

MOTIVANDO ESCOLARES EM SAÚDE BUCAL: EFEITO DE UM MÉTODO INSTRUCIONAL

Laís V. OLIVEIRA (1); Nícia M.A. OLIVEIRA (2); Juliana M. V. M. LUCENA (3)

(1) Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas - IFAM,

Av. Sete de Setembro, 175 - Centro, lais.odo@click21.com.br

(2), Universidade do Estado do Amazonas – UEA, Av. Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, nicoliveira1@hotmail.com

(3) Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas - IFAM,

Av. Sete de Setembro, 175 - Centro, jlucena@ifam.edu.br

RESUMO

Observou-se o método motivacional de instrução sobre o conhecimento odontológico de escolares de 10 a 14 anos. O método testado foi um experimento educativo, cujo assunto relaciona-se ao processo de desmineralização do esmalte dentário e à importância da prevenção da doença cárie. Os escolares foram divididos em quatro grupos, com o mesmo número de participantes: Grupo I, composto por alunos que participaram da palestra e do experimento educativo associado à discussão em grupo; Grupo II, por alunos que participaram somente da palestra; Grupo III, por alunos que participaram somente do experimento e Grupo IV, grupo controle, formado por alunos que não participaram de nenhuma das atividades. O método de avaliação utilizado foi um questionário, aplicado antes (Tempo A), imediatamente após (B) e decorridos 30 dias da aplicação do método (C). Os dados foram analisados quantitativamente utilizando-se o microsoft Excell® e expostos em tabelas. Os resultados mostraram que, para o Grupo I, houve uma melhora no acerto das questões, havendo assimilação e retenção dos conteúdos. Para o Grupo II, também houve uma melhoria no padrão de conhecimento das crianças. Entretanto, verifica-se que estes conceitos não foram retidos, pois, após 30 dias da discussão, os valores caíram novamente, demonstrando que ocorreu apenas um entendimento imediato dos conceitos. No Grupo III, observou-se uma melhora no acerto de algumas questões, mas houve redução no tempo C. Pode-se notar ainda, em todos os grupos, uma melhora da imagem positiva do cirurgião-dentista. Concluiu-se assim que, o experimento educativo aplicado isoladamente, sem nenhum acompanhamento teórico não é o suficiente para a assimilação e sedimentação dos conhecimentos. No entanto, este método instrucional quando aplicado após uma abordagem teórica, se mostra eficaz, uma vez que apresenta bons resultados com relação à aprendizagem dos alunos.

Palavras-chave: Educação; saúde; escolares; saúde bucal.

1 INTRODUÇÃO

A odontologia ao longo da história pautou-se na evolução do processo saúde-doença buscando atuar nos níveis de prevenção e intervindo o mais precocemente possível, buscando meios que permitam a toda população desenvolver ao máximo a sua saúde potencial. E sendo a promoção de saúde uma atividade que faz parte basicamente do campo social e não somente um serviço médico, implica uma participação ativa de todas as instituições sociais, dentre elas a escola (PEREIRA, 2003)

A escola é um ambiente onde se reúnem pessoas em faixas etárias diferentes, propícias à aquisição de hábitos saudáveis e de medidas preventivas. É um local adequado para o desenvolvimento de programas educativos em saúde bucal. Experiências mostram que é interessante a co-participação entre dentistas e professores na veiculação de informações sobre saúde e higiene bucal para escolares (PAIVA, 1992).

Outro fator que favorece esse trabalho conjunto é a possibilidade que a escola oferece em reforçar e repetir os conhecimentos e hábitos aprendidos, uma vez que a motivação deve ser uma atitude constante para que os hábitos de higiene sejam incorporados (GOSUEN, 1997).

Desta forma a participação dos educadores no processo de formação de bons hábitos em saúde bucal é favorável, sendo mais um meio a ser utilizado para se alcançar melhores índices de saúde e higiene bucal na população brasileira.

