crianças, por serem mais vulneráveis do ponto de vista biológico. Elas sofrem os efeitos deletérios

e, às vezes, irreversíveis da desnutrição; elas pagam o elevado ônus de comporem as estatísticas da má qualidade de vida e desenvolvimento humano, alimentando os índices de mortalidade infantil às custas de patologias evitáveis ou facilmente curáveis; elas fornecem o grande contingente de aprendizes da rua, cuja violência é crescente em nosso meio.

É neste ambiente, onde se mantém em ebulição conhecimentos médicos, conhecimentos educacionais e vida real que atualizamos e presentificamos a Educação em Saúde.

As ações governamentais, muitas vezes, são inócuas e, em alguns momentos, voltadas apenas a satisfazer, prioritariamente, interesses de grupos, mesmo quando colidem com os da população alvo dos programas da política neoliberal. A população, por outro lado, submetida, historicamente, às condições de degradação social, acomoda sua triste realidade, descrendo em mudanças e colocando-se impotente para reverter a grave situação a que está determinada sua própria saúde.

O Brasil, numa retrospectiva dos anos de 1970, época do *milagre do crescimento econômico*, apresentava um perfil de saúde sombrio, revelando o óbito de 45 crianças por hora. Das 600.000 crianças que morreram por ano, 70% (420.000) tinham desnutrição. Da população infantil brasileira, na época, 53% tinha desnutrição, sendo que desses, 63% de 1º e 2º graus. Do universo de crianças brasileiras, aproximadamente 1/3 eram carentes e abandonados (Moreto, 1985, p. 36). Na zona rural, aproximadamente 1/4 da população entre os 5 e os 9 anos de idade estava sem escola (Moreto, 1985, p. 47).

A prevalência da desnutrição diminuiu em mais de 60% nas diferentes regiões do país e nos diferentes extratos sociais da população, no período de 1985 a 2000.

Vigendo, entretanto, uma ampliação do diferencial da prevalência da desnutrição entre pobres e ricos (Mondini; Monteiro, 1995, p. 25-38).

Para um índice de mortalidade infantil geral de 58,9‰ e uma expectativa média de vida de 68 anos, o Brasil estava muito distante da média de 15‰ dos países mais desenvolvidos, quanto à mortalidade infantil, e da expectativa de vida de 71, 75 ou 78 anos, como a encontrada em Cuba, Estados Unidos e Japão, respectivamente (Moreto, 1985, p. 58).

No contexto nacional, o Rio Grande do Sul já ocupava uma posição privilegiada, quanto ao coeficiente de mortalidade infantil. Em 2001, o coeficiente gaúcho de mortalidade infantil caiu para 15,68‰ (Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2001). Entretanto, é importante considerar que este dado avalia o contexto geral do estado e não mede a realidade vivenciada em alguns municípios mais pobres do interior rural, onde a mortalidade infantil geral atinge 40‰ ou nos bolsões de miséria que encontramos nas grandes cidades brasileiras, mesmo naquelas que apresentam índices demográficos diferenciados. Esses bolsões cada vez mais proliferam em nosso País, fruto da migração da população e, principalmente, da má distribuição de renda e do aumento progressivo da distância econômica entre os mais pobres e os mais ricos.

Um dos destacados estudos latino-americanos, que comprovava a possibilidade diferencial de morrer na infância segundo a classe social, foi realizada por Behn na Costa Rica (Behn, 1980). Esta investigação comprovava que o risco de morrer nos primeiros anos de vida estava diretamente relacionado com a ocupação do pai ou com o modo como ele se inseria na produção. Assim, sabemos que a possibilidade de uma criança, filha das classes pobres urbanas, morrer antes dos dois anos de idade é quatro vezes maior do que a de uma criança das classes

médias ou altas. Já o risco de uma criança das classes pobres rurais é cinco vezes maior.

Um estudo realizado na Inglaterra confirmou que a mortalidade era sistematicamente mais alta entre os operários. Esta situação se reproduziu em todos os grupos de idade (Fox, 1977). Outro estudo, também na Inglaterra, demonstrou uma maior mortalidade nas classes populares (Saracci, 1978). Tal situação foi encontrada mesmo com acesso adequado aos serviços de saúde de toda a população inglesa e a melhoria de suas condições de vida, especialmente, no período de 1921 a 1972 (Katz, 1997). Essa mudança ocorreu no campo do consumo, sem interferir nas relações sociais de produção ou na divisão de classes da sociedade.

Por outro lado, o perfil das doenças de uma determinada população muda com o momento histórico, segundo o modo particular de combinarem-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção. As necessidades das classes dominantes, entretanto, são as que se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em seu conjunto, escondendo o caráter social do processo saúde-doença (Conti, 1972).

Os movimentos sociais que ocorreram no mundo, especialmente a partir dos anos 70 do século passado, têm modificado progressivamente a estrutura familiar. Há uma incorporação continuada da mulher e dos filhos menores na força de trabalho pela necessidade de aumentar o orçamento familiar. Esta participação na força de trabalho tem tido reflexos no abandono da escola e na desintegração do suposto núcleo familiar, o que aliado às péssimas condições de vida e conseqüente violência social a que está submetida grande fatia de nossa população pobre, estimula a criminalidade nas suas múltiplas facetas.

A desigualdade e injustiça social tem sua face mais dura e desumana na fome e desnutrição. A alimentação representa condição de sobrevivência e, como tal, é prioridade absoluta para qualquer ser vivo. Em 1943, quarenta e quatro Governos reunidos em Hot Springs, Virgínia, Estados Unidos, comprometeram-se em fundar uma organização permanente para a agricultura e a alimentação. Em 1945, já sob os auspícios da ONU, foi criada então a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), agência especializada das Nações Unidas para a produção agrícola e de alimentos, seu consumo e vigilância sanitária. Na sua primeira conferência em Quebec, Canadá, naquele ano, foi estabelecida, como proposta de ação, a transferência de conhecimentos especializados e tecnologia à população rural, bem como a sensibilização para as questões agrícolas e ambientais, resguardando-se cada cultura. Como pensar em saúde diante de uma população que experimenta a vivência da fome, ingerindo diariamente menos que o mínimo recomendado pelas Nações Unidas?

O estado nutricional de qualquer conglomerado humano traduz a sua maior ou menor potencialidade na busca de seu mais completo bem estar (Helena; Marcondes; Nunes, 1994, p. 83-88).

A desnutrição presente em grandes contingentes populacionais, especialmente, nos países periféricos ao capital global, é, por sua própria natureza, um dos maiores limitadores de saúde da população. Ela limita a saúde e restringe as possibilidades da educação, atingindo sobremaneira a criança. Essa abandona a escola, atraída por subempregos sazonais, que a exploram, fazendo-a perder oportunidades de qualificação e, assim, superar os fatores que tolhem o seu bem estar. O distúrbio psicossocial gerado por tal mecanismo é da ordem de 10 a 15% na população rural (Moreto, 1985, p. 49). A conseqüência é a migração, que configura

cinturões periféricos aos centros urbanos maiores, e que leva ao distanciamento grave dos valores socioculturais e afetivos das localidades de origem, aumentando a faixa dos distúrbios psicossociais para 33% na área urbana (Moreto, 1985, p. 51). Estes distúrbios se traduzem pela habitação precária nas favelas; diminuição do convívio familiar pela quantidade de horas gastas nos meios de transporte coletivo; pela poluição; pelo subemprego; pela prostituição; pela mendicância; pela delinqüência; pelas drogas; pelos maus tratos; pelo abandono crescente; pela criminalidade impune e pela insegurança social.

Os problemas de saúde estão intimamente ligados aos problemas de cidadania, vinculados à estrutura econômica, cultural e social. Não se pode pensar em promoção da saúde sem políticas sociais e econômicas de proteção da vida e de proteção psicossocial. As relações entre o Estado e o mercado são extremamente complexas no setor da saúde, o que exige um maior envolvimento público do que qualquer outra atividade (Baar, 1992).

Os sistemas de saúde são complexos por definição e extremamente variáveis, profundamente inseridos na realidade concreta de cada sociedade, o que restringe, em muito, as conclusões definitivas e universais (Oliveira; Oliveira, 1983, p. 79).

A desumanização em que resulta a pobreza, é primariamente um problema da má distribuição da riqueza, mas para ser corrigida precisa ser conquistado acesso à educação e à saúde. A partir daí, melhorar a consciência da população como meio de ampliação da autonomia necessária à realização da cidadania (Giroux, 1987). Somente ela irá permitir a verdadeira capacitação da população para a construção política necessária a uma mudança que se traduza em democracia e equidade (transformação social). Somente o acesso cidadão à educação e à saúde

possibilitará a participação construtiva de cada indivíduo como autor do processo de edificação da democracia e da saúde coletiva.

A elevação dos estados de saúde de uma população exigem mudança nas condições de vida e de trabalho das pessoas e no ambiente. O desenvolvimento de ambientes que permitam às pessoas viverem vidas mais saudáveis tornou-se preocupação central da promoção da saúde, acrescentando-se à educação popular em saúde a dimensão do desenvolvimento local sustentável (Kickbush, 1996).

Conforme a Carta de Ottawa, aprovada no Canadá, e que chegou a se constituir em foco da nossa Xª Conferência Nacional de Saúde, os problemas de saúde são, em parte, uma consequência da educação popular, do desenvolvimento local e da promoção da saúde nos ambiente de vida, trabalho e moradia.

Tal documento, subscrito em 1986 por 38 países, se constituiu num dos mais importantes instrumentos referenciais da saúde coletiva. Ele define que *a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a prática social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde* (Carta de Ottawa, 1981). Ele reforça a importância da ação social no controle do próprio destino.

Ainda no Canadá, em 1974, surgiu o documento que ficou conhecido como Relatório Lalonde¹. Ele constatava a existência de problemas que afetam a saúde e não podem ser solucionados pelo setor específico, quando agindo isoladamente. Percebia-se, então, que diversos problemas só poderiam ser enfrentados por meio de ações intersetoriais e do maior envolvimento da população na mudança dos

¹ Lalonde foi Ministro da Saúde do Canadá. Liderou o documento intitulado “Uma Nova Perspectiva para a Saúde dos Canadenses”.

fatores e condições que afetam a saúde e o bem estar social. Essa proposta, teoricamente correta, não atingiu, na prática, os resultados propostos, especialmente, nos países periféricos ao capital global.

No Brasil, um processo de luta por democracia trouxe crítica à biologização da ação sanitária calcada em práticas individuais e centradas no hospital. Esse processo, ordenador da reforma sanitária brasileira, busca uma visão mais completa do indivíduo, tornando possível uma integração de ações políticas no campo governamental e ações técnicas e comportamentais na área operacional, como também, e, principalmente, tornou possível o controle da sociedade sobre todo o setor da saúde.

A VIIIª Conferência Nacional de Saúde definiu que a saúde é *resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* (VIIIª CNS, 1986).

Na verdade, três fatores são determinantes da saúde, conforme Costa (1992):

- a) o sistema social e econômico;
- b) o sistema de saúde que vigora em determinada área;
- c) os recursos humanos e científicos à disposição desse sistema, que são em grande parte um produto da Universidade.

Tal consciência determina os objetivos de transformação social na luta pela construção de uma saúde coletiva das populações. Para isso, é necessário planejar e executar um sistema sanitário que parta da realidade local, que esteja de acordo com a necessidade de uma atenção integral aos problemas de saúde e que, decisivamente, incorpore a participação popular. Tal proposta requer um enfoque essencial na educação popular em saúde, além da ação social pela prevenção de

patologias prevalentes, revelando a crise de insuficiência da medicina liberal (Hatzfeld, 1965, p. 133). De um lado, o fortalecimento da cidadania e, de outro, o descentramento das ações de cuidado sanitário do hospital para o cotidiano, ampliando a oferta de atenção à saúde, a socialização do conhecimento em saúde e ampliação das ações de promoção à saúde.

Conforme Laurell (1982, p. 169), no final dos anos sessenta do século passado, início da crise do modelo de Saúde Pública desenvolvimentista, era postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhoria das condições de saúde. O que veio sendo observado foi uma mescla de *patologias da pobreza com patologias da riqueza*.

Diante do crescimento econômico e face ao agravamento concomitante das condições de saúde da população brasileira no período desenvolvimentista, poder-se-ia, pressupor que não existiu relação entre o grau de desenvolvimento econômico e as condições coletivas da saúde, mas tal fato é questionável quando, por exemplo, comparamos a situação de saúde de dois países pobres latino-americanos, como Cuba e México (Laurell, 1985, p. 175). Embora as condições socioeconômicas sejam precárias, Cuba apresentava indicadores de saúde para a sua população com índices superponíveis aos dos países mais desenvolvidos, quando, ao contrário, o México, tendo priorizado a linha desenvolvimentista, apresentava indicadores compatíveis com os países pobres (Laurell, 1982, p. 177). O que se pode dizer é que crescimento econômico e distribuição de renda são absolutamente necessários, mas, também, que o acesso à informação em saúde e nos cuidados requeridos em cada caso são igualmente necessários.

Assim, falamos de uma Saúde Coletiva que, ao contrário da Saúde Pública ou da Medicina Preventiva, busca repensar a saúde em uma dimensão ampliada (Katz;

Peberdy, 1997, p. 124), em que todos os fatores de qualidade de vida devem ser pensados à luz do desenvolvimento social e econômico, onde a luta por democracia é componente reconhecido.

A medicina integral ou *comprehensive medicine*, com um enfoque de família (saúde da família), numa ação integrada no plano da ação social direta inclui um olhar importante para os aspectos sociológicos, ecológicos e antropológicos, além dos tradicionais aspectos demográficos e epidemiológicos. Por outro lado, sob o ponto de vista político-ideológico, a saúde coletiva busca a prevenção com uma ação abrangente e desloca o seu eixo para o desenvolvimento da sociedade (Buck, 1996).

Como a iniquidade do direito à saúde expressa uma concentração de renda cada vez maior e que se traduz numa pobreza em cifras que se elevam continuamente na violência (que gera a insegurança social), no nível educacional precário e na deterioração progressiva do meio ambiente, temos um conjunto de fatores sociais que conferem uma má qualidade de vida ao nosso povo e que repercutem direta e indiretamente nas suas condições de saúde (Paim, 1994). Então, não basta a medicina no enfrentamento das patologias, mas a mudança contextual com o enfoque que contemple, concomitantemente, os aspectos coletivos e sociais.

Assim, a interdisciplinaridade, que possibilita a construção de um conhecimento ampliado de saúde, e a multiprofissionalidade, que viabiliza uma ação sinérgica e mais abrangente, tem, na Saúde Coletiva, a perspectiva única de pensar/agir a um só tempo de uma forma global e específica. Ela parte da investigação, da compreensão e da interpretação da produção social da saúde e das

doenças e da organização e operacionalização dos Serviços de Saúde numa abordagem integrada e integradora do homem.

A Saúde Coletiva, ao introduzir as vivências humanas no campo da saúde, insere, também, no seu âmago, as dimensões éticas e políticas que revitalizam o discurso biológico (Birman, 1991, p. 196).

O saber/fazer da Saúde Coletiva precisa ter, a um tempo, uma visão do todo e da parte, isto é, dos determinantes sociais da doença e da organização operacional dos serviços de saúde e as variáveis simbólicas, éticas e políticas que traduzem a dimensão ampla do contexto ao lado das variáveis biológicas que contemplam o conteúdo da parte específica do processo (Costa, 1992, p. 77).

A reforma sanitária brasileira preocupa-se com a mudança paradigmática que nos permita transitar do paradigma flexneriano (Flexner, 1910) para outro, mais abrangente, que envolva a compreensão da produção social da doença. A mudança nos princípios até então incorporados levam à reforma sanitária uma revisão conceitual no que diz respeito à saúde *inteira* e não somente no que diz respeito à assistência.

O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença. Este aspecto focado na doença centra a atenção na ação médica e não na ação de saúde. O maior número de serviços de saúde não significa necessariamente mais saúde (Wilkins; Adams, 1983, p. 223-242), como também maior equidade na atenção médica não significa maior equidade em saúde, conforme demonstrado em estudos realizados na Inglaterra e no Canadá (Wilkinson, 1986, p. 86-93).

Faz-se necessário um novo paradigma que observe a saúde no seu aspecto processual, como expressão da ação da sociedade sobre todos os fatores que são

determinantes e/ou condicionantes dos estados de saúde. Trata-se da visão social da saúde fundada na teoria da produção social da saúde e doença (Schnitman, 1986, p. 67-74).

Esse novo paradigma, entretanto, já admitido sem reservas por todos os setores governamentais, não encontrou até aqui, o seu necessário atendimento político e a necessária gestão pública. Não existe suficiente ação político econômica, mas, também, não existe suficiente consciência da população e dos profissionais da saúde. Todos os elementos essenciais na necessidade premente de mudança na saúde não surgem espontaneamente, como fruto de uma decisão unilateral, seja dos gestores, seja dos formadores ou das instâncias de controle social da saúde. São os resultados da conquista continuadas de toda a sociedade. Um processo longo, cuja trajetória é eivada de dificuldades impostas pelos interesses contrariados, pela simples acomodação dos que não tem coragem de mudar e pela negação das próprias leis de proteção da cidadania.

Isto significa que para trilhar este caminho difícil é necessário enorme persistência, tenacidade até. Executar ações de nível local, sem perder a dimensão de extensões geográficas maiores que organizam regiões e o próprio Estado. Planejar as ações com a participação das lideranças municipais, à luz da sua realidade própria; organizar equipes de trabalho com motivação social, dispondo de tempo e dedicação para a atuação participativa junto à população e realizar o trabalho de educação e de assistência à saúde configuram uma atenção integral de superior qualidade e desafiam um ordenamento do Sistema de Saúde com base humanística.

O primeiro passo nessa caminhada comum, materializa-se na construção continuada da educação popular em saúde, ampliando-se a compreensão da

população quanto ao seu próprio processo de saúde e quanto à sua conseqüente participação afirmativa no sentido das mudanças, para que se exerça o controle social ao mesmo tempo que se amplie a autonomia sobre os cuidados de saúde.

Os precários índices constatados nos indicadores sociais e de saúde, embora mais favoráveis no Rio Grande do Sul do que na maioria dos estados brasileiros, exigem medidas que mudem definitivamente a atuação do setor da Saúde. Para tal, é fundamental o conhecimento pela população por meio da educação popular em saúde, pois as ações necessárias à promoção da saúde envolvem medidas de impacto sobre diversos setores das políticas públicas.

Estudos realizados na América Central demonstraram que a taxa de mortalidade infantil em crianças nascidas de mulheres analfabetas era três vezes maior do que a de crianças nascidas de mulheres alfabetizadas. Na Guatemala e Honduras, no mesmo estudo, a taxa de mortalidade infantil diminuiu progressivamente de 100/1000 nascidos vivos entre mães analfabetas para 40/1000 entre mães com nove anos de escolaridade (Cepal/Celade, 1988, p. 58). Nos EUA, no período de 1974 a 1987, a prevalência de fumantes diminuiu de 39% para pessoas com menos de 12 anos de escolaridade para 7% para pessoas com mais de 16 anos de escolaridade (U. S. Department of health and human services, 1990, p. 35).

Neste contexto, a proposta da integração do setor da saúde com o desenvolvimento social e o acesso aos direitos coletivos na sociedade traz um olhar especial à escola. A potência da escola, como agência social de multiplicação da ação educativa em saúde, não pode ser minimizada. O escolar, como agente de multiplicação da ação educativa na busca da educação popular, com domínio dos aspectos eminentemente preventivos em saúde, refletiria uma maior autonomia da

população na proteção da própria saúde. A escolarização realiza a mais importante oportunidade de inclusão social. Investir na informação em saúde na escola ou investir em ações educativas para a saúde na escola significa colocar em questão com escolares e professores, pais e funcionários de escola, com grupos familiares da comunidade escolar e com grupos sociais locais o que se entenda e se que por saúde e como a saúde reflete a vida individual e coletiva.

A integração da saúde e da educação por meio do escolar não busca simplesmente a ação sobre a conduta dos indivíduos, mas, ao contrário, atua sobre as condições do ambiente e da vida que afetam a saúde (Kickbush, 1996, p. 36). A prevenção de acidentes de trânsito, por exemplo, exige além da informação à população, medidas essenciais, tais como a criação de áreas para pedestres e veículos separadas entre si, a limitação da velocidade e o planejamento urbano. A educação para a prevenção é, necessariamente, apenas um componente quando se pensa a promoção da saúde.

A promoção da saúde extrapola os limites do setor da saúde, exigindo uma ação sinérgica, interdisciplinar e intersetorial na busca de criação das condições favoráveis à saúde, considerando-se o caráter essencialmente político da sua proteção.

Uma proposta feita ao Governo Estadual do Rio Grande do Sul gerou, no passado, a assinatura de um convênio entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Educação, englobando todos os municípios do litoral norte do estado, então pertencentes a área geográfica da 2ª Regional de Saúde, com o objetivo de integrar ações comuns junto ao escolar, na busca da ampliação da informação em saúde, quanto aos aspectos de prevenção de doenças e inserção de questões relacionadas

à promoção da saúde na prática pedagógica com a ajuda de técnicos da área da saúde, buscando sua inserção no cotidiano da escola².

Este programa educativo na sua fase experimental foi implantado em três municípios do Rio Grande do Sul, cada qual com marcadas características próprias e diferenciados entre si, mas na mesma regional de saúde: Barra do Ribeiro (município da microrregião da Costa Doce), Osório (município da microrregião do Litoral) e Charqueadas (município da microrregião das Minas).

Durante os anos de 1987 a 1990, foi implantada em algumas escolas municipais dessas três cidades uma ação educativa em saúde, composta por módulos no campo eminentemente preventivo, englobando aspectos de imunizações; prevenção de verminoses; aspectos de crescimento e desenvolvimento infantil; saúde bucal; aleitamento materno; controle e conservação de alimentos; noções de controle sobre os principais vetores de algumas doenças predominantes na área; noções sumárias de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; riscos do uso indevido de drogas; importância do saneamento básico; acidentes mais comuns na infância e sua prevenção; aspectos do desenvolvimento da puberdade e da adolescência e cuidados com o ambiente. As informações educativas eram repassadas aos professores das escolas municipais de ensino fundamental por técnicos da Secretaria Estadual da Saúde e tais professores, repassavam essas informações aos alunos em um programa escolar de educação em saúde.

O objetivo inicial era verificar, independentemente das características diversificadas de cada município, a possibilidade prática de implantar, como currículo escolar, uma proposta programática de ensino relativo à saúde. As escolas públicas,

² Tal proposta foi experienciada em nosso meio em três cidades, nos anos de 1987 a 1990, quando o

especialmente nas periferias e regiões rurais nos pequenos municípios e áreas de baixa densidade populacional, são potencial ou efetivamente espaços integradores das diferentes políticas sociais. Por isso, essas escolas não podem desconsiderar o baixo acesso das crianças, suas famílias e grupos sociais à informação em saúde, aliado às más condições de vida e saúde, evidenciadas por indicadores de morbidade, mortalidade, alimentação, acidentes e participação em saúde.

Durante a experiência, buscou-se desenvolver um trabalho de investigação científica com o objetivo de identificar a construção da consciência sanitária e/ou a acumulação de conhecimento em saúde por intermédio da criança em idade escolar.

Por consciência sanitária, utilizando a obra de Berlinguer (1987), compreende-se a *tomada de consciência* de que saúde é um direito da pessoa e um interesse da sociedade. Como este direito é negado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo. Para tal, é fundamental o desenvolvimento de uma educação crítica que, numa interface com a saúde, favoreça o desenvolvimento da tomada de consciência da população e, por meio dela, possibilite a participação na construção continuada do seu próprio processo de saúde.

Entendemos que, por meio da construção da consciência sanitária, a população possa identificar, descrever e explicar os problemas de saúde da região onde vive, sem qualquer posição apriorística e possa compreender, além do campo fenomênico, a história e a geografia dos problemas que a atingem. Assim, estarão criadas as condições de base para uma participação consciente e construtiva da população no conjunto de operações intersetoriais, articuladas e destinadas a resolver os problemas locais de saúde, tendo presente a construção do sistema de saúde.

Na construção da saúde coletiva, tornou-se fundamental a ação participativa da sociedade como ator e não simples objeto no manejo desse processo continuado. (Teixeira, 1982). A participação espontânea e construtiva da população somente será evidenciada com um resultado significativo, se houver a necessária consciência sanitária na análise dos problema que a afligem, desde a sua origem, até suas conseqüências diretas e indiretas, bem como de todas as medidas necessárias ao processo de mudanças que se fizerem necessárias na organização social e na organização do sistema de saúde.

Como o problema em causa é a saúde coletiva, como construção social, um bem inalienável, a consciência popular deve se revestir da mais absoluta prioridade e necessária atenção dos próprios setores da saúde e da educação. Nesse contexto, buscamos analisar e mensurar a viabilidade de veicular-se, por meio do escolar, ações educativas em saúde, bem como ouvir e descrever a própria percepção da população em relação ao tipo de educação que se implementou.

O presente estudo se propôs à mensuração de resultados na transferência de conhecimentos em uma população rural das classes populares, impondo-se, por necessidades operacionais, a escolha de um módulo como protótipo que permitisse a sua quantificação em tempo hábil, sem prejuízo da inferência desses resultados a serem extrapolados a outros módulos, cujos conteúdos também pudessem ser veiculados para a população pelos escolares.

Foi selecionado um dentre os módulos do programa de ação educativa referido. Procurou-se evitar a multiplicidade de módulos de ensino e a diversidade geográfica, reduzindo assim os riscos de vieses que pudessem distorcer os resultados a serem obtidos. Escolhemos o tema *saúde bucal* como veículo para a constatação da ação do escolar no seu grupo social por ser de mensuração mais

ágil. A multiplicação de informações em saúde junto à população é um caminho para a maior autonomia (e conseqüente envolvimento) na construção da saúde coletiva, pelo menos no maior domínio do cuidado com seu corpo e na insubordinação à técnica como superior à cidadania.

A articulação entre as faces técnica e ética do trabalho, muito além das questões de relacionamento interpessoal entre o profissional e o usuário das ações e serviços de saúde, diz respeito às relações entre usuários e serviços de saúde, podendo essas relações constituírem-se como espaço legítimo do exercício da cidadania, comportando-se cada qual como autor do processo de mudanças e de transformação social (Schraiber, 1995), na qual a maior consciência sanitária tem poder de romper com a subordinação da população e com a dominação dos profissionais e dos serviços.

Assumiu-se que é possível educar em saúde, buscando, por meio da informação e da formação, prevenir o aparecimento ou, pelo menos, atuar previamente, em tempo hábil, sobre as doenças prevalentes e disseminar conhecimentos que não deveriam ficar aprisionados nos *conselhos médicos*, nos serviços de saúde ou na literatura especializada. Buscou-se, em uma maior integração da educação com a saúde, os recursos fundamentais para o desenvolvimento de uma consciência da população sobre direito à saúde e a socialização de instrumentos de saber em saúde bucal.

Procurou-se avaliar os resultados de um processo educativo, especificamente, o repasse da informação em saúde bucal, contando-se com o escolar como agente da tomada de consciência, utilizando o enfoque do programa *Criança para Criança* orientado pelo acesso à educação em saúde, e, assim, medir a potencialidade de tal programa na acumulação de conhecimento e sua operação

como uma ação coletiva e de mobilização da comunidade escolar para chegar à consciência sanitária.

O aspecto novo que se introduziu no programa *Criança para Criança*, que será explicitado a seguir em sessão específica, além da avaliação e análise do processo pedagógico em si, foi a verificação da repercussão da realização do programa na população envolvida.

A proposta estudada não permite generalização para toda a educação em saúde, especialmente, numa visão mais contemporânea, mas buscou-se elementos de conteúdo da educação em saúde bucal para verificar a relevância de realizar a informação aos escolares, pensando-os como agentes de conhecimento e da tomada de consciência sanitária pela maior disseminação do saber e da autonomia em saúde.

Trata-se de uma formulação importante em termos de saúde coletiva e educação escolar, com o envolvimento concomitante das crianças e seu grupo social, como um projeto de autonomia em saúde, construção das lutas por saúde da população e defesa da cidadania em saúde.

Numa visão abrangente das interfaces que caracterizam a saúde coletiva, estariam participando educadores e pessoal da saúde para promover a informação e aprendizagem da criança para a tomada de consciência sanitária, pela ação e circulação do conhecimento acumulado. A partir do processo de educação, busca-se a cidadania integral e o exercício da liderança. A participação ativa em ações cotidianas e do interesse social é construtiva para as crianças no desempenho da liderança e da apropriação do estar no mundo com autoria e autonomia.

O desafio geral desta tese, afinal, está em colocar a promoção da saúde como parte do planejamento pedagógico da escola básica. Ela busca em uma

população rural e das classes populares, estimular a aquisição de informações para a proteção da saúde, a inserção do escolar em ações de educação em saúde que permitam/ viabilizem/estimulem o desenvolvimento da autonomia popular e individual pela oportuna busca de atitudes saudáveis de viver e conviver e de promover a insubordinação ao saber/às práticas autoritárias dos profissionais e serviços de saúde.

Diante do exposto, apresentamos esta tese de doutorado em educação: *O escolar como agente da tomada de consciência sanitária em uma área rural*, onde a tomada de consciência expresse a potência de transformação social pelo reconhecimento da saúde como direito das pessoas e interesse da sociedade.

A ambição da tese é maior que sua estruturação quantitativo-metodológica, mas entendemos válido aquilatar o potencial de retenção cognitiva das informações preventivas em saúde, uma vez que a experiência internacional do programa *Criança para Criança* se assenta sobre esta base. O potencial de agenciamento subjetivo pelo engajamento de crianças não foi mensurado e nem dispomos de um referencial objetivo de quantificação neste campo. Optamos por aceitar que o envolvimento da criança escolar em ações sociais pela saúde lhe trariam maiores desafios cognitivos e de luta por cidadania que a simples transferência da Educação para a Saúde de regras e normas higiênico-sanitárias nos bancos escolares ou nos livros didáticos.

Concluída a pesquisa, não temos dúvida de que o Programa se pauta pelas ações preventivas que não se afastam do paradigma biologicista da saúde como prevenção e tratamento de doenças, mas a inserção do tema da corporeidade, dos afetos, do controle social em saúde, da construção do Sistema Único de Saúde e seu caráter cidadão poderão entabular um projeto de transformação social mais

coerente com a saúde como luta coletiva por democracia, eqüidade e justiça social, direito à qualidade de vida individual e coletiva e compreensão do direito individual e dever do Estado de formular e executar políticas públicas de saúde suficientes às necessidades sociais.

Como médico e como gestor público de saúde, lidando, objetivamente, com o adoecimento e a morte de crianças, acolhendo o desígnio profissional de *curar e salvar vidas* e, ainda, na gestão pública, obstinado pela redução da mortalidade infantil, eliminação da desnutrição na infância e erradicação de todas as doenças que são evitáveis e para as quais se dispõe de modos de prevenção consolidados, me sinto na obrigação ética de pesquisar o potencial da Educação em Saúde na escola para prevenir doenças e promover a saúde. Desde criança, aprendi que na escola se instituem os saberes essenciais à condução da vida em sociedade, tendo, como em todo senso comum, a sensação de que, por meio da escola, transformaremos a sociedade.

Aceitamos que assim não seja, mas estamos em busca de instrumentos particularmente orientados às populações mais pobres de zonas rurais, onde o acesso às informações de modo geral é mais rarefeito. Os indicadores epidemiológicos em saúde coletiva atestam que, quanto maior a escolaridade das mães, menores são os índices de mortalidade infantil e que, em famílias com crianças e adolescentes com mais tempo de escola, menor é a incidência das doenças transmissíveis e das não-transmissíveis resultantes de hábitos de comportamento e melhores são os cuidados caseiros prestados nas intercorrências de saúde.

Temos de pensar que a educação em saúde feita na escola tem um papel a cumprir; e o programa *Criança para Criança* um objetivo a discutir.

2 O PEDIATRA, A CRIANÇA, A ESCOLA BÁSICA E A NECESSIDADE DE PESQUISAR E DISCUTIR

Como pediatra, envolvido há muito tempo com a saúde coletiva, centralizo na criança uma expectativa de transformação social e o desejo utópico de vê-los livres de doenças e dos sofrimentos que as têm colocado em leitos hospitalares, restrição de movimentos e liberdade ou cumprindo receituários farmacológicos. Tal mudança somente poderá ser viabilizada em termos de convocação e proposta ética, técnica e política. Para organizar uma tal ação sem imposições, mas deliberadamente estruturada, deverá ser observada uma linha de ação sistematizada e abrangente de inclusão social, de inclusão das crianças e de cooperação intersetorial.

