

A importância do professor como agente multiplicador de Saúde Bucal

A utilização de recursos humanos não-odontológicos como uma estratégia para a promoção de saúde bucal pode representar uma alternativa à ineficiência do atendimento odontológico clássico.

Vanessa Franchin*, Roberta Tarkany Basting**, Amali de Angelis Mussi***, Flávia Martão Flório****

* Secretária Municipal de Saúde do Município de Corumbataí - SP.

** Coordenadora do Curso de Mestrado, área de concentração Dentística, da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic.

*** Coordenadora do Instituto Superior de Educação do Centro Universitário Hermínio Ometto (Uniararas).

**** Professora da Disciplina de Odontologia Comunitária do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic.
E-mail: flaviaflorio@yahoo.com.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a adequação da formação de profissionais da área da educação, cuja colocação profissional poderia possibilitar a propagação de conhecimentos e hábitos adequados para a promoção de saúde bucal de crianças sob sua tutela. Um questionário composto por questões abertas e fechadas foi respondido por 339 alunos matriculados no Curso Normal Superior do Centro Universitário Hermínio Ometto de Araras. Verificou-se que 98,2% relataram possuir informações a respeito dos fatores responsáveis pela doença cárie, dentre os quais, 66% consideram-se satisfatoriamente informados nesse sentido. A ausência de higienização (93,5%) e o consumo exagerado de açúcares (49%) foram os fatores mais citados referentes à etiologia da doença cárie e a fonte de informação mais citada foi o cirurgião-dentista (50%), seguido da escola (27,1%), da família (20,9%), da mídia (15,6%), da participação em palestras (16%) e do cotidiano (12,4%). Concluiu-se que a atuação do professor como agente de saúde bucal necessita da capacitação por parte de profissionais da área e de apoio de instâncias superiores.

DESCRITORES

Odontologia preventiva. Educação em saúde. Cárie dentária.

A prática odontológica resulta de uma complexa articulação de fatores externos e internos ao processo de trabalho. Dentre esses fatores, destacam-se o conhecimento científico disponível em cada momento, as tecnologias, os instrumentos e materiais utilizados, além dos recursos humanos¹⁹.

À semelhança de qualquer trabalho humano, o odontológico surgiu e se desenvolveu para satisfazer as necessidades das comunidades. Ao longo dos séculos, o processo de trabalho foi se tornando gradativamente mais complexo, até atingir o estágio caracterizado pela acentuada divisão técnica, “dentistocêntrica” e curativo-mutiladora, cujos resultados não se correlacionaram positivamente com os indicadores epidemiológicos, representados pela dramaticidade das condições de saúde bucal de grupos de indivíduos²².

A insatisfação popular e profissional com o caos a que o sistema de saúde chegou no Brasil levou à proposição de transformações, através da compreensão de que saúde e doença não são estados ou condições

estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a diversas gradações e constantes mudanças³. A saúde, em seu conceito ampliado¹⁰, tem como fatores determinantes e condicionantes os meios físico, socioeconômico e cultural, os fatores biológicos e, inclusive, a oportunidade de acesso aos diferentes níveis de serviços.

Segundo Carneiro⁸ (1998), a ação de cuidar da saúde em âmbito social só será efetivada se as outras dimensões da sociedade, como a economia, a habitação, o trabalho, a educação, enfim, as políticas sociais, se voltarem para a questão da saúde. Nesse complexo contexto, o processo educativo é fundamental para a conscientização dos cidadãos no sentido de reivindicarem condições de saúde como um direito adquirido, que deve ser fiscalizado pela sociedade em prol de melhores condições de vida das populações.