A literatura revela uma grande variedade de métodos utilizados para a educação e motivação do indivíduo, como orientação direta, filme em vídeo, uso de folhetos informativos, uso de substâncias evidenciadoras de

placa bacteriana, palestras, teatro, entre outros (BOTTINO, 1982; BOURKE, 1991; CUNHA, 1974; DE ANDREA, 1996).

Partindo-se desses princípios, um novo método educativo/motivador foi elaborado, baseado na utilização de um experimento educativo, usando materiais regionais e de baixo custo, visando demonstrar o processo de desmineralização que ocorre nos tecidos dentários.

Assim, o presente trabalho teve por objetivo verificar o efeito desse método motivacional de instrução no conhecimento de saúde bucal, aplicado em diferentes grupos de escolares, na faixa etária dos 10 a 14 anos, em três momentos: antes do desenvolvimento do método (Tempo A), imediatamente após (Tempo B) e decorridos 30 dias da execução das atividades (Tempo C).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A educação em saúde bucal vem sendo, aos poucos, introduzida na vida das pessoas, levando à conscientização de que a cavidade bucal é tão importante quanto o resto do corpo e, com isso, favorecendo a melhoria de saúde dos indivíduos. Contudo, sabemos que esse tipo de educação ainda não abrange todo o nosso país, pois muitos não têm acesso a lugares onde ela pode ser transmitida, como as clínicas odontológicas, ou simplesmente não há, em suas comunidades, meios de divulgação desses conhecimentos.

De acordo com Inglehart & Tedesco (1995), os cirurgiões-dentistas precisam compreender a importância dos sistemas sociais para a promoção da saúde bucal. Precisam mudar sua perspectiva de visão de tratar somente os dentes para uma visão mais holística, de tratar pessoas que são partes de sistemas sociais, envolvidas por fatores ambientais, sócio-econômicos e culturais.

Nesse sentido, o grande desafio da odontologia atual é o de atuar educativamente junto à população, provendo-a de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos saudáveis para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, numa mudança de atitude em relação a essas doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população (VASCONCELOS *et al.*, 2001).

A Educação em Saúde é de extrema importância para uma população, quando se deseja mudar atitudes em relação à doença, priorizando a promoção da saúde. Para Vasconcelos *et al.* (2001), educar é procurar compreender os problemas que acometem determinada comunidade e fazer com que a própria população tenha consciência dos seus problemas e busquem soluções. Deste modo a educação deve estar baseada no diálogo, na troca de experiências, e deve haver uma ligação entre o saber científico e o saber popular.

Nesse contexto, a elaboração de programas educativo-preventivos que estimulem e controlem a mudança de comportamento é extremamente importante. Mas, para que sejam significativos e promova a incorporação de hábitos saudáveis, devem atender a aspectos como: diferenças sócio-culturais da população alvo, utilização de uma linguagem específica, continuidade de informações e métodos educativos claros e objetivos (HARRISON & WONG, 2003).

Essas atividades educativas podem ser desenvolvidas em espaços diversos, como escolas, por exemplo, permitindo a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade escolar, sem esquecer que a escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento (FLORES, 2003).

Toassi e Petry (2002) acreditam que a extensão dos programas de motivação associado com contínuas sessões de reforço em escolares permitirá o sucesso futuro dos trabalhos educativo-preventivos hoje planejados.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais, dentro do capítulo relacionado ao tema transversal saúde, sugerem que toda escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela OMS, com os objetivos de fomentar a saúde e o aprendizado em todos os momentos; integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e membros da comunidade, no esforço de transformar a escola em um ambiente saudável; implementar práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade individuais e implementar políticas que garantam o bem-estar individual e coletivo, oferecendo oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável, com a participação dos setores da saúde e educação, família e comunidade (MEC, 2000).

Segundo, Pauleto, Pereira e Cyrino (2004), a escola e a Odontologia social apresentam em sua problemática e em seus anseios uma mesma realidade, que é a educação. Uma ação integradora entre educação e

Odontologia, introduzindo-se efetivamente o conteúdo Saúde Bucal no currículo do ensino fundamental através de programas, com uma ampla justificativa: formar crianças com perfil diferenciado em educação odontológica, capazes de realizar sua própria promoção de saúde bucal.