O programa que está sendo tratado nesta tese foi implantado em um município pequeno e de baixo fluxo migratório, o que oferece um perfil social estável. A mensuração de resultados permitiu a avaliação de um trabalho de educação em saúde englobando porções representativas de toda uma cidade.

Escolheu-se uma população rural do litoral norte do Rio Grande do Sul que, por suas características próprias, representa o perfil socioeconômico e cultural de uma vasta extensão do interior do Estado. Elegeu-se o município de Mostardas.

Neste município foi adotado o programa *Criança para Criança* estabelecendo-se as formas operacionais adequadas à realidade local. Acompanhamos o processo de transferência das informações em saúde para a criança e, destas, para a população, bem como verificamos a percepção do seu grupo social em relação ao processo informativo, de acordo com as orientações nacionais e internacionais do programa (Criança para Criança, 1981).

Entendemos que o programa *Criança para Criança* pode ser uma estratégia de educação em saúde com vistas ao desenvolvimento da autonomia no conhecimento sobre cuidados com a saúde e que, por isso, pode ser muito útil na ampliação da consciência sanitária em face das lutas por superação das condições de pobreza e baixos investimentos nas políticas públicas de saúde, educação e assistência social.

Entendemos que o programa *Criança para Criança*, se tem eficiência na ampliação da consciência sanitária referida aos cuidados preventivos em saúde, pode ter eficiência na ampliação dessa consciência, tendo em vista a participação popular, o controle social em saúde, a democratização do setor da saúde e a equidade na atenção das necessidades sanitárias.

O programa *Criança para Criança* foi lançado pela Universidade de Londres, em 1979, Ano Internacional da Criança. Esse programa visava preparar o escolar para os cuidados da população de maior vulnerabilidade, ou seja, lactentes e pré-escolares, e capacitá-los para serem pais e cidadãos *no futuro*. Sem dúvida, tal estratégia está afeta à legitimação de um papel e um desempenho social da criança que supõe aprendizagem de responsabilidades específicas com a saúde.

Os escolares, dentro dessa estratégia, passam a ser multiplicadores, para a sua família e grupo social, de conhecimentos adquiridos na escola, e serão, também,

um canal de informação e comunicação entre a unidade de saúde e a população em geral.

O programa *Criança para Criança* existe há 23 anos e, neste espaço de tempo, esteve em atividade plena, colhendo resultados mensuráveis em 70 países, nas diferentes regiões do mundo, tornando marcantes seus efeitos, especialmente nas regiões pobres. Com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância e Juventude (Unicef), tem mostrado uma expansão significativa na dimensão geográfica atingida, como também, e principalmente, no impacto dos projetos em andamento.

No Afeganistão, o programa *Criança para Criança* foi utilizado num campo de refugiados na fronteira nordeste com o Paquistão. Lá, 70 crianças atuaram como agentes facilitadores nas ações sugeridas pelo coordenador do campo junto à população local, para a prevenção e controle da doença diarreica. Atuaram principalmente na estimulação do desenvolvimento psicomotor das crianças menores (Bailey; Hawes; Bonatti, 1982, p. 84-121).

Em Bangladesh, várias organizações não-governamentais têm adotado os princípios do programa *Criança para Criança*, adaptando-o à realidade do País. Vem sendo realizado um trabalho em escolas de zonas rurais e nas periferias das cidades, onde são repassadas aos alunos noções básicas de saúde, priorizando problemas de interesse local, tais como imunização, doenças dermatológicas, acompanhamento do desenvolvimento e aspectos nutricionais, especialmente, no que diz respeito aos alimentos alternativos, assim como seu preparo e conservação. (Aros; Hawes; Gayton, 1979, p. 26-34).

Na Índia, o programa *Criança para Criança* foi introduzido com o apoio do Banco Mundial junto às crianças filhas dos plantadores de chá da província de Tamil

Nadu, cuja hierarquia socioeconômica era muito baixa. Foram produzidos uma variedade de impressos, vídeos-cassetes, filmes, músicas etc., sobre 60 diferentes tópicos em saúde. O Programa manteve o treinamento de professores das escolas e dos profissionais de saúde que visitavam a localidade uma vez por semana, com o objetivo de oferecer ações de saúde. As crianças envolvidas no programa *Criança para Criança* visitavam todas as residências locais, repassando informações saúde aos familiares e à população. Tendo como exemplo a experiência de Tamil Nadu, o Programa foi desenvolvido em outras áreas da Índia. (Francis, 1990, p. 47-63).

Com uma população de 1 bilhão e 600 milhões de habitantes, mais de 432 milhões tinham menos de 15 anos de idade, a China precisou fundamentalmente mobilizar suas crianças na promoção da saúde para melhorar a cobertura da disseminação de conhecimentos preventivos em saúde. O Governo Chinês, com o apoio do Unicef, colocou em andamento seis projetos-piloto, usando os princípios de ação do programa *Criança para Criança*. Eles foram sendo desenvolvidos em áreas urbanas e rurais, fundamentalmente as mais remotas. Os projetos-piloto enfatizaram a necessidade de reforçar, junto às populações, as informações relacionadas à saúde integral. Além disso, as crianças participaram na monitorização do crescimento infantil e o sucesso desses projetos geraram a idéia de introduzir a sua sistemática de trabalho em todas as escolas da China, incorporando os princípios do programa para 125 milhões de crianças naquele país (Dumengier; Lagardere; Michon, 1987, p. 64-93).

Em Burkina-Faso, oeste da África, foi constituído um grupo multiprofissional de 100 membros, representantes de diferentes setores, como saúde, educação, ambiente e outros para a implantação de ações de saúde dentro da linha operacional preconizada pelo programa *Criança para Criança*. Na Província de

Sanguié, foi introduzido o mesmo Programa pela *Ação Católica pelas Crianças*. Tratava-se de um processo incipiente que tinha tido sua primeira atuação na campanha contra o alcoolismo. Há referência de resultados favoráveis junto à população local, embora não exista relato de utilização de algum instrumento formal para tal verificação (Nougara, 1991).

Emelda Boikanyo, enfermeira do Departamento de Saúde da área suburbana de Winterveld, África do Sul, introduziu o programa *Criança para Criança* a partir de pequenos passos, implantando os tópicos progressivamente, apenas dois de cada vez. O Programa teve resultados considerados altamente satisfatórios no manejo ambulatorial da doença respiratória, doença diarreica, desnutrição e em campanhas locais de vacinação. Houve, também, ações do Programa nas cidades de Lesotho e Botswana (Institut of Child Health, 1980, p. 45-52).

O Ministério de Educação Primária, em Guiné, por sugestão do Unicef, introduziu o programa *Criança para Criança* priorizando os seguintes quatro tópicos: acidentes, diarreia, imunização e febre. O projeto piloto, inicialmente implantado em dez escolas, espalhou-se por todo o país, com resultados considerados significativos (Institut of Child Health, 1980, p. 55-61).

No Quênia, o Programa enfocou, basicamente, as escolas primárias, onde as crianças eram encorajadas a aplicarem medidas simples de saúde pública em suas casas, tais como higiene de alimentos e controle de dejetos para evitar contaminação. Além disso, algumas escolas iniciaram hortas comunitárias e outras instituíram o dia da árvore para conscientizar a necessidade de reflorestamento e controle do ambiente. Os professores estimularam os alunos a trazerem para a escola, numa data aprazada, os irmãos menores, com o objetivo de aprender a interpretar o gráfico de crescimento e desenvolvimento, assim como avaliar o

calendário de vacinação. Esse procedimento, com a aprendizagem que nele estava implícita, autorizava a criança a repetir sozinha a mesma ação junto à sua localidade, multiplicando seus efeitos (Aros; Haves; Gayton, 1984, p. 29).

Em Niger, o programa *Criança para Criança*, com o apoio do Unicef, envolveu 160 escolas e aproximadamente 1.500 crianças no Departamento de Zinder (Aros; Haves; Gayton, 1984, p. 31).

A partir de Calabar, capital do estado de Cross River, foi desenvolvido o programa *Criança para Criança* na Nigéria. Procedimentos simples, tais como saneamento, vacinação, prevenção de doença diarreica, acompanhamento do desenvolvimento físico e controle de alimentos, foram largamente difundidos por meio do Programa (Aros; Haves; Gayton, 1984, p. 32).

A prevenção do tétano e a prevenção e tratamento da doença diarreica foram priorizados no programa *Criança para Criança* na Tanzânia, despertando na criança grande interesse e motivação no desempenho desses trabalhos (Bailey; Hawes; Bonati, 1982, p. 98-113).

Em 1983, um grupo de voluntários, em colaboração com o Unicef, estabeleceu o programa *Criança para Criança* em Uganda. Centralizado em Kampala, o Programa foi exemplo mundial, no qual as atividades foram planejadas e operacionalizadas pelas próprias crianças. Usavam como forma de aproximação especialmente a música e a dança (Dumengier; Lagardere Michon, 1987, p. 87-91).

O programa *Criança para Criança* no Zaire foi introduzido por voluntários franceses e envolveu 10.000 crianças em todo o País (Institut of Child Health, 1980, p. 55-59).

Um dos *Criança para Criança* mais efetivos foi o de Zâmbia, iniciado com o apoio do Governo local em 1985. Foi parte integrante do projeto *Saúde para Todos*.

Os professores transferiam, aos alunos nas escolas, informações relativas à saúde, que eram por eles repassadas à população, com uma crescente integração entre saúde e educação por meio do currículo escolar. O programa *Criança para Criança* formou comitês em níveis nacional, regional e distrital, constituídos por pessoal da população, capacitados na área de educação em saúde. Para melhor gerenciamento operacional da ação multiplicadora de conhecimento e atitudes por meio do escolar, foram criados dois setores de supervisão terminal: um no âmbito da escola, responsável pelo trabalho diário dos escolares; e outro na população, que englobou todas as lideranças locais e demais moradores da área extensivista rural, líderes religiosos, políticos, voluntários, clube de mães etc.. Após as aulas, os alunos atuavam isoladamente ou em grupo, repassando as informações essenciais de saúde à população. O fator limitante principal foi o transporte que, inadequado, dificultava a ação do Programa em áreas de difícil acesso (Dumengier; Lagarderi; Michon, 1983, p. 93-97).

No Zimbábue, o Ministério de Educação e Cultura introduziu três projetos em 17 escolas primárias, com os objetivos de desenvolver um padrão básico de higiene pessoal entre as crianças e, por meio delas, repassá-lo à população; estimular as crianças a gerarem um fluxo de linguagem próprio para uso do Programa e encorajar as crianças a promoverem a produção de alimentos para consumo do núcleo familiar, assim como desenvolverem valores de vida comunitária. O Projeto foi monitorizado continuamente pelos professores. Os resultados, obtidos nas escolas selecionadas, foram considerados encorajadores, representando um grande avanço não só em educação em saúde, como também na melhoria das condições sociais do segmento mais pobre (Institut of Child Health, 1980, p. 55).

Na Romênia, crianças de 8 a 15 anos de idade dedicavam as noites de sábado para o desempenho de atividades de educação em saúde. Cada criança era um mensageiro de ações em relação a problemas como Aids, fumo, drogas, crianças de rua etc.. Havia um grupo coordenando e monitorando as mensagens de saúde que eram transmitidas pelos meios de comunicação de massa. Eram estimuladas competições entre os diferentes grupos de trabalho, como forma de incrementar a participação e o desempenho final de cada equipe junto à população (Bailey; Hawes; Bonatti, 1982, p. 17-124).

Um projeto de higiene bucal que incorpora métodos do *Criança para Criança*, foi adotado em escolas primárias de Londres. O Teatro Infantil *Unicórneo*, também de Londres, montou a peça *Saúde em Ação* que é apresentada em escolas naquele país. Essa peça informa sobre o Programa, assim como sobre os diferentes tipos de problemas de saúde, conscientizando a população infantil sobre a importância de ter responsabilidades sobre a própria saúde (Aros; Hawes; Gayton, 1984, p. 117).

O Unicef apoiou, maciçamente, o *Criança para Criança* em todo o mundo, quer na sua adaptação às necessidades locais, quer na sua disseminação junto à população, meios de comunicação locais. No primeiro caso, temos o exemplo do trabalho desenvolvido em Adana, na Turquia, onde há uma grande concentração de trabalhadores migrantes. Nesse trabalho, há a co-participação de líderes das Universidades, dos professores, dos supervisores de educação e dos trabalhadores de saúde. No segundo caso, temos o exemplo da atuação de Abdullah Al-Jarash da Universidade de Sama'a do Yemem, que redigia artigos relativos ao *Criança para Criança* transcritos no jornal local, o Al Thawra, com disseminação em todo o mundo árabe. Conforme o relato da experiência, a conscientização local começou a ser

constatada a partir deste importante meio de comunicação de massa (Institut of Child Health, 1980, p. 59).

No Equador e na Guatemala, a desnutrição infantil atingiu 70% dos menores de cinco anos de idade. Nesses locais, a multiplicação de conceitos e mudanças de atitude em relação à saúde, especialmente na sua prevenção, revestia-se de prioridade emergencial. O pensamento local foi o de utilizar os meios de comunicação de massa disponíveis para a educação em saúde, assim como o treinamento, monitorização e supervisão das escolas de medicina e enfermagem, além dos profissionais de saúde pública locais. As crianças, na Guatemala, utilizavam uma manhã por semana em atividades que as ajudassem a entender as relações entre alimentação e saúde e entre saúde e ambiente, bem como aspectos de higiene básica (Programa Criança para Criança, 1984).

Na Bolívia, a doença diarreica era a principal causa de hospitalização e morte de menores de 5 anos de idade e a segunda causa de hospitalização entre crianças de 5 a 14 anos de idade. O *Criança para Criança* utilizou o rádio como veículo para transmitir à população informações sobre a prevenção e o tratamento dessa doença. Assim, foi criado um módulo de dez lições com duração de 25 minutos cada, versando sobre higiene, saneamento básico, nutrição e hidratação oral (Agency for International Development, 1990). Os resultados foram mensurados, utilizando 450 alunos das 4ª e 5ª séries das escolas urbanas e rurais de diferentes condições socioeconômicas. Segundo o estudo, as crianças aprendem rapidamente e adotam facilmente novos comportamentos. Tais dados se traduziram numa melhoria de 18,8% dos resultados do pós-teste, no que diz respeito a conhecimentos e atitudes nas crianças pesquisadas, relacionados aos itens de higiene, utilização de água filtrada e soro de reidratação oral (Agency for International Development, 1990). O

pensamento das autoridades locais foi o de estender a experiência exitosa, implantada em Cochabamba para todo o País, usando a mesma sistemática operacional (Aguillar; Schaeffer, 1987, p. 12-18).

O *Criança para Criança*, na Jamaica, foi adotado em seis escolas rurais, com alunos das 4ª e 5ª séries, sendo trabalhados os seguintes tópicos: nutrição, ambiente, higiene pessoal e desenvolvimento. As crianças foram encorajadas a transmitir conceitos e atitudes aos seus familiares. O Programa foi avaliado, comparando 423 crianças e 90 mães com 199 crianças e 47 familiares de duas escolas-controle. As crianças que fizeram parte do Programa mostraram resultados satisfatórios na aquisição de conhecimentos, assim como mudança favorável de atitudes em relação à prevenção de doenças. Já, as mães entrevistadas apresentaram apenas maior acumulação de conhecimento, sem mudança de atitudes. Os resultados foram considerados, suficientemente, encorajadores para justificar a incorporação do Programa no currículo do ensino primário no País (Knight; Grantham; Ismail; Ashley, 1981, p. 56).

No México, o *Criança para Criança* foi introduzido inicialmente em Oaxaca e divulgado em pequenas cidades do interior. Os aspectos teóricos eram apresentados e discutidos nas escolas, pela manhã, e os escolares desenvolviam práticas junto à população, à noite. As áreas principais que nortearam o Programa foram a prevenção de doenças; o ambiente, como reflorestamento e comportamento de proteção ao meio; e o envolvimento social, como a abordagem em alcoolismo (Werner, 1983, p. 64-72).

A Malásia, país relativamente próspero, com má distribuição de renda, concentração de miséria nas periferias dos grandes centros populacionais e baixa escolaridade de grande faixa populacional, teve uma utilização especial do

Programa. Este foi introduzido por meio de organizações voluntárias e o Governo participava por meio dos Ministérios da Educação e da Comunicação Social, fazendo a divulgação junto à população (Kasin; Abrahan, 1982, p. 85).

Nas Filipinas, país predominantemente rural, que observou um rápido crescimento populacional e predominância de jovens no seu universo, o *Criança para Criança* obteve resultados considerados satisfatórios, no sentido de lograr a participação popular em ações eminentemente preventivas, especialmente nas áreas menos desenvolvidas do meio rural (Rabor, 1982, p. 63-67). Originalmente programado para promover um levantamento das condições de saúde, os 80.000 refugiados cambojanos em Khao I Dang, na Tailândia, passaram a desenvolver a promoção de saúde utilizando a ação programática do *Criança para Criança* e a sua sistemática operacional (Boyer-Chuanroong, 1984, p. 58-72).

O *Criança para Criança* apresenta uma abrangência bastante ampla em sua atuação, cumprindo as especificidades dos países em que é implantado. O Programa recomenda sua absorção pelos países desenvolvidos, tendo como prioridade, nesse caso, a atuação com crianças e adolescentes de rua, usuários de drogas e contaminados pelo HIV, por sua condição de desproteção e vulnerabilidade.

No Brasil, há referência de um trabalho desenvolvido pelo Fundo para Crianças Católicas, em Fortaleza, Ceará, onde está instalado um centro de estimulação para crianças de zero a seis anos. O Centro tem 360 crianças em dois turnos, cinco dias por semana e conta com a participação bastante ativa de 28 jovens de 14 a 18 anos, pertencentes à localidade, que auxiliam no trabalho (Programa Criança para Criança, 1984).

Em Porto Alegre, a professora de pediatria Hebe Tourinho desenvolveu, em 1978, um trabalho de multiplicação de informações para a saúde por intermédio do escolar nas regiões pobres da periferia da cidade com o programa *Criança para Criança* da Secretaria Municipal da Saúde e Serviço Social (Porto Alegre, 1978). A adaptação do Programa, empreendido pela professora Hebe Tourinho, na capital do Rio Grande do Sul serviu para a orientação do modelo assistencial a ser adotado na incipiente rede de atenção primária da cidade.

Em 1989, foi implantado pela 2ª Delegacia Regional de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que englobava uma área geográfica com 45 municípios, o programa *Criança para Criança*, na área de sua jurisdição, tendo como balizador o Termo de Cooperação celebrado entre as Secretarias Estaduais da Saúde e da Educação (Zagoury, 1989)³. O trabalho foi iniciado, simultaneamente, nas cidades de Capão da Canoa, Palmares do Sul, Torres e Osório. Era pensamento medir o impacto da eventual mudança comportamental da população, por intermédio do escolar, dentro de uma região mais ampla. Os resultados, entretanto, não foram mensurados pela interrupção do Programa, quando da mudança de titularidade da Delegacia Regional da Saúde. Em 1990, instituiu-se um convênio entre as Secretarias Estaduais da Saúde e da Educação, envolvendo um Projeto Especial de Treinamento em Pediatria da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com vistas a desenvolver em municípios do litoral norte do estado do Rio Grande do Sul uma ação conjunta voltada à veiculação de informações em saúde por meio do escolar.

³ Em 1989, Edmundo Lima Zagoury, dirigente da 2ª Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, colocava o programa *Criança para Criança* como estratégia de impacto da saúde pública nos municípios de cultura rural e pesqueira.

Nos cenários internacionais sobre o tema, mostramos que o programa *Criança para Criança* apresenta, nos diferentes locais, uma implantação diferenciada e singularizada, entretanto, a sua essência é mantida. Considerando que os problemas de cada população e que novas idéias devem ser postulados pela população por meio da fundamental e conseqüente participação popular, as adaptações podem e devem multiplicar sua configuração. Por outro lado, são muito escassas as avaliações realizadas, assim como não tivemos acesso a pesquisas de impacto com metodologia clara e parâmetros objetivos e bem definidos. Não temos convicção de que uma pesquisa de impacto possa ser operacional em um Programa como este, mas entendemos justo o propósito de buscar quantificar a eficácia de um sistema de socialização de informações para a saúde, mobilização social por saúde com público escolar e incentivo ao desenvolvimento da autonomia no cuidado de si e na relação com as profissionais e serviços de saúde para populações provenientes das classes populares, bem como testar seu potencial de disseminação de informações e da autonomia nos grupos populares.

O objetivo que busco nesta tese é aquilatar, utilizando instrumentos de mensuração, eventuais mudanças cognitivas de grupos sociais inteiros. Procuramos, então, identificar as seguintes questões:

- acúmulo de informações do escolar do ensino fundamental sobre alguns aspectos básicos de prevenção de doenças e promoção da saúde;
- possibilidade de a escola desenvolver uma ação pedagógica com seus alunos, visando à prevenção de doenças e promoção da saúde;
- magnitude da participação do escolar na transferência de conhecimentos de aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde para o grupo social onde está inserido;

- aceitação da população a essa ação do escolar;
- construção da autonomia individual e coletiva no cuidado à saúde e, a partir dela, a construção da autonomia na participação em saúde, até a participação social livre e autônoma nas decisões em sociedade.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Diante das desigualdades em saúde e injustiças sociais, crianças em idade escolar desempenham papéis, muitas vezes, de responsabilidade pelos cuidados com os irmãos menores e agregados. Um projeto de educação em saúde, no qual a criança seja centro de ações educativas, pode significar a oportunidade de desenvolvê-la como agente de multiplicação de saberes do setor de saúde e de transformação social pelo desenvolvimento de sua maior autonomia nessas questões.

O Brasil passou por todo um movimento, principalmente a partir de 1972, com a Conferência de Cuenca⁴, no qual se começou a questionar o paradigma que explica a saúde-doença de um modo biologicista, cientificista, medicalizador e com base na sofisticação tecnológica e no mercantilismo. Em Cuenca, estabeleceu-se um divisor de águas entre uma nova concepção de saúde e as teorias até então dominantes na área (Menéndez, 1992).

Foi por esta época, 1972/1977, que cresceram as propostas de *medicina simplificada*, tecnologia apropriada em saúde e medicina comunitária. Instalou-se

⁴ Tal conferência estabeleceu o início de uma mudança paradigmática na visão conceitual da saúde, entretanto, não completou sua estruturação, especialmente como consequência às resistências às mudanças decorrentes da nova proposição.

uma rica produção científica, no sentido de conceituar saúde-doença como um processo dinâmico, carregado de historicidade, reconhecendo a determinação social da doença, bem como as articulações entre a prática médica, as políticas de saúde e as necessidades do processo de acumulação do capital. A grande inovação é que a saúde passa a ser socialmente percebida, entendida como um direito universal e como um dever do Estado (Merhy, 1990).

Cresceu e tem avançado no Brasil o movimento da Reforma Sanitária, que reúne as mais variadas categorias profissionais da área da saúde, intelectuais e setores organizados da sociedade civil, tendo como referencial o paradigma histórico-estrutural, a saúde coletiva, o conceito amplo de saúde e a democracia como condição necessária para a passagem do discurso à prática. Todo esse movimento apresentou um conjunto de propostas, de técnicas e de políticas que se formalizaram na atual Constituição Federal, com a grande inovação de que, pela primeira vez na história da saúde do país, se pretende a construção de um saber contra-hegemônico e de uma prática contra-hegemônica em saúde. Lutou-se pela construção de um novo modelo de atenção à saúde e de organização dos serviços. Tudo isso ganhou corpo intelectual e um arcabouço legal, jurídico e institucional em 1988, na Constituição, que incorporou os princípios do Movimento da Reforma Sanitária, prevendo a implantação do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) concebido para o Brasil teve em seus princípios doutrinários um forte componente relacionado com o conceito de promoção da saúde, seja nos textos da legislação que regula a abrangência de suas ações, seja no modelo de organização e gestão proposto para a sua implementação, mas a definição constitucional da saúde adotou o conceito de luta por democracia.

Ele busca organizar a atenção à saúde por meio de uma ação de gestão descentralizada, instituindo uma estrutura de referência assistencial hierarquizada e regionalizada que compõe uma rede única capaz de levar a efeito a integralidade da atenção à saúde, estando todo o sistema aberto ao controle da sociedade para sua fiscalização, discussão, proposições e deliberações (controle social em saúde).

Para tal, foram criadas, com poder decisório, as Comissões de Saúde, quer no âmbito municipal, como estadual e federal. Elas são paritárias entre os usuários e a soma dos demais segmentos - gestores e prestadores de serviço -, o que assegura uma ação deliberativa, participante e democrática.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90) em seus arts. 2º e 3º, define como papel do Estado a garantia da saúde como um *direito fundamental do ser humano* e que deve ser expressada pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos *mediante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*.

Nesse mesmo texto legal, é definido que *a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes*, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Quanto aos objetivos e definições do SUS, tal lei refere no seu art. 5º que a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde é critério definidor do papel do setor de saúde; e, no art. 7º, inclui entre os princípios e diretrizes do SUS o direito à informação às pessoas sobre a sua saúde.

A legislação que criou o SUS buscou promover a participação social na formulação das políticas de saúde, por meio de uma reforma democrática na

organização do Estado, criando Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de Governo - Federal, Estadual e Municipal -, com a intenção de que estas tivessem caráter deliberativo. Além do caráter democrático, a legislação do SUS pretendeu estabelecer uma condição de gestão para o setor de saúde que desafiasse a ação intersetorial na formulação de todas as suas políticas e projetos.

O que se tem visto, entretanto, é que a fragilidade existente nas instâncias colegiadas do SUS traz como conteúdo político o desgaste da representatividade popular, muitas vezes, prestando-se para contemplar interesses de grupos dominantes ou do poder constituído (Mendes, 1996, p. 53-59).

A maior parte do Sistema está voltada para as ações assistenciais; e não são desenvolvidas ações intersetoriais de promoção da saúde. Estas são necessárias para um projeto de desenvolvimento local sustentável.

Tendo em vista que a saúde-doença implica, realmente, um processo dinâmico, no qual a causalidade biológica é englobada e contida pela causalidade social, a noção de que a saúde-doença é um processo sociohistórico, respalda o ato de educar em saúde, baseado no princípio de que podem ocorrer mudanças na conduta das pessoas que as ajudem a permanecer saudáveis, a buscar a saúde e a participação no setor de saúde. Portanto, a transformação social como mecanismo estruturante dos cidadãos no mundo, possibilita e funda a própria prática do educar em saúde, na medida em que aceita a possibilidade da mudança política e das práticas individuais, coletivas e sociais. Nesse sentido, permite que se pense acerca de um projeto de educação em saúde centrado na criança como agente de transformação social (Bercht, 1998, p. 15-19).

Não se trata de um olhar *utilitarista* sobre a criança de classe popular. Trata-se de investir na criança para que, em ela tendo informação, transfira este

conhecimento ou, pelo menos, influencie os adultos a sua volta na busca da autonomia sobre o próprio corpo e no sentido da valorização afirmativa da vida, bem como na motivação para a luta política.

Trata-se de construir de forma consentânea com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira o que, nesta tese, convencionamos chamar de consciência sanitária, tomada de consciência do direito da pessoa e interesse da sociedade, utilizando o conceito ampliado de saúde e de prevenção-qualidade de vida, autonomia no cuidado individual e coletivo, atenção às necessidades em saúde e não apenas doenças-centrado na criança escolar, como potencial agente da transformação social, por meio da tomada de consciência sanitária.

Na construção da consciência sanitária, o processo de educação popular em saúde desempenha papel fundamental, constituindo-se na busca da verdadeira política de prevenção em saúde e da participação construtiva da população, acenando para a possibilidade de autonomia humana e retirando-se a absoluta dependência do saber médico. Dâmaso (1989, p. 142-152), abordando a questão da expropriação do corpo e do papel da educação em saúde, refere-se ao indivíduo que não reconhece mais o seu corpo, na medida em que há alguém fora dele, que sabe melhor do seu corpo: o médico.

Ainda segundo Dâmaso (1989, p. 157-164), é preciso educar não para reservar mercado, mas ensinando que não é proibido saber do seu corpo, e isso implica falar a verdade, abandonar a neutralidade, usar o método coletivo de intervenção, que também é uma prática política e pressupõe uma nova ética, compromissada com as transformações.

A conscientização popular resultante de uma educação que seja abrangente de cada segmento social funciona como um instrumento fundamental no exercício

concreto das liberdades políticas. É a abertura e o desafio da prática plena da cidadania.

A saúde coletiva no seu conceito de integralidade da atenção tem, na educação, a sua estrutura basilar. Somente ela poderá oportunizar a priorização das ações preventivas em saúde e o desenvolvimento da capacidade da população para tornar efetiva sua participação na construção do próprio processo de saúde de maneira crescente e construtiva.

Conforme Mosquera e Stobaus (1984, p. 75-83), a conscientização da sociedade sobre a saúde integral propicia condições que oportunizam responsabilidades para cada ser humano como agentes de seu próprio desenvolvimento, no sentido de que seja responsável pela sua saúde e dos que o rodeiam. Por outro lado, Paulo Freire (1993, p. 189-197) lembra que, para melhor entender a realidade de uma dada população, torna-se necessário nos introduzirmos nessa realidade e ouvir aqueles que realmente fazem parte dela para podermos entender o seu contexto sociocultural e a sua dinâmica própria.

Por tal motivo, se utilizarmos personagens dos próprios grupos sociais como agentes de sua própria conscientização, estaremos criando condições possíveis de resguardar os seus valores próprios e engendrar processos de mudança. Quando desejamos a transformação social, não supomos o arbítrio sobre hábitos e valores culturais, mas autonomia na condução do andar a vida e na luta para melhores condições de vida e saúde. Ressalvamos que não estamos apontando para uma interiorização do trabalho em saúde, nem extensão de cobertura, mas de operações educacionais e escolares.

Paulo Freire nos ensina que não podemos deixar de lado que os educandos, sejam eles crianças chegando à escola, ou jovens e adultos se dirigindo aos centros

de educação popular, trazem sempre consigo sua compreensão do mundo (Freire, 1984, p. 39-47).

Não há, nem pode haver, educação sem conteúdo. Não há, nem pode haver, educação, nem saúde coletiva sem participação popular. Não há, nem pode haver, participação popular sem tomada de consciência desse direito. A conscientização precisa considerar estes princípios pedagógicos que são fundamentais. Assim, a saúde e a educação estão vinculadas diretamente por meio de sua ação social direta.

Então, não podemos fazer saúde coletiva sem educação, assim como não podemos fazer educação sem saúde coletiva. E a criança escolar, como evidência natural em qualquer sociedade escolarizada, representa este elo de ligação.

Temos que utilizar o espaço de educadores para exercermos, por meio da educação, uma política da vida, formando a consciência crítica das relações sociais⁵ (Freire, 1984, p. 51-58). É um ato de exercício da liberdade. E liberdade é uma conquista, assim, a conscientização popular é uma conquista popular. Nenhuma articulação tem melhores condições para ser o ponto de partida desta conquista do que a educação e a saúde coletiva unidas na sua ação social direta.

⁵ Paulo Freire acredita que o educando se reconhece conhecendo os objetos, descobrindo que é capaz de conhecer, assistindo à imersão dos significados em cujo processo se vai tornando também significador crítico. Mais do que ser educado por causa de uma razão qualquer, o educando precisa, como tal, assumir-se como sujeito cognocente e não como incidência do discurso do educador. Nisto reside, em última análise, a grande importância política do ato de ensinar. Não é possível ao educador desconhecer, subestimar ou negar os saberes feitos de experiências. Partir do conhecimento do educando não significa ficar nele, mas construir, em cumplicidade com o educando, novos conhecimentos a partir do que existe na bagagem cultural do aluno. Isso significa respeito e, por isso, fator de aumentada auto-estima, tão necessária à participação construtiva num processo de mudança.

3.1 Reforma Sanitária Brasileira: excertos

A Reforma Sanitária Brasileira, em curso desde a Constituição Federal de 1988, busca a mudança no sistema nacional de saúde, assistência e previdência (a seguridade social), de modo a oferecer para todos os brasileiros, indistintamente, ou seja, com universalidade, e não mais separados em *castas* (os empregados e os desempregados, por exemplo, ou os trabalhadores de um setor produtivo e os de outro etc.) uma atenção de saúde de qualidade e com integralidade, isto é, que englobe a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a recuperação adequada ou os cuidados necessários em cada caso. Os usuários dos serviços de saúde devem ser vistos como pessoas integrais, com sua complexidade subjetiva, social e ocupacional, como o verdadeiro centro do processo de organização do setor da saúde.