Considerando-se a saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde geral, a infância é o período que pode ser considerado o mais importante para o futuro da saúde bucal do indivíduo. Na infância, as noções e os hábitos de cuidados com a saúde devem começar a se formar², permitindo assim que as ações educativas implementadas mais tarde baseiem-se no reforço de rotinas já estabelecidas⁶. Para tanto, torna-se importante, para a efetividade do esforço educativo, uma abordagem integrada e multiprofissional que inclua os meios de comunicação social, os profissionais de saúde em geral^{12,15,16} e o pessoal não-odontológico, incluindo-se aí professores, especialmente os do ensino infantil e fundamental^{11,23,26}.

Este estudo teve como objetivo discutir e analisar a participação de pessoal não-odontológico na prática de promoção de saúde bucal, considerando-se especialmente a potencialidade dos professores do ensino infantil e fundamental como agentes multiplicadores em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP – Rio Claro).

Para avaliar os conhecimentos, as atitudes e práticas relacionadas à promoção de saúde bucal de professores em formação universitária para o ensino infantil e fundamental, iniciados ou não no mercado de trabalho, o presente estudo utilizou como população-alvo alunos devidamente matriculados no Curso Normal Superior do Centro Universitário Hermínio Ometto de Araras no ano de 2004. Ressalta-se que o curso em questão também pode ser cursado, sob supervisão de um tutor treinado pela instituição, em

localidades fora da sede da Uniararas, sendo reconhecido como Curso Normal Superior Fora de Sede. A lista total de municípios, o nome e o e-mail para contato dos tutores dos cursos foram fornecidos pela coordenadora do curso.

Em fevereiro de 2004, o curso abrangia 104 municípios do Estado de São Paulo, com 39 alunos matriculados no curso da sede e 7.175 alunos matriculados no curso fora da sede, somando o total de 7.214 alunos (Tabela 1).

A seleção da amostra do estudo foi realizada através de sorteio dos municípios, caracterizando a aleatoriedade do experimento. Sortearam-se 25% dos municípios com curso fora de sede, que representaram o total de 26 municípios (Américo Brasiliense, Araraquara, Arealva, Bariri, Bebedouro, Boa Esperança do Sul, Brotas, Cafândia, Catanduva, Dois Córregos, Duartina, Fernandópolis, Franca, Gália, Garça, Ibaté, Itapuá, Matão, Palmares Paulista, Pompéia, Ribeirão Preto, Rincão, Santa Adélia, Santa Bárbara do Oeste, Santa Rosa do Viterbo, Sertãozinho). Os alunos da sede foram incluídos na amostra sem a realização de sorteio por apresentarem, a maior parte da amostra (51,3%), uma característica peculiar relacionada à realização da graduação como única atividade profissional, enquanto para os alunos fora de sede esse valor cai para 7,7%.

Numa primeira etapa do estudo, foi realizado um pré-teste do questionário a ser utilizado com 10 pessoas não-participantes do estudo, com o objetivo de aprimorar o questionário, de modo que este permitisse, com maior exatidão, avaliar a opinião dos alunos em relação

Tabela 1 • Pólos, municípios e total de alunos matriculados no Curso Normal Superior do Centro Universitário Hermínio Ometto de Araras (Uniararas) (<http://www.uniararas.br/princ/processocee.htm>).

Pólo	Municípios	Alunos
Araraquara	25	1.235
Araras	22	1.482
Grande São Paulo I*	6	790
Grande São Paulo II*	6	807
Sorocaba	22	1.471
Taubaté	21	1.065
São Paulo capital	1	325
Uniararas	1	39
Total	104	7.214

* Cajamar, Embu Guaçu, Itapevi, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana do Parnaíba.

** Caieiras, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Santo André.

aos procedimentos em saúde bucal¹⁷. O instrumento final de investigação foi um questionário contendo 09 questões abertas e fechadas sobre o nível de informação, bem como as atitudes e práticas dos graduandos em relação aos procedimentos de saúde bucal.