Nesse sentido, os programas preventivo-educativos em saúde bucal deveriam se utilizar dessa relação como aliada na transmissão de conceitos para sua melhor assimilação por parte dos alunos, considerando-se especialmente a potencialidade dos professores como agentes multiplicadores em saúde (CAMPOS & GARCIA, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 Seleção da amostra e distribuição dos grupos

Foram selecionados 242 alunos, de ambos os gêneros, na faixa etária de 10 a 14 anos, de uma escola estadual da cidade de Manaus – Amazonas. Os alunos foram divididos em 4 grupos, com o mesmo número de participantes: GI, composto por alunos que participaram da palestra e do experimento educativo associado à discussão em grupo; GII, alunos que participaram somente da palestra; GIII, alunos que participaram somente do experimento educativo e GIV, grupo controle, formado por alunos que não participaram de nenhuma das atividades educativas em saúde bucal na escola, preencheram somente os questionários (figura 1, 2 e 3).



Figura 1 (a, b) – Palestra educativa - Atividade do Grupo I e II.
Fonte: Laís Vilhena; arquivo pessoal.



**Figura 2 – Experimento educativo
Atividade do Grupo I e III.**
Fonte: Laís Vilhena; arquivo pessoal.



**Figura 3 – Preenchimento do questionário
Atividade do Grupo I, II, III e IV.**
Fonte: Laís Vilhena; arquivo pessoal.

3.2 Aplicação do método motivacional

Foi utilizado um material didático-pedagógico (experimento educativo), que foi desenvolvido em projetos anteriores, pela referida autora. Ao qual tem o intuito de simular o que acontece quando nos alimentamos, representando o fenômeno de desmineralização que ocorre nos tecidos dentários, utilizando materiais regionais e de baixo custo.

Como soluções ácidas e indutoras de desmineralização, representando os ácidos na placa dentária, foram utilizadas: vinagre comum (ácido acético, pH 2,3), coca-cola® (pH 2,4), suco de polpa de cupuaçu (pH 3,2),

acerola (pH 3,1) e araçá-boi (pH 3,0). E como substratos, representando dentes humanos, foram utilizados as escamas de pirarucu (figura 4).

Esses substratos foram examinados pelos escolares, através do qual puderam verificar o grau de dureza das escamas. Em seguida foram colocados nas soluções ácidas por 24 horas. E após esse período, os escolares mediram o grau de desmineralização através da comparação com o substrato do grupo controle, imersos em água destilada, segundo dois parâmetros: consistência e coloração.

Os escolares observaram que os ácidos removerão parte do bicarbonato de cálcio presente nos substratos, deixando as escamas mais flexíveis. E a desmineralização ficou mais evidente após o uso dos chás como corantes. A escama que estava nos recipiente com água destilada permaneceu inalterada, inclusive resultando em uma coloração pálida (figura 5). A coloração foi realizada por imersão desses substratos em infusões de duas plantas medicinais que resultam em chás de cor vermelha intensa: *Arrabidaea chica* (craijirú) e *Eupatorium ayapana* (japana vermelha) (figura 6).

Na discussão em grupo, que ocorreu logo após a execução do experimento, os escolares foram estimulados a falar sobre o assunto e a respeito do que aprenderam com esse experimento educativo. E tiveram a oportunidade de esclarecer possíveis dúvidas encontradas durante as atividades. Esta discussão em grupo teve duração média de 30 minutos.



Figura 4 (a) - Substratos em soluções: água destilada, coca-cola®, ácido acético, suco de polpa de araçá-boi, cupuaçu e acerola. 4 (b) Escamas de pirarucu (substratos representando dentes humanos). Fonte: Laís Vilhena; arquivo pessoal.