É, na verdade, uma mudança paradigmática na forma de conceber a saúde, ou seja, do enfoque medicalizador, compatível com a racionalidade médica ocidental moderna à *integralidade* com *equidade* compatível com o entendimento de que saúde é qualidade de vida, direito de todos e dever do Estado.

Não há uma linearidade paradigmática, mas a introdução de linhas de pensamento diversas, orientadas pela organização do Sistema e das práticas de atenção e proteção à saúde. Não sem contradições, a Reforma Sanitária Brasileira se insere no movimento de transformações sociais que exigem a reforma do Estado, a reforma das práticas profissionais e a valorização da promoção e educação da saúde.

Observa-se um movimento ondular com avanços e recuos constantes e de renovação continuada, com a presença transitória, mas concomitante, das tendências reacionárias e progressistas no tocante às mudanças ou à transformação social. Evidencia-se ora a predominância do modelo médico hegemônico, ora do modelo de saúde da família. Conforme o território em que se desenvolvem as práticas, seja o espaço hospitalar ou os espaços de prática popular, o predomínio da técnica pode superar o predomínio das interações pessoais. Embora, em todos os espaços, haja a resistência dos que se apegam ao antigo modelo hegemônico, a nova visão da saúde busca assegurar fundamentalmente a qualidade do cuidado e assegurar o acesso universal, integral e igualitário.

A Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90), criou uma rede hierarquizada, ou seja, com um ordenamento adequado de fluxos, privilegiando ações primárias em saúde, regionalizando e descentralizando o Sistema de Saúde, o que lhe conferiria agilidade operacional. Sob um comando único em cada esfera de Governo, municipal, estadual ou federal, cada uma delas contribui com seus recursos financeiros próprios e atende às características sociohistórico-culturais de cada população.

A atenção à saúde oferecida ao usuário deve ser integral tanto no plano individual (promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação), como no plano sistêmico (integralidade das ações na rede de serviços). Deve também ter equidade, ou seja, reconhecer a todos um direito igual de acesso e de resolutividade de acordo com suas necessidades próprias.

Além deste importante avanço de racionalização estrutural, o que singulariza a Reforma Sanitária Brasileira é o *controle social*, efetivado por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Ele significa o acesso que a sociedade civil

deve ter para interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado no sentido dos interesses da sociedade. Os Conselhos de Saúde são constituídos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviços.

As Conferências de Saúde formulam as estratégias para a elaboração dos planos de saúde, em estreita sintonia com a realidade da população a que se destinam, problematizam sua continuidade e promovem a ampliação do controle das políticas estabelecidas. Os Conselhos de Saúde deliberam sobre o plano de gestão em saúde, os relatórios dessa gestão, a aplicação de todos os recursos públicos para o setor e sua prestação de contas.

Assim, busca-se adotar uma visão democrática, na qual os indivíduos podem exercer papel ativo para garantir o acesso, usufruto e avaliação do Sistema de Saúde.

Há uma multiplicidade enorme de combinações nos Conselhos de Saúde, relativas às quantidades de interesses, muitas vezes discordantes entre si, e nem sempre compatíveis com os da sociedade que representam. Há, como é natural, uma situação política heterogênea na qual as colorações partidárias, especialmente em municípios menos politizados, interferem no enfoque filosófico e ação operacional dos Conselhos de Saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira propõe a instituição de um poder local (âmbito municipal) como sistema organizado de consensos da sociedade civil. Isso implica aperfeiçoamento no sistema de informações, melhor capacitação dos conselheiros, reforço da estrutura administrativa e um amplo trabalho de educação popular para lograr a sua participação essencial na construção do próprio processo de saúde. Esse poder local, convencionalmente, chamado de municipalização da saúde fortalece politicamente as lutas pela democratização do Estado.

Embora área que deveria ter atenção prioritária, especialmente considerando-se as condições de saúde de nossa população carente, apenas 2,1% do PIB têm sido destinados ao setor da saúde no Brasil. As mudanças necessárias passam pela informação sobre a saúde e pela formação política da população, carregando um potencial de transformação social que encontra resistências de diferentes matizes (técnicas, políticas, operacionais e outras). Num movimento, rompe-se barreiras e projeta-se as novidades desejadas.

Somente o empenho para com esse movimento crescente e contínuo poderá inserir o político e o social ao técnico, definir um consenso sobre o papel dos profissionais e sobre a metodologia de abordagem da questão saúde e desenvolver a consciência sanitária da população.

Somente assim os passos incipientes, porém crescentes, da participação popular, da descentralização da gestão e da noção de integralidade no cuidado à saúde poderão ver assegurada uma evolução sustentada.

A participação parte da estimulação popular que deve ser gerada e motivada no mundo da vida (relações interpessoais) e relações com as instituições sociais. Estimulação significa criar múltiplos fóruns em que o mundo da vida possa ser discutido, seja em cada escola ou serviço de saúde, em cada núcleo populacional ou em cada bairro, em cada distrito ou município. Esses impulsos participativos, gerados legitimamente, poderão ser transferidos aos Conselhos, desenhando o processo de formação da vontade política de cada população.

A educação popular em saúde concorre positivamente à Reforma Sanitária, uma vez que é potencializadora do surgimento de idéias e alternativas criativas que geram crítica construtiva aos padrões instituídos e fornecem, de forma mais ágil possibilidades viáveis de mudança e realidades em movimento livre e construtivo.

Para estruturar uma ação técnica, radicalmente impregnada pelo compromisso com a vida, a transformação social é condição de possibilidade e necessidade de realidade.

O desenvolvimento de novos saberes e práticas em saúde se estendem desde a política institucional até os cuidados individuais, com todas as transversalidades que permeiam esses dois extremos. É preciso conhecer a estrutura, seus acertos e erros, para poder modificá-la construtivamente. É preciso saber ouvir para conhecer e reconhecer os saberes que brotam da população e sua inserção social. Para podermos desenvolver um conhecimento crítico da realidade, precisamos do desenvolvimento de padrões crescentes de autonomia individual e coletiva, entendendo a autonomia como instrumento da reconstrução da vida, da sociedade, da saúde e da educação.

Se esta tese teve seu projeto original aprovado na banca de qualificação de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e na Comissão Científica e de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, propondo a criança como agente multiplicador de informação para a saúde na conscientização de uma comunidade rural. Hoje, à luz da problematização da Reforma Sanitária Brasileira, transformação social e educação em saúde, não temos dúvida de que a consciência não resulta de um processo de conscientização (um processo doutrinário), mas de uma tomada de consciência (um processo subjetivo e cognitivo) e não temos dúvida de que não se trata de delegar às crianças tarefas de cuidado preventivo em saúde, mas oferecer à escola a transversalidade do tema e conhecimentos da saúde para sua prática institucional e suas práticas pedagógicas, ou seja, oferecer à educação o tema da saúde de forma transformadora.

Do programa *Criança para Criança*, tal como implementado em diversos países do mundo, em variados desenhos, manteremos o foco na escola, não como saúde escolar ou como veiculação, por meio dos escolares, de informação para a saúde. Almejamos uma educação popular em saúde, aliada da Reforma Sanitária Brasileira.

3.2 Educação, população e rede de serviços de saúde

A humanidade vem apresentando uma série de mudanças ao longo de sua produção histórica. Podemos citar algumas dessas modificações que singularizam a nossa realidade atual: o declínio do patriarcado; a diversificação e ampliação significativa das fontes de energia utilizadas; a informatização crescente de diferentes atividades humanas; a mudança nas formas de pensar e sentir; a mutação dos valores e do modo de visualizar a realidade, entre outras operações de mudança individual e coletiva.

O crescimento do saber científico se faz, em princípio, por acumulação de descobertas segundo regras e princípios do paradigma vigente. Após um certo período, entretanto, surgem as “anormalidades” que abalam a solidez do paradigma vigente e impelem à criação de um novo paradigma. Este conflito entre o paradigma antigo e o novo gera uma situação de *crise e transição*. Kuhn (1996, p. 143-148) denominou *revolução científica* a crise e transição que vivemos na ciência, entre a ciência normal, da modernidade, e a ciência complexa, da contemporaneidade.

Um paradigma é invisível, ficando por isso invulnerável. Aparece por meio de exemplos, na organização de processos, criando evidências. É, pois, necessário que surjam novas teses ou hipóteses que possibilitem fissuras do paradigma antigo para ultrapassá-lo ou abandoná-lo. O surgimento do novo, entretanto, é inexorável (Morin, 1998, p. 86-97).

Conforme Morin, *um paradigma é inconsciente, mas irriga o pensamento consciente* (Morin, 1998, p. 118-142). A ciência, entretanto, é complexa e o seu desafio, numa ação dinâmica, de movimento ininterrupto, é trazer sempre a incerteza. Esse pensamento complexo que não aceita a unicidade nem a linearidade permite o desenvolvimento da consciência, viabiliza a justiça, vivifica a autonomia e aceita a interdependência com o outro.

A construção do conhecimento, que se dá ao longo do tempo, tem hoje um entendimento mais abrangente, no qual soçobraram as verdades absolutas em sua rígida concepção linear, dando espaço à fluidez da intersubjetividade inerente à estrutura do mundo e que permite a compreensão da interação da natureza em interpenetração contínua com o espaço e o momento. Homem e natureza não se opõem; constroem-se mutuamente, operando transformações de estado e concepção.

Se, nas idades antiga e média, havia uma visão teocêntrica da humanidade, centrada na divindade; na idade moderna, surgiu a visão antropocêntrica, um novo enfoque no qual o homem adota uma nova posição mais voltada para as suas dimensões, sem o determinismo puro das ações do sobrenatural. Prigogine (1986) faz um apanhado teórico das perspectivas científicas, referindo-se a autores como Bacon que preconizou, então, o método dedutivo e indutivo, a investigação experimental, a partir do qual surgem as leis. O papel do homem é, segundo ele,

dominar a natureza por meio da ciência. Para ele, o conhecimento científico é gerado não por cientistas com habilidades extraordinárias, mas pelas atividades cooperativas de pessoas que cultivaram a independência de julgamento e a liberdade de pensamento. Newton concebeu o mundo como uma máquina perfeita, movida por leis causais. Descartes considerou como único modelo científico a análise dedutiva. Tais idéias foram fortalecidas por Darwin, na biologia; Pavlow, na reflexologia; e por Augusto Conte, no positivismo. No final do século XIX surgiu a revolução industrial e a etnologia.

O universo é considerado então um sistema mecânico composto por objetos separados e superpostos, sem interligação. O método científico experimental, baseado na observação e no raciocínio lógico constitui a única verdade. É, então, dada uma ênfase especial à superespecialização, ocasionando o isolamento, a prepotência, as verdades únicas, o afastamento do conhecimento interdisciplinar e o favorecimento do dualismo. Tais fatos levam a uma inevitável visão estreita da realidade.

Nesse contexto, a saúde, por sua relação direta com a vida, tem historicamente oferecido uma natural e, às vezes, até indiretamente imperceptível maximização dos efeitos das verdades propostas pela ciência.

O paradigma científico da modernidade registra, na sua trajetória, a manifesta e constante *busca do poder*. Há uma notória afirmação de relações de causa e efeito, especialmente em áreas estreitamente *relacionadas com a população*, tais como saúde e educação.

Segundo Foucault (1985), poder é uma prática encontrada em diferentes pontos da rede social, tendo como modo de ação em nossa sociedade, a disciplina. Para o autor, não existe algo unitário e global chamado poder, mas formas díspares,

heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto, mas uma prática social e, como tal, historicamente construída. Assim, ele é onipresente em nossas ações e se manifesta em todas as áreas da atividade humana. O biopoder surgiu como elemento indispensável ao controle dos corpos no aparelho de produção e ao ajustamento dos fenômenos populacionais aos processos econômicos. Nos albores da revolução industrial o biológico configura o político. E, naquele momento histórico, as razões econômicas predominam sobre as razões sociais.

Nos paradigmas da contemporaneidade, há a tendência manifesta a uma visão sistêmica da vida, a constatação da inter-relação e interdependência universal de todos os fenômenos numa teia de relações que fluem num intercâmbio ininterrupto e crescente (Schnitman, 1986).

A realidade é aceita como dinâmica na sua natureza, pois é um processo contínuo e, assim sendo, é flutuante e, por isso, imprevisível. Está em constante mudança na sua autoconstrução e, por isso, concebe simultaneamente muitas e diferentes dimensões, que são interligadas (Prigogine, 1986, p. 100-104). Há um equilíbrio natural entre as tendências auto-afirmativas e as integrativas. A realidade, na verdade, é múltipla, abrangente, socialmente construída e compreendida a partir do contexto que gera o conhecimento (Crema, 1989, p. 87-90).

A produção do conhecimento, que é a reformulação da percepção do observador (Maturana, 1998), a partir de distintos paradigmas, é impregnado de valores. Valores não são generalizáveis, pois são válidos apenas em contexto e tempo determinados. Por outro lado, conhecimento, subjetividade e poder experimentam um estado de influência mútuo, permanente e simultâneo, numa interpenetração em que é impossível distinguir causas e efeitos (Capra, 1988).

Os novos paradigmas educacionais rompem com os aspectos eminentemente racionais e tecnológicos, centrados na transmissão de conhecimentos e valores dominantes, para a utilização do referencial educacional em aspectos humanistas e sociointeracionistas, visando ao crescimento pessoal e à criação de comunidades participativas e, por isso mesmo, genuinamente mais democráticas, viabilizando, a longo prazo, a erradicação da exploração entre os homens, eliminando progressivamente a figura do dominante e conseqüentemente do dominado pela universalização do acesso ao conhecimento (Moraes, 1997, p. 99-100).

A educação deve fluir do simples ensinar conhecimentos reconhecidos e os valores tradicionais para o crescimento e formação afetiva da pessoa, numa sociedade aberta às produções/invenções do homem. Cognição e afetividade, conhecimento e subjetivação: processos educativos e relações de aprendizagem (Ceccim, 1998).

A subjetividade não é um resultado, nem um dado; nem originada, natural ou invariante: é produção, criação, invenção e devir; é múltipla e plural (Birman, 2000). A aprendizagem é contínua e permite, por meio da interação com o outro, com o grupo, com a sociedade, o verdadeiro conhecimento.

As mudanças jamais são provocadas por ações externas, mas unicamente pela reelaboração interna a partir do movimento na subjetividade: processo de subjetivação. Elas se materializam na interface educação/saúde em sua produção de atos sociais.

Esse enfoque permite uma visão crítica que transcende ao espaço físico em que a educação se produz e estabelece uma relação íntima entre os conteúdos, as práticas e as experiências trazidas de fora.

Essa criticidade, não disciplinadora, reforçada pela vivência prática da ação social direta vai ajudar ao escolar a, progressivamente, construir autonomia (Giroux, 1987). A prática com o outro no mundo da vida, leva à discussão da busca cooperativa do conhecimento e conseqüentemente ao aprendizado compartilhado (Habermas, 1989). Quando as ações práticas afetam e são afetadas por interesses pessoais e da sociedade, a resposta envolve uma contextualização moral. A intersubjetividade conjuga a perspectiva de cada um com as produções dos grupos sociais, o que traduz o exercício pleno da democracia como ação de liberdade e luta política pela vida.

A participação construtiva do cidadão objetiva, fundamentalmente, ampliar a capacidade dos grupos humanos de analisar com criticidade a realidade vivenciada e agir construtivamente e com independência, sobre ela.

Esse caminho, dentro da própria educação, também precisa ser construído a partir da ação social. Acreditamos que para alcançar tais produções seja necessária a operacionalização de ações de mudança, buscando envolver, com participação, a própria população. Nesse sentido, ações de educação em saúde podem funcionar como fator sinérgico, onde interagem a educação, a população e a rede de serviços de saúde.

Propugnamos pela ação do escolar, devidamente capacitado e sob orientação, atuando como agente de multiplicação de informações para a saúde, nos grupos sociais em que está inserido. O adolescente e a criança são muito mais curiosos que o adulto. Assim, podem, mais facilmente, ser o elemento central da ação que busca estimular a sensibilidade, o raciocínio e a criatividade, numa interação acompanhada pelo professor e pelo profissional da saúde. Essa prática,

pelo interesse social que envolve, será um fator facilitador no desenvolvimento da consciência sanitária, tal como vimos propondo nesta tese.

A oportunidade de trabalhar conteúdos numa realidade concreta, com a participação de professores e alunos, em que a análise e construção de novos nexos possam ocorrer em favor dessa tomada de consciência da saúde como direito das pessoas, interesse da sociedade e dever do Estado, parece-nos extremamente promissora.

A ação intersubjetiva é a base para buscarmos alterar os nexos entre teoria e prática e as relações entre profissionais e a população no entrosamento com as instituições formadoras e de serviço e na conseqüente modificação da realidade da Educação e da Saúde. É a interface Educação e Saúde na construção da cidadania por meio da ação do conhecimento e conseqüente participação da população.

Essa pequena autonomia, metabolizada pela ação do conhecimento, retorna vivificada para o espaço educacional na qual foi gerada, e, ganhando mais força, interage com a população e, assim, por meio desse movimento, ganha visibilidade, numa multiplicação infinita de pontos de autonomia incipientes e pontos de transformação social incipiente.

Penso que a visibilidade que gera essa proposta de ação é a palavra fundamental para despertar lideranças populares e a grande massa educacional envolvida num mesmo paradigma curricular de repetição que esquece destrezas populares de solução de problemas, estratégias solidárias de enfrentar as adversidades e motivações singulares, mas reitera os valores morais e higienistas.

Essa chama diminuta nas periferias, ao criar cumplicidade local, gera credibilidade. Se o envolvimento dos escolares operar com informações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde e se este envolvimento operar com

encontros e afetos interpessoais, conhecimento das instituições de saúde, horizontalização das relações das crianças com os professores e os profissionais de saúde e ampliar a autonomia de comunicação, circulação e interpretação de fatos e histórias, então realizamos uma transformação social, pró-cidadania.

Nós sabemos a importância do exercício da cidadania. Nós sabemos o valor da tomada de consciência da população quanto ao direito à saúde. Nós sabemos a necessidade de participação popular em todos os níveis da estrutura social, especialmente, na educação e na saúde. Nós sabemos também que a educação não se restringe apenas ao espaço físico das escolas e que a saúde não está restrita e nem privilegiada nos hospitais. Precisamos, então instituir uma ação planejada, embora sem recursos adicionais, mas estruturada em bases sólidas que envolvam, num só espaço, a educação, a saúde e a população participativa. E que ela avance por pequenos e múltiplos pontos, conquistando, a um tempo, credibilidade e cumplicidade.

Assim pode ser construída a consciência sanitária de uma população. Assim também se estabelece o início informal, imperfeito, mas decidido, do exercício da autonomia. É o início de uma caminhada difícil, ao longo da qual, será, passo a passo, aplainado o caminho, serão corrigidas as imperfeições e reforçadas as forças do envolvimento sociocomunitário para pleitear e lutar pelo desenvolvimento local sustentável.

Esse envolvimento passa, necessariamente, pelo desenvolvimento e especificidade crescente dos direitos sociais, num processo histórico de inserção, esclarecimento e transformação social.

3.3 Ação pedagógica

O relatório para a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, consagrou um espaço amplo aos valores que virão a ser necessários no século que ora se iniciou.

Pode-se dizer que o critério de êxito do ensino não é apenas a acumulação de conhecimentos, porém as mudanças comportamentais favoráveis. Segundo Reboul (1995, p. 74-76), o verdadeiro ensino distingue-se do treinamento e da instrução, porque seu propósito não é formar um técnico, mas um homem.

É a partir deste momento que se começa a concretizar a noção do desenvolvimento local sustentável, em que se busca a integração de conhecimento e de valores para se chegar a uma sociedade mais humanista, criando um sentimento muito forte de responsabilidade individual em relação ao coletivo, lutando por condições de justiça social, equidade e saúde coletiva.

No paradigma tradicional, a função dos atores do processo educativo são claramente segmentares e estanques. O professor detém sozinho os méritos da verdade absoluta e inquestionável dos conteúdos transferidos, enquanto o aluno, a quem é imposto o conhecimento de forma acabada, tem sozinho a responsabilidade da comprovação simplista, não integrativa e não articulada do aprendizado (Moraes, 1997).

Por outro lado, os paradigmas educacionais contemporâneos implicam mudanças na visão intelectual e social dos papéis de professor e aluno (Delors, 1999, p. 114-116). Aceitando a inexistência de verdades absolutas, ocorrem

transformações na forma de pensar e na compreensão social da vida. O professor também deixa de ser o exclusivo detentor da verdade, os alunos passam a ser respeitados como autores do processo, capazes de fazer escolhas e construir seus próprios caminhos.

Segundo Delors (1999, p. 114-116), a educação baseia-se em quatro pilares: *aprender a conhecer*, ou seja, aquisição de saberes; *aprender a fazer*, ou seja, qualificação profissional e aquisição de competências para trabalhar em equipe; *aprender a conviver*, mediante a percepção das interdependências no que diz respeito ao pluralismo e *aprender a ser*, para, numa visão crítica, desenvolver sua personalidade e, por meio dela, a sua capacidade de autonomia, de discernimento e da responsabilidade pessoal.

Aprender a conhecer nos permite não só descobrir o mundo que nos rodeia como também desenvolvermos o prazer de compreender os fenômenos e suas causas. É então, a um tempo, fim e meio; um fator de aumento de conhecimentos e um gerador do espírito de pesquisa; da visão abrangente, por meio de idéias associativas e da observação crítica.

O conhecimento é sempre múltiplo e evolui numa grandeza infinita. É, pois, impossível a um indivíduo conhecer tudo. A especialização que, de certa forma, foi conseqüência disso, enquanto exclusiva, leva a uma segmentação excludente que impede a cooperação necessária e fundamental para a construção do coletivo. Conforme Schwartz (1993, p. 110-112), *um espírito verdadeiramente formado, hoje em dia, tem necessidade de uma cultura geral vasta e da possibilidade de trabalhar em profundidade determinado número de assuntos. Deve-se, do princípio ao fim do ensino, cultivar, simultaneamente, estas duas tendências. A visão geral amplia a comunicação e permite a criação.*

A formação cultural que agrega as sociedades no tempo e no espaço, enquanto for abrangente, promove a formação de novos campos de conhecimento mediante sua inter-relação gerada na interface de ações sinérgicas.

O processo de aprendizagem é contínuo e, como tal, está em constante crescimento, especialmente, por meio da própria experiência. As atividades individuais não encaradas sob o seu aspecto rotineiro, são uma forma constante e de conteúdo muito rico de aprendizado.

Aprender a fazer está estritamente relacionado com o aprender a conhecer. O seu enfoque, entretanto, diz respeito à operacionalização do conhecimento o que implica o somatório de uma gama de fatores que se estendem desde a formação técnica, à especialização, passando pela capacidade de iniciativa, à aptidão para o trabalho em equipe e ao comportamento social.

Assim, parece-nos de fundamental importância a participação ativa do escolar em ações de multiplicação para a saúde em seu grupo social. Ele pode despertar o valor da saúde de cada indivíduo e a capacidade de si mesmo como desencadeador desse processo. Ele aprende a valorizar o coletivo e a importância de si mesmo na construção de uma sociedade com produção de saúde. Ele ensina, multiplicando informações e aprende, desde cedo, a participar construtivamente como cidadão.

Também aqui, a atividade do escolar oportuniza, na operacionalização da sua ação multiplicadora, uma experiência muito rica na integração ativa com a produção social.

Aprender a conviver é um importante desafio da educação como veículo na diminuição de conflitos, que, naturalmente, existem como fruto da competição da vida moderna, permeando grupos de indivíduos que usufruem situações ou experiências pessoais diferentes. Quando se trabalha em conjunto sobre projetos

motivadores, as diferenças e até os conflitos se reduzem, passando-se a valorizar aquilo que é comum, necessário e útil para o grupo. Por outro lado, apenas o contato com situações diferentes num ambiente comum, sem uma atividade construtiva, motivadora e igualitária, apenas evidencia as diferenças e aumenta os conflitos (Carnegie Corporation, 1994, p. 18).

Iniciar o escolar em projetos de cooperação, especialmente, por sua participação em atividades sociais, como a de agente multiplicador de informações para a saúde em seu grupo social é uma forma importante de lograr a solidariedade por meio da experiência e do prazer do esforço comum.

Aprender a ser tem por objeto a realização completa do homem no enfoque mais abrangente do termo e na complexidade de sua expressão ou compromisso, o que envolve a auto-organização, a interatividade e a interdependência que atingem, tanto a área da saúde como da educação.

Tal situação confere aos agentes dos dois segmentos - equipe de profissionais de saúde e de educação, e não mais a figura isolada do médico e do professor - uma atitude de abertura ao diálogo, tanto na sua interação com a sociedade, como na análise e na avaliação continuada e participativa de sua própria prática, que traz em si o significado real das coisas locais, que devem sempre ser prioritárias no direcionamento do processo.

Assim, um novo paradigma que modifique total e igualitariamente, tanto a saúde, como a educação, é um fator agregador da integração das duas áreas, cuja interface de ação sinérgica é de fundamental importância no desenvolvimento local e para a formação de uma nova postura comportamental que, no seu bojo, traz o grande desafio para o século XXI, que é o da reconstrução da solidariedade.

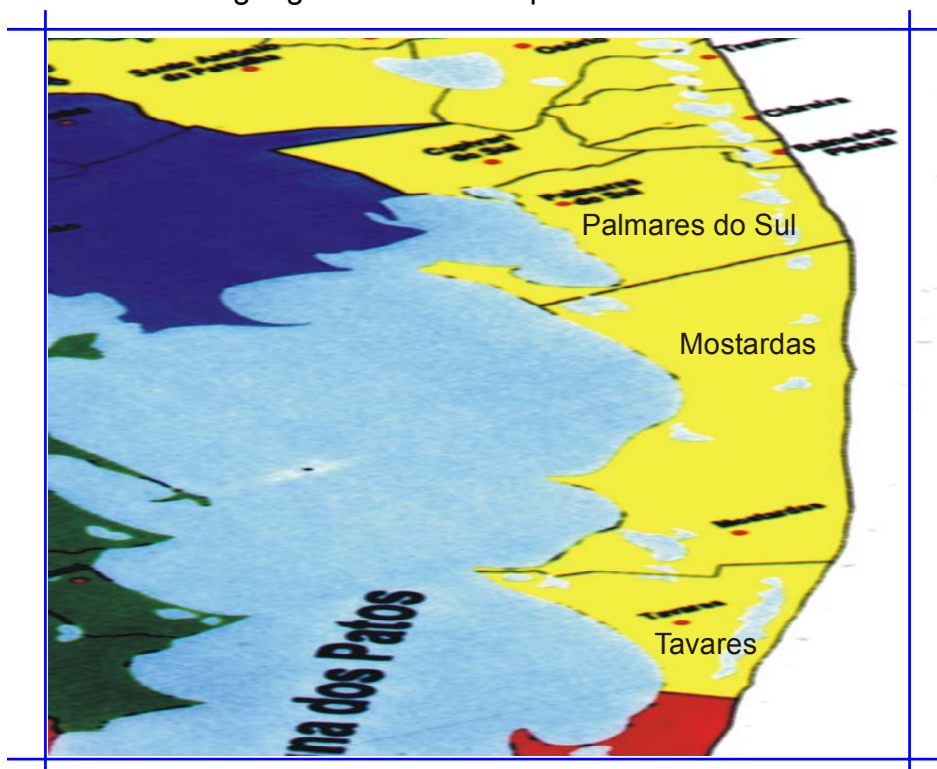
Assim, o espírito pluralista que constrói a solidariedade e a ação social eficaz, tem, na escola e na saúde, o embasamento necessário ao desenvolvimento da autonomia como sustentação da vida em sociedade e do desenvolvimento pessoal.

4 ESTUDO COM UMA POPULAÇÃO RURAL DAS CLASSES POPULARES

4.1 Área geográfica estudada

Foi escolhida a cidade de Mostardas para o desenvolvimento do estudo em causa.

Área geográfica do município de Mostardas/RS



Município pequeno, com baixo fluxo migratório, possui uma população cujas características próprias são comparáveis às dos municípios que compõem toda a região do litoral norte do estado do Rio Grande do Sul, na faixa compreendida entre as cidades de Torres e Tavares. Essa região se distribui em dezessete municípios e perfaz um total estimado de população correspondente a 370 mil pessoas para o ano de 2001. Mostardas é uma cidade pequena, cuja população de origem açoriana vive da produção primária, especialmente, do plantio de arroz e cebola, produtos têxteis e pescados. A infra-estrutura é precária. As estradas são inadequadas, tendo seu acesso principal asfaltado há poucos anos. Possui um hospital e nove escolas municipais em atuação.

A colonização dessa parte do território rio-grandense remete ao ano de 1742, quando, segundo Heinrich Bunse (Biblioteca Municipal de Mostardas, 1943), já existia um posto de vigilância denominado *A guarda de Mostardas*. A origem da denominação tem várias hipóteses: seriam naufragos de um barco francês com este nome que se teriam abrigado naquele local ou seria o nome ou apelido de algum comerciante ali estabelecido. Segundo o historiador Arthur Ferreira Filho (1989), seria consequência da quantidade desse vegetal comestível, abundante na região, a fartura de pés de mostarda. Foi elevado à categoria de Freguesia em 1773.

Possui uma população estimada de 9.632 habitantes para 2001, segundo dados do IBGE. Há pouca migração populacional. Verifica-se atualmente um aumento crescente da população urbana decorrente do êxodo rural do próprio município ou do município vizinho, Tavares.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, temos a considerar que, dentro da economia local, as atividades que se destacam em percentuais são: agropecuária com 81%, indústria com 9%, comércio com 7% e serviços em geral com 3%.

A agricultura é a maior fonte de renda, especialmente, a cultura de arroz e cebolas. Não há o hábito da cultura de hortas e pomares. Há um baixo consumo de frutas e hortaliças. Não há assistência técnica suficiente, e o transporte é inadequado por falta de estradas vicinais. A comercialização é insuficiente. Possui uma grande área de reflorestamento - 67.000 hectares - com cinco serrarias de porte médio e uma de porte grande, utilizadas na extração de madeira.

A grande extensão de propriedades rurais e a precariedade das técnicas aplicadas reduzem a produção e a produtividade do rebanho. São 63.500 cabeças, criadas em aproximadamente 100.000 hectares.

O rebanho ovino é composto de aproximadamente 34.000 cabeças e produz 51.152 Kg de lã por ano, matéria prima para o artesanato do município.

No que se refere ao ambiente natural, a costa leste do município apresenta uma planície costeira arenosa, formada nos últimos avanços e recuos do mar, relacionados às glaciações cíclicas. Separando a Lagoa dos Patos do Oceano Atlântico, há um trecho de restinga bem preservado. Compõe-se de banhados, matas nativas, campos de dunas, lagoas e praias oceânicas e lagunares. Essa diversidade, a abundância alimentar e a calma do local permitem a coexistência harmoniosa entre muitas espécies, caracterizando a região como um refúgio de aves.

O Parque Nacional da Lagoa do Peixe foi criado em 6 de novembro de 1986 com o objetivo de preservar amostras representativas desses ecossistemas costeiros, permitindo a continuidade do ciclo de vida das aves migratórias. Sua importância internacional foi reconhecida com a inclusão pela Unesco na Rede Hemisférica de Reservas para Aves Lumnícolas, na Convenção de Ramsar.

Uma das principais razões para a criação desse Parque foi a sua importância vital para as espécies de aves migratórias que utilizam a área em seus ciclos anuais, entre os ninhais do hemisfério norte e a Patagônia. É a única área do Brasil em que se avistam flamingos o ano todo.

4.2 Delineamento do estudo

Foi utilizado um ensaio clínico cuja intervenção se iniciou pela educação em saúde de professores do ensino fundamental com abordagem de conteúdos sobre saúde bucal e a educação em saúde bucal realizada, por eles, com os escolares, para que estes, como agentes de educação, pudessem repassá-las aos grupos sociais em que estão inseridos.

O tema da saúde bucal foi selecionado por permitir maior facilidade na mensuração do impacto da intervenção a curto prazo, na informação das crianças e suas famílias/grupos sociais.

Assim, o objetivo do presente estudo fica contemplado na medida em que se pode testar a viabilidade do fluxo de informações, utilizando a criança em escolarização como agente de disseminação de conhecimento, consciência da participação em saúde e ativação/mobilização de tomada de consciência sanitária.

Como a proposta básica era avaliar o conhecimento em saúde bucal da população de Mostardas e o potencial de repasse de novas ou superiores informações por meio dos escolares, como disseminadores junto à população, os

dados necessários foram colhidos por meio de questionários, em formato de pré e pós-teste.

Para a montagem das questões seqüenciais dos questionários, foi realizada uma análise de detalhamento por técnicos do IBGE, que permitisse a obtenção de um instrumento com caráter de enquete com validade populacional.