Enviou-se um e-mail para o tutor responsável pelas turmas, que continha a explicação dos objetivos, a solicitação da colaboração com o estudo e o questionamento sobre a preferência pelo recebimento dos questionários por correio ou via e-mail. Quando a opção para o recebimento dos questionários foi o correio, também foi enviado um envelope vazio, com o endereço para o qual o questionário deveria ser remetido.

Aos voluntários dentro da sede (Uniararas), previamente ao início do trabalho, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização de pesquisas em humanos, tendo sido o indivíduo considerado voluntário do estudo apenas após a devolução da via assinada do termo da pesquisa. Os alunos do curso fora de sede foram considerados voluntários diante da devolução do questionário preenchido por correio ou Internet.

Com a preocupação de não haver perdas de respostas/questionários, houve novo envio, tanto por correio quanto por e-mail, após 4 semanas do primeiro envio. Após a tabulação, realizou-se a análise exploratória dos dados em planilha eletrônica Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A promoção de saúde bucal pode e deve se realizar para além dos limites do consultório odontológico. Isso possibilita que os preceitos da filosofia de promoção de saúde sejam realmente aplicados. Essa conceitualização implicou mudanças no sujeito do trabalho odontológico – o cirurgião-dentista trabalhando isoladamente vem cedendo lugar à equipe de saúde bucal, que deve por sua vez estar inserida em uma equipe multidisciplinar para que a integralidade da saúde do ser humano seja respeitada.

A saúde escolar é um conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, que visa promover e recuperar a saúde do ser humano em idade escolar. A saúde na escola é parte maleável e moldável na formação de um ser, que, a partir de sua vivência prática, vai formando conceitos, recebendo cultura, incorporando modos individuais e intransferíveis no dever, sentir e agir⁹.

Este estudo teve como objetivo investigar o nível de conhecimentos odontológicos de graduandos na área da educação, além de verificar a adequação de sua formação como um instrumento multiplicador

para a manutenção da saúde bucal. Para tanto, contou com a colaboração efetiva de 339 alunos matriculados no curso normal superior ($34,9 \pm 9,43$ anos de idade), os quais preencheram os questionários e os retornaram à pesquisadora. A taxa de devolução dos questionários foi igual a 24,6%, valor muito próximo ao retorno esperado para experimentos envolvendo a mesma metodologia¹⁷.

Quando questionados a respeito dos fatores relacionados à iniciação da doença cárie, a grande maioria dos voluntários (98,2%; n = 333) relatou possuir informações a respeito; no entanto, a auto-avaliação referente à qualidade dessas informações foi considerada satisfatória para 65,5% dos indivíduos e relativamente satisfatória para 30,7% dos indivíduos (Gráfico 1). A falta de qualidade ou ausência de higienização e o consumo exagerado de açúcares foram os fatores mais lembrados (Gráfico 2), o que está de acordo com dados da literatura a respeito dos fatores determinantes da doença cárie¹⁴.

O papel do atendimento odontológico tradicional no padrão de saúde bucal de uma população pôde ser questionado por Nadanovsky, Sheiham¹⁸ (1995), por meio da verificação de que os aspectos socioeconômicos têm um papel relevante na redução observada na prevalência de cárie dentária. O estudo realizado com base em dados de 18 países industrializados demonstrou que os serviços odontológicos, medidos pela proporção dentista/população, explicaram 3% da redução observada na prevalência média de cárie das crianças de 12 anos, durante os anos 1970 e meados dos 1980, enquanto os fatores sociais explicaram 65% da redução observada. Os autores observaram também que a disponibilidade de serviços odontológicos não foi importante para explicar as diferenças nas variações observadas aos 12 anos nos países estudados. Para Baldani *et al.*⁵ (2004), países com relações dentista/população e sistemas de atenção diferentes apresentaram variação de valores de prevalência de cárie muito similares até a

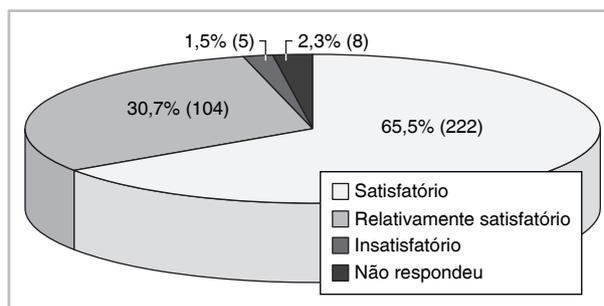


Gráfico 1 - Auto-avaliação do nível de conhecimento para atuar como um agente multiplicador de saúde.

