

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Janaine Sari

Intervenções para a educação em saúde bucal com adolescentes – Uma revisão
sistemática da literatura

Porto Alegre

2017

Janaine Sari

Intervenções para a educação em saúde bucal com adolescentes – Uma revisão
sistemática da literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional - da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Sari, Janaine

Intervenções para educação em saúde bucal com adolescentes - uma revisão sistemática da literatura. / Janaine Sari. -- 2017.
80 f.

Orientador: Marcelo Zubarán Goldani.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Ensino na Saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde bucal. 4. Educação em saúde. 5. Odontopediatria. I. Zubarán Goldani, Marcelo, orient. II. Título.

ATA AUTENTICADA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Janaine Sari, com ingresso em 24/04/2015

Título: Intervenções para a educação em saúde bucal com adolescentes - uma revisão sistemática da literatura

Data: 31/03/2017

Horário: 16:30

Local: Sala 41 (4º andar) / FAMED

Banca Examinadora	Avaliação	Origem
Daniilo Blank	Aprovado	UFRGS
Juliana Rombaldi Bernardi	Aprovado	UCS
Roger Dos Santos Rosa	Aprovado	UFRGS

Avaliação Geral da Banca: Aprovado

Data da homologação:

Porto Alegre, 03 de abril de 2017

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599
Porto Alegre / RS -

Documento gerado sob autenticação nº HXW.782.710.UOQ
Pode ser autenticado, na Internet, pela URL <http://www.ufrgs.br/autenticacao>,
tendo validade sem carimbo e assinatura.

DEDICATÓRIA

Esse trabalho é dedicado a todos os profissionais de saúde bucal que atuam na saúde pública no Brasil e que dedicam seus dias, seus esforços e sua energia para que a população tenha acesso a um serviço público de qualidade e integral. Meu reconhecimento a todos os colegas que, assim como eu, desenvolvem uma odontologia voltada para a reabilitação do sorriso daqueles que mais necessitam e que se doam incondicionalmente para que a saúde bucal possa realmente ser reconhecida como parte de um todo indissociável.

AGRADECIMENTOS

A meu marido, Miqueias Morais Jorge, pela compreensão das minhas ausências e pelo apoio e incentivo incondicional.

A minha família, por impulsionar meus sonhos.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, obrigada pela oportunidade de aproximar o serviço à academia.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde pelos conhecimentos repassados, pela troca de experiências e, em especial, ao meu orientador Prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani, obrigada pela oportunidade de lhe conhecer e trocar conhecimentos tão valiosos para a minha carreira e para minha vida.

Ao Prof. Dr. Charles Francisco Ferreira, não tenho palavras para agradecer a tua ajuda incondicional, tua paciência e carinho. És uma pessoa especial e iluminada.

Aos colegas do mestrado, obrigada pelas trocas de experiência, pela amizade, pela mão amiga no momento da perda do meu avô, pelas discussões e por toda a vivência que tivemos juntos. Vocês são especiais.

As amigas Aline Tigre e Juliana Alberti Marchese, vocês são um presente de Deus. Obrigada pela amizade e companheirismo. Do mestrado para a vida, com certeza.

A funcionária Walcy Pereira Oliveira, agradeço imensamente sua atenção e dedicação, és uma peça fundamental na nossa formação como mestres, muito obrigada!

A Secretaria de Saúde do Município de Três Passos, ao Prefeito municipal e meu amigo José Carlos Anzileiro Amaral, obrigada pelo incentivo e por proporcionar a nós, funcionários públicos, a oportunidade de crescimento na carreira e de produzir conhecimento científico no nosso local de trabalho, sou eternamente grata.

*“E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam
escutar a música. ”*

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

SARI, J.S. **Intervenções para a educação em saúde bucal com adolescentes – uma revisão sistemática da literatura.** 2017. 80pp. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre. 2017.