Desenvolvemos um estilo simples e informal, eliminando questões longas e palavras complexas. Evitamos perguntas negativas e hipotéticas, assim como as que pudessem eventualmente ferir susceptibilidades. Mantivemos um assunto único por questão, resguardando uma proporção válida entre todos, junto à população estudada.

Orientamos os entrevistadores não só quanto à técnica de abordagem dos grupos sociais pesquisados, como também e, principalmente, quanto a conceitos específicos, como forma de evitar-se interpretações subjetivas individuais que eventualmente pudessem comprometer a uniformidade do questionário aplicado.

Para avaliar as modificações cognitivas que possibilitem futuras mudanças comportamentais, foram utilizados dois instrumentos de teste iguais, antes e depois do repasse de informações, quer na escola quer junto à população, com base em Barros; Víctora (1991, p. 35-58).

O pós-teste, aplicado em momentos diferentes, aos escolares e junto à população em que estão inseridos, quantificou a acumulação de conhecimentos resultante do repasse de informações e modificações identificáveis relatadas nas áreas trabalhadas.

Todos os instrumentos de avaliação foram validados previamente por professores e estudantes universitários do Programa Especial de Treinamento em

Odontologia, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, grupo PET-Odonto, FO-Ufrgs/2000.

Procuramos testar a capacidade de entendimento dos moradores e o desempenho dos acadêmicos que realizariam a enquete. Para isso, testamos o questionário e as técnicas de sua aplicação à luz da realidade local, por meio da utilização de um estudo piloto e uma amostra aleatória simples, correspondente a cinquenta moradores de Palmares, cidade vizinha, distante de Mostardas, mas com as mesmas características populacionais. Esses moradores foram entrevistados durante um mês antes do início da coleta dos dados propriamente dita.

Os acadêmicos que realizaram a enquete procuraram sempre se ater, com rigor, ao enunciado do questionário aplicado, evitando, assim, a inconsciente manifestação de sua própria interpretação dos dados colhidos. É bom lembrar que seguiram rigidamente todas as normas estabelecidas, frisando-se, aqui, que foi previamente definida a rotina de ler textualmente, para o respondente, cada questão, evitando-se, assim, qualquer risco de eventual indução nas respostas por erros na formulação das perguntas.

4.3 População estudada

O trabalho foi desenvolvido com os alunos da 3ª a 8ª séries do ensino fundamental das escolas municipais de Mostardas, cujo universo de área rural exclusiva totaliza 385 crianças (IBGE), distribuídas na faixa etária dos 7 aos 16 anos de idade.

Escolheu-se a escola municipal pelo estreito vínculo desta com o poder público local, permitindo eventuais modificações na sistemática operacional, conforme a realidade apresentada, de forma mais ágil e conclusiva, e justificando o plano de intenções do desenvolvimento local sustentável e da descentralização da gestão do SUS.

4.4 Planejamento da investigação

Foi identificado o número amostral significativo, n , e buscou-se a maior representatividade possível.

Considerou-se, no universo de 09 escolas municipais de Mostardas, com um total de 597 alunos, dois parâmetros: sua localização em área rural, por ser a região mais desassistida e o número de alunos matriculados em cada uma.

Assim, definimos para esta pesquisa, como *Escola Grande* aquela que possui mais de 100 alunos e *Escola Pequena* aquela que possui um número menor que 30 alunos matriculados.

Sorteamos, então, entre as 06 escolas municipais uma *Grande* e uma *Pequena*, da área rural, guardando-se o mesmo perfil de proporcionalidade de distribuição populacional do município de Mostardas. Assim, pode-se, mais fielmente, mensurar possíveis variações de resultados entre pequenas e grandes escolas (Cockran, 1977, p. 75-84). A composição da amostra segundo o tipo de escolas encontra-se na tabela 1.

TABELA 1 - Caracterização da amostra de escolas rurais de Mostardas/RS

TIPO DE ESCOLA	NUMERO DE ALUNOS
Grande	203
Pequena	17
TOTAL	220

Fonte: Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2001.

Quando da solicitação da autorização para aplicação dos questionários, junto às autoridades maiores do município, assumimos voluntariamente o compromisso de fornecer, de maneira formal, com detalhes, os resultados finais do trabalho.

A implementação do presente estudo se deu após o contato de sensibilização com as escolas municipais situadas em Mostardas/RS. Procurou-se, por meio da escola, a geração de multiplicadores de informações em saúde, pertencentes aos próprios grupos sociais locais, de forma que fossem capazes de melhor conhecê-los, bem como aos recursos locais e fossem capazes de obter maior credibilidade.

Os conteúdos relacionados com os objetivos específicos foram discutidos e repassados aos professores e destes aos alunos em práticas de educação em saúde. Os instrumentos utilizados junto aos escolares e à população foram previamente testados num grupo piloto no município da vizinhança regional, Palmares do Sul, que por ser afastado de Mostardas, e por possuir características populacionais e densidade demográfica semelhantes. O piloto serviu para prevenir eventuais interferências que viessem a prejudicar os resultados, como alertam Almeida; Rouquayrol (1990). Tais condições testaram a adequação do instrumento a ser aplicado, assim como a técnica operacional utilizada em acordo com Jenicek (1982, p. 36-74).

Após a aplicação do estudo piloto, comprovou-se que o instrumento utilizado respondeu fielmente a sua ação, como ferramenta metodológica.

A execução do projeto teve um desenvolvimento seqüencial, iniciando pelo pré-teste que foi aplicado aos alunos com o objetivo de quantificar o acúmulo cognitivo dos escolares que atuaram no projeto, como agentes de informações em saúde. A população, que se constituiu no segmento terminal do processo, como objetivo dos conteúdos transferidos, respondeu, ao mesmo tempo, ao pré-teste para que a mensuração inicial, que traduz a realidade local antes de qualquer intervenção, não sofresse qualquer tipo de contaminação, seguindo a ressalva de Cañedo (1987, p. 38-66). Após, foi implementada a educação em saúde bucal com os professores das escolas selecionadas.

Para o desenvolvimento da ação de educação em saúde bucal, fez-se necessária a participação dos professores das crianças envolvidas na investigação. Esta ação constou de seis momentos relacionados entre si:

- 1) como primeiro momento, os professores foram reunidos para, mediante uma **exposição sobre o projeto**, compreenderem a importância de suas participações como agentes imprescindíveis da ação pedagógica processada na dinâmica relacional com seus alunos;
- 2) realização de uma dinâmica de grupo com os professores, na qual, a partir das suas vivências de sala de aula, foram especificadas as 13 lições do instrumento educativo *Aprendendo a Cuidar da Boca em 13 Lições*, da autoria de Bercht (2001);
- 3) explicitação das dificuldades percebidas pelos professores sobre o planejamento de suas atividades referentes ao projeto no contexto de sua ação docente;

- 4) elaboração de um planejamento sobre o conteúdo (as *13 Lições*) por pequenos grupos de professores;
- 5) apresentação em pequenos grupos das atividades planejadas sobre as *13 Lições*;
- 6) avaliação do encontro pelos professores integrantes do projeto e pela equipe da pesquisa: orientador, coordenador e equipe responsável pela aplicação dos questionários de pré e pós-teste.

O fluxo dessas informações dos professores aos alunos foi monitorizado pela equipe de técnicos das áreas da saúde e da educação ligados ao projeto em causa, com o objetivo de evitar-se, com rigor, qualquer tipo de distorção, seguindo orientação encontrada em Barros; Víctora (1991, p. 35-42).

O trabalho com informações em saúde bucal dos professores para os alunos teve o acompanhamento direto do pesquisador, buscando assegurar a maior fidelidade no fluxo dessas informações.

Após o trabalho com as informações em causa, os alunos envolvidos na presente pesquisa responderam ao questionário do pós-teste quando do encerramento da apresentação do último módulo de conteúdos teóricos. Assim, se obteve a mensuração da conservação de informação em saúde ou conhecimento adquirido.

O pós-teste, junto à população, foi aplicado 1 (um) mês após o pré-teste, considerado tempo para maturação da informação, evitando-se assim eventuais perdas na mensuração das informações repassadas.

A coleta de dados foi feita por pessoal treinado diretamente pelo responsável pela pesquisa, com vistas a padronizar a sua forma de atuação e evitar qualquer

distorção involuntária como fruto da subjetividade daquele que aplicará a enquete, como alerta Pereira (1995).

Tomamos o estrito cuidado de resguardar aspectos éticos, garantindo que o pessoal treinado na aplicação da enquete, como primeira medida de ação junto aos familiares/grupo social, prestassem rigorosamente todas as informações necessárias ao adequado entendimento dos objetivos e significado do trabalho proposto e só iniciassem a coleta de dados após a clara permissão da família para realizar a enquete. Por outro lado, orientamos ao pessoal treinado no sentido de que, devidamente orientados, funcionassem paralelamente como elementos de ligação dos membros da família/grupo social com os serviços de saúde da área e como agentes facilitadores dessa integração em casos de necessidade evidenciada.

Os instrumentos do pré e pós-testes buscaram qualificar, junto às crianças e à população, as variações cognitivas, assim como as modificações de atitudes que eventualmente tivessem ocorrido nos segmentos envolvidos (Moser; Kalton, 1979).

Ao longo da coleta dos dados junto aos familiares/grupos social das crianças, o pesquisador, sem o conhecimento daqueles que aplicaram a enquete, refez, pessoalmente e por sorteio, a aplicação do mesmo questionário à 15% das famílias já visitadas anteriormente na rotina da pesquisa, como recomenda Dorantes (1987, p. 85-94). Tal medida buscou, essencialmente, ao confrontar as informações, avaliar, num controle de qualidade do trabalho executado, a confiabilidade dos resultados encontrados.

4.5 Delimitação da amostra

Este estudo utilizou a Análise Quantitativa (Ruiz, 1982, p. 28-46) para calcular uma amostra que fosse representativa da população em estudo. Admitimos um grau de confiança de 95% com uma margem de erro de 8%. Admitimos, ainda, a variabilidade máxima para as variáveis fundamentais para uma pesquisa de atributos, isto é, foram dimensionadas as proporções (percentuais) de ocorrência dos eventos (por exemplo, o percentual de escolares que identificaram outra criança com alterações de saúde bucal perceptíveis).

Aplicamos a fórmula proposta em Costa Neto (1977, p. 57-62) e Foratine (1976, p. 38-79).

$$n_o = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{E^2} \qquad n = \frac{n_o \times N}{n_o + N}$$

Sabemos que, nesta fórmula:

n = amostra estimada

Z = 1,96 (da curva normal para alfa = 5%)

P = 0,5 (proporção do evento, considerando variabilidade máxima)

Q = 0,5 (complemento de P)

E = 0,08 (Erro absoluto)

N = 385 crianças

Logo:

$$n_o = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,08)^2} = 150$$

$$n = \frac{150 \times 385}{150 + 385} = 107,94 \cong 108$$

Levamos em conta também a possibilidade de perdas. Nesse sentido, estimamos uma amostra 10% maior, atendendo recomendação constante em Abramson (1984, p. 54-98).

Este cálculo foi inicial para a determinação do tamanho da amostra a partir da qual estimamos a variabilidade dentro de cada escola e entre as diferentes escolas nos diversos momentos da pesquisa.

A partir de então, foi calculado o tamanho da amostra para este tipo de estudo.

$$108 + 10,8 = 118,8 \cong 119 \text{ escolares}$$

Para este estudo utilizou-se, então, uma amostra aleatória de 119 escolares, com idade até 16 anos, da população rural do município de Mostardas. Foi aplicado um pré-teste e, após educação padronizada em saúde bucal, um pós-teste aos escolares envolvidos e aos respectivos pais ou mães. Esta amostra foi obtida com um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 8% em conformidade com Guerra; Donaire (1982, p. 17-36). No final da coleta dos dados, foram aplicados 476 questionários (4 x 119 casos).

Foi realizado um estudo piloto com 50 escolares (questionário do pré-teste para o escolar) e com 50 familiares dos escolares (questionário do pré-teste para a população) em duas escolas do município de Palmares do Sul. O estudo piloto foi realizado em Palmares do Sul devido às semelhanças desta cidade com a cidade de Mostardas, como já foi referido.

No estudo piloto, constatamos que a estrutura dos questionários não apresentava dificuldades de preenchimento, visto que as perguntas foram respondidas de maneira correta, ou seja, os respondentes, quando achavam necessário, marcavam mais de uma alternativa nas perguntas com respostas múltiplas e marcavam uma única alternativa nas perguntas de resposta única. Verificamos, também, que o índice de resposta da alternativa *não sabe* foi muito baixo. Geralmente, quando a alternativa *não sabe* tem um índice alto de resposta no estudo piloto, admite-se o indicativo de que as questões não estão bem formuladas ou a linguagem não está clara. A maneira como as perguntas foram elaboradas não resultaram em nenhum problema quando os dados foram codificados, tabulados e analisados. Logo, não foi necessário fazer alterações nos questionários elaborados.

4.6 Métodos de avaliação

Para avaliar o desempenho dos escolares e da população no pré e no pós-teste, utilizamos o número de acertos obtidos nas questões respondidas sobre saúde bucal.

No caso das seis perguntas com respostas múltiplas, transformamos cada alternativa de resposta em uma variável dicotômica, do tipo acerto = 1 e erro = 0, ou seja:

- se a resposta correta fosse marcada, a variável assumiria valor igual a um;
- se a resposta correta não fosse marcada, a variável assumiria valor igual a zero;

- se a resposta incorreta fosse marcada, a variável assumiria valor igual a zero; e
- se a resposta incorreta não fosse marcada, a variável assumiria valor igual a um.

Como as 16 perguntas continham no total 32 alternativas de resposta, o número de acertos total de cada um dos 04 testes aplicados poderia variar de zero a 32 pontos.

Quando comparamos os acertos do pré com os do pós-teste, para cada uma das questões, separadamente, todos os aumentos, igualdades e diminuições de acertos são considerados separadamente.

Quando comparamos os acertos do pré com os do pós-teste, para um conjunto de questões ao mesmo tempo, consideramos a soma das diferenças do número de acertos do pré e do pós-teste de todas as questões. Nesse caso, só ocorrerá empate (pré = pós) quando tiver ocorrido empate em todas as questões ou quando cada acerto ocorrido for anulado por um erro ocorrido. Nesse caso, a soma das diferenças do número de acertos do pré e do pós-teste será igual a zero, significando que não houve nem acréscimo e nem decréscimo de aprendizado. Exemplo: $0+0+0=0$ ou $0+1-1=0$

Quando fazemos a soma das diferenças de acertos no pré e no pós-teste, basta que haja um único aumento de número de acertos a mais do que empates e diminuições do número de acertos ou uma única diminuição de número de acertos a mais do que empates e aumento de número de acertos para que os empates desapareçam. Exemplo: se, ao compararmos as diferenças de número de acertos do pré e do pós-teste, obtivermos empate de acertos em 5 questões e um aumento de

número de acertos em 1 questão, a soma das diferenças será igual a $0+0+0+0+0+1=1$ =pós-teste>pré-teste=acrécimo de conhecimento.

Os dados colhidos por meio do questionário sofreram dupla digitação. Após o armazenamento em arquivo de dados, foram devidamente analisados. Utilizamos o Qui-Quadrado (χ^2) quando foram variáveis categóricas. As variáveis numéricas contínuas foram analisadas através do teste *t*, para comparação entre dois grupos, seguindo o que estipula Trujillo (1982, p. 28-41).

5 EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, POTÊNCIA PARA A TOMADA DE CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

5.1 Perfil dos escolares pesquisados

As crianças observadas nesse estudo, eram alunos de escolas rurais. A maioria, 106 escolares, ou seja, 89,1% dessas crianças eram de escolas rurais de grande porte e uma parte menor, 10,9%, eram alunos de escolas rurais de pequeno porte, isto é, 13 escolares. Todos eram alunos do ensino fundamental, sendo que aproximadamente 80% se distribuíram uniformemente da 3^a até a 6^a séries e o restante se distribuiu em 11,1% para a 7^a série e 2,6% para a 8^a série.

Pouco mais da metade, 55,5%, eram meninas e 44,5% eram meninos. A faixa etária variou dos 09 aos 16 anos, tendo-se como média 11 anos e 8 meses.

TABELA 2 - Distribuição da amostra dos escolares por tipo de escola municipal rural

TIPO DE ESCOLA RURAL	Freq.	%
Grande	106	89,1
Pequena	13	10,9
TOTAL	119	100,0

TABELA 3 - Distribuição por série escolar da amostra de escolares

SÉRIE*	Freq.	%
3ª série	25	21,4
4ª série	29	24,8
5ª série	24	20,5
6ª série	23	19,7
7ª série	13	11,1
8ª série	3	2,6
TOTAL	117	100,0

* 2 alunos não responderam em que série estudavam, por isso a totalização nesta tabela é de 117 alunos.

TABELA 4 - Distribuição por sexo da amostra de escolares

SEXO	Freq.	%
Feminino	66	55,5
Masculino	53	44,5
TOTAL	119	100,0

5.2 Aspectos socioeconômico-culturais

Segundo se pode constatar, 85,1% dos escolares moram com o pai e a mãe biológicos, 48,8% possuem de 1 a 2 irmãos e 23,5% são filhos únicos.

O número de pessoas que reside na casa dos escolares variou de 3 a 5 membros (73%), sendo que o número mais freqüente de residentes por casa foi de quatro membros.

Menos da metade dos escolares reside em casas de madeira e quase um terço reside em casas de alvenaria. O restante reside em casas mistas.

Pouco mais da metade das mães dos escolares (55,2%) têm idade entre 31 e 40 anos, e 35,1% têm mais de quarenta anos, ficando a idade média das mesmas em 39 anos.

TABELA 5 - Distribuição da amostra dos escolares por idade

IDADE* (em anos completos)	Freq.	%
09 anos	14	11,8
10 anos	28	23,5
11 anos	17	14,3
12 anos	20	16,8
13 anos	18	15,1
14 anos	13	10,9
15 anos	5	4,2
16 anos	4	3,4
TOTAL	119	100,0

* Idade média: 11 anos e 8 meses.

TABELA 6 - Situação de moradia da criança com os pais

MÃE	PAI				TOTAL
	Biológico	Social	Falecido	Não mora	
Biológica	97 85,1%	1 0,9%	3 2,6%	4 3,5%	105 92,1%
Social	0 0,0%	6 5,3%	1 0,9%	0 0,0%	7 6,1%
Falecida	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Não mora	1 0,9%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,9%	2 1,8%
TOTAL	98 86,0%	7 6,1%	4 3,5%	5 4,4%	114 100,0%

Não responderam: 5

TABELA 7 - Número de irmãos que moram na casa com a criança

IRMÃOS	Freq.	%
Não tem irmãos	28	23,5
Um	31	26,1
Dois	27	22,7
Três	10	8,4
Quatro	6	5,0
Cinco	3	2,5
Mais de cinco	14	11,8
TOTAL	119	100,0

TABELA 8 - Número de pessoas que residem na casa

RESPOSTAS	Freq.	%
Duas	3	2,5
Três	26	21,8
Quatro	35	29,4
Cinco	26	21,8
Seis	11	9,2
Sete	5	4,2
Mais de sete	13	10,9
TOTAL	119	100,0

Média: 5 pessoas

TABELA 9 - Tipo de casa em que moram os escolares

RESPOSTAS	Freq.	%
Madeira	53	44,9
Alvenaria	35	29,7
Mista	27	22,9
Outro	3	2,5
TOTAL	119	100,0

Não respondeu: 1

TABELA 10 - Idade da mãe

FAIXA ETÁRIA	Freq.	%
Até 30 anos	11	9,7
De 31 a 40 anos	63	55,2
41 a 50 anos	25	21,9
Mais de 50 anos	15	13,2
TOTAL	114	100,0

Não responderam: 5

Média: 39 anos e 3 meses

A população estudada é de baixa renda, ou seja, 65,9% ganha, mensalmente, menos que 1/2 salário mínimo e 91,2% ganha até 1 salário mínimo, tendo como renda média per capita 3/5 do salário mínimo. A renda familiar mensal em 60,4% do universo pesquisado é inferior a 2 salários mínimos, apesar de que em 47,7% das famílias, tanto o pai como a mãe trabalham fora. Em 33% das famílias apenas o pai trabalha. Considerando-se que 75,5% das famílias são constituídas por 4 ou mais pessoas, ficou evidenciada a limitação financeira desta população.

TABELA 11 - Situação de trabalho da mãe e do pai

MÃE	PAI						TOTAL
	Sim	Tarefeiro	Aposentado	Encostado previdência	Mesada/Pensão	Não	
Sim	52 47,7%	1 0,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	53 48,6%
Tarefeira	11 10,1%	4 3,7%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 13,8%
Aposentada	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Encostada da previdência	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Mesada/Pensão	3 2,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 2,8%
Não	36 33,0%	0 0,0%	1 0,9%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,9%	38 0,0%
TOTAL	102 93,6%	5 4,6%	1 0,9%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,9%	109 100,0%

Não responderam: 10

A escolaridade acima de quatro anos é maior para as mulheres que para os homens (61,6%). Sendo que aproximadamente 11% não sabem ler e 20% não sabem escrever.

TABELA 12 - Situação de escolarização da mãe: a mãe estudou na escola?

RESPOSTA	Freq.	%
Sim	106	89,8
Não	12	10,2
TOTAL	118	100,0

Não respondeu: 1

TABELA 13 - Situação de escolarização do pai: o pai estudou na escola?

RESPOSTA	Freq.	%
Sim	95	84,1
Não	18	15,9
TOTAL	113	100,0

Não respondeu: 1

TABELA 14 - Situação de alfabetização da mãe: a mãe sabe ler?

RESPOSTA	Freq.	%
Sim	106	89,8
Não	12	10,2
TOTAL	118	100,0

Não respondeu: 1

TABELA 15 - Situação de alfabetização do pai: o pai sabe ler?

RESPOSTA	Freq.	%
Sim	89	78,8
Não	24	21,2
TOTAL	113	100,0

Não respondeu: 1

TABELA 16 - Situação de alfabetização da mãe: a mãe sabe escrever?

RESPOSTA	Freq.	%
Sim	104	88,1
Não	14	11,9
TOTAL	118	100,0

Não respondeu: 1

TABELA 17 - Situação de alfabetização do pai: o pai sabe escrever?

RESPOSTA	Freq.	%
Sim	92	81,4
Não	21	18,6
TOTAL	113	100,0

Não respondeu: 1

TABELA 18 - Número de anos completos de escolaridade da mãe

RESPOSTA	Freq.	%
Um	3	2,9
Dois	6	5,8
Três	16	15,4
Quatro	27	26,0
Cinco	27	26,0
Mais de cinco	25	24,0
TOTAL	104	100,0

Não responderam: 14

Média: 5 anos

TABELA 19 - Número de anos completos de escolaridade do pai

RESPOSTA	Freq.	%
Um	3	3,3
Dois	17	18,7
Três	15	16,5
Quatro	25	27,5
Cinco	21	23,1
Mais de cinco	10	11,0
TOTAL	91	100,0

Não responderam: 4
Média: 4 anos

As limitações nas condições socioeconômico-culturais da população em pauta, seguramente, constituem fator restritivo no conhecimento de informações em saúde sob o aspecto preventivo e de promoção da saúde, e estas informações nem sempre são consideradas como prioritárias pela população. Exatamente por isso a nossa preocupação em mensurar aqui os resultados na transferência de informações e desenvolvimento do conhecimento em saúde, uma vez que, se constatada a ação do escolar como *conhecedor* e agente na construção da tomada de consciência sanitária em locais menos desenvolvidos ou em áreas que apresentem condições humanas semelhantes a essa, parece-nos possível estender esse tipo de projeto-ação para grandes extensões do interior do Brasil, periferias urbanas e rurais.

5.3 Conhecimentos do escolar

O perfil de aquisição de conhecimento dos escolares, em relação a alguns tópicos de saúde bucal, transmitidos pelos professores nas escolas de ensino fundamental, foram mensurados em pré e pós teste.

Comparando-se o acúmulo de informação dos escolares sobre a saúde bucal, relacionando-se o pré e o pós-teste, a maioria respondeu, quanto à função dos dentes, que esses serviam *para comer* e *para bonito*, ou seja, que eles tem desempenho funcional e estético.

Verificamos que 3,4% e 19,3%, respectivamente, responderam acertadamente às questões funcional e estética após o pré-teste, ou seja, receberam a informação dos professores.

Ainda quanto à questão da importância dos dentes, o enfoque fonético, ou seja, *eles servem para falar* demonstrou que este aspecto foi aprendido a partir das informações dadas pelos professores.

TABELA 20 - Segundo os escolares, para que servem os dentes

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Para comer	114	95,8	118	99,2	4	3,4	1
Para bonito	46	38,7	69	58,0	23	19,3	50
Para falar	33	27,7	64	53,8	31	26,1	55
Total: 119 respondentes							

Quanto a evitar-se a cárie dentária, 17,6% aprenderam com os professores que comer menos doce é importante como prevenção da doença. Observou-se que a grande maioria sabia da importância da higiene bucal para evitar a cárie dentária,

sendo que apenas 7,6% aprenderam esta questão com os professores como sendo nova.

Quanto ao uso do fio dental em relação à cárie, 56,3% sabiam da sua importância, sendo que apenas 13,4% aprenderam este aspecto com os professores.

TABELA 21 - Segundo os escolares, como se evita a cárie

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Comer menos doces	73	61,3	94	79,0	21	17,6	25
Escovar com pasta de dente	93	78,2	102	85,7	9	7,6	17
Usar fio dental	67	56,3	83	69,7	16	13,4	36
Total: 119 respondentes							

Em relação ao aspecto *quando escovar os dentes* observou-se que 70,6%, tanto no pré como no pós-teste, responderam que deveriam escovar os dentes logo após acordar, quando, na verdade, a resposta esperada seria após o café da manhã. Percebe-se também que, mesmo após a informação de que os dentes devem ser escovados após o café da manhã, os escolares continuaram respondendo que deveriam ser escovados ao acordar. Nesse aspecto, somente 14,3% aprenderam com os professores que escovar os dentes apenas logo ao acordar não está correto. Observou-se que 65,5% dos escolares sabiam no pré e no pós-teste que escovar os dentes antes de comer não está correto. Entretanto, 13,4% somente aprenderam que escovar os dentes antes de comer não está correto a partir de seus professores. A maioria dos escolares já sabia que os dentes devem ser escovados depois de comer, sendo que 8,4% deles aprenderam isto com os professores. Verificamos que 79,0% dos escolares responderam acertadamente que

deve-se escovar os dentes antes de dormir, sendo que 10,9% deles aprendeu esta questão com os professores.

TABELA 22 - Segundo os escolares, quando se deve escovar os dentes

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Ao acordar	84	70,6	101	84,9	17	14,3	18
Antes de comer	78	65,5	94	79,0	16	13,4	25
Antes de ir passear	34	28,6	46	38,7	12	10,1	73
Depois de comer	98	82,4	108	90,8	10	8,4	11
Antes de dormir	94	79,0	107	89,9	13	10,9	12
Total: 119 respondentes							

Quanto ao auto-exame da boca e do rosto, a maioria dos escolares sabia que deveria procurar *buracos nos dentes*, sendo que 6,7% aprendeu isto com os professores.

Quanto ao sangramento gengival, percebe-se que 16,8% dos escolares aprenderam com os professores a observar se as gengivas sangram. Constatou-se que 21,8% dos escolares aprenderam com os professores que, por ocasião do auto-exame, tem de se procurar por *feridas* dentro da boca. Verificou-se que 31,1% dos escolares aprendeu com os professores que deveriam procurar por *caroços* no rosto. Agregue-se a isso o fato de que 31,9% dos escolares, mesmo após terem recebido as informações, não responderam acertadamente a questão. Constatamos que 23,5% dos escolares aprenderam com os professores que deveriam procurar por *inchaço no rosto*, ao mesmo tempo em que 32,8% deles não aprenderam a questão.

TABELA 23 - Segundo os escolares, o que procurar no exame da própria boca e do rosto

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Buracos nos dentes	96	80,7	104	87,4	8	6,7	15
Sangramento nas gengivas	76	63,9	96	80,7	20	16,8	23
Feridas na boca	67	56,3	93	78,2	26	21,8	26
Caroços no rosto	34	28,6	71	59,7	37	31,1	48
Inchaço no rosto	38	31,9	66	55,5	28	23,5	53
Total: 119 respondentes							

Quanto à importância dos dentes de leite, 16,8% aprenderam que são importantes para comer, enquanto que 12,6% respondeu que seriam para guardar espaço para os permanentes.

TABELA 24 - Segundo os escolares, para que os dentes de leite são importantes

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Para comer	52	43,7	72	60,5	20	16,8	47
Para guardar espaço para os permanentes	73	61,3	88	73,9	15	12,6	31
Total: 119 respondentes							

A afirmativa *fumo e bebida podem dar câncer na boca* foi considerada correta no pré e no pós-teste por 51,3% dos escolares, enquanto 5,9% deles só aprenderam que essa afirmativa estava correta após terem recebido a informação dos professores sobre saúde bucal. Verificamos diferença entre o pré e o pós-teste, o que caracteriza o aprendizado quanto ao item pesquisado.

TABELA 25 - Fumo e bebida alcoólica podem dar câncer na boca

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE			TOTAL
	Certo	Errado	Não sabe	
Certo	61	2	10	73
	51,3	1,7	8,4	61,3
Errado	7	1	4	12
	5,9	0,8	3,4	10,1
Não sabe	19	1	14	34
	16,0	0,8	11,8	28,6
TOTAL	87	4	28	119
	73,1	3,4	23,5	100,0

Total: 119 respondentes

Em relação ao que fazer, quando se tem *feridas e caroços na boca*, a maioria dos escolares, 83,2%, já sabiam que se deve procurar um dentista no caso de não desaparecimento em 10 dias. Nesse contexto, 5,9% aprenderam esta informação com os professores. Por outro lado, 25,2% dos alunos aprenderam também que, quando as gengivas sangram, elas estão doentes. Verificamos que 20,1% dos alunos aprenderam com os professores que é possível fazer auto-exame na boca.

No universo dos alunos pesquisados, constatamos em 14,3% o aprendizado de que dar o peito é melhor do que oferecer mamadeira.

Constatamos que 24,3% aprenderam que açúcar causa cárie, enquanto que 16,8% dos escolares aprenderam que dormir com a mamadeira açucarada na boca estraga os dentes e 20,2% dos alunos aprendeu que adoçar o bico com açúcar ou mel é incorreto. Além disso, 13,4% dos escolares aprenderam com os professores que o álcool, fumo e medicamentos, quando ingeridos por mulheres grávidas, sem orientação, podem causar danos ao bebê, inclusive, na sua dentição.

Constatamos que 16% dos escolares aprenderam com os professores que a cárie dentária é uma doença contagiosa.

TABELA 26 - Conceitos dos escolares sobre a saúde bucal

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Ir ao dentista quando permanecem mais de 10 dias feridas e caroços na boca e no rosto	99	83,2	106	89,1	7	5,9	13
Uma pessoa pode examinar a própria boca	36	30,3	60	50,4	24	20,1	59
Gengivas que sangram estão doentes	66	55,5	96	80,7	30	25,2	23
Dormir com a mamadeira açucarada aumenta o risco de Cárie	76	63,9	96	80,7	20	16,8	23
Adoçar o bico aumenta a cárie	50	42,0	74	62,2	24	20,2	45
Dar o peito é melhor que oferecer a mamadeira	78	65,5	95	79,8	17	14,3	24
Cárie é uma doença que pega	26	21,8	45	37,8	19	16,0	74
Mulheres grávidas não devem beber álcool, fumar ou tomar remédios por conta própria	73	61,3	89	74,8	16	13,4	30
Total: 119 respondentes							

Quando comparamos a situação de conhecimentos do escolar antes e após a educação em saúde bucal, detectamos uma elevação no acúmulo de informações na ordem de 21,9%, ou seja, de um percentual de 51,3% de escolares detentores das informações em saúde controladas no estudo, chegamos a 73,1% após a educação. Visto de outra forma, de 48,7% de escolares que desconheciam informações básicas da promoção da saúde bucal, apenas 26,9% as desconheciam após a educação em saúde controlada pelo estudo. Do ponto de vista da aquisição de conhecimentos pelo escolar, o programa sistemático de acesso à informação mostra eficiência quantitativa.