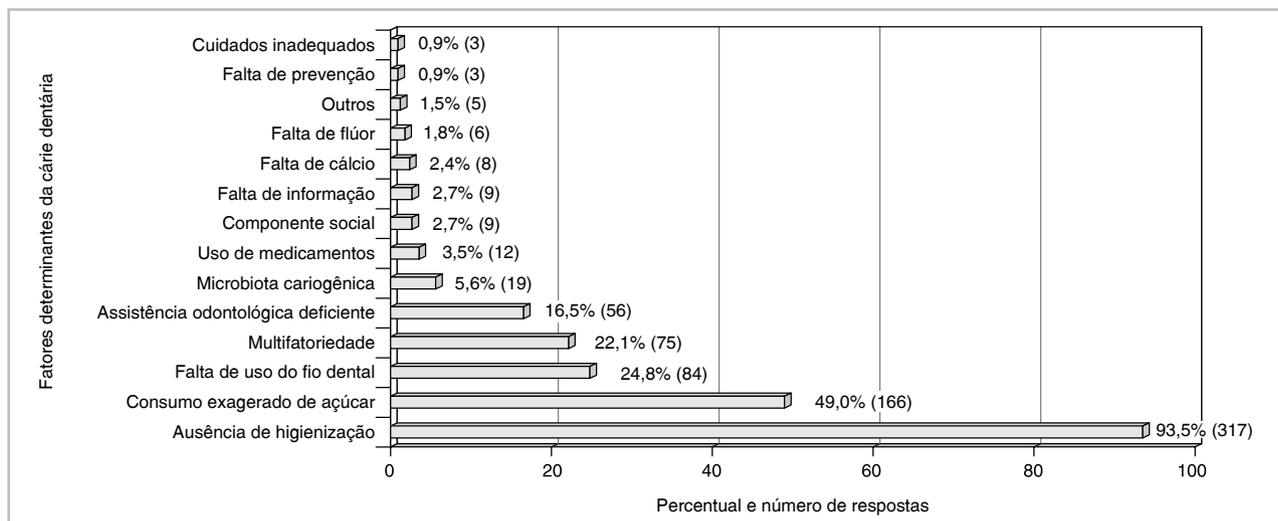


Gráfico 2 - Percentual de aparecimento nas respostas dos fatores conhecidos que causam a cárie dentária.