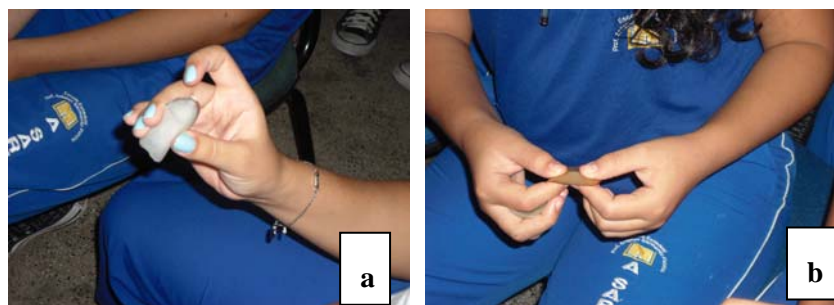


Figura 5 (a, b) - Medição do grau de desmineralização, segundo a consistência e a coloração dos substratos. Fonte: Laís Vilhena; Arquivo pessoal.

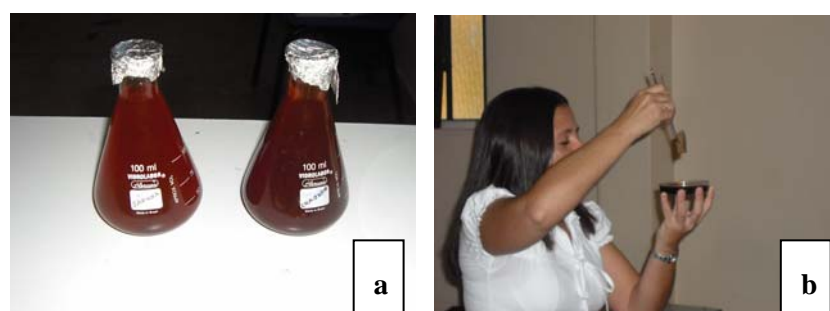


Figura 6 (a) - Infusão das plantas medicinais: *Arrabidaea chica* (craijirú) e *Eupatorium ayapana* (japana vermelha). 6 (b) – Coloração das escamas. Fonte: Laís Vilhena; arquivo pessoal

3.3 Palestra educativa em saúde bucal

O Grupo I participou da palestra antes da aplicação do experimento educativo, o Grupo II assistiu somente à palestra, não participou da atividade prática e os demais grupos não assistiram à palestra.

A palestra educativa teve duração de 45 minutos, na qual foram abordados temas sobre placa bacteriana, tártaro e doença periodontal, formação e desenvolvimento da cárie e interferências da dieta, assim como meios para promover uma higiene oral adequada, frequência de escovação, e a importância do cirurgião-dentista. Além disso, também foi feita uma demonstração da técnica (método de Bass) de escovação e do uso do fio dental, utilizando-se macromodelos durante a exposição.

3.4 Aplicação do questionário

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Amazonas e mediante assinatura do documento de autorização pela gestora da escola e do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE pelos responsáveis dos escolares.

O instrumento de análise utilizado foi um questionário composto por questões fechadas ou de múltipla escolha, aplicado antes do desenvolvimento da atividade educativa (Tempo A), imediatamente após (Tempo B) e decorridos 30 dias da execução (Tempo C). O conteúdo do questionário abordou o conhecimento dos escolares sobre a cárie dentária, placa bacteriana, tártaro, doença periodontal; processo de remineralização e desmineralização do esmalte dentário; interferências da dieta, frequência de escovação, meios para promover uma higiene oral adequada e a importância do cirurgião-dentista.

3.5 Análise e apresentação dos dados

Os dados foram analisados quantitativamente e em seguida expostos em tabelas, utilizando-se para isso o *Microsoft Excel*®. As respostas do questionário foram analisadas e agrupadas em escores para a análise e distribuição das frequências. Os resultados foram discutidos e o método foi testado quanto à sua eficácia na assimilação e sedimentação de conhecimentos relacionados à saúde bucal.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A primeira avaliação de todos os grupos revelou que grande parte dos alunos errou as questões, mostrando que a população selecionada apresentava um nível regular de conhecimento, antes da aplicação do método instrucional. Isso pode ser explicado pelo fato de estudarem em escola pública e apresentarem condições socioeconômicas relativamente baixas, com pouco ou nenhum acesso ao atendimento odontológico e a instruções de higiene oral. Na literatura encontrada, foram poucos os trabalhos que avaliaram o grau de conhecimento da população sobre higiene oral, fato também relatado por Silva, Ammon e Silva (1985) e Queluz (1995).