TABELA 27 - Expectativa de aquisição de conhecimento pelo escolar

CONDIÇÃO	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Acerto	61	51,3	87	73,1	+26	+21,9	32

5.4 Comparação dos hábitos de higiene dos escolares antes e depois de receberem informações sobre saúde bucal

Quanto aos hábitos de higiene dos escolares, verificamos que a maioria, 97,4%, informou, em ambos os testes, que possuía uma escova de dentes que era só sua. Observamos que 81,9% dos escolares informaram no pré e no pós-teste que sempre escovavam os dentes após as refeições. Verificamos que 83,5% informaram no pré e no pós-teste que sempre escovava os dentes antes de dormir, entretando, 7,8% apresentou melhora desse hábito após ter recebido informações sobre saúde bucal. Em contrapartida, apenas 29,6% dos escolares informaram no pré e no pós-teste que sempre utilizava o fio dental e 16,5% informaram que apenas, às vezes, utilizava o fio dental. Outros 15,6% apresentaram aumento do uso de fio dental após receber informações sobre saúde bucal. Quanto ao uso de pasta de dentes, em ambos os testes, mais de 90% dos escolares informaram sempre utilizá-la, o que caracteriza um hábito já arraigado na população em causa. Mesmo assim, houve uma elevação de 95,5 para 99,1% no uso de creme dental após o aprendizado escolar de sua importância.

TABELA 28 - Hábitos de higiene dos escolares

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Tem escova de dente só sua	113	97,4	115	99,1	2	1,7	4
Sempre escova os dentes após as refeições	95	81,9	101	87,1	6	5,2	18
Sempre escova os dentes antes de dormir	96	83,5	105	99,3	9	7,8	14
Sempre usa fio dental	34	29,6	42	36,5	8	6,9	—
As vezes usa fio dental	19	16,5	29	25,2	10	8,7	—
Usa pasta de dente	110	95,5	113	99,1	3	2,6	6

A maioria, 83,2%, dos escolares responderam no pré e no pós-teste que quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias, deve-se ir ao dentista. No entanto, 5,9% dos escolares só responderam isso no pós-teste, depois de receberem informações dos professores.

TABELA 29 - Segundo os escolares, quando se tem *feridas e caroços* na boca que não desaparecem em 10 dias, o que se deve fazer

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Bochechar com água e sal	17	14,3	32	26,9	15	12,6	87
Ir ao dentista	99	83,2	106	89,1	7	5,9	13
Não fazer nada	111	93,3	114	95,8	3	2,5	5

Total: 119 respondentes

5.5 Repasse de informações sobre saúde bucal para o próprio grupo social, segundo os escolares

No pós-teste, 92,4% dos escolares informaram que havia falado em casa sobre *algumas coisas* do que tinha aprendido sobre os cuidados com a boca. As mães teriam recebido informações de 67% dos escolares e 41,7% passaram informações para o pai. Apenas 15,5% dos escolares repassaram o conhecimento adquirido sobre os cuidados que se deve ter com a boca entre toda a família.

TABELA 30 - Com quem o escolar falou sobre saúde bucal após a Educação em Saúde

RESPOSTAS	Freq.	%
Mãe	69	67,0
Pai	43	41,7
Família toda	16	15,5
Irmão (ã)	8	7,8
Avô (ó)	2	1,9
Tia (o)	1	1,0
Primo (a)	1	1,0
Amigo (a)	1	1,0
TOTAL	103	

Não responderam: 7 escolares
Resposta múltipla.

Cada uma das informações compartilhadas durante a educação em saúde bucal foi repassada ao grupo social dos escolares por mais de 80% deles. As informações mais valorizadas pelos escolares parecem ter sido a escovação, uso do fio dental, reconhecimento dos dentes permanentes e prejuízo do álcool e fumo à saúde bucal.

TABELA 31 - Quais informações o escolar repassou sobre a saúde bucal

PERGUNTAS	SIM		NÃO		TOTAL
	Freq.	%	Freq.	%	
Deve-se escovar os dentes após a comida e à noite	105	96,3	4	3,7	109
Fio dental limpa o meio dos dentes	103	97,2	3	2,8	106
É importante saber reconhecer os dentes permanentes	103	97,2	3	2,8	106
Fumar e usar bebidas alcoólicas faz mal à saúde bucal	103	98,1	2	1,9	105
Deve-se cuidar dos dentes de leite	102	96,2	4	3,8	106
É importante escovar os dentes com pasta de dentes	101	94,4	6	5,6	107
O leite do peito é o melhor alimento	99	93,4	7	6,6	106
Quando as gengivas sangram, estão doentes	97	91,5	9	8,5	106
Dormir com a mamadeira açucarada na boca, estraga os dentes	94	91,3	9	8,7	103
Chupar bico depois dos 3 anos e chupar o dedo entorta os dentes	93	90,3	10	9,7	103
Passar o bico no mel ou no açúcar estraga os dentes	91	86,7	14	13,3	105
Os dentes servem para embelezar, mastigar e falar	89	84,8	16	15,2	105
Cada um deve saber examinar a sua boca	85	80,2	21	19,8	106

Depois das informações sobre os cuidados com os dentes, pouco mais da metade dos escolares disse ter *mandado* alguém comparecer ao dentista, sendo 22,6% os irmãos, 15,1% a mãe, seguido por tios e primos, amigos e o pai. Um grupo

de 7,5% dos escolares sugeriu a busca do dentista para toda a família. Os próprios escolares buscaram o dentista, na ordem de 30,2% após a educação em saúde.

TABELA 32 - Ocorrência de ida ao dentista após o recebimento de informações por qualquer membro do grupo social

RESPOSTA	Freq.	%
Sim	56	56,0
Não	44	44,0
TOTAL	100	100,0

Não responderam: 10 escolares

TABELA 33 - Ocorrência de ida ao dentista após o recebimento de informações em saúde, conforme o membro do grupo social

RESPOSTAS	Freq.	%
Próprio(a) escolar	16	30,2
Irmão(ã)	12	22,6
Mãe	8	15,1
Tio(a)	7	13,2
Primo(a)	7	13,2
Amigo(a)	5	9,4
Pai	4	7,5
Família toda	4	7,5
TOTAL	53	

Não responderam: 13 escolares

Resposta múltipla.

5.6 Comparação do conhecimento da população, antes e depois de receber informações dos escolares sobre a saúde bucal

O conhecimento dos grupos sociais locais sobre a saúde bucal foi testado por meio de 16 questões, sendo que 6 delas (no pré-teste da 21ª até a 26ª questão e no pós-teste da 6ª até a 11ª questão) tinham mais de uma alternativa de resposta correta e as demais (no pré-teste da 27ª até a 36ª questão e no pós-teste da 12ª até a 21ª questão) apenas uma única alternativa de resposta correta.

Para comparar as respostas marcadas no pré e no pós-teste para cada uma das 6 questões de múltipla escolha, utilizamos o mesmo método utilizado para os escolares, ou seja, tivemos que considerar cada uma das alternativas de resposta como uma nova questão do tipo **sim** ou **não**, onde:

- resposta marcada = sim;
- resposta não marcada = não.

Verificou-se que 94,1% da população estudada, quanto à função dos dentes, apontou o aspecto *para comer*. Em relação a isto, considera-se que houve aprendizado para apenas 2,5% dos membros da família/grupo social. Por outro lado, 47,9% dessa população apontou o aspecto da estética como função dos dentes, sendo que 17,6% aprendeu esta questão após o programa educativo. Quanto à importância fonética dos dentes, têm-se que 24,4% da população veio a aprender esta questão após o programa educativo.

TABELA 34 - Segundo a população, para que servem os dentes

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Para comer	112	91,4	115	96,6	3	2,5	4
Para bonito	57	47,9	78	65,5	21	17,6	41
Para falar	41	34,5	70	58,8	29	24,4	49
Total: 119 respondentes							

Após o repasse de informações pelos escolares, 30,3% da população aprendeu que o uso de fio dental é importante para evitar a cárie e a doença periodontal. Por outro lado, para evitar a cárie, os escolares ampliaram em 8,4% o conhecimento da importância da escovação com pasta de dentes e em 16,8% a relevância de comer menos doces.

TABELA 35 - Para a população, o que é importante para evitar a cárie

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Comer menos doces	70	58,8	90	75,6	20	16,8	29
Escovar com pasta de dentes	103	86,6	113	95,0	10	8,4	6
Usar fio dental	64	53,8	100	84,0	36	30,3	19
Total: 119 respondentes							

Quanto ao aspecto sobre *quando escovar os dentes*, prevaleceu a força do hábito sobre a informação, sendo que 74,8% da população respondeu que deveria escovar os dentes logo após acordar, mesmo depois de terem recebido informações mais corretas nesse sentido. Verificamos, assim, que 5% da população pesquisada aprendeu que os dentes deveriam ser escovados depois de comer, enquanto 11,8% aprendeu que os dentes deveriam ser escovados antes de dormir.

TABELA 36 - Para a população, quando se deve escovar os dentes

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Logo que acordar	89	74,8	101	84,9	12	10,1	18
Antes de comer	89	74,8	98	82,4	9	7,6	21
Antes de ir passear	34	28,6	41	34,5	7	5,9	78
Depois de comer	108	90,8	114	95,8	6	5,0	5
Antes de dormir	91	76,5	105	88,2	14	11,8	14
Total: 119 respondentes							

Quanto ao auto-exame da boca, têm-se que após o repasse de informações pelos escolares, 8,4% da população aprendeu que, ao examinar a boca, deve-se procurar por *buracos nos dentes*; 23,5% referiram que se deveria procurar por *sangramento nas gengivas*; 16% que se deveria procurar por *feridas dentro da boca*; 18,5% que se deveria procurar por *caroços* e 21,8% que se deveria procurar por *inchaços* no rosto. Chama atenção que 23,5% da população teve como ganho de informação que o sangramento da gengiva indica doença periodontal e não pode ser desconsiderado como grave à saúde bucal. A ampliação de informação sobre a relevância de detectar caroços e inchaços também foi importante, tendo em vista oportunizar a descoberta da incidência do câncer, muito freqüente na população rural gaúcha pelo inadequado cuidado higiênico da boca, pelos hábitos alimentares e pelos hábitos culturais.

TABELA 37 - Para a população, o que deve ser procurado no auto-exame da boca e do rosto

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Se tem buracos nos dentes	100	84,0	110	92,4	10	8,4	9
Se as gengivas sangram	78	65,5	106	89,1	28	23,5	13
Se tem feridas dentro da boca	77	64,7	96	80,7	19	16,0	23
Se tem caroços no rosto	50	42,0	72	60,5	22	18,5	47
Se tem inchaço no rosto	51	42,9	77	64,7	26	21,8	42
Total: 119 respondentes							

A afirmativa *uma pessoa pode examinar sua própria boca* foi considerada correta no pré e no pós-teste por apenas 39,5% da população. Após o repasse de informações pelos escolares, 26,0% apresentaram acréscimo de conhecimento no pós-teste, isto é, 65,5% da população passou a reconhecer suas próprias condições de exame da saúde bucal.

A afirmativa *não é preciso cuidar dos dentes de leite, porque eles caem* foi considerada incorreta no pré e no pós-teste por 71,4% da população e 19,4% apresentaram acréscimo de conhecimento considerando a afirmativa incorreta no pós-teste.

A afirmativa *comidas sem açúcar aumentam a cárie* foi considerada incorreta no pré e no pós-teste por 56,3% da população; e 74,8% passaram a considerar a afirmativa como incorreta após o programa educativo.

Verificamos que 68,1% da população já sabia que *dormir com a mamadeira açucarada na boca estraga os dentes*, mas 20,2% aprenderam após o repasse de informação. Esse percentual, grande por si só, ganha enorme relevância quando

lembramos que a mamadeira açucarada à noite é a principal responsável pela perda dos dentes por cárie na primeira infância.

A afirmativa *dar a mamadeira é melhor do que dar o peito* foi considerada incorreta no pré e no pós-teste por 77,3% da população e 15,1% aprenderam que a afirmativa era incorreta.

Adoçar o bico com açúcar ou mel faz bem para a criança, essa afirmativa foi considerada incorreta no pré e no pós-teste por 58,0% da população. Por outro lado, 13,5% consideraram a afirmação incorreta somente no pós-teste.

Ao tempo em que 22,7% da população sabia que a afirmativa *a cárie dentária é uma doença que pega*, 16,0% adquiriu tal conhecimento com os escolares. Esta informação ainda revela pouca apreensão ou pouca atribuição de importância, mas é fundamental o aprendizado de que a cárie é uma doença transmissível e prevenível, não um fato inexorável e inevitável. Compreendendo a transmissão e prevenção se pode proteger os dentes e as gengivas e, por conseguinte, a estética da face, a qualidade dos processos digestivo-alimentares e fono-articulatórios.

Quanto ao fumo e ao álcool e sua relação com o câncer bucal, pode-se perceber uma ampliação de informação para 15,9% da população, enquanto a apreensão dos riscos do álcool e fumo, bem como do uso de medicamento por mulheres grávidas foi ampliada para mais 21,9% da população.

TABELA 38 - Medidas de prevenção para a saúde bucal, segundo a população

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Uma pessoa pode examinar a própria boca	47	39,5	78	65,5	31	26,0	41
Não é preciso cuidar dos dentes de leite porque eles caem	85	71,4	108	90,8	23	19,4	11
Comidas sem açúcar aumentam a cárie	67	56,3	89	74,8	17	18,5	30
Dormir com a mamadeira açucarada na boca, estraga os dentes	81	68,1	105	88,2	24	20,2	14
Adoçar o bico com açúcar ou mel faz bem para a criança	69	58,0	85	71,4	16	13,5	34
A cárie dentária é uma doença que pega	34	28,6	49	41,2	14	12,6	70
Fumo e bebida podem dar câncer de boca	79	66,4	98	82,4	19	15,9	21
Mulheres grávidas não devem beber álcool, fumar ou tomar remédios por conta própria	74	62,2	100	84,0	26	21,9	19
Total: 119 respondentes							

5.7 Comparação dos hábitos de higiene da população, antes e depois de receber informações dos escolares sobre saúde bucal

Verificou-se que 90,8% da população tinha sua própria escova de dentes. Por outro lado, após ter recebido informações dos escolares, 10,9% da população respondeu que toda a família escovava os dentes depois das refeições; que 18,5% passaram a utilizar fio dental antes de dormir e 21,8% apresentaram aumento do uso do fio dental após receberem tais informações.

Na população pesquisada, 53,7% não têm o hábito de fazer revisões regulares no dentista. Por outro lado, 41,2% informou que houve pouca mudança nos hábitos alimentares em relação à ingestão de açúcar; em 27,7% não houve nenhuma mudança, enquanto que em outros 22,7% essas mudanças foram muito significativas após as informações recebidas dos escolares.

Verificamos que, após tais informações, 72,8% das famílias pesquisadas haviam comprado alguma escova de dentes no último mês e que 32,8% da população pesquisada, após as informações repassadas, fizeram exame odontológico em toda a família.

Podemos observar que apenas 16% da população respondeu que fazia revisões regularmente tanto no pré como no pós-teste, enquanto 10,1% respondeu que fazia revisões irregularmente. Curiosamente, 23,5% da população, que disse no pré-teste fazer revisões regularmente, respondeu no pós-teste que fazia revisões irregularmente e dos 19,3%, que no pré-teste respondeu fazer revisões regularmente, disseram no pós-teste que não faziam as revisões. Ainda 10,9% que no pré-teste havia dito que fazia revisões irregularmente, disseram no pós-teste que não faziam revisões. Concluímos que 53,7% da população não têm o hábito de fazer revisões regularmente no dentista. A diferença de resposta entre o pré e o pós-teste pode estar associada justamente à compreensão do significado e relevância das revisões odontológicas, exigindo uma resposta coerente com a informação adquirida.

TABELA 39 - Hábitos da população na prevenção em saúde bucal

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE		DIFERENÇA		NÃO RESP.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Escovar os dentes depois da							

comida	80	67,2	93	78,2	13	10,9	26
--------	----	------	----	------	----	------	----

Total: 119 respondentes

TABELA 40 - Realização pela família de revisões no dentista

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE				TOTAL
	Sim, todos	Sim, alguns	Não	Não sabe	
Sim, todos	19 16,0%	28 23,5%	23 19,3%	6 5,0%	76 63,9%
Sim, alguns	4 3,4%	12 10,1%	13 10,9%	1 0,8%	30 25,2%
Não	0 0,0%	1 0,8%	3 2,5%	0 0,0%	4 3,4%
Não sabe	4 3,4%	4 3,4%	0 0,0%	1 0,8%	9 7,6%
TOTAL	27 22,7%	45 37,8%	39 32,8%	8 6,7%	119 100,0%

Das pessoas da família que fizeram revisão odontológica, 53,6% disseram que foi o(a) filho(a) e 37,7% disseram que foi a família toda.

TABELA 41 - Revisões no dentista, segundo membros da família, para a população

RESPOSTAS	Freq.	%
Filho (a)	37	53,6
Família toda	26	37,7
Pai	8	11,6
Mãe	77	10,1
Avô (ó)	11	1,4
TOTAL	69	

Resposta múltipla.

Verificou-se que 40,3% da população come comida medianamente açucarada e 25,2% come pouca comida com açúcar, enquanto 21,8% não come comida

açucarada. No pós-teste, 41,2% informou que houve pouca mudança na quantidade de açúcar no último mês, enquanto que 22,7% disseram que houve bastante mudança e 27,7% que não houve mudança.

TABELA 42 - Consumo de alimentos açucarados, segundo a população

RESPOSTAS	Freq.	%
Sim, bastante	6	5,0
Sim, médio	48	40,3
Sim, pouco	30	25,2
Não come	26	21,8
Não sabe	9	7,6
TOTAL	119	100,0

TABELA 43 - Mudanças na quantidade de açúcar na alimentação no último mês, segundo a população

RESPOSTAS	Freq.	%
Sim, bastante	27	22,7
Sim, pouco	49	41,2
Não	33	27,7
Não sabe	10	8,4
TOTAL	119	100,0

No pós-teste, foi informado por 72,8% da população que a família havia comprado alguma escova de dentes no último mês.

TABELA 44 - Compra de escova de dentes pela família no último mês

RESPOSTAS	Freq.	%
Sim	83	72,8
Não	31	27,2
TOTAL	114	100,0

Não responderam: 5 respondentes

No pós-teste, 30,3% da população informou que ninguém examinou a boca no último mês, enquanto 31,1% disseram que algumas pessoas da família examinaram a boca no último mês e 32,8% disseram que toda a família fez o exame. Dos que responderam que fizeram o exame, 52,1% disseram que foi toda a família, enquanto 39,7% que foi o(a) filho(a).

TABELA 45 - Auto-exame da boca no último mês, segundo membros da família, para a população

RESPOSTAS	Freq.	%
Sim, todos	39	32,8
Sim, alguns	37	31,1
Não	36	30,3
Não sabe	7	5,9
TOTAL	119	100,0

TABELA 46 - Membro da família que examinou a boca no último mês, segundo a população

RESPOSTAS	Freq.	%
Família toda	38	52,1
Filho(a)	29	39,7
Mãe	4	5,5
Pai	4	5,5
Sobrinho(a)	1	1,4
TOTAL	73	

Resposta múltipla.

5.8 Repasse de informações sobre saúde bucal pelos escolares, segundo a população

No pós-teste, 96,6% da população disse que a criança falou em casa alguma coisa sobre o que aprendeu na escola sobre a saúde da boca.

A população disse que cada uma das informações ensinadas foi transmitida pelos escolares do programa educativo em pelo menos 87,6% dos casos. A quase totalidade dos escolares frisou, junto ao seu grupo social, que era necessário escovar os dentes após comer e antes de dormir e que devemos utilizar a pasta de dentes.

TABELA 47 - Situação de fala da criança sobre alguma coisa que tenha aprendido na escola sobre saúde da boca

RESPOSTAS	Freq.	%
Sim	115	96,6
Não	4	3,4
TOTAL	119	100,0

TABELA 48 - Conteúdo de saúde bucal abordado pela criança com a família/grupo social

PERGUNTAS	SIM		NÃO		TOTAL
	Freq.	%	Freq.	%	
Deve-se escovar os dentes após a comida e à noite	113	98,3	2	1,7	115
É importante escovar os dentes com pasta de dentes	113	99,1	1	0,9	114
Deve-se cuidar dos dentes de leite	111	97,4	3	2,6	114
O leite do peito é o melhor alimento	111	97,4	3	2,6	114
Fumar e usar bebidas alcoólicas faz mal à saúde bucal	110	98,2	2	1,8	112
Fio dental limpa entre os dentes	108	95,6	5	4,4	113
Dormir com a mamadeira açucarada na boca, estraga os dentes	108	96,4	4	3,6	112
Passar o bico no mel ou no açúcar estraga os dentes	108	96,4	4	3,6	112
É importante saber reconhecer os dentes permanentes	106	93,8	7	6,2	113
Quando as gengivas sangram, estão doentes	106	93,8	7	6,2	113
Os dentes servem para embelezar, mastigar e falar	105	92,9	8	7,1	113
Chupar bico depois dos 3 anos e chupar o dedo entorta os dentes	105	94,6	6	5,4	111
Cada um deve saber examinar a sua boca	99	87,6	14	12,4	113

Dos familiares/membros do grupo social que foram ao dentista, a maioria, 92,9%, sabe que deve ir ao dentista se apresentarem feridas e caroços na boca, quando estes não desaparecem em 10 dias.

TABELA 49 - Conduta quando se detecta feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias, segundo a população e situação de visita atual ao dentista

FERIDAS E CAROÇOS NA BOCA QUE NÃO DESAPARECEM EM 10 DIAS	ALGUÉM FOI AO DENTISTA				TOTAL
	SIM		NÃO		
	Freq.	%	Freq.	%	
BOCHECHAR COM ÁGUA E SAL	12	21,4	13	29,5	25
IR AO DENTISTA	52	92,9	37	84,1	89
NÃO FAZER NADA, CURA SOZINHO	2	3,6	1	2,3	3
NÃO SABE	3	5,4	6	13,6	9
TOTAL	56	56,0	44	44,0	100,0

Não responderam: 19 respondentes
Respostas múltiplas.

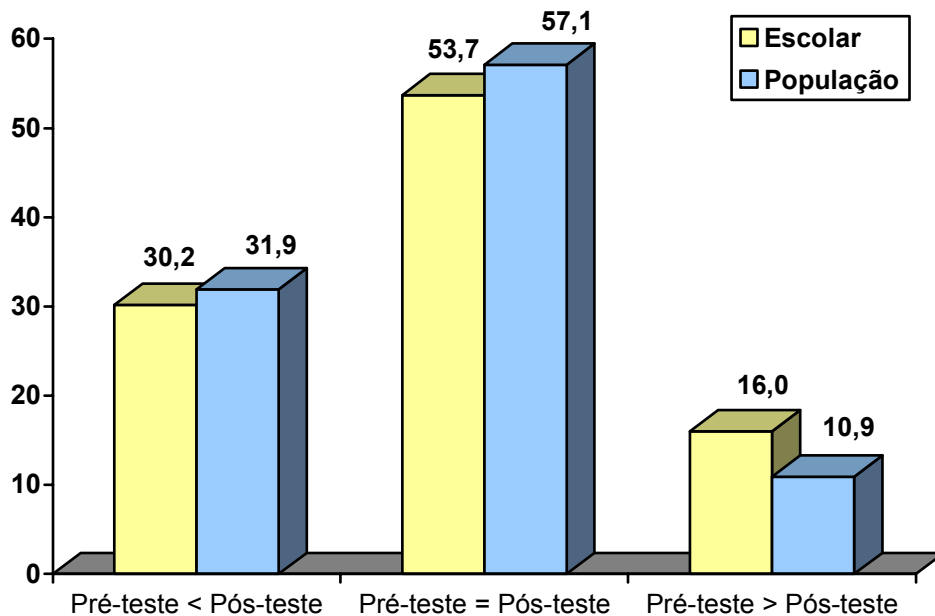
5.9 Comparação do desempenho do escolar e da população no pré e no pós-teste

O desempenho do escolar e da população no cuidado da saúde bucal refere-se à manutenção do mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, tê-los aumentado no pós-teste ou tê-los diminuído no pós-teste.

Conforme os resultados das principais questões, verificamos que ao responderem a pergunta sobre *para que servem os dentes*, 53,7% dos escolares tiveram o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto 30,2% dos escolares tiveram um número de acertos superior no pós-teste. Também podemos observar que 16% obtiveram resultado inferior no pós-teste.

Quanto à população, 57,1% teve o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto que 31,9% teve um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 26,9% da população obteve pontuação máxima no pré e no pós-teste. Também podemos observar que 10,9% obteve resultado inferior no pós-teste.

GRÁFICO 1 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste na pergunta sobre *para que servem os dentes*

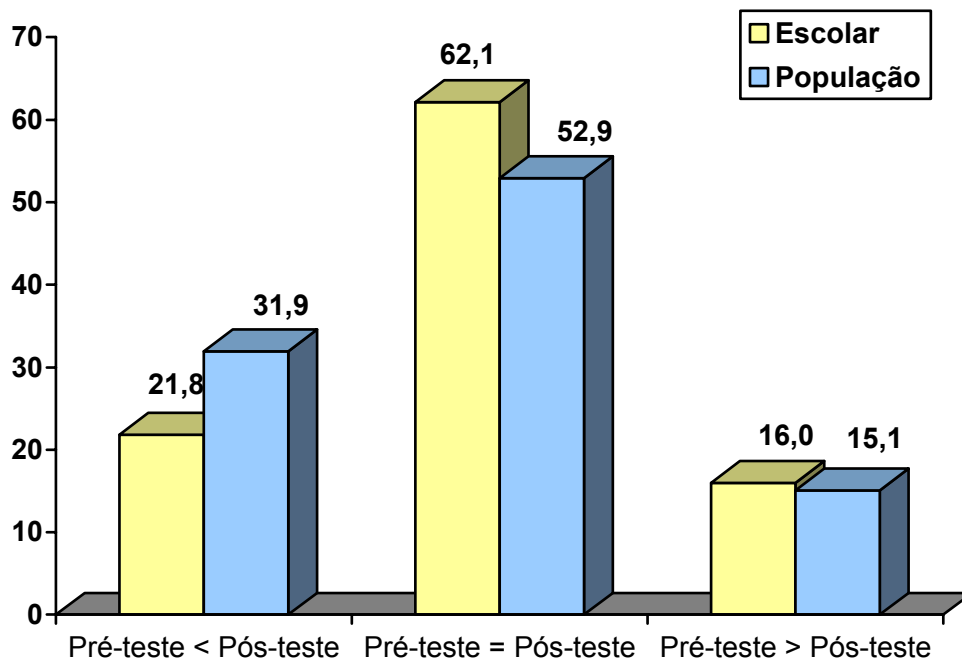


Ao responderem a pergunta sobre o *que é importante para evitar a cárie*, 62,1% dos escolares tiveram o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto 21,8% dos escolares tiveram um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 33,6% dos escolares obtiveram pontuação máxima no pré-teste e no pós-teste. Também podemos observar que 16% obtiveram resultado inferior no pós-teste.

Quanto à população, 52,9% teve o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto que 31,9% teve um número de acertos superior no pós-teste.

Cabe ressaltar que 39,5% da população obteve pontuação máxima no pré e no pós-teste. Também podemos observar que 15,5% obteve resultado inferior no pós-teste.

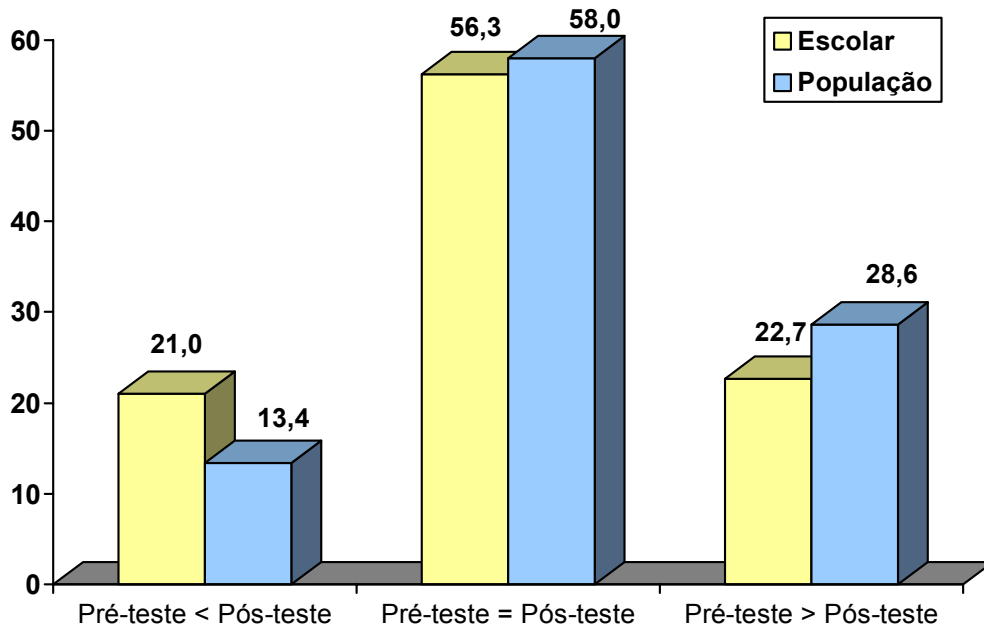
GRÁFICO 2 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste na pergunta sobre *o que é importante para evitar a cárie*



Ao responderem a pergunta sobre *quando se deve escovar os dentes*, 56,3% dos escolares tiveram o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto 21,0% dos escolares tiveram um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 30,3% dos escolares obtiveram 3 acertos no pré e no pós-teste. Também podemos observar que 22,7% obtiveram resultado inferior no pós-teste.

Quanto à população, 58,0% teve o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto 13,4% teve um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 32,8% da população obteve 3 acertos no pré e no pós-teste. Também podemos observar que 28,6% obteve resultado inferior no pós-teste.

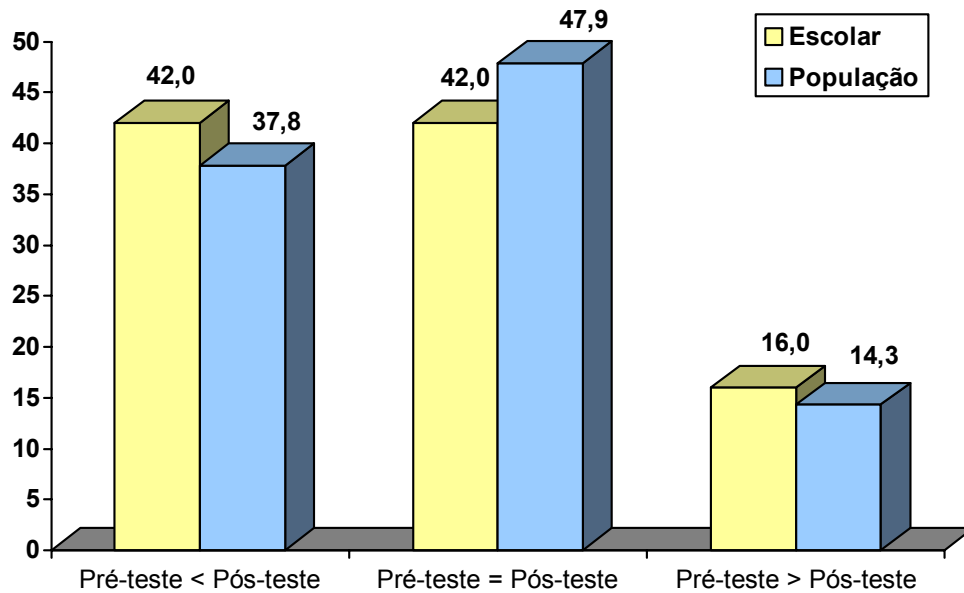
GRÁFICO 3 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste na pergunta sobre *quando deve-se escovar os dentes*



Ao responderem a pergunta sobre *quando a gente mesmo examina a boca e o rosto o que a gente tem de procurar*, 42,0% dos escolares tiveram o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto 42,0% dos escolares tiveram um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 21,8% dos escolares obtiveram pontuação máxima no pré e no pós-teste. Também podemos observar que 16,0% obtiveram resultado inferior no pós-teste.

Quanto à população, 47,9% da teve o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto que 37,8% teve um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 32,8% da população obteve pontuação máxima no pré e no pós-teste. Também podemos observar que 14,3% obteve resultado inferior no pós-teste.