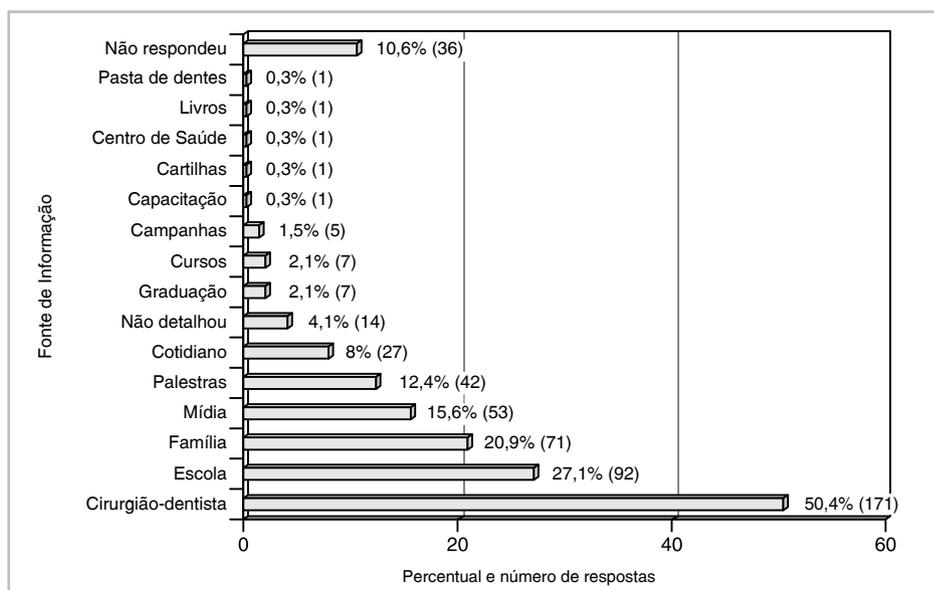


Gráfico 3 - Fonte de informação a respeito dos fatores determinantes da cárie dentária.

metade da década de 1980, quando a condição social passou a ser muito enfatizada como importante determinante da situação de saúde bucal. No Brasil, essa relação pôde ser recentemente confirmada com a divulgação dos resultados referentes ao último levantamento epidemiológico realizado – SBBrazil⁷, que demonstrou que mesmo o país sendo rico no número de cirurgiões-dentistas¹⁹, a estratégia de saúde bucal oferecida à população permitiu que, em média, o país tenha cumprido apenas uma das cinco metas preconizadas pela OMS para o controle da doença cárie dentária.

Nessa linha de raciocínio, quando perguntados sobre o tipo de profissional/indivíduo responsável pela transmissão de informações a respeito dos fato-

res de iniciação e desenvolvimento da cárie dentária, questão fundamental para a adequação da estratégia preventiva, dos 338 entrevistados, 50,4% responderam que o responsável seria o cirurgião-dentista, seguido de informações obtidas na escola (27,1%) e através da família (20,9%) (Gráfico 3).

A utilização de recursos humanos não-odontológicos como uma estratégia para a promoção de saúde bucal pode representar uma alternativa à ineficiência do atendimento odontológico clássico para a manutenção da saúde bucal de que todos dispomos quando nascemos. Considerando-se a possibilidade do tempo de contato e convivência com os escolares, os professores apresentam maior convívio quando compara-

dos a qualquer profissional de saúde, sendo considerados importantes não apenas na observação da saúde e detecção precoce de problemas, mas também na orientação e nas providências em relação a fatos observados que podem vir a melhorar as condições de aprendizagem⁹ e de qualidade de vida.

São expressivos os relatos a respeito da necessidade da participação dos professores na saúde dos escolares. Eles podem atuar como educadores em saúde bucal transmitindo conhecimentos, desenvolvendo hábitos, bem como promovendo ou reforçando ações educativas^{11,21,24,25}. Glasrud, Frazier¹³ (1988) reconhecem que um professor bem formado tem um grande potencial para contribuir positivamente no processo de desenvolvimento e manutenção efetiva de programas de saúde bucal nas escolas.

Segundo Ferraz¹¹ (2002), o papel do educador em saúde bucal numa escola será o de criar condições para o envolvimento tanto da comunidade escolar quanto das associações de pais em ações que contribuam para um melhor conhecimento acerca do próprio corpo e dos determinantes sociais do processo saúde-doença, fazendo com que as pessoas participem ativamente da produção de saúde e superem, portanto, a postura de meros consumidores passivos de ações curativas. Reforça-se assim a necessidade de pensar o espaço escolar como parte integrante da atenção à saúde, através da interferência na realidade do indivíduo enquanto cidadão, envolvendo tanto aqueles que se encontram dentro da escola quanto aqueles que estão fora dela^{11,23}.

Vale ressaltar que as ações de promoção da saúde bucal objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizarem completamente seu potencial de saúde.