O trabalho da odontologia no sistema público de saúde brasileiro é marcado por procedimentos puramente clínicos. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família passou-se a exigir uma postura diferenciada, com o intuito de promover a saúde bucal por meio de atividades educativas. Na população adolescente se torna ainda mais necessária essa postura, devido ao distanciamento que o adolescente costuma ter do serviço de saúde, bem como a resistência a atividades de prevenção. Assim sendo, o objetivo geral desse estudo é identificar os estudos de intervenção sobre educação em saúde bucal para adolescentes existentes na literatura nos últimos 10 anos. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, considerando intervenções referentes à educação para a saúde bucal de adolescentes, em três idiomas (inglês, português e espanhol) e foi pesquisada a literatura dos últimos 10 anos. A identificação dos artigos foi feita através de busca bibliográfica na base de dados PUBMED/Medline e LILACS/Bireme utilizando como descritores *adolescent; dental health education, education; oral health*. Dois examinadores realizaram a estratégia de busca e, quando necessário, um terceiro examinador também foi contatado. Após a leitura dos títulos, resumos e artigos completos, os estudos foram avaliados quanto à qualidade. Foram encontrados 894 artigos na estratégia de busca, e, após a leitura dos títulos, resumos e o estudo completo e, seguindo critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, 24 artigos foram eleitos para análise final. Das 24 publicações analisadas, 14 eram em inglês, 06 em espanhol e 04 em português. Quanto à base de dados, 12 artigos foram do PUBMED/Medline e 12 da LILACS/Bireme. O ano de 2012 foi o que teve mais publicações referentes ao tema e o Brasil foi o país com mais estudos realizados. O tamanho da amostra e as estratégias utilizadas para a execução da intervenção foram diversos. A grande maioria dos estudos foi eficaz no desenvolvimento das atividades educativas com adolescentes. Os questionários e os exames bucais foram as medidas de desfecho mais utilizadas. Quanto à qualidade, a maioria dos estudos analisados foi de qualidade intermediária ou pobre, sendo que apenas 4 estudos foram considerados de boa qualidade. Os dados coletados são de grande relevância para a atuação dos profissionais na atenção primária em saúde e na condução de atividades educativas em saúde bucal com a população adolescente. Esse estudo tem potencial para instrumentar o trabalho educativo em saúde bucal, otimizando os resultados e promovendo uma maior efetividade das ações educativas para o público adolescente.

Palavras-chave: adolescente; educação em saúde; revisão sistemática; saúde bucal.

ABSTRACT

SARI, J.S. **Interventions for oral health education with adolescents – a systematic review.** 2017. 80pp. Dissertation (master's degree) Post-Graduation Program in Health Teaching (master's degree) – Federal University of Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, 2017.

The work of dentistry in the Brazilian public health system is marked by purely clinical procedures. With the implementation of the Family Health Strategy, it was necessary to adopt a differentiated approach in order to promote oral health through educational activities. In adolescents, this position is even more necessary due to the adolescents' distancing from the health service, as well as resistance to prevention activities. Thus, the general objective of this study is to identify intervention studies on oral health education for adolescents, published in the literature in the past 10 years. For this, a systematic review of the literature was carried out considering interventions for oral health education of adolescents in three languages (English, Portuguese and Spanish) and the literature of the past 10 years was researched. The identification of the articles was done through bibliographic search in the database PUBMED/Medline and LILACS/Bireme using as keywords "adolescent; Dental health education; Oral health". Two examiners performed the search strategy and, when necessary, a third examiner was also contacted. After reading titles, abstracts and articles in full, the studies were evaluated for their qualities. A total of 894 articles were found in the search strategy, and after reading their titles, abstracts and the study in its entirety, 24 articles were selected for final analysis, following previously defined inclusion and exclusion criteria. Of the 24 publications analyzed, 14 were in English, 06 in Spanish and 04 in Portuguese. As for the database, 12 articles were from PUBMED/Medline and 12 were from LILACS/Bireme. The year of 2012 was the one that had more publications related to the subject and Brazil was the country with more studies realized. The size of the sample and the strategies used to carry out the intervention were diverse. The vast majority of studies were effective in the development of educational activities with adolescents. The questionnaires and oral examinations were the most used outcome measures. Regarding their qualities, the majority of studies analyzed were of intermediate or poor quality, and only 4 studies were considered of good quality. The data collected are of great relevance for the professionals' performance in the primary health care and in the conduction of educational activities in oral health with the adolescent population. This study has the potential to implement educational work in oral health, optimizing the results and promoting greater effectiveness of educational actions for the adolescent public.