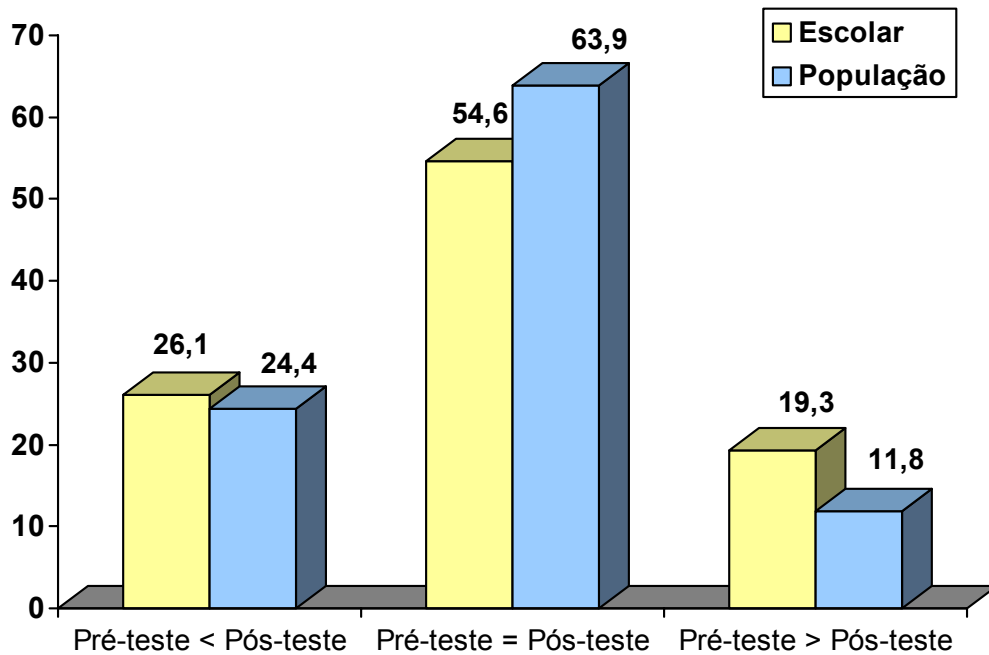
GRÁFICO 4 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste na pergunta sobre *quando a gente mesmo examina a boca e o rosto o que a gente tem de procurar*



Ao responderem a pergunta sobre *porque os dentes de leite são importantes*, 54,6% dos escolares tiveram o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto 26,1% dos escolares tiveram um número de acertos superior no pós-teste. Também podemos observar que 19,3% obtiveram resultado inferior no pós-teste.

Quanto à população, 63,9% da teve o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto que 24,4% teve um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 42,9% da população obteve pontuação máxima no pré e no pós-teste. Também podemos observar que 11,8% obteve resultado inferior no pós-teste.

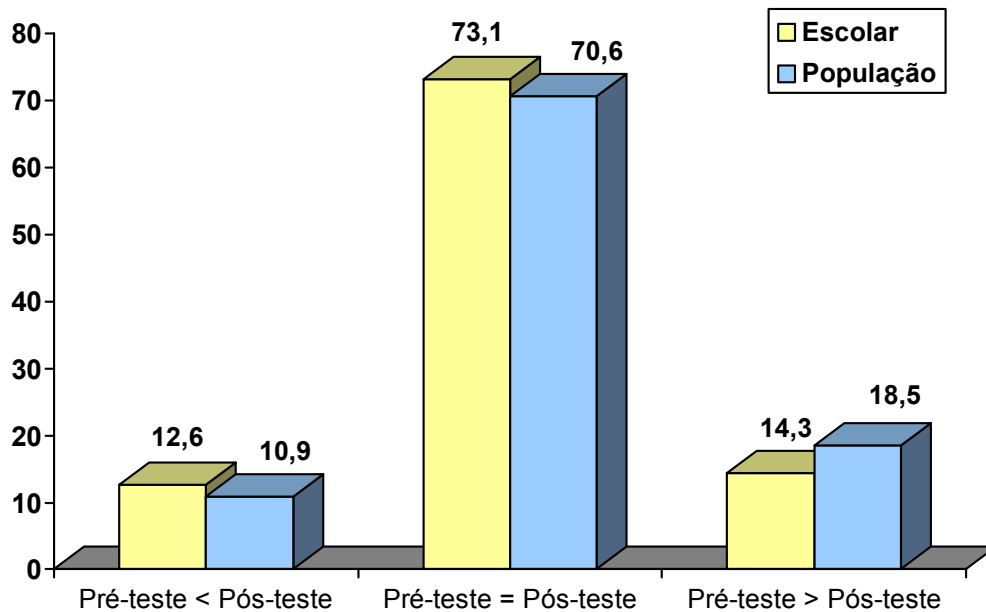
GRÁFICO 5 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste na pergunta sobre *porque os dentes de leite são importantes*



Ao responderem a pergunta sobre *o que fazer quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias*, 73,1% dos escolares tiveram o mesmo número de acertos no pré e no pós-teste, enquanto 12,6% dos escolares tiveram um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 50,4% dos escolares obtiveram pontuação máxima no pré e no pós-teste. Também podemos observar que 14,3% obtiveram resultado inferior no pós-teste.

Quanto à população, 70,6% da teve o mesmo número de acertos no pré-teste e no pós-teste, enquanto 10,9% teve um número de acertos superior no pós-teste. Cabe ressaltar que 48,7% da população obteve pontuação máxima no pré-teste e no pós-teste. Também podemos observar que 18,5% obteve resultado inferior no pós-teste.

GRÁFICO 6 - Comparação do desempenho dos escolares e da população, no pré e no pós-teste na pergunta sobre *o que fazer quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias*



5.10 Comparação do desempenho do escolar e da população no pré-teste e no pós-teste

Conforme os resultados obtidos no pré e no pós-teste, entre os escolares e a população, verificamos, quanto às principais questões de proteção da saúde bucal, que o programa educativo teve resultados alentadores.

- *Para que servem os dentes?*

O aumento do número de acertos no pós-teste em relação ao pré-teste foi observado para, aproximadamente, um terço dos escolares e da população.

- *O que é importante para evitar a cárie?*

Podemos observar que a parcela da população que apresentou aumento no número de acertos no pós-teste foi um pouco maior do que a parcela de escolares que tiveram mais acertos.

- *Quando se deve escovar os dentes?*

Observou-se que a parcela da população que apresentou aumento do número de acertos no pós-teste foi pouco menor do que a dos escolares. Aqui, devido ao fato de se ter o hábito de escovar os dentes ao acordar e antes de ir passear, são altos os índices de diminuição do número de acertos tanto para os escolares como para a população. Percebe-se que a escovação dos dentes tem um apelo estético e odorífero maior que o apelo de proteção contra as doenças da boca.

- *O que se deve procurar quando a gente mesmo examina a boca e o rosto?*

Observamos que houve aprendizagem importante sobre o auto-exame da boca, tendo sido registrado os maiores índices de aumento do número de acertos tanto por parte dos escolares como por parte da população neste aspecto.

- *Porque os dentes de leite são importantes?*

Podemos observar que é muito pequena a diferença entre as parcelas de escolares e da população que obtiveram maior número de acertos no pós-teste, em relação ao número de acertos no pré-teste.

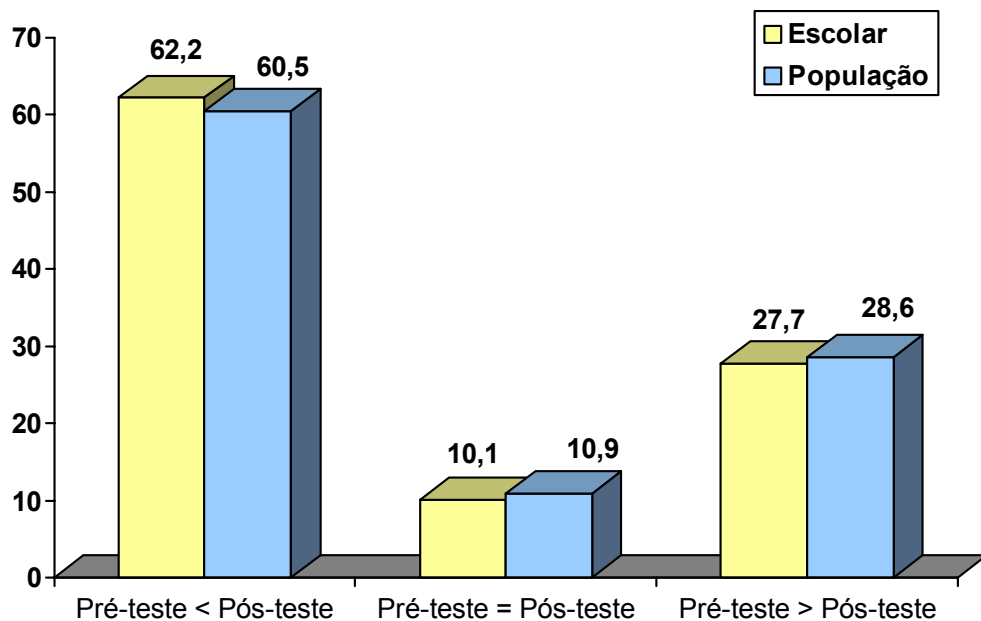
- *O que devemos fazer quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias?*

Mais uma vez é muito pequena a diferença entre a parcela de escolares e da população que obteve maior número de acertos no pós-teste.

No Gráfico 7 apresentamos a comparação do desempenho (número de acertos total) dos escolares e da população, no pré e no pós-teste, considerando

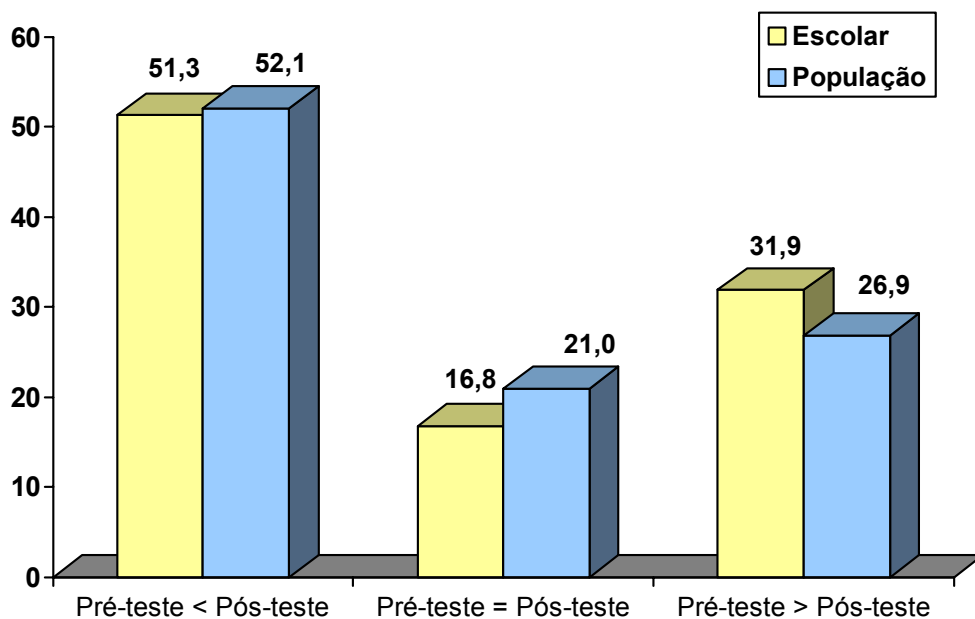
todas as questões respondidas sobre a saúde bucal. Assim, no pré e no pós-teste, quer entre os escolares como na população, podemos observar que grande parte dos escolares e grande parte da população obteve no pós-teste um número total de acertos maior do que no pré-teste. Isso pode ser encarado como um forte indício de que os escolares apreenderam informações ensinadas pelos professores e também pode ser considerado um forte indício de que a população apreendeu informações repassadas pelos escolares, o que nos leva a acreditar que os escolares sejam agentes importantes na ampliação de conhecimentos da sociedade na vigência de seu processo de aprendizagens escolares. Os conhecimentos de sala de aula são transferidos pelas crianças ao seu grupo social e ampliaram a consciência sanitária ou os padrões de conhecimento geral na população.

GRÁFICO 7 - Comparação do desempenho dos escolares e da população no pré e no pós-teste considerando todas as 16 questões sobre saúde bucal



Considerando-se, conforme os mesmos critérios, as seis questões de resposta múltipla sobre a saúde bucal, podemos observar que pouco mais da metade dos escolares, assim como pouco mais da metade da população obteve no pós-teste um número total de acertos maior do que no pré-teste, ou seja, ambos adquiriram conhecimento.

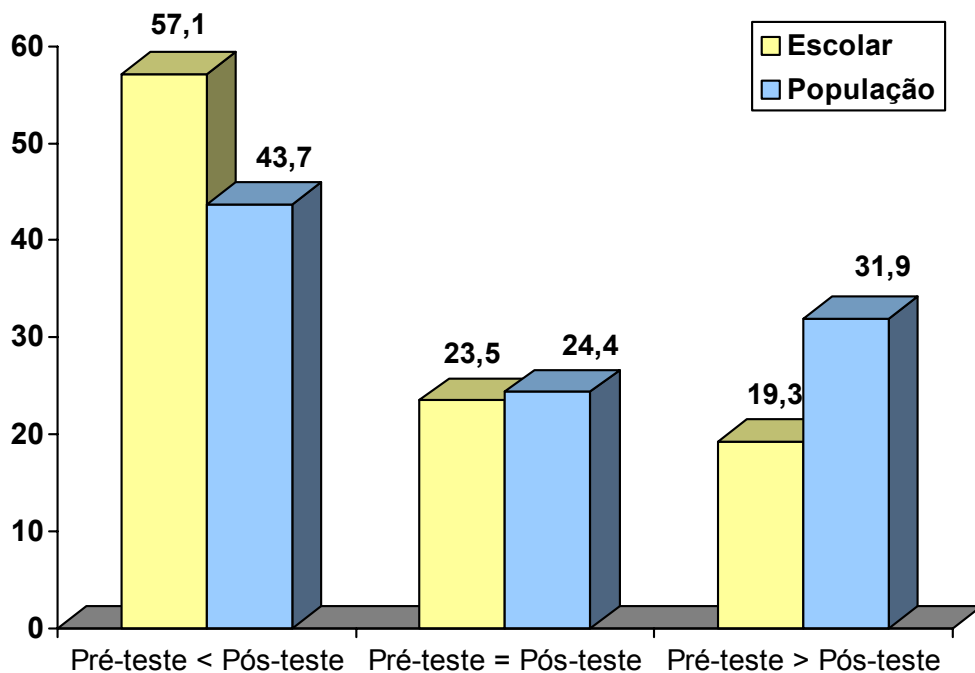
GRÁFICO 8 - Comparação do desempenho dos escolares e da população no pré e no pós-teste considerando as 6 questões de resposta múltipla sobre a saúde bucal



Considerando-se ainda, conforme os mesmos critérios, as dez questões de resposta única sobre a saúde bucal, podemos observar que pouco mais da metade dos escolares obteve no pós-teste um número total de acertos maior do que no pré-teste, ou seja, adquiriram conhecimento. Já na população a parcela que adquiriu conhecimento (43,7%) foi só um pouco maior que a parcela que apresentou menos acertos no pós-teste (31,9%).

Quanto ao número de acertos ser maior no pré-teste em relação ao pós-teste por serem questões de resposta múltipla, podem os escolares e a população ter deixado de assinalar alguma alternativa correta no pós-teste. Mesmo assim, verificamos no geral, conforme o gráfico 8, que houve um ganho de conhecimento tanto para os escolares quanto para a população.

GRÁFICO 9 - Comparação do desempenho dos escolares e da população no pré e no pós-teste considerando as 10 questões de resposta única sobre saúde bucal



Para estabelecer validade estatística à pesquisa, utilizamos o teste *t* para amostras pareadas, onde verificamos que existe diferença significativa entre o pré e o pós-teste. Em relação ao grau de conhecimento demonstrado pelos escolares e pela população, no que diz respeito à saúde bucal, considerando o nível de

significância de 1%, os dados da pesquisa sugerem que houve aprendizado por parte dos dois segmentos populacionais pesquisados.

Podemos concluir que os escolares são capazes de estabelecer a educação em saúde bucal na população, ou seja, as informações aprendidas/apreendidas pelas crianças promoveu um acréscimo de conhecimento junto à população rural do município de Mostardas.

TABELA 50 - Variações no número de acertos para os pré e pós-testes realizados com escolares e população

	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	TOTAL
PRÉ-TESTE COM ESCOLARES	21,57	10	29	119
PÓS-TESTE COM ESCOLARES	23,08	9	31	119
PRÉ-TESTE COM A POPULAÇÃO	23,06	12	30	119
PÓS-TESTE COM A POPULAÇÃO	24,71	13	30	119

Entretanto, na discussão dos presentes dados, podemos ressaltar que a pesquisa foi dirigida para uma população com experiência de vida no meio rural e pertencente às classes populares, evidenciando uma renda per-capita média menor ou igual a meio salário mínimo. Aproximadamente a metade dos escolares pesquisados, 47,7%, pertencia a famílias cuja renda provinha do pai e da mãe, já que ambos trabalhavam para o sustento familiar. As crianças menores sistematicamente ficavam aos cuidados de familiares ou da vizinhança próxima.

A escolaridade média encontrada foi baixa, variando de 4 anos para os pais e de 5 anos para as mães, correspondendo ao ensino fundamental incompleto.

No universo pesquisado, não existiu predominância de mães adolescentes, sendo a idade média das mães de 39 anos.

A composição familiar não apresentou um número muito elevado de filhos, caracterizando-se as famílias pelo modelo nuclear. O número mais comum de filhos foi de 4 por família, havendo uma proporção de pouco mais de 1/5 de famílias com filhos únicos.

As noções que a população possuía em relação à saúde bucal permite um agrupamento nos conteúdos relativos às funções dos dentes e à higiene bucal.

Quanto à função dos dentes, aproximadamente um terço da população pesquisada desconhecia, no seu sentido mais amplo, o conjunto de funções dos dentes, sendo que em torno de um quinto da mesma aprendeu tais informações com os escolares após o programa educativo.

Quanto à higiene bucal, detectou-se um bom índice de conhecimentos na população relativos à importância da prevenção da cárie dentária. Em algumas questões relacionadas à higiene bucal, os baixos índices de aprendizado são consequência do, relativamente, alto percentual de conhecimentos prévios, já estabelecidos no pré-teste. No que diz respeito ao momento da escovação dos dentes, referido ao acordar, o que se traduz num hábito, confundiu a resposta de muitos, não significando necessariamente o desconhecimento dos hábitos de higiene bucal repassados.

O auto-exame da boca caracterizou aproximadamente um terço dos pesquisados como não tendo aprendido adequadamente os aspectos relativos a sua relevância e aplicação. Entretanto, um quinto dos escolares assimilou que, em termos gerais, o auto-exame da boca pode ser realizado individualmente.

Aproximadamente um quinto dos escolares também aprendeu a importância da prevenção em relação às doenças da boca, quer quanto aos hábitos alimentares, como em relação aos efeitos do fumo e do álcool.

Verificamos que entre os escolares houve aquisição de conhecimentos sobre a saúde bucal numa variação entre 5,9 a 25,2%, (Tabela 26), com uma média de 17,4%.

Em relação à população, verificamos que houve uma aquisição de conhecimentos sobre saúde bucal com uma variação entre 12,6 a 26%, (Tabela 38), com uma média de 18,4%.

Um alto percentual de escolares, 96,6% (Tabela 47) repassaram alguma informação para os familiares, tendo sido a mãe a pessoa com quem as crianças mais socializaram seus conhecimentos (67%), enquanto o pai representou 41,7% da companhia para a troca de informações (Tabela 30).

Do universo pesquisado, um alto percentual de escolares, mais de 87%, repassaram conhecimentos e informações à população (Tabela 48).

Observamos que tanto entre os escolares como na população há um ganho quantitativo significativo em que o pré-teste tem um percentual de acertos menor do que o pós-teste, isto é um forte indício de que os escolares aprenderam as lições dos professores e puderam repassá-las de forma assimilável à população (Gráfico 7).

O mesmo se pode observar no que diz respeito às seis questões de resposta múltipla sobre a saúde bucal (Gráfico 8), em que um pouco mais da metade dos pesquisados obtiveram um número maior de acertos no pós-teste com evidência de aquisição de conhecimentos. O maior número quantitativo de acertos no pós-teste também foi verificado em relação aos escolares nas dez questões de resposta única sobre a saúde bucal (Gráfico 9).

Algumas diferenças entre o número de acertos no pré-teste e no pós-teste foram evidenciadas tanto entre escolares como na população, devendo-se

considerar como razão para tal, entre outras, os hábitos populacionais que oferecem uma resistência natural à assimilação de novas informações.

Verificamos que existe diferença significativa entre o pré e o pós-teste em relação ao grau de conhecimento demonstrado pelos escolares e pela população no que diz respeito à saúde bucal (Tabela 50). Considerando o nível de significância de 1%, a pesquisa sugere que houve aprendizado por parte dos escolares e que estes provocaram aprendizado entre a população.

O presente estudo foi realizado com a participação efetiva da escola, representada pelos escolares e pelos professores. Sem dúvida, as escolas são propulsoras do conhecimento, e sua intermediação na disseminação de informações contribui para a área da saúde. A área da educação possui tradição de entrosamento social e participação nas lutas de interesse da cidadania.

Verificou-se também o envolvimento construtivo da população, representada pelos escolares e seus familiares, mesmo em uma área rural.

Por inferência, se nós usarmos recursos de transferência de informações e realizarmos operações de conhecimento com populações comparáveis, obteremos resultados semelhantes em relação a outros tópicos da saúde coletiva como as obtidas com a saúde bucal, facilmente mensuráveis. Se utilizarmos a mesma sistemática operacional, presumimos ser possível estender tal ação de educação, por meio do escolar, para uma larga fatia da nossa população, cujas características são superponíveis às do município utilizado como protótipo em nosso estudo.

Buscou-se essencialmente a participação construtiva da população a partir do escolar. Trata-se do aprendizado pela participação em que o educando vai aprendendo às custas de sua prática. Além do aprendizado do conteúdo em si,

almejamos a crescente responsabilidade de promover a liberdade, que se engendra no desenvolvimento da autonomia participativa, solidária e crítica.

Por meio da interface da saúde com a educação, numa ação pedagógica articulada, parece possível, desde os bancos escolares, promovermos a construção da consciência sanitária de nossa população e, por meio dela, desenvolvermos desde cedo e de forma mais consistente, os valores inerentes à cidadania. Entendemos que o conhecimento que se produz na escola precisa fazer sentido fora de suas barreiras institucionais. Não temos dúvida de que o conhecimento em saúde tem forte apelo de socialização e permeabilidade entre escola, família, grupos sociais e população em geral. A consciência sanitária que pleiteamos reúne informação e autonomia com sentido inclusivo na cidadania.

Se juntarmos os conhecimentos já sabidos com os conhecimentos a saber, a potência de ensinar da escola e a potência de aprender e ensinar dos escolares, talvez, nos apropriemos de novos instrumentos de cidadania, de reforma sanitária e de reforma educacional. A experiência vivida e o saber escolar se encontram com a saúde, seja na informação científica, seja na promoção da saúde pelo contato coletivo, pela ação social e pela aprendizagem escolar.

Qualquer ação coletiva de ampliação de informações tem papel mobilizador das autorias nas lutas sociais: de melhores condições de vida, melhores condições de educação, melhores condições de saúde...

É possível que tenhamos de nos fortalecer com a aprendizagem da própria população para podermos, efetivamente, ensiná-la a saber o que aprendemos sobre saúde. Neste caso, a informação em saúde que chegaremos a operar, talvez, seja aquela para instrumentalizar lutas políticas, para capacitar a escola e para banhar de realidade os próprios serviços de saúde.

6 CONCLUSÃO

No mundo atual, em que se evidenciam tantas conquistas da ciência e da tecnologia, observa-se também, paralelamente, uma crise aguda nas relações sociais e políticas. Assistimos a um agravamento marcante e crescente das desigualdades, resultando num aumento dos fenômenos da pobreza e da exclusão. Tais fatos não representam disparidades apenas entre países ou regiões do mundo, mas, mais do que isso, estabelecem diferenças entre grupos sociais com clivagens profundas no acesso aos bens e aos serviços de saúde e de educação.

Há ainda movimentos desordenados de urbanização e ruptura dos vínculos de solidariedade, o que grava uma profunda crise social em nossa experiência de sociedade. Some-se a ela a falta de oportunidades, o aumento da violência doméstica e a criminalidade.

O progresso da ciência e da tecnologia na saúde, particularmente, na medicina, de um lado, melhorou as expectativas tanto de prolongamento da vida quanto de cura e prevenção de doenças, de outro, entretanto, não melhorou o atendimento ao conjunto das necessidades de saúde que narram o modo de andar a vida e as vivências individuais e coletivas nos ambientes sociais, de trabalho, de moradia, naturais etc..

Falta-nos vontade política, sabedoria e até compaixão para desenvolvermos a mais abrangente utilização dos recursos científicos e tecnológicos no verdadeiro interesse da população e isso passa pelo desenvolvimento da *autonomia* como devolução de direitos e deveres e como arma de reequilíbrio, justiça e cidadania.

Precisamos perceber o saber, não como um fim em si mesmo, mas como uma via para buscarmos melhores resultados ao nosso convívio em sociedade, a equalização de políticas públicas e o freio às exclusões e discriminações sociais. Se o acesso ao conhecimento é democratizador, as conquistas em saúde são, por sua vez, componentes da qualidade de vida e sua falta acarreta dependência e depreciação.

Assim, parece-nos que o maior conhecimento em saúde pode se traduzir em maior democracia no direito à vida. A assistência à saúde pode ser compensatória e necessária à contraposição das desigualdades, mas o conhecimento requer autonomia e, nesse sentido, capacidade de luta. O saber é revestido de uma força simbólica e material que estimula as condutas ativas e mais corajosas. A distância entre os cidadãos *que sabem* e os que *não sabem* é difícil de contornar quando se apresenta como separação social. O distanciamento entre quem sabe e quem não sabe, entre quem dispõe do conhecimento da realidade local e do conhecimento que vem de fora lembra uma situação parecida com a da colonização, em que se apaga a autonomia do colonizado, porque é indesejável escutá-lo e desejável dominá-lo. Realizar a educação popular é lutar contra a colonização e contra a dominação e desenvolver o conhecimento necessário tanto para o saber mais, quanto para fortalecer a luta política por democracia.

Devemos buscar soluções de conhecimento para a nossa realidade, utilizar a inserção da saúde na educação e contribuir para a tomada de consciência sanitária.

O desenvolvimento da participação popular e da autonomia nas relações de cuidado e cura, por intermédio da consciência sanitária, imporão a ruptura com a história de abusos dos profissionais *que sabem* sobre a população que *não sabe* e impedirão a postergação das classes populares, em especial as populações rurais, do acesso às políticas públicas de igualização de direitos.

É importante considerarmos aqui a perspectiva abrangente da saúde, não limitando-a em verdades definitivas e segmentares e a perspectiva educacional da construção do conhecimento. Essas perspectivas na saúde e na educação têm, em comum, a necessária busca da autonomia: descoberta, construção, liberdade e ação de conhecimento e de cuidado de si e para com a saúde coletiva.

Conforme o nosso Sistema de Saúde, há espaço real para a população participar, como ator, no processo de construção da saúde coletiva. Assim, a busca da multiplicação continuada de informações para a saúde com o objetivo da tomada de consciência sanitária busca o envolvimento popular com a condução do Sistema de Saúde, com a promoção da saúde coletiva e com a tomada de decisões em saúde.

No caso da saúde, envolve a transferência do poder anteriormente concentrado na corporação médica e a mudança na postura deste segmento em relação aos usuários de suas ações, sempre distante das bases populares para, por meio da redistribuição do conhecimento, horizontalizar as relações e elevar a autonomia dos usuários/população.

Para sustentar com qualidade esta mudança e superar sem distorções as resistências naturais dos que deixam sua restrita e cômoda posição de domínio na área da saúde, é fundamental a instrumentalização do segmento popular, antes segregado, para que possa ocupar seu espaço e ajudar a construir este processo

democrático. Assim, a educação popular em saúde é um caminho para viabilizar a materialização deste propósito e para possibilitar a minimização dos efeitos negativos da divisão social.

Para tal, é necessário ampliar significativamente a quantidade de multiplicadores de informações, assim como, e principalmente, qualificá-los adequadamente para essa função imprescindível.

A escola e a família, pela ligação entre o afetivo e o cognitivo, constituem-se como dois *locos* essenciais para a educação da saúde. Aprender a resolver problemas concretos, utilizando métodos pedagógicos, a partir da criança desde o ensino fundamental, é particularmente útil às classes populares, que têm necessidade urgente de melhorar os patamares de informação e de conhecimentos e, a partir desses, desenvolver, de forma concreta, a noção de cidadania plena, abrangente e participativa. A informação que chega à escola, também chega aos alunos e, pelos alunos, a mesma informação chega em casa. Levar conhecimento de saúde às famílias é tarefa real dos serviços de saúde, mas operar conhecimentos de saúde na escola é tarefa real dos professores.

Este estudo buscou analisar a ação do escolar como agente na tomada de consciência sanitária em uma população rural, representando esta fração o protótipo de um segmento importante da totalidade da nossa população, especialmente, por ser uma fatia dentre as mais desprovidas de recursos sociais e econômicos. Também é esse segmento que apresenta os piores indicadores de qualidade de vida e de resultados dos serviços sanitários, principalmente, aqueles relacionados com conhecimentos básicos de promoção e prevenção em saúde.

Os resultados de nossa pesquisa confirmaram que, nas regiões rurais e junto às classes populares, a educação tem condições de inserir o tema da saúde como

tema de aprendizagem ativa, em que a criança, seja agente na construção da cidadania e da autonomia em saúde, realizando a interface da educação com a saúde.

A operacionalização da ação educativa em saúde permitiu ao escolar interpretar melhor os fatos mais importantes relacionados, quer com o seu contexto pessoal, como também, e principalmente, com o da coletividade. E nesse mister que a saúde e a educação integradas oferecem oportunidades imensas, ainda inexploradas pela visão segmentar e autoritária hegemônica, ainda vigente.

Essas áreas, juntas, mediante o envolvimento com a população podem introduzir um novo fator de mudança na construção de seu próprio bem estar, por meio da educação em saúde. A educação em saúde, como método coletivo de intervenção, caracteriza-se pela construção da consciência sanitária que busca o desenvolvimento da autonomia sobre o próprio corpo, bem como o entendimento de que o processo saúde/doença tem uma ancoragem socioistórica. Portanto, estamos em busca da apropriação pelos indivíduos e coletivos de seu próprio processo saúde/doença, assegurando o caminho da informação em saúde como um dos acessos necessários à qualidade de vida e à busca pelo direito à saúde.

Os resultados obtidos na presente pesquisa mostraram que é possível contar com a ação participativa dos escolares, atuando na multiplicação de informações para a saúde junto aos grupos sociais em que está inserido, bem como, viabilizar, a partir da interface saúde/educação, o desenvolvimento da tomada de consciência sanitária na população, desde o ensino fundamental; desenvolver uma ação correspondente entre consciência e ação, em que há um fortalecimento mútuo na construção e consolidação da participação popular; evidenciar, numa área rural desprovida dos recursos mais sofisticados de saúde e educação, que é possível

utilizar medidas simples, que oportunizam colher resultados significativos na busca contínua de melhores condições coletivas de saúde; e estabelecer, a partir de pequenos núcleos populacionais, a construção da autonomia, a partir da inserção participativa na sociedade, tendo como efeito catalítico a ação pela saúde.

A ação da educação passa pela conquista da autonomia dos alunos para com seu modo de ser, fazer, conhecer e conviver. Se há uma tomada de consciência, pela participação de escolares, professores e cidadãos nas ações de educação em saúde, então se pode pensar em uma *política* que tome a qualidade de saúde como conteúdo a ser tematizado no cotidiano da escola.

Precisamos mudar mentes, precisamos mudar instituições, mas ambas devem ser feitas ao mesmo tempo, a partir de ações simples, concretas, motivadoras, bem direcionadas e desenvolvidas com continuidade, pela própria sociedade e por suas instituições, como pelas práticas que são desenvolvidas.

Este estudo pretendeu ser um instrumento para buscar consolidar a idéia de que a temática da saúde na área da educação produz mudança no conhecimento e nas práticas sociais, ainda que centrada no componente de conteúdo da informação em saúde. Estimamos que a introdução da promoção da vida como tematização da saúde no espaço da escola leve a práticas pedagógicas de promoção da qualidade de saúde para além dos conteúdo da informação para a saúde.

O estímulo ao desenvolvimento da *autonomia*, a partir da ação de núcleos sociais participativos, como podem ser as escolas básicas, significa incentivar a consciência sanitária e a justiça social. A valorização da saúde como instrumento de ampliação da cidadania permite a socialização e problematização de conhecimentos mediante as práticas da educação em saúde.