A Tabela 2 aponta as dificuldades encontradas para que o professor possa atuar como agente multiplicador de saúde. Dentre as dificuldades apontadas pelo professor, a falta de capacitação e de tempo para mais uma atividade foram lembradas. Também se citou a falta de apoio da família das crianças, a falta de material didático específico para a educação em Saúde Bucal, além da falta de recursos humanos odontológicos na escola para uma eventual capacitação.

No processo de desenvolvimento da criança, a presença dos pais, responsáveis e professores é fundamental, devido à influência que exercem sobre ela, conscientizando-a e motivando-a para a adoção de hábitos saudáveis de higiene bucal²⁷. De acordo com Andia⁴ (2002), a família é o condicionador quase que absoluto nos primeiros estágios do amadurecimento

infantil, justamente aqueles em que a criança está exposta a toda sorte de influências e sugestões. A decisiva contribuição hereditária “vem do ambiente familiar e não dos genes”, que apenas determinam as possibilidades. O estudo de Adair *et al.*¹ (2004) também suporta a hipótese de que atitudes dos pais têm um impacto bastante significativo no estabelecimento de hábitos saudáveis de saúde bucal.

Professores e pais necessitam de treinamento para a detecção de possíveis alterações bucais em crianças que estão sob sua responsabilidade. Esses mostram participação ativa em variadas atividades e expressam interesse em melhorar sua qualidade como educadores, integrando os novos conceitos ao seu cotidiano e sugerindo a necessidade de uma equipe de saúde para manter a continuidade em seu processo de formação¹¹. De acordo com Rocha, Pereira²⁵ (1994), os professores que entendem o momento da prática da escovação como aprendizagem são os que conseguem que seus alunos a assumam como tal, o que mostra quão importante é o relacionamento e o quanto a visão do aluno está vinculada ao significado que o professor assume com relação à atividade.

No presente estudo, a responsabilidade pelos cuidados relacionados pela manutenção da saúde bucal da criança (Gráfico 4) foi relacionada pela grande maioria das respostas ao cirurgião-dentista (77,9%), ao professor (77,0%) e à equipe formada por diversas categorias profissionais (70,2%), o que pode ser considerado bastante relevante, visto que o professor considera realmente importante o seu papel como um membro da equipe de saúde bucal. Ferraz¹¹ (2002) verificou que, embora os professores se mostrem capacitados para a Educação em Saúde, por essa ser uma tarefa relativamente simples, função dependente da boa vontade e

Tabela 2 - Dificuldades relatadas pelos voluntários para a atuação do professor como agente multiplicador de saúde bucal.

Dificuldades relatadas	Respostas	%
Já tem muitas responsabilidades, esta seria mais uma	31	9,1
Falta de tempo	100	29,5
Falta de capacitação/informação	151	44,5
Desinteresse dos alunos	45	13,3
Desinteresse dos profissionais da educação	27	8,0
Sem dificuldades	290	85,5
Outra	43	12,7
Não respondeu	11	3,2