Na tabela 1 houve uma melhora no acerto das questões, pois no período anterior à execução do estudo, o número de escolares que acertou as questões foi inferior ao do tempo B, e este resultado se manteve superior no tempo C. Esses achados justificam a importância da realização da atividade prática associada a um conteúdo teórico, pois de acordo com Harrison & Wong (2003), os métodos educativos só são significativos quando são claros, objetivos e de forma contextualizada. Pode-se evidenciar também na tabela 1, que o número de crianças que afirmaram realizar a escovação após as refeições e antes de dormir foi de 35% no tempo A, de 100% no tempo B e esse valor se manteve constante no momento C. O número de crianças que afirmaram escovar os dentes quatro vezes ao dia encontrado por Rajab (2002), foi semelhante (31,0%) ao número verificado no momento A da pesquisa.

Na Tabela 2 pode-se verificar que as frequências das respostas obtidas no momento B foram superiores as do momento A. No entanto, essas frequências decresceram no momento C, com exceção das questões de número 8 a 13. Acredita-se, que o resultado positivo dessas questões pode estar relacionado à atividade prática de demonstração da técnica de escovação, desenvolvida na palestra, que evidenciou bastante os meios de promoção da higiene bucal.

Na Tabela 3, observa-se que houve uma melhora no acerto das questões de número 5, 7, 8 e 10 em relação ao tempo A. Mas, após 30 dias da realização da atividade prática verificou-se que esse percentual de acertos diminuiu. Essa situação pode ser explicada pelo fato dos escolares não possuírem um bom nível de

conhecimento referente à saúde bucal e isso dificultou o entendimento do experimento educativo e a formulação, pelas crianças, de algumas respostas do questionário.

No grupo IV, a frequência das respostas obtidas se mantiveram constantes em algumas questões, nos dois tempos da aplicação do questionário. No entanto, outras sofreram uma pequena alteração (tabela 4), visto que os alunos não assistiram a nenhuma atividade educativa em saúde bucal durante a pesquisa, participando somente no momento do preenchimento dos questionários, nos Tempos A e C.

Pode-se observar ainda nos Gráficos de número 1 a 4, uma diminuição do número de crianças que possuíam uma imagem negativa do cirurgião-dentista nos tempos A e C, o que pode sugerir que a simples presença de um profissional ou de um acadêmico de odontologia na escola é capaz de alterar o entendimento e a imagem dos escolares sobre a importância do dentista, uma vez que esta alteração ocorreu também no grupo IV (grupo controle), em concordância com Garcia, Dinelli e Serra (2000), os quais afirmaram que o contato direto com o profissional é capaz de estimular e direcionar a mudança de comportamento do paciente como um todo.

Tabela 1. Distribuição de frequências n(%) das respostas obtidas nos diferentes tempos de avaliação dos escolares no Grupo I

Questões	Tempos		
	A	B	C
1. Conceito de placa bacteriana	27(45,0)	44(73,3)	45(75,0)
2. Problemas causados pela placa bacteriana	29(48,3)	42(70,0)	42(70,0)
3. A remoção da placa bacteriana	22(36,7)	45(75,0)	46(76,7)
4. Conceito de cárie	23(38,3)	35(58,3)	36(60,0)
5. A relação da placa bacteriana com a cárie	22(36,7)	39(65,0)	49(81,7)
6. A placa bacteriana e a doença periodontal	22(36,7)	50(83,3)	57(95,0)
7. Conhecimento sobre tártaro*	15(25,0)	40(66,7)	42(70,0)
8. A importância do flúor	12(20,0)	40(66,7)	42(70,0)
9. A função do fio dental	37(61,7)	54(90,0)	54(90,0)
10. Dieta e a doença cárie	37(61,7)	54(90,0)	58(96,7)
11. Frequência de escovação	21(35,0)	60(100,0)	60(100,0)
12. Material utilizado na escovação	23(38,3)	34(56,7)	38(63,3)
13. Consulta odontológica	25(41,7)	56(93,3)	59(98,3)
14. Imagem do cirurgião-dentista	18(30,0)	41(68,3)	58(96,7)
Número total de alunos	60	60	60

Tabela 2. Distribuição de frequências n(%) das respostas obtidas nos diferentes tempos de avaliação dos escolares no Grupo II.