Com a formulação e realização da pesquisa empreendida nesta tese, obtivemos elementos quantitativos confiáveis que nos permitem afirmar que a conservação de conhecimentos pelo escolar e a veiculação deste conhecimento em seus grupos sociais é real. Entretanto, é necessário refletir que o principal agente educativo na escola é o professor e que, ele próprio, muitas vezes impõe aos escolares aquelas visões de saúde que aqui quisemos desmontar ao tentar demonstrar que um programa educativo pode servir à ampliação da autonomia em saúde, à horizontalização das relações dos usuários com os serviços e com os profissionais de saúde e à desmonopolização do saber em saúde.

A posse ou o domínio de informações para a promoção da saúde e prevenção de doenças não podem estar descoladas da ação política sobre o mundo. Assim, ao mesmo tempo que aprendemos que a higiene bucal é necessária, é preciso que aprendamos que temos o direito de acesso ao creme dental, à água fluoretada e ao esgotamento sanitário; ao mesmo tempo que aprendemos que o auto-exame da boca pode detectar precocemente o câncer bucal; é preciso que aprendamos a nos tocar, a obter prazer corporal e a gostar das nossas formas físicas sem depreciação ou preconceito; ao aprendermos que as visitas regulares ao profissional de saúde é uma atitude preventiva, temos que aprender que esta deve ser uma relação amistosa, afetiva, horizontal e de co-produção dos cuidados à saúde.

A extensa busca quantitativa empreendida tencionava uma base material, concreta e objetiva, que afirmasse a importância do acesso à informação em saúde, mas não podemos pensar a criança como mero agente de repasse de informações ou como multiplicadora de conhecimento pronto e apriorístico. A perspectiva transformadora ficaria subsumida na perspectiva/paradigma funcionalista se a

prática educativa se restringisse a acumulação conteudista das informações em saúde. O próprio cuidado de si não está ligado apenas ao conhecimento formal em saúde.

Na observação dos resultados do programa educativo mensurado nesta tese, destaca-se o trabalho com informações, mas as aprendizagens são sociointerativas e a simples introdução de conteúdos no ensino das crianças não as tornaria agentes de mudança. A interação das questões de saúde, entretanto, no cotidiano da escola, *num processo de abordagem do indivíduo no todo, como cidadão integral e no contexto de suas relações que se quer promover com melhores condições de saúde e de vida* (Silva; Rocha; Soares, 2000, p. 42) produzirão consciência sanitária e a informação se tornará o insumo estratégico com utilidade no conhecimento que veicula e nas oportunidades que proporciona.

Demonstrado quantitativamente que o conhecimento é conservado pelos escolares e repassado ao grupo social de sua convivência, podemos nos ater aos conteúdos que vamos selecionar e aos modos como vamos capacitar os professores. Se os conteúdos de prevenção de doenças são urgentes em realidades sociais da área rural e dos segmentos das classes populares, a sua veiculação pelas crianças tem valor multiplicador, não para que as crianças se tornem agentes (uma ocupação) de saúde, como quando se fala dos Agentes Comunitários de Saúde, Agentes Voluntários de Saúde ou Agentes de Promoção da Saúde, mas agenciadores das práticas ativas de saber, de questionar, de buscar e de participar.

Talvez, como médico, sofra muito ao observar, cotidianamente, a ocorrência de doenças evitáveis e caia estarrecido com os indicadores bioestatísticos denunciando doença e morte por condições preveníveis e insista em atitudes educativas tradicionais de transmissão de informação para a saúde, mas, se é

absolutamente verdadeiro que a escola é lugar de aprender a ser, fazer, conhecer e conviver e quantitativamente verdadeiro que conteúdos são acumulados individualmente e transferidos coletivamente com correção, então, a saúde deve ser de ocupação da escola no tocante ao ensino e da integração dos serviços de saúde com as escolas no tocante à Educação em Saúde, ocupando-nos, sanitaristas e educadores, de ampliar a consciência sanitária, tal como defendida nesta tese: tomada de consciência do direito à saúde, com garantia de acesso às ações e serviços para sua proteção, recuperação ou reabilitação; garantia de participação na definição de perfis e rumos políticos; garantia de humanização na prestação de cuidados e garantia de democratização, socialização e disseminação do saber sanitário.

A inserção de programa de Educação em Saúde na escola servirá efetivamente ao repasse de informações em saúde, quando fortalecer a relação da escola com a atuação da sociedade pela saúde, aumentando as relações da criança com sua cidade e a lógica de interação de outras políticas sociais com a educação. O conhecimento da Reforma Sanitária Brasileira, muito brevemente tratado nesta tese, fica indicado para o aprofundamento de inserção no fazer pedagógico da escola e nas ações sociais da escola. A saúde coletiva, tão referida nesta tese, fica como um convite aos professores, seu trabalho está necessariamente incluído neste conceito.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMSON, J.. *Methods in community medicine*. London: Church Livingstone, 1984.

AGUILLAR, A. M.; SCHAEFFER, C.. *Investigación del conocimiento, actitudes y practicas de las madres hacia la diarrea y su tratamiento en el area rural de Bolívia*. Programa Mejoramiento Infantil. La Paz: Pritech, 1987

ALMEIDA, N.; ROUQUAYROL, M. Z.. *Introdução à epidemiologia moderna*. Salvador: Abrasco, 1990.

AROS, A.; HAWES, H.; GAYTON, J.. *Child to Child*. London: Mc Milane Press, 1979.

BAAR, N.. Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of Economic Literature*. v. 4, n. 2, p. 114-223, 1992.

BAILEY, D.; HAWES, H.; BONATI, G.. *Child to Child: a resource book - implementing the Child to Child*. London: Mc Milane Press, 1982.

BARROS, F. C.; VÍCTORA, C. G.. *Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. São Paulo: Hucitec, 1991.

BEHN, H.. Social and economic determinants of mortality in Latin America. Apresentado na reunião da ONU/OMS. In: *Economic and social determinants of mortality and its consequences*. Cidade do México: PAX 1980. (mimeo)

BERCHT, S. M. B.. *O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico*. 1994. Tese (Doutorado em Odontologia Social), Centro de Pesquisa em Odontologia Social, Ufrgs, Porto Alegre.

_____. *O papel da educação em saúde na conservação do primeiro molar permanente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. *Manual aprendendo a cuidar da boca em 13 lições*. Porto Alegre, RS, 2001.

BERLINGUER, G.. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec, 1987.

BIRMAN, J.. *A physis da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

_____. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 2. ed.. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BOYER-CHUANROONG, L.. *Health promotion in a Cambodian refugee camp: a Child to Child approach*. Paris: Health, 1984.

BRASIL. *Criança para Criança*. Brasília: 1981. Separata do Ministério de Educação e Cultura.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Cap. Saúde. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. *Lei n. 8080/90*. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. *Lei n. 8142/90*. Brasília, DF, 1990.

BUCK, C.. *Despues de Lalonde: la creación de la salud*. In: *Promocion de la salud, una antologia*. Washington: OPS, publicação científica n. 557, 1996.

BUNSE, H.. *A guarda de Mostardas*. Mostardas, RS, Biblioteca Municipal de Mostardas, 1943.

CAÑEDO, L. D.. *Investigación clinica*. México: Interamericana, 1987.

CAMPOS, G. W. de S.. *Um método para análise co-gestão de coletivos - o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRA, F.. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1988.

CARNEGIE CORPORATION OF NEW YORK. *Education for conflict resolution*. Retirado do Annual Report 1994 por David A. Hamburg, presidente do Carnegie Corporation of New York.

CARTA de Ottawa para la promoción de la salud. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCION DE LA SALUD. Ottawa, 1. 1981.

CECCIM, R. B.. *Políticas da inteligência: educação, tempo de aprender e dessegração da deficiência mental*. 1998. Tese (Doutorado), Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, PUCSP, São Paulo.

CEPAL/CELADE. *La mortalidad en la niñez en Centro América, Panama y Belice. 1970-1985*. San Jose, 1988.

CHILD TO CHILD. Programme: care of teeth. *Nurs J India*, India, v. 81, n. 9, p.270-277, set. 1980.

COCKRAN, W. G.. *Sampling techniques*. New York: John Willey & Sons, 1977.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. *Anais.../8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986*. _____ Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONTI, L.. Estructura social y medicina. In: *Medicina y Sociedad*. Barcelona: Fontallena, 1972.

COSTA NETO, P. L. de O.. *Estatística*. São Paulo: Edgar Blucker, 1977.

COSTA, A.. *Política e projeto acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Vozes, 1992 (Cad. de Hist. e Saúde, 2).

CREMA, R.. *Introdução à visão holística: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma*. São Paulo: Summus, 1989.

DÂMASO, R.. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F.. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989, p.232.

DELORS, J.. *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez, 1999. (Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI).

DORANTES, L. C.. *Investigacion clínica*. México: Interamericana, 1987.

DUMENGIER, E.; LAGARDERE, B.; MICHON, L.. *Child to Child*. London: Hygil, 1987.

FERREIRA FILHO, A.. *Mostardas, suas origens*. Mostardas, RS, Biblioteca Municipal de Mostardas, 1989.

FLEXNER, A.. *Medical education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FOX, J.. Occupational mortality 1970-1972. *Population Trends*. New York: Routledge 1977.

FRANCIS, D.. School health service and the role of community health nurse. *Nurs J. India*. V.81, n.9, p.291-193, 1990.

FREIRE, P.. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

_____. *Educação e mudança*. São Paulo: Paz e Terra, 1984.

FOUCAULT, M.. *História da sexualidade: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FORATINE, O. P.. *Epidemiologia geral*. São Paulo: Bluecher, 1976.

GIROUX, H.. *Escola crítica e política cultural*. São Paulo: Cortez, 1987.

GUERRA, M. J.; DONAIRE, D.. *Estatística indutiva: teoria e aplicações*. 2. ed.. São Paulo: Ciência e Tecnologia, 1982.

HABERMAS, J.. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HATZFELD, H.. *La crisis de la medicina liberal*. Barcelona: Ariel, 1965.

HELENA, M. E. M.; MARCONDES, B.; NUNES, E.. *A fome na atualidade*. São Paulo: Scipione, 1994.

INSTITUT of Child Health. *Child to Child*. London, 1980.

INTERACTIVE. Radio instruction: confronting crisis in basic education. A. I. D. Science and Technology. In: *Development Series*. Washington: Agency for International Development, 1990.

JENICEK, M. C.. *Epidemiologie, principes technique aplicacion*. Paris: Maloine, 1982.

KASIN, M. S.; ABRAHAN, S.. Child to Child Programme in Malaysia. Southeast Asian, *J. Trop. Med. Public Health*, v. 1, n. 3, p. 8-19, 1982.

KATZ, J.; PEBERDY, A.. *Promoting health, knowledge and practice*. London: Mac Millan & The open university 1997.

KICKBUSH, I.. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: *Promocion de la salud, una antologia*. Washington: OPS, (Publicação Científica, n. 557), 1996.

KNIGHT, J.; GRANTHAN, Mc G.; ISMAIL, S.; ASHLEY, D.. Child to Child programme in rural Jamaica. *Child Care Dev.*, v. 12, n. 7, p. 50-84, 1981.

KUHN, T. S.. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

LAURELL, A. C.. La salud-enfermedad como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, v. 1, n. 2, p. 6-27, 1982.

MATURANA, H.. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

MENDES, E. V.. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENENDÉZ, E. L.. Salud publica: sector estatal, ciencia aplicada o ideologia de lo possible. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La crisis de la salud publica: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1992.

MERHY, E. E.. *A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1990.

MONDINI, L. M.; MONTEIRO, C. A.. *Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MORAES, M. C.. *O paradigma educacional emergente*. Campinas: Papirus, 1997.

MORETO, R.. *Atenção de saúde em pediatria*. Rio de Janeiro: Koogam, 1985.

MORIN, E.. *O paradigma perdido, a natureza humana*. Porto Alegre: Sulina, 1998.

_____. *O método: as idéias*. Porto Alegre: Sulina, 1998.

MOSER, C. A.; KALTON, G.. *Survey methods in social investigation*. London: Heinemann, 1979.

MOSQUERA, J. I. M.; STOBBAUS, C. D.. *Educação para a saúde: desafio para sociedades em mudança*. 2. ed.. Porto Alegre: Editora da Universidade/Ufrgs, 1984.

NOUGTARA, A.. Environment, public health and health education in Burkina Faso (Child to Child Program), *Bull Pathol Exot*, v. 1, n. 84, p. 8-36, 1991.

OLIVEIRA, R. D.; OLIVEIRA, M. D.. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, C. R.. *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

PAIM, J. S.. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República. In: SILVA, L. M. V.. *Saúde coletiva: textos didáticos*. Salvador: Ufba, 1994.

PEREIRA, M. G.. *Epidemiologia, teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogam, 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde e Serviço Social (SMSSS). Relatório de execução. *Programa Criança para Criança*. Porto Alegre: SMSSS, 1978.

PRIGOGINE, I.. O reencantamento da natureza. In: *Diálogos com cientista e sábios: a busca da unidade perdida*. São Paulo: Cultrix, 1986.

PROGRAMA *Criança para Criança*. Região América do Sul. Clube Soroptimista Internacional, 1984.

RABOR, I. F. S.. Child to Child programme in the Philippine setting. *Southeast Asian, J. Trop. Med. Public Health*, v. 2, n. 130, p. 26-39, 1982.

REBOUL, O.. *Introdução à retórica*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. *Estatísticas de Saúde: mortalidade*. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde/RS, v. 22, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. *A criança no Rio Grande do Sul: indicadores de saúde*. Porto Alegre: SSMA, 2001.

RUIZ, F.. *Estatística básica aplicada à saúde*. Brasília: Codiplan, 1982.

SARACCI, R.. Epidemiological strategies and environmental factor. *Journal of Epidemiology*, n. 53, 1978.

SCHNITMAM, D. F.. *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

SCHRAIBER, L. B.. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 15, p. 34-52, 1995.

SCHWARTZ, L.. *L'Enseignement scientifique in Institut de France. Reflexions sur l'Enseignement*. Paris: Flammarion, 1993.

SILVA, C. dos S.; ROCHA, C. A.; SOARES, M. C.. Nessa escola eu fico, uma experiência de promoção da saúde. *Promoção da Saúde*, v. 1, n. 2, p. 41-43, 2000.

TEIXEIRA, S. F.. Estado, poder e democratização da saúde. In: TEIXEIRA, S. F.. *Saúde coletiva*. São Paulo: Cortez, 1982.

TRUJILLO, F. A.. *Metodologia da pesquisa científica*. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1982.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. United States, 1990.

WERNER, D.. *Child to Child trial program*. México: Health, 1983.

WILKINS, R. A.; ADAMS, D. B.. Health expectancy in Canadá, Late 1970: demografic, regional and social dimension. *J. Publ. Health*, v. 73, n. 9, p. 1073-1080, set. 1983.

WILKINSON, R. J.. *Class and health: research and longitudinal date*. London: Tavistock, 1986.

ZAGOURY, E. L.. *Criança para Criança*. Porto Alegre: SSMA, 1989. Convênio firmado entre a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente/RS e a Secretaria Estadual da Educação/RS. (notas não publicadas)

ANEXOS

ANEXO 1 - Guia de Capacitação de Professores para a Educação em Saúde Bucal

Educação em Saúde Bucal: aprendendo a cuidar da saúde da boca

Autoria: Profa. Dra. Solange Bercht, odontopediatra.

Revisão/Adaptação: Edmundo Lima Zagoury, médico pediatra.

Finalidade: Qualificação de professores da escola básica para o ensino de saúde bucal no âmbito da Educação em Saúde na escola.

A Boca

A nossa boca e nossos dentes nos possibilitam falar, sorrir, expressar emoções e desfrutar das comidas.

Chegamos à cavidade bucal através dos lábios. A cavidade bucal é limitada pelos lábios, bochechas, soalho da boca e língua, além do palato mole e palato duro (céu da boca).

O interior da cavidade bucal é coberto por uma membrana mucosa escorregadia. Ela é assim porque sempre existe saliva na boca.

A saliva contém substâncias que ajudam a digestão. Também contém minerais e proteínas que protegem os dentes. Produzimos muita saliva quando comemos alimentos refinados. Produzimos muito pouca saliva quando dormimos, é por isso, também, que temos de escovar bem os dentes à noite, antes de dormir.

A saliva sai por pequenas aberturas (furinhos) que existem nas bochechas, próximos aos molares superiores de ambos os lados (direito e esquerdo).

A língua tem uma função muito importante na degustação, ela permite que saibamos a diferença entre alimentos doces, salgados, ácidos e amargos. Quando comemos, cabe à língua, aos lábios e às bochechas colocar os pedaços de comida entre os dentes, de modo que possam ser mastigados e misturados com a saliva. Então, podem ser engolidos e digeridos.

Os dentes

Os dentes estão colocados em duas arcadas, no maxilar superior e no inferior. Estão circundados pelos lábios, bochechas e língua. Cada dente consiste de coroa e raiz que se unem numa parte mais estreita, chamada colo. A coroa fica na boca, é a parte visível do dente, enquanto a raiz fica dentro dos ossos maxilares e segura o dente no lugar (Fig. 1). Os dentes têm diferentes formas, dependendo de suas funções.

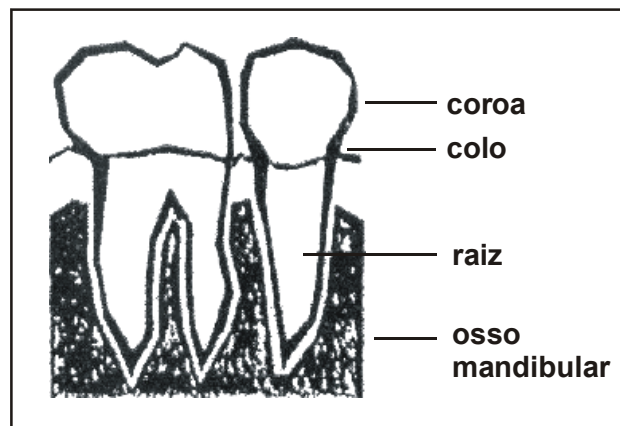


FIGURA 1 - Os dentes são ligados aos maxilares por suas raízes; vista do corte longitudinal

Durante o período de crescimento, temos dois grupos de dentes: os dentes decíduos ou dentes de leite, que se desenvolvem durante os primeiros dois anos de idade, e os dentes permanentes que, aos poucos, substituem os dentes de leite, o que ocorre entre os 6 e os 12 anos de idade.

1) Dentes decíduos

Existem 20 dentes decíduos, 10 em cada osso maxilar (Fig. 2). Em cada osso maxilar existem:

- *04 dentes de frente – os incisivos;*
- *02 caninos;*
- *04 molares.*

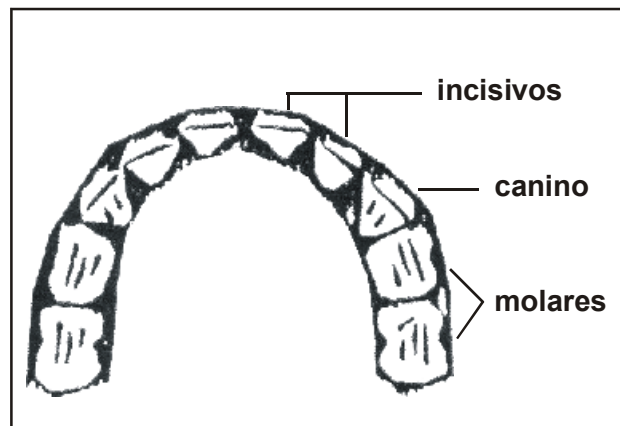


FIGURA 2 - Dentes decíduos; vista das faces oclusais-mastigatórias

Os dentes decíduos, quando comparados aos permanentes, são muito menores, mais arredondados e branco-leitosos.

2) Dentes permanentes

O adulto tem 32 dentes permanentes, 16 em cada osso maxilar (Fig. 3, 4 e 5).

- *Incisivos (dentes da frente): tem formato de pá com um largo bordo para morder, possuindo uma raiz. Os incisivos superiores são maiores do que os inferiores;*

- *Caninos: são dentes fortes e pontudos no “canto” da boca, possuindo apenas uma raiz e, tanto os superiores quanto aos inferiores, são similares. São os dentes mais fortes da boca;*
- *Pré-molares: são como pequenos molares. Existem quatro em cada arcada e as suas coroas são redondas, como o formato de uma lata;*
- *Molares: são os grandes dentes de trás da boca e são usados para esmagar a comida. A maioria das pessoas possuem seis em cada osso maxilar. Todos os molares têm coroa quadrada como blocos de construção. Podem ter três, quatro ou cinco cúspides, que são as pontas dos dentes.*

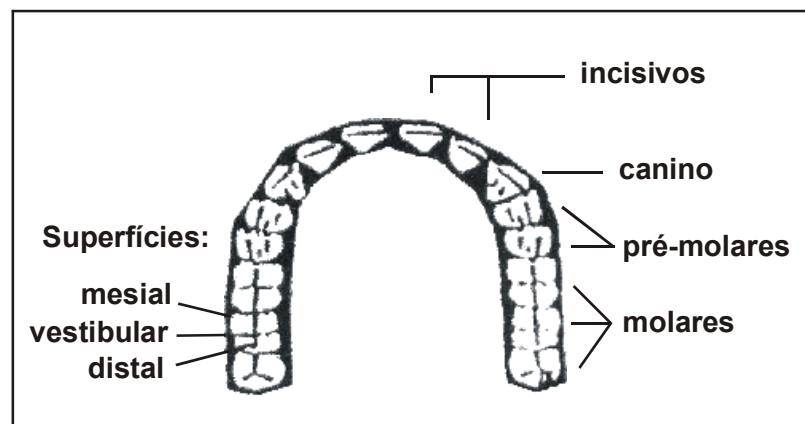


FIGURA 3 - Dentes permanentes; vista das faces oclusais

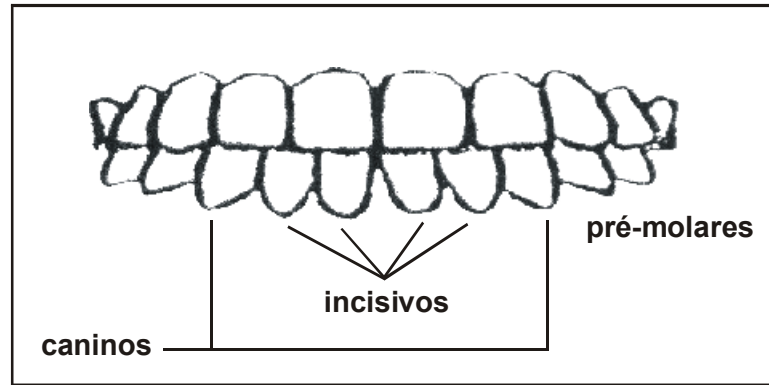


FIGURA 4 - Dentes permanentes; vista frontal

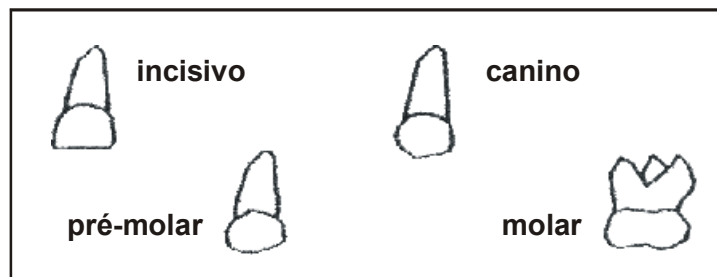


FIGURA 5 - Dentes permanentes com suas raízes

O tecido que circunda um dente e recobre o osso maxilar é denominado de gengiva. O tecido gengival sadio fixa-se bem junto aos dentes e é firme aos toques, não devendo sangrar ao ser pressionado (Fig. 6)

A coroa de um dente é coberta por esmalte. O esmalte é o tecido mais duro do corpo, é inorgânico e constitui-se por uma membrana permeável que não cicatriza por si.

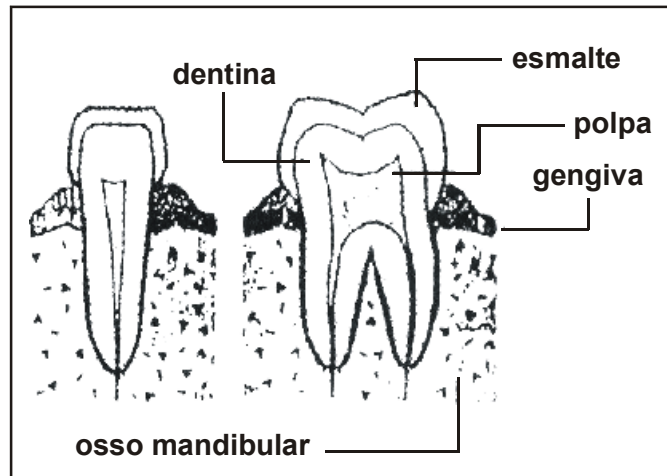


FIGURA 6 - Um dente incisivo e um molar; vista em corte longitudinal

Sob o esmalte localiza-se a dentina. Também é dura e compõe a parte principal do dente. Entretanto, não é tão dura quanto o esmalte, mas é um tecido vivo. Sob algumas circunstâncias pode cicatrizar sozinho.

No centro do dente fica a polpa ou o nervo. Contém nervos e vasos sanguíneos que penetram no dente através de um orifício muito pequeno na ponta da raiz. A polpa conecta o dente ao resto do corpo e é a fonte de toda a nutrição para o dente, além de toda a sensação dolorosa.

Doenças do dente e da boca

A nossa boca sofre uma série de agressões e, por isso, está sujeita a desenvolver certos tipos de doenças.

1) Placa dental

Existem bilhões de bactérias vivas na boca e a maioria delas é inofensiva. Algumas inclusive auxiliam na digestão dos alimentos. A placa dental é constituída, principalmente, por bactérias, mas também contém resto de saliva, células sangüíneas da membrana mucosa e fibras de alimentos.

A placa dental desenvolve-se:

- *Na região onde a gengiva encontra o colo do dente;*
- *Nos sulcos das superfícies de mastigação dos dentes;*
- *Nos estreitos espaços entre os dentes.*

Estes são os locais onde as doenças bucais geralmente começam. A placa é encontrada na boca de todo mundo, mas algumas pessoas têm maior probabilidade de desenvolver doenças da gengiva e cárie dentária.

Imediatamente após a limpeza dos dentes, uma nova placa começa a crescer sobre as superfícies dentárias. Uma camada muito fina de componentes salivares forma-se sobre todas as superfícies bucais. As bactérias se estabelecem nesta camada de saliva e começam a se multiplicar até que formam outra mais firme de depósitos moles.

Se as bactérias recebem açúcar, produzem substâncias adesivas que permitem que a placa cresça rapidamente. Se a placa não for removida todos os dias, sua composição muda e torna-se mais prejudicial.

2) Cálculo Dental

Quando a placa permanece no dente por períodos longos, torna-se muito dura. Isto ocorre, porque cálcio e outros minerais da saliva e alguns alimentos estabelecem-se na placa. Esta nova substância é chamada de cálculo.

- *cálculo novo é amarelo-claro e tem superfície rugosa que é facilmente manchada por alimentos, chá e tabaco;*
- *A superfície sempre está coberta com placa bacteriana mole;*
- *cálculo é mais freqüentemente encontrado próximo às aberturas pelas quais a saliva chega à boca;*
- *Também podem ser encontrados em todas as superfícies de todos os dentes.*

3) Cárie Dental

A doença bucal mais comum é a carie dental, responsável pela destruição do esmalte e da dentina dos dentes. Começa com a perda de minerais da superfície de esmalte. Neste estágio inicial, o processo pode ser revertido, mas se a cárie não estacionar formar-se-á uma cavidade na dentina. O processo é progressivo e pode terminar em total destruição da coroa dentária.

Na maioria das vezes, a cárie é uma doença lenta. Geralmente, leva de 1 a 2 anos para que um *buraco* torne-se grande o suficiente e possa ser visto. Nos estágios posteriores, a cárie causa dor de dente, porque a polpa está irritada ou infectada por bactérias.

a) Causas da cárie

Algumas das bactérias que se acumulam na placa podem digerir açúcar e transformá-lo em ácido. Se deixado sobre o dente, tal ácido atacará o esmalte e o dissolverá.



O açúcar é facilmente digerido pelas bactérias e a placa fica ácida muito rapidamente. Isto significa que alimentos açucarados são perigosos para os dentes, especialmente se forem ingeridos com freqüência. O amido é outra forma de açúcar que aparece com freqüência na dieta, mas é digerido pela saliva e convertido em ácido lentamente.

Os locais dos dentes onde a cárie mais freqüentemente começa são:

- Nas fossas e fissuras das superfícies oclusais dos dentes usados para mastigar;
- Nas faces dos dentes pelas quais eles se tocam;
- Em torno da margem gengival, na altura do colo dentário.

b) O desenvolvimento da cárie

A cárie começa no esmalte do dente e, neste estágio inicial, não existe sintoma.

O primeiro sinal que pode ser visualizado é uma alteração na coloração do esmalte: como uma sombra; pode ser uma mancha preto-amarronzada ou uma área branco-leitosa. Esta alteração deve-se ao fato de alguns minerais no esmalte (principalmente fosfato de cálcio) terem sido dissolvidos pelo ácido produzido pelas bactérias na placa, mas não existe nenhum buraco, pois muitos minerais permanecem. Neste estágio, o esmalte pode se tornar sadio de novo e a cárie ser estacionada pelos minerais da saliva e da placa, mas, para isto funcionar, o dente deve ser mantido limpo e sem ataques ácidos repetidos. O flúor também ajuda na cicatrização da cárie inicial.

Se não forem tomadas providências para que a cárie estacione, ela penetra na dentina e amolece o esmalte. A dentina fica mole, esponjosa e amarela e a cárie se espalha pela dentina em direção à polpa. Neste estágio, o dente pode ficar dolorido quando são ingeridos alimentos frios, quentes ou doces. Isto ocorre porque a polpa está irritada ou inflamada (Fig. 7).

Se uma cavidade não for tratada com uma restauração, a cárie continuará a destruir o dente; a cavidade ficará cada vez maior até que atinja a polpa. A pessoa pode se queixar de dor de dente. Esta dor pode ser:

- *contínua e intensa;*
- *latejante como a pulsação;*
- *aguda como uma faca.*

A destruição da coroa dentária pode produzir bordos cortantes de esmalte que machucam a língua, lábios ou bochechas. A cárie pode destruir o dente completamente, sendo necessária uma extração. É mais provável que os dentes

cariem durante a infância e a adolescência, quando são novos na boca. Em geral os primeiros molares permanentes, que nascem aos 6 anos de idade, cariam primeiro.

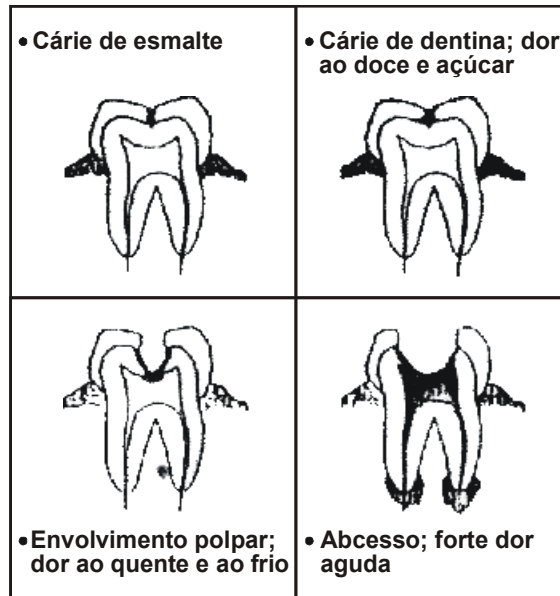


FIGURA 7 - Desenvolvimento da cárie dental

c) *Complicações*

Quando a cárie chega à polpa, pode resultar em complicações graves:

- a polpa morrerá após algum tempo;
- pode se formar um abscesso ou cisto no osso ao redor da ponta da raiz;
- abscesso pode crescer até criar um inchaço na boca.

Geralmente estes problemas são extremamente dolorosos. O dente pode ficar mole ao morder e se você bater nele verticalmente sobre a face oclusal, haverá dor aguda.

d) Evolução e complicações na dentição decídua

A evolução da cárie na dentição decídua é muito semelhante ao seu desenvolvimento nos dentes permanentes. Entretanto, os dentes decíduos são muito menores do que os permanentes e as camadas de esmalte e dentina são muito mais delgadas. Assim, a cárie alcança a polpa muito mais rapidamente do que nos dentes permanentes. Algumas pessoas dizem que dentes decíduos cariados não tem importância porque serão substituídos por dentes permanentes de qualquer maneira, mas:

- cárie em dentes decíduos pode ser muito dolorosa;
- a experiência de uma extração é muito assustadora para uma criança;
- os dentes permanentes, quando ainda estão dentro do osso maxilar ou mandíbula, são bem pequenos e têm o nome de “germes”. Os germes dos dentes permanentes podem ser prejudicados por abscessos ao redor das raízes dos dentes decíduos;
- a posição dos dentes permanentes pode ser alterada se os dentes decíduos tiverem sido extraídos cedo.