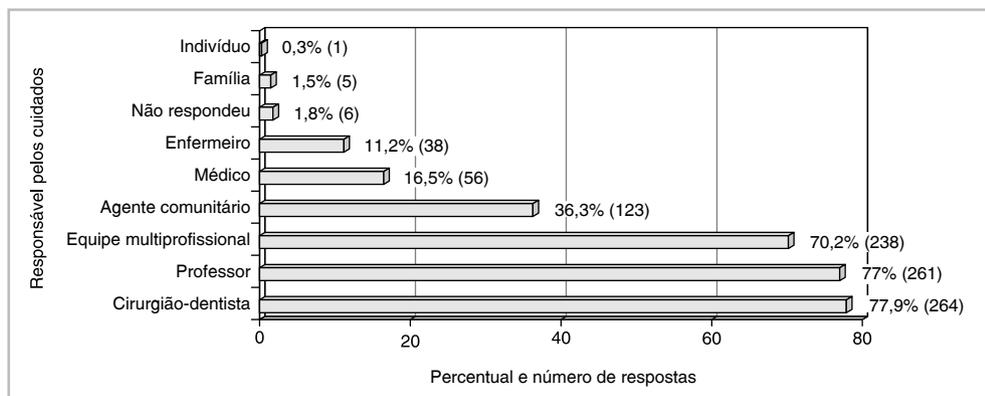


Gráfico 4 - Distribuição percentual das respostas relativas à responsabilidade da prevenção da cárie dentária.

responsabilidade, existe a ausência de integração entre escola, família, equipes de saúde e ação política. Essa integração viabilizaria ou mesmo facilitaria um desempenho mais satisfatório dos professores.

Pelicioni, Torres²⁰ (1999) verificaram a importância da escola promotora de saúde, comunidade humana que se preocupa com a saúde de todas as pessoas que se relacionam com a comunidade escolar. A escola saudável tem o propósito de contribuir para o desenvolvimento das potencialidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos escolares da educação básica, a partir de ações pedagógicas, de prevenção e promoção da saúde e de conservação do meio dirigidas à comunidade. Uma das características dessa escola é fazer com que o professorado seja um capacitador e, para isso, necessita manejar uma ampla variedade de estratégias de ensino e situações de aprendizagem, coordenar recursos, facilitar discussões e promover aprendizagem de todas as experiências possíveis.

A escola e a Odontologia apresentam em sua problemática e em seus anseios uma mesma realidade social. Uma ação integradora entre educação e Odontologia, introduzindo-se efetivamente o conteúdo Saúde Bucal no currículo do ensino infantil e fundamental através de programas, tem ampla justificativa: formar crianças com perfil diferenciado em educação odontológica, capazes de realizar sua própria promoção de saúde bucal. Tornar todas as escolas promotoras de saúde é uma meta a ser alcançada, já que disposição é o que não falta para a categoria profissional em questão. Desde que embasado em evidências e bem capacitado, o professor poderá ser bem utilizado como um agente multiplicador de saúde bucal.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos na presente pesquisa, fundamentados na metodologia de trabalho adotada, e após análise e discussão, foi possível concluir que

a maioria dos voluntários relatou possuir informações a respeito dos fatores responsáveis pela doença cárie, citando, dentre os principais fatores, a falta de higienização bucal associada ou não a outros fatores. A fonte de informação dos fatores de iniciação e desenvolvimento da doença cárie dentária foi o cirurgião-dentista. Os voluntários consideraram importante a atuação do professor como um agente multiplicador de informação e hábitos relacionados à manutenção de saúde bucal. A efetiva atuação do professor como agente de saúde bucal necessita da capacitação por profissionais da área e de apoio de instâncias superiores.

ABSTRACT

The importance of the teacher as an oral health multiplying agent

This study aimed to assess the adequacy of the training of education professionals, whose professional position could enable the dissemination of knowledge and habits suitable for promoting oral health among the children under their tutelage. A questionnaire composed of open and closed questions was filled out by 339 students enrolled in the Higher Normal School, Hermínio Ometto University Center, Araras, SP, Brazil. It was found that 98.2% reported having information with respect to factors responsible for caries disease, among whom, 66% considered themselves to be satisfactorily informed about it. The lack of hygiene (93.5%) and exaggerated sugar consumption (49%) were the factors most cited with reference to the etiology of caries disease, and the most cited source of information was the dentist (50%), followed by the school (27.1%), the family (20.9%), the media (15.6%), participation in lectures (16%) and daily life (12.4%). It was concluded that the teacher's activity as an oral health agent requires training on the part of education professionals and the support of higher administrative levels.