Keywords: adolescent; health education; systematic review; oral health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Fluxograma explicativo da metodologia empregada no estudo. 36 e 52
- Figura 2** – Fluxograma demonstrativo dos resultados da estratégia de busca 53

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Base de dados e chaves de pesquisa incluídas na revisão, idioma e número de artigos encontrados em 13/11/16. 34 e 49
- Tabela 2** – Índices utilizados pelos estudos analisados segundo seus objetivos. 55
- Tabela 3** – Artigos analisados segundo autor, ano e qualidade, de acordo com os grupos de comparação, idade, resultados principais e controle para variáveis confundidores. 58

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APM	Authoritative Parenting Model
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPOD	Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CPOS	Índice das Superfícies Cariadas Perdidas e Obturadas
DeCs	Descitores em Ciências da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
IG	Índice Gengival
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
IPV	Índice de Placa Visível
IQPI	Individual Quantitative Plaque % Index
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAPM	Modelo de Prevenção e Adoção do Processo
PPGENSAU	Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
PRISMA	Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROSPERO	International prospective register of systematic reviews
PSF	Programa de Saúde da Família

RS	Rio Grande do Sul
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS	6
RESUMO.....	8
ABSTRACT	9
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	10
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS	12
SUMÁRIO.....	14
APRESENTAÇÃO AOS LEITORES.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 A SAÚDE BUCAL E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	20
2.2 A ADOLESCÊNCIA E OS ASPECTOS RELACIONADOS COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	23
2.3 OS ESTUDOS DE INTERVENÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	24
2.4 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE DOS ESTUDOS DE INTERVENÇÃO	27
3 JUSTIFICATIVA	29
4 HIPÓTESE	30
5 OBJETIVOS.....	31
5.1 OBJETIVO GERAL	31
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
6 MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
6.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA E SELEÇÃO DE ARTIGOS	32
6.2 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS	32

6.3 CRITÉRIOS DE CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS	34
6.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ARTIGOS	35
6.5 FLUXOGRAMA DA PESQUISA	35
6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
REFERÊNCIAS	37
ARTIGO ORIGINAL.....	44
INTRODUÇÃO.....	48
METODOLOGIA.....	48
Estratégia de busca e seleção de artigos	49
Critérios para inclusão e exclusão dos estudos	50
Critérios de caracterização e avaliação da qualidade dos estudos	50
Fluxograma da pesquisa.....	51
Considerações éticas	52
RESULTADOS	52
RESULTADOS REFERENTES À CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS ESTUDOS	54
RESULTADOS REFERENTES À EFETIVIDADE DOS ESTUDOS.....	54
RESULTADOS REFERENTES A QUALIDADE DOS ESTUDOS	63
DISCUSSÃO	63
LIMITAÇÕES	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE - A	

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

O presente trabalho refere-se à dissertação de mestrado profissional intitulada “Intervenções para a educação em saúde bucal com adolescentes – uma revisão sistemática da literatura” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGEnSau) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Trata-se de uma dissertação dividida em duas partes. Na primeira serão apresentadas a introdução, o referencial teórico, a justificativa, a hipótese, os objetivos e os métodos da presente investigação. A segunda parte apresenta o artigo original proveniente desta dissertação, contemplando todos os itens da primeira parte, em adição aos resultados, a discussão e as conclusões. Adicionalmente, estarão incluídas as limitações, considerações finais, os anexos e os apêndices.

PARTE 1

1 INTRODUÇÃO

A Constituição cidadã de 1988 marcou a oferta de atendimento odontológico regular na rede pública de saúde. Assim, a adoção dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) implicou reconhecer legalmente a