Questões	Tempos		
	A	B	C
1. Conceito de placa bacteriana	20(33,3)	36(64,3)	24(42,9)
2. Problemas causados pela placa bacteriana	21(35,0)	32(57,1)	26(46,4)
3. A remoção da placa bacteriana	19(31,7)	36(64,3)	20(35,7)
4. Conceito de cárie	12(20,0)	32(57,1)	29(51,8)
5. A relação da placa bacteriana com a cárie	20(33,3)	25(44,6)	18(32,1)
6. A placa bacteriana e a doença periodontal	17(28,3)	36(64,3)	30(53,6)
7. Conhecimento sobre tártaro	20(33,3)	42(75,0)	30(53,6)
8. A importância do flúor	24(40,0)	30(53,6)	28(50,0)
9. A função do fio dental	7(11,7)	26(46,4)	26(46,4)
10. Dieta e a doença cárie	22(36,7)	25(44,6)	25(44,6)
11. Frequência de escovação	13(21,7)	32(57,1)	30(53,6)
12. Material utilizado na escovação	18(30,0)	31(55,4)	29(51,8)
13. Consulta odontológica	12(20,0)	25(44,6)	27(48,6)
14. Imagem do cirurgião-dentista	9(15,0)	22(39,3)	27(48,2)
Número total de alunos	60	56	56

Tabela 3. Distribuição de frequências n(%) das respostas obtidas nos diferentes tempos de avaliação dos escolares no Grupo III.

Questões	Tempos		
	A	B	C
1. Conceito de placa bacteriana	11(18,3)	12(20,0)	9(16,1)
2. Problemas causados pela placa bacteriana	20(33,3)	21(35,0)	16(28,6)
3. A remoção da placa bacteriana	13(21,7)	15(25,0)	16(28,6)
4. Conceito de cárie	17(28,3)	19(31,7)	17(30,4)
5. A relação da placa bacteriana com a cárie	28(46,7)	33(55,0)	24(42,9)
6. A placa bacteriana e a doença periodontal	20(33,3)	21(35,0)	19(33,9)
7. Conhecimento sobre tártaro	9(15,0)	14(23,3)	9(16,1)
8. A importância do flúor	22(36,7)	30(50,0)	15(26,8)
9. A função do fio dental	20(33,3)	21(35,0)	18(32,1)
10. Dieta a doença cárie	16(26,7)	28(46,7)	20(35,7)
11. Frequência de escovação	15(25,0)	32(53,3)	28(50,0)
12. Material utilizado na escovação	18(30,0)	20(33,3)	17(30,4)
13. Consulta odontológica	13(21,7)	15(25,0)	13(23,2)
14. Imagem do cirurgião-dentista	8(13,3)	25(41,7)	36(64,3)
Número total de alunos	60	60	56

Tabela 4. Distribuição de frequências n(%) das respostas obtidas nos diferentes tempos de avaliação dos escolares no Grupo IV.

Questões	Tempos	
	A	C
1. Conceito de placa bacteriana	17(28,3)	16(29,1)
2. Problemas causados pela placa bacteriana	13(21,7)	14(25,5)
3. A remoção da placa bacteriana	16(26,7)	15(27,3)
4. Conceito de cárie	13(21,7)	13(23,6)
5. A relação da placa bacteriana com a cárie	17(28,3)	18(32,7)
6. A placa bacteriana e a doença periodontal	20(33,3)	18(32,7)
7. Conhecimento sobre tártaro	9(15,0)	7(12,7)
8. A importância do flúor	11(18,3)	11(20,0)
9. A função do fio dental	15(25,0)	15(27,3)
10. Dieta a doença cárie	13(21,7)	11(20,0)
11. Frequência de escovação	12(20,0)	13(23,6)
12. Material utilizado na escovação	8(13,3)	9(16,4)
13. Consulta odontológica	8(13,3)	5(9,1)
14. Imagem do cirurgião-dentista	20(33,3)	26(47,3)
Número total de alunos	60	55