Assim, a cárie dos dentes decíduos também precisa ser tratada.

e) Prevenção e controle da cárie

Para prevenir a cárie dentária é importante que escovemos os dentes após as refeições com escova e creme dental. Se não conseguimos escovar os dentes após

cada refeição é fundamental que, à noite, antes de dormir, possamos escovar todos os dentes, bem como passar o fio dental entre eles.

Também é importante recomendar uma diminuição da frequência da ingestão de açúcares. O açúcar (sacarose) não é um alimento, é uma caloria vazia.

Devemos propugnar:

- por uma remoção completa, cuidadosa e eficaz da placa ao menos uma vez ao dia, com escovação com pasta e com o uso de fio dental;
- pela restrição do consumo de alimentos e de bebidas de modo que substâncias açucaradas não permaneçam na boca;
- pelo aumento da capacidade de defesa do esmalte e da saliva, especialmente, por meio do uso de flúor em cremes dentais ou em bochechos.

Os dentes de leite são tão importantes quanto os dentes permanentes. O ideal seria que as crianças perdessem os dentes de leite somente na época de substituição destes pelos dentes permanentes e não por cárie dentária.

Por ser a cárie dentária uma doença transmissível, é importante para a gestante, antes de nascer o filho, ir ao dentista para tratar de suas cáries, evitando a contaminação da criança com as bactérias cariogênicas.

Recomenda-se que a mãe alimente o seu filho, exclusivamente, com o seu leite até aos 6 meses. Neste período não há necessidade de dar água ou chá ao bebê. Após os 06 meses de idade, a criança deve receber outros alimentos além do leite materno, devendo ser adiada ao máximo a introdução de alimentos açucarados, pois o açúcar consolida a infecção.

Após a erupção do primeiro dente, durante o primeiro ano de vida, recomenda-se que as mães limpem a boca da criança com uma gaze ou fralda enrolada no dedo indicador. Se a criança usar chupeta, jamais colocá-la no açúcar ou mel, bem como jamais deixar a criança adormecer com a mamadeira na boca. Estes hábitos ocasionam *cárie rampante*, que é aquela cárie que ocorre nos dentes da frente, destruindo-os rapidamente.

Por volta dos 06 anos de idade surge na boca da criança o primeiro molar permanente. Ele se posiciona depois do último molar de leite, sendo o último dente da arcada. Ele é um dente definitivo e deve ser cuidado desde cedo para não prejudicá-lo mais tarde com o desenvolvimento de uma cárie.

4) Doença periodontal

Chama-se de doença periodontal o que as pessoas antigamente chamavam de piorrécia. Esta é uma doença que ataca as gengivas, fazendo com que elas fiquem inflamadas, vermelhas, doloridas e sangrantes ao toque.

Em condições normais as gengivas não sangram. De modo geral, pode-se dizer que as doenças da gengiva podem ser evitadas por meio de uma boa higiene bucal e pela remoção do cálculo dentário.

5) Câncer da boca

O câncer bucal é outra doença que pode ocorrer na boca. Diagnosticado precocemente ele não é fatal. É importante frisarmos que as pessoas devem fazer o auto-exame da boca utilizando, para isso, um espelho.

No auto-exame, verifique se há manchas brancas, vermelhas ou escuras nas bochechas, na língua, no céu da boca ou no assoalho da boca. Feridas que não cicatrizam em 10 dias devem ser examinadas por um dentista. Próteses mal ajustadas, que machuquem a boca, devem ser refeitas.

O cigarro é um agente cancerígeno completo, cuja ação é potencializada se a pessoa ingere bebidas alcoólicas sistematicamente.

Caroços, ínguas e inchumes na área do pescoço, devem ser vistos por um dentista ou médico.

Pessoas de pele clara devem tomar cuidados em relação ao sol, especialmente com o lábio inferior, pois é nele que ocorre com mais frequência o câncer de lábio.

Dentes quebrados, cariados ou frouxos e desnutrição em pessoas com mais de 40 anos, principalmente do sexo masculino, são fatores de risco para o câncer de boca.

6) Má oclusão

Entende-se por má oclusão quando os dentes estão fora do lugar e trazem problemas de estética, dor ou desconforto para as pessoas.

Uma das maneiras de prevenir a má oclusão é evitar a perda precoce de dentes, seja por cárie, doença periodontal ou por trauma. Outra forma de prevenir este tipo de problema é evitar os hábitos viciosos como, por exemplo, a sucção do dedo polegar e bicos (chupetas). A amamentação no peito também previne a má oclusão.

7) Fissuras de lábio e palato

As fissuras de lábio e palato, também chamadas de lábio leporino, podem ter origem genética ou ambiental. Recomenda-se que as gestantes façam o seu exame pré-natal, que não se automediquem e que evitem a ingestão de drogas como o fumo, álcool, cocaína etc..

Devemos salientar que se a criança nascer com problemas de fissuras de lábio e palato, a odontologia e a medicina têm condições suficientes para a correção adequada.

ANEXO 2 - Guia de Educação em Saúde Bucal para escolares

Aprendendo a cuidar da boca em 13 lições

Autoria: Profa. Dra. Solange Bercht, odontopediatra.

Revisão/Adaptação: Edmundo Lima Zagoury, médico pediatra.

Finalidade: Educação em Saúde Bucal para escolares do Ensino Fundamental, tendo em vista a aprendizagem de informações e sua disseminação junto à população.

APRENDENDO A CUIDAR DOS DENTES EM 13 LIÇÕES

1ª Lição:

Os doces fazem mal aos dentes. Não coma muitos doces.

2ª Lição:

Não esqueça de escovar os dentes com pasta de dentes depois de comer e à noite.

3ª Lição:

Para limpar entre os dentes, sempre use o fio dental.

4ª Lição:

Os dentes de leite são muito importantes para assegurar espaço aos dentes permanentes, por isso devem ser muito bem cuidados.

5ª Lição:

Quando as mães têm neném, o seu leite do peito é o melhor alimento para o filho.

6ª Lição:

Por volta dos 6 anos, nasce o primeiro molar permanente. Este dente não é de leite e, se estragar, não virá outro no lugar.

7ª Lição:

Quando as gengivas sangram, é porque elas estão doentes. Este é um importante sinal de que a sua boca não está limpa e já precisa de cuidados.

8ª Lição:

Cigarro e álcool fazem muito mal à saúde, inclusive à saúde da boca. Se alguém fuma em sua casa, diga isso à pessoa e saia de perto da fumaça.

9ª Lição:

Chupar o dedo pode entortar os dentes, prejudicando a mastigação e a beleza do rosto. É melhor não chupar o dedo.

10ª Lição:

Dormir com a mamadeira açucarada na boca traz um risco muito grande de estragar os dentes.

11ª Lição:

Se a criança tem mais de 3 anos e continua chupando o bico, os dentes podem ficar tortos.

12ª Lição:

Passar o bico no mel ou no açúcar pode estragar todos os dentes.

13ª Lição:

Quando você se olhar no espelho, preste a atenção na sua boca e procure se há buraco nos dentes, gengivas que sangram, feridas que não curam ou caroços.

Os dentes servem para embelezar, para mastigar e para falar.

Cuidar muito bem dos dentes é promover a saúde bucal.

ANEXO 3 - Questionários para os Escolares e para População: Pré e Pós-Teste

A CRIANÇA COMO AGENTE DA TOMADA DE CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

PRÉ TESTE | escolar |

DATA: ___/___/___

1. Número do questionário: 1 _ _	NUM 1 _ _
2. Número do entrevistador: _ _ _	NENT _ _

DADOS DA ESCOLA 3. Nome da escola:..... 4. Tipo de escola: 1 grande urbana 2 grande rural 3 pequena urbana 4 pequena rural	TIPOE _
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

DADOS DA CRIANÇA 5. Nome do aluno:..... 6. Idade: _ _ anos completos 7. Sexo: 1 masculino 2 feminino 8. Série: _	IDADE _ _ SEXO _ SÉRIE _
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

**ESCOLHA UMA OU MAIS RESPOSTAS QUE VOCÊ
ACHA QUE ESTÃO CORRETAS**

9. Para que servem os dentes?

- | 1 | para comer | 2 | para bonito
| 3 | para falar | 4 | não sei

DENTE | _ |

10. O que é importante para evitar a cárie?

- | 1 | comer menos doces
| 2 | escovar os dentes com pasta de dentes
| 3 | usar fio dental | 4 | não sei

EVITA | _ |

11. Quando deve-se escovar os dentes?

- | 1 | logo que acordar | 2 | antes de comer
| 3 | antes de ir passear | 4 | depois de comer
| 5 | antes de dormir | 6 | não sei

ESCOV | _ |

12. Quando a gente mesmo examina a boca e o rosto o que a gente tem de procurar?

- | 1 | se tem buraco nos dentes
| 2 | se as gengivas sangram
| 3 | se tem feridas dentro da boca
| 4 | se tem caroços no rosto
| 5 | se tem inchaço no rosto | 6 | não sei

PROCU | _ |

13. Por que os dentes de leite são importantes?

- | 1 | para comer
| 2 | para guardar espaço para os dentes permanentes
| 3 | não são importantes | 4 | não sei

DLEIT | _ |

14. Quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias, nos devemos:

- | 1 | bochechar com água e sal
| 2 | ir a o dentista
| 3 | não fazer nada, cura sozinha | 4 | não sei

FERCA | _ |

DIGA SE AS FRASES ESTÃO CERTAS OU ERRADAS	
<p>15. Não é preciso cuidar dos dentes de leite porque eles caem.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	CUIDA _
<p>16. Uma pessoa pode examinar sua própria boca.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	EXAMI _
<p>17. Quando as gengivas sangram elas estão doentes.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	SANGR _
<p>18. Comidas sem açúcar aumentam a cárie.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	COMA _
<p>19. Dar mamadeira é melhor do que dar o peito.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	PEITO _
<p>20. Dormir com a mamadeira açucarada na boca estraga os dentes.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	MAÇU _
<p>21. Adoçar o bico com açúcar ou mel faz bem para a criança.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	BICO _
<p>22. A cárie dentária é uma doença que pega.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	CÁRIE _
<p>23. Fumo e bebida podem dar câncer na boca.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	CANB _
<p>24. As mulheres grávidas não devem beber álcool, fumar ou tomar remédios por conta própria.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sabe</p>	GRAVI _

ESCOLHA SOMENTE UMA RESPOSTA

25. Você tem uma escova de dentes que é só sua?

| 1 | sim | 2 | não

ESCDE | _ |

26. Você escova os dentes depois da comida?

| 1 | sim, sempre | 2 | sim, às vezes
| 3 | quase nunca | 4 | nunca

ESCOM | _ |

27. Você escova os dentes antes de dormir?

| 1 | sim, sempre | 2 | sim, às vezes
| 3 | quase nunca | 4 | nunca

ESDOR | _ |

28. Você usa fio dental?

| 1 | sim, sempre | 2 | sim, às vezes
| 3 | quase nunca | 4 | nunca

FIODE | _ |

29. Você usa pasta de dentes?

| 1 | sim, sempre | 2 | sim, às vezes
| 3 | quase nunca | 4 | nunca

PASTA | _ |

GABARITO – PRÉ-TESTE escolar

9. (1) Correto / para falar / para bonito / para comer	(2) Parcialmente correto / apenas uma ou duas	(3) Não sabe
------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------------

10. (1) Correto / comer menos doces / escovar os dentes com pasta de dentes / usar fio dental	(2) Parcialmente correto / apenas uma correta	(3) Não sabe
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------------

11. (1) Correto / depois da comida / antes de dormir	(2) Parcialmente correto / apenas uma resposta	(3) Não sabe
-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------

12. (1) Correto / se tem buraco nos dentes / se as gengivas sangram / se tem feridas dentro da boca / se tem inchaço no rosto	(2) Parcialmente correto / apenas uma resposta	(3) Não sabe
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------

13. (1) Correto / comer / guardar espaço para os dentes permanentes	(2) Parcialmente correto / apenas uma resposta	(3) Não sabe
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------

14. (1) Certo / ir ao dentista	(2) Errado / bochechar com água e sal / não fazer nada, cura sozinha	(3) Não sei
------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------

15. (2)	25. (1)
16. (1)	26. (1) correto (2) parcialmente correto (3) errado (4) errado
17. (1)	27. (1) correto (2) parcialmente correto (3) errado (4) errado
18. (2)	28. (1) correto (2) parcialmente correto (3) errado (4) errado
19. (2)	29. (1) correto (2) parcialmente correto (3) errado (4) errado
20. (1)	
21. (2)	
22. (1)	
23. (1)	
24. (1)	

A CRIANÇA COMO AGENTE DA TOMADA DE CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

PÓS-TESTE | escolar |

DATA: ___/___/___

1. Número do questionário: 2 _ _ _	NUM 2 _ _ _
2. Número do entrevistador: _ _	 NENT _ _

DADOS DA ESCOLA	
3. Nome da escola:.....	
4. Tipo de escola: 1 grande urbana	TIPOE _
2 grande rural	
3 pequena urbana	
4 pequena rural	

DADOS DA CRIANÇA	
5. Nome do aluno:.....	
6. Idade: _ _ anos completos	IDADE _ _
7. Sexo: 1 masculino 2 feminino	SEXO _
8. Série _	SERIE _

ESCOLHA UMA OU MAIS RESPOSTAS QUE VOCÊ ACHA QUE ESTÃO CORRETAS	
9. Para que servem os dentes?	DENTE _
1 para comer 2 para bonito	
3 para falar 4 não sei	
10. O que é importante para evitar a cárie?	EVITA _
1 comer menos doces	
2 escovar os dentes com pasta de dente	
3 usar fio dental 4 não sei	
11. Quando se deve escovar os dentes?	ESCOV _
1 logo que acordar 2 antes de comer	
3 antes de ir passear 4 depois de comer	

<p> 5 antes de dormir 6 não sei</p> <p>12. Quando a gente mesmo examina a boca e o rosto o que a gente tem de procurar?</p> <p> 1 se tem buraco nos dentes</p> <p> 2 se as gengivas sangram</p> <p> 3 se tem feridas dentro da boca</p> <p> 4 se tem caroços na boca</p> <p> 5 se tem inchaço no rosto 6 não sei</p> <p>13. Porque os dentes de leite são importantes?</p> <p> 1 para comer</p> <p> 2 para guardar espaço para os dentes permanentes</p> <p> 3 não são importantes 4 não sei</p> <p>14. Quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias, nós devemos:</p> <p> 1 bochechar com água e sal</p> <p> 2 ir ao dentista</p> <p> 3 não fazer nada, cura sozinha 4 não sei</p>	<p>PROCU _ </p> <p>DLEITE _ </p> <p>FERCA _ </p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

DIGA SE AS FRASES ESTÃO CERTAS OU ERRADAS	
<p>15. Não é preciso cuidar dos dentes de leite porque eles caem.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p> <p>16. Uma pessoa pode examinar sua própria boca.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p> <p>17. Quando as gengivas sangram elas estão doentes.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p> <p>18. Comidas sem açúcar aumentam a cárie.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	<p>CUIDA _ </p> <p>EXAMI _ </p> <p>SANGR _ </p> <p>COMA _ </p>

<p>19. Dar mamadeira é melhor do que dar o peito. 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	PEITO _
<p>20. Dormir com a mamadeira açucarada na boca estraga os dentes. 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	MAÇU _
<p>21. Adoçar o bico com açúcar ou mel faz bem para a criança. 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	BICO _
<p>22. A cárie dentária é uma doença que pega. 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	CARIE _
<p>23. Fumo e bebida alcoólica podem dar câncer na boca. 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	CANB _
<p>24. As mulheres grávidas não devem beber álcool, fumar ou tomar remédios por conta própria. 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	GRAVI _

ESCOLHA SOMENTE UMA RESPOSTA	
<p>25. Você tem uma escova de dentes que é só sua? 1 sim 2 não</p>	ESCDE _
<p>26. Você escova os dentes depois da comida? 1 sim, sempre 2 sim, às vezes 3 quase nunca 4 nunca</p>	ESCOM _
<p>27. Você escova os dentes antes de dormir? 1 sim, sempre 2 sim, às vezes 3 quase nunca 4 nunca</p>	ESDOR _

<p>28. Você usa fio dental?</p> <p> 1 sim, sempre 2 sim, às vezes 3 quase nunca 4 nunca</p> <p>29. Você usa pasta de dentes?</p> <p> 1 sim, sempre 2 sim, às vezes 3 quase nunca 4 nunca</p>	<p>FIODE _ </p> <p>PASTA _ </p>
<p>INFORMAÇÕES REPASSADAS/COMPARTILHADAS/SOCIALIZADAS</p>	
<p>30. Você falou em casa alguma coisa do que você aprendeu sobre os cuidados com a boca?</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>Para quem?</p> <p>Você falou que:</p> <p>31. Os dentes servem para embelezar, mastigar e falar.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>32. Deve-se escovar os dentes após a comida e à noite.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>33. Fio dental limpa o meio dos dentes.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>34. É importante escovar os dentes com pasta de dentes.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>35. Cada um deve saber examinar a sua boca.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>36. Deve-se cuidar dos dentes de leite.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>37. Saber reconhecer os dentes permanentes é importante.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>38. Quando as gengivas sangram, estão doentes.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>39. O leite do peito é o melhor alimento.</p>	<p>FALOU _ </p> <p>SERV _ </p> <p>APOS _ </p> <p>MEIO _ </p> <p>PASD _ </p> <p>BOCA _ </p> <p>CUID _ </p> <p>PERM _ </p> <p>GENG _ </p> <p>LEPE _ </p>

1 sim	2 não	
40. Dormir com a mamadeira açucarada na boca, estraga os dentes.		DORM _
1 sim	2 não	
41. Passar o bico no mel ou no açúcar estraga os dentes.		MELA _
1 sim	2 não	
42. Chupar bico depois dos 3 anos e chupar o dedo entorta os dentes.		BIDE _
1 sim	2 não	
43. Fumar e usar bebidas alcoólicas fez mal à saúde da boca.		FUBE _
1 sim	2 não	
44. Você mandou alguém ao dentista depois das aulas que você assistiu sobre os cuidados com os dentes da boca?		MAND _
1 sim	2 não	
45. Alguém foi ao dentista?		ALDE _
1 sim	2 não	
Quem?.....		

A CRIANÇA COMO AGENTE DA TOMADA DE CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

PRÉ TESTE | população |

DATA: ___/___/___

1. Número do questionário: 3 _ _ _	NUM 3 _ _ _
2. Número do entrevistador: _ _	NENT _ _

3. Nome do entrevistado:.....	
4. Nome do escolar:.....	
5. Nome da escola:.....	

INFORMAÇÕES SÓCIO - ECONÔMICAS SOBRE A FAMÍLIA	
6. Quais as pessoas que moram em casa com a criança?	
Pai: 1 biológico 2 social 3 falecido	MPAI _
4 não mora 9 ignorado	MMAE _
Mãe: 1 biológica 2 social 3 falecida	IRMAO _ _
4 não mora 9 ignorada	OUTRO _
Irmãos: _ _ 8 não tem irmãos	TIPOC _
Outros: _ _ 8 NSA	
7. Qual tipo de casa?	
1 alvenaria 2 madeira	
3 mista 4 outros	IDMAE _ _
8. Qual a idade da mãe?	
_ _ anos completos 8 NSA 9 IGN	ESTMA _
9. A mãe estudou na escola?	
1 sim 2 não 8 NSA 9 IGN	LERM _
10. Sabe ler?	

1 sim 2 não 8 NSA 9 IGN	ESCM _
11. Sabe escrever?	
1 sim 2 não 8 NSA 9 IGN	ANOM _
12. Quantos anos completos estudou?	
_ _ 8 NSA 9 IGN	ESTPA _
13. O pai estudou na escola?	
1 sim 2 não 8 NSA 9 IGN	LERP _
14. Sabe ler?	
1 sim 2 não 8 NSA 9 IGN	ESCP _
15. Sabe escrever?	
1 sim 2 não 8 NSA 9 IGN	ANOP _
16. Quantos anos completos estudou?	
_ _ 8 NSA 9 IGN	TRAM _
17. A mãe trabalha?	
1 sim 2 tarefaira 3 aposentada	
4 encostada da previdência 5 mesada/pensão	
6 não 8 NSA	TRAP _
18. O pai trabalha?	
1 sim 2 tarefeiro 3 aposentado	
4 encostado da previdência 5 mesada/pensão	
6 não 8 NSA	REND _ _ , _
19. Renda familiar mensal (em reais) _ _ _ _ 	
9 IGN	CAPTA _ _ , _
20. Renda per capita: _ _ , _ SM 9 IGN	
OBS:	
1. Tarefeiro(a) = remuneração por tarefa (faxina, empreitada, etc..)	

2. Codificar as questões 19 e 20 em salários mínimos (SM)

ESCOLHA UMA OU MAIS OU MAIS RESPOSTAS QUE VOCÊ ACHA QUE ESTÃO CORRETAS

21. Para que servem os dentes?

- | 1 | para comer | 2 | para bonito
| 3 | para falar | 4 | não sei

DENTE | _ |

22. O que é importante para evitar a cárie?

- | 1 | comer menos doces
| 2 | escovar os dentes com pasta de dentes
| 3 | usar fio dental | 4 | não sei

EVITA | _ |

23. Quando se deve escovar os dentes?

- | 1 | logo que acordar | 2 | antes de comer
| 3 | antes de ir passear | 4 | depois de comer
| 5 | antes de dormir | 6 | não sei

ESCOV | _ |

24. Quando a gente mesmo examina a boca e o rosto o que a gente tem de procurar?

- | 1 | se tem buraco nos dentes
| 2 | se as gengivas sangram
| 3 | se tem feridas dentro da boca
| 4 | se tem caroços no rosto
| 5 | se tem inchaço no rosto
| 6 | não sei

PROCU | _ |

25. Porque os dentes de leite são importantes?

- | 1 | para comer
| 2 | para guardar espaço para os dentes permanentes
| 3 | não são importantes | 4 | para bonito
| 5 | não sei

DLEIT | _ |

26. Quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparece em 10 dias, nós devemos:

- | 1 | bochechar com água e sal
| 2 | ir ao dentista
| 3 | não fazer nada, cura sozinha | 4 | não sei

FERCA | _ |

DIGA SE AS FRASES ESTÃO CERTAS OU ERRADAS	
<p>27. Não é preciso cuidar dos dentes de leite porque eles caem.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	CUIDA _
<p>28. Uma pessoa pode examinar sua própria boca.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	EXAMI _
<p>29. Quando as gengivas sangram, elas estão doentes.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	SANGR _
<p>30. Comidas sem açúcar aumentam a cárie.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	COMA _
<p>31. Dar mamadeira é melhor do que dar o peito.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	PEITO _
<p>32. Dormir com a mamadeira açucarada na boca estraga os dentes da frente.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	MAÇU _
<p>33. Adoçar o bico com açúcar ou mel faz bem para a criança.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	BICO _
<p>34. A cárie dentária é uma doença que pega.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	CARIE _
<p>35. Fumo e bebida podem dar câncer na boca.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	CANB _
<p>36. As mulheres grávidas não devem beber álcool, fumar ou tomar remédios por conta própria.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	GRAVI _

ESCOLHA SOMENTE UMA RESPOSTA	
<p>37. A família come comida açucarada?</p> <p> 1 sim, bastante 2 sim, médio</p> <p> 3 sim, pouco 4 não come</p> <p> 5 não sabe 9 IGN</p>	CAÇUR _
<p>38. Cada pessoa da família tem a sua escova de dentes?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns</p> <p> 3 não 4 não sabe 9 IGN</p>	FEDEN _
<p>39. A família costuma escovar os dentes depois da comida?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns</p> <p> 3 não 4 não sabe 9 IGN</p>	FECOM _
<p>40. A família sempre usa pasta de dentes para escovar os dentes?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns</p> <p> 3 não 4 não sabe 9 IGN</p>	FPAST _
<p>41. A família tem o habito de usar fio dental antes de dormir?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns</p> <p> 3 não 4 não sabe 9 IGN</p>	FAFIO _
<p>42. A família costuma fazer revisões no dentista?</p> <p> 1 sim, regularmente 2 sim, irregularmente</p> <p> 3 não 4 não sabe</p> <p> 9 IGN</p>	FAREV _

A CRIANÇA COMO AGENTE NA TOMADA DE CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

PÓS TESTE | população |

DATA: ___/___/___

1. Número do questionário: 4 _ _ _	NUM 4 _ _
2. Número do entrevistador: _ _	_
	NENT _ _

3. Nome do entrevistado.....	
4. Nome do escolar:.....	
5. Nome da escola:.....	

<p>ESCOLHA UMA OU MAIS RESPOSTAS QUE VOCÊ ACHA QUE ESTÃO CORRETAS</p> <p>6. Para que servem os dentes?</p> <p> 1 para comer 2 para bonito</p> <p> 3 para falar 4 não sei</p> <p>7. O que é importante para evitar a cárie?</p> <p> 1 usar fio dental</p> <p> 2 escovar os dentes com pasta de dente</p> <p> 3 comer menos doces 4 não sei</p> <p>8. Quando se deve escovar os dentes?</p> <p> 1 logo que acordar 2 antes de comer</p> <p> 3 antes de ir passear 4 depois de comer</p> <p> 5 antes de dormir 6 não sei</p> <p>9. Quando a gente mesmo examina a boca e o rosto o que a gente tem de procurar?</p> <p> 1 se tem buraco nos dentes</p> <p> 2 se as gengivas sangram</p> <p> 3 se tem feridas dentro da boca</p> <p> 4 se tem caroços na boca</p> <p> 5 se tem inchaço no rosto</p> <p> 6 não sei</p>	<p>DENTE _ </p> <p>EVITA _ </p> <p>ESCOV _ </p> <p>PROCU _ </p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

<p>10. Porque os dentes de leite são importantes?</p> <p> 1 para comer</p> <p> 2 para guardar espaço para os dentes permanentes</p> <p> 3 não são importantes 4 não sei</p>	DLEITE _
<p>11. Quando se tem feridas e caroços na boca que não desaparecem em 10 dias, nós devemos:</p> <p> 1 bochechar com água e sal</p> <p> 2 ir ao dentista</p> <p> 3 não fazer nada, cura sozinha 4 não sei</p>	FERCA _

DIGA SE AS FRASES ESTÃO CERTAS OU ERRADAS	
<p>12. Não é preciso cuidar dos dentes de leite porque eles caem.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	CUIDA _
<p>13. Uma pessoa pode examinar sua própria boca.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	EXAMI _
<p>14. Quando as gengivas sangram elas estão doentes.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	SANGR _
<p>15. Pode ocorrer cárie sem comidas com açúcar.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	COMA _
<p>16. Dar mamadeira é melhor do que dar o peito.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	PEITO _
<p>17. Dormir com a mamadeira açucarada na boca estraga os dentes.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	MAÇU _

<p>18. Adoçar o bico com açúcar ou mel faz bem para a criança.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	BICO _
<p>19. A cárie dentária é uma doença que pega.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	CARIE _
<p>20. Fumo e bebida alcoólica podem dar câncer na boca.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	CANB _
<p>21. As mulheres grávidas não devem beber álcool, fumar ou tomar remédios por conta própria.</p> <p> 1 certo 2 errado 3 não sei</p>	GRAVI _

ESCOLHA SOMENTE UMA RESPOSTA	
<p>22. Houve mudança na quantidade de açúcar na alimentação no último mês?</p> <p> 1 sim, bastante 2 sim, pouco</p> <p> 3 não 4 não sabe 5 IGN</p>	MUDA _
<p>23. Cada pessoa da família tem a sua escova de dente?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns</p> <p> 3 não 4 não sabe 5 IGN</p>	FEDEN _
<p>24. A família comprou alguma escova de dentes no último mês?</p> <p> 1 sim 2 não</p>	COMPR _
<p>25. A família tem escovado os dentes depois da comida?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns</p> <p> 3 não 4 não sabe 5 IGN</p>	FECOM _

<p>26. A família tem usado pasta de dentes para escovar os dentes no último mês?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns 3 não 4 não sabe 5 IGN</p> <p>27. A família tem usado fio dental no último mês?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns 3 não 4 não sabe 5 IGN</p> <p>28. Alguém da família fez revisão no dentista no último mês?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns 3 não 4 não sabe 5 IGN</p> <p>Quem? _____</p> <p>29. Alguém examinou a boca no último mês?</p> <p> 1 sim, todos 2 sim, alguns 3 não 4 não sabe 5 IGN</p> <p>Quem? _____</p>	<p>F PAST _ </p> <p>F AFIO _ </p> <p>F AREV _ </p> <p>EX BO _ </p>
INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS	
<p>30. A criança falou em casa alguma coisa que aprendeu na escola sobre a saúde da boca?</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>A criança falou que:</p> <p>31. Os dentes servem para embelezar, mastigar e falar.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>32. Deve-se escovar os dentes após a comida e à noite.</p> <p> 1 sim 2 não</p> <p>33. Fio dental limpa o meio dos dentes.</p>	<p>F ALOU _ </p> <p>S ERV _ </p> <p>A PÓS _ </p> <p>M EIO _ </p>

1 sim	2 não	
34. É importante escovar os dentes com pasta de dentes.		PASD _
1 sim	2 não	
35. Cada um deve saber examinar a sua boca.		BOCA _
1 sim	2 não	
36. Deve-se cuidar dos dentes de leite.		CUID _
1 sim	2 não	
37. Saber reconhecer os dentes permanentes é importantes.		PERM _
1 sim	2 não	
38. Quando as gengivas sangram estão doentes.		GENG _
1 sim	2 não	
39. O leite do peito é o melhor alimento.		LEPE _
1 sim	2 não	
40. Dormir com a mamadeira açucarada na boca estraga os dentes.		DORM _
1 sim	2 não	
41. Passar o bico no mel ou no açúcar estraga os dentes.		MELA _
1 sim	2 não	
42. Chupar bico depois dos 3 anos e chupar o dedo entorta os dentes.		BIDE _
1 sim	2 não	
43. Fumar e usar bebidas alcoólicas faz mal à saúde da boca		FUBE _
1 sim	2 não	

ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezados/as Senhores/as pais/mães,

Estamos desenvolvendo um trabalho de pesquisa nas escolas públicas da cidade de Mostardas/RS, tendo como objetivo avaliar a possibilidade de disseminar informações importantes para a saúde com a ajuda das crianças.

A participação dos escolares e das famílias se limitar-se-á à resposta de questionários simples, relacionados a aspectos de prevenção em saúde bucal e dados sócio-econômicos dos grupos sociais das crianças.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração,

Atenciosamente,

Prof. Edmundo Lima Zagoury

Eu, _____ me sinto esclarecido quanto aos fins e aos métodos da pesquisa e aceito participar, bem como consinto na participação de meu filho/minha filha, o/a escolar _____ no projeto “O escolar como agente na construção da consciência sanitária de uma área rural”, de Edmundo Lima Zagoury. Estou ciente de que, a qualquer momento, posso desistir de permanecer prestando informações e que em qualquer divulgação de minhas informações ou de meu filho/minha filha será preservado nosso anonimato.

Assinatura

ANEXO 5 - Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa

Manifestação do Comitê de Ética em Pesquisa

1. **Comitê de Ética em Pesquisa consultado:** Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).
2. **Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Largo Eduardo Zaccaro Faraco – CEP 90.035-003, Porto Alegre/RS, Brasil. Telefone: (55) 51 - 3316.8000. Telefax (55) 51 – 3316.8001. Caixa Postal: 1247. E-mail: hcpa@dpx1.hcpa.ufrgs.br
3. **Credenciamento do Comitê:** Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA).
4. **Número do Processo:** 98236 – CEP/HCPA.
5. **Título do Projeto de Pesquisa Apresentado:** A Criança como Agente de Informação para a Saúde na Conscientização de uma Comunidade Rural do Rio Grande do Sul (Tese de Doutorado).
6. **Parecer Emitido:**

“Este projeto foi aprovado, estando adequado ética e metodologicamente, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e as Resoluções Normativas do GPPG/HCPA. Deverão ser encaminhados relatórios semestrais sobre o andamento do Projeto”.
7. **Instrumento de Aprovação:** Resolução, exarada pela coordenadora do GPPG e CEP/HCPA, Profa. Dra. Themis Reverbel da Silveira.