DESCRIPTORS

Preventive dentistry. Health education. Dental caries. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S *et al.* Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health* 2004;21(1 Suppl):102-11.
2. Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque accumulation – a sign for caries risk in young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22(5 Pt 1):273-6.
3. Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e Docença: Significações e Perspectivas em Mudança. *Millenium - Revista do ISPV* 2002;25(1) [acesso 12 mai 2004]. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm.
4. Andia IJ. Estudo exploratório do conhecimento dos pais e/ou responsáveis, em saúde bucal, de escolares do ensino fundamental [Monografia de Especialização]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2002.
5. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(1):143-52.
6. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers – sociological implications. *Int Dent J* 1981;31(1):14-22.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003, Resultados Principais. Brasília (DF); 2004. 52 p. [acesso 31 out 2004]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>.
8. Carneiro SMM. Saúde e Educação – Um Direito do Cidadão. *Jornal A Página da Educação* 1998; ano 7(64):18 [acesso 23 mai 2004]. Disponível em: <http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=256>.
9. Conceição JAN. Conceito de saúde escolar. In: Conceição JAN (Coord.). *Saúde escolar: a criança, a vida, e a escola*. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 8-15.
10. Conferência Nacional de Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 381-9.
11. Ferraz GC. Percepção e opiniões de professores da rede Oficial de ensino fundamental: um estudo exploratório [Monografia de Especialização]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP; 2002.
12. Freire MCM, Macedo RA, Silva WH. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesqui Odontol Bras* 2000;14(1):39-45.
13. Glasrud PH, Frazier PJ. Future elementary schoolteachers' knowledge and opinions about oral health and community programs. *J Public Health Dent* 1988;48(2):74-80.
14. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent* 2004;21(1 Suppl):71-85.
15. Johnsen D, Nowjack-Raymer R. Baby bottle tooth decay: issues, assessment, and an opportunity for the nutritionists. *J Am Diet Assoc* 1989;89:1112-6.
16. Lane BJ, Sellen V. Bottle caries: a nursing responsibility. *Can J Public Health* 1986;77(2):128-30.
17. Marconi M de A, Lakatos EM. 5ª ed. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas; 2002. p. 282.
18. Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23(6):331-9.
19. Narvai PC. Recursos humanos para a promoção da saúde bucal. In: Kriger L, Fernandes Neto AJ, Bezerra ACB, Fuks AB, Sheiham A, Rösing CK *et al.* *Aboprev. Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 448-63.
20. Pelicioni MC, Torres AL. Escola promotora de saúde. Série monográfica do Departamento de Prática de Saúde Pública, Eixo Promoção da Saúde 1999;12. 14 p. [acesso 31 out 2004]. Disponível em: <http://www.bus-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1999/pel001.pdf>.
21. Peixoto SS, Bastos JRM. É possível sorrir: programa preventivo e educativo. Ribeirão Preto: Vilimpres; 1998. 74 p.
22. Queluz DP. Recursos humanos na área odontológica – Colaborando com a saúde bucal da população. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 140-59.
23. Ramos SB, Pereira IMTB. A saúde do escolar no novo modelo de atenção à saúde: uma visão educativa. *Rev Bras Saúde Esc* 1990;1(2):9-11.
24. Rocha PH, Frazier PJ. O professor da pré-escola e seu conhecimento sobre aspectos de saúde [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo 1986. p. 117.
25. Rocha DG, Pereira IMTB. Educação em saúde bucal: uma experiência com escolares. *Rev Bras Saúde Escolar* 1994;3(1/4):126-9.
26. Saliba NA, Saliba O. A educação em Saúde oral e a professora primária. *Estomatol Cult* 1970;1(4):83-104.
27. Valença AMG, Santos MEO, Amaral MAT, Graça TCA, Bastos VAS. Promoção de Saúde bucal em pacientes da disciplina de Odontologia Preventiva da Faculdade de Odontologia de UFF. *Rev Bras Saúde Escolar* 1994;3(1-4):222-6.

Acceto para publicação em 08/2005