5 CONCLUSÃO

Mediante a metodologia aplicada, pôde-se concluir que o experimento educativo aplicado isoladamente, sem nenhum acompanhamento teórico não apresentou bons resultados com relação à aprendizagem dos alunos. No entanto, quando aplicado após uma abordagem teórica, se mostrou eficaz, uma vez que foi o suficiente para a retenção e sedimentação dos conhecimentos. As ferramentas didáticas (palestra e experimento) utilizadas nas atividades educativo-preventivas em saúde bucal mostraram-se eficazes como meios de conscientização contra doenças bucais, uma vez que atuaram na prevenção, educação e motivação do escolar para o cuidado com sua saúde. É válida a possibilidade de se adotar esse experimento educativo como uma ferramenta didática, para demonstrar o conhecimento científico sobre o desenvolvimento da doença cárie. Uma vez que, através dele podemos simular o processo de desmineralização do esmalte dentário, utilizando materiais regionais e de baixo custo, funcionando assim como uma nova técnica de promoção de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- Bottino MA, Moreira E J G, Rossetini SMO. Estabelecimento de hábitos de higiene bucal em pacientes adultos. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.36, p.280-6, 1982.
- Bourke LF. The use of theatre in dental health education. *Aust. Dent. J.*, v.36, p.310-1, 1991.
- Campos JADB, Garcia PPNS. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de Ensino Fundamental. *Cienc. Odontol. Bras.*, 2004; 7(1): 58-65.
- Cunha JJ, Tinoco NMB. Controle da placa dental: um experimento clínico. *Rev. Bras. Odontol.*, v.31, p.48-51, 1974.
- De Andrea TM. Teatro de bonecos ensina prevenção na Odonto com a comunidade. *J. Assoc. Paul. Cir. Dent. (São Paulo)*, p.36, fev. 1996.
- Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciê. Saúde Colet.*, 2003; 8(3): 743-752.
- Gosuen LC. A importância do reforço constante na conscientização e motivação em higiene bucal. *Rev Paul de Odontol.* v.19, n.5, p.30-32, set./out. 1997.
- Harrison R.L, Wong T. An oral health promotion program for a urban minority population of preschool children. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v. 31, n. 5, p. 392-399, Oct. 2003.
- Inglehart M, Tedesco LA. Behavioral researt related to oral hygiene practices: a new century model of oral heatch promotion. *Periodontology.* 2000. V.8, p 15-23, 1995.
- MEC, Ministério da Educação. 2000. **Parâmetros Curriculares Nacionais** – Ensino Fundamental – Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias.
- Paiva SM *et al.* Promoção de saúde bucal: programa implantado em escolares da região leste de Belo Horizonte. *Rev Saúde e Debate*, n.37, p.36-9, dez. 1992.
- Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciê. Saúde Colet.* 9(1):121-130, 2004.
- Pereira AC. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre – RS: ARTMED, 2003.
- Queluz DP. Cárie. Conhecimento do fluor. "Na prevenção de cárie dental em escolares". *RGO*, v.43, p.167-70, 1995.
- Rajab LD. *et al.* Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int. J. Paediatr. Dent.*, Oxford, v. 12, n. 3, p. 168-176, May 2002.
- Silva HC, Ammon ION, Silva RHH. Avaliação do paciente sobre ensino de práticas preventivas em odontologia. *Odontol. Mod.*,v. 12, n.5, p.46-53, 1985.
- Vasconcelos R, Matta ML, Pordeus IA, Paiva SM. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. *PGR-Pós-Grad. Ver. Fac. Odontol.* 4(3): 43-51, 2001.
- Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev. Saúde Pública.* 36(5): 634-637, 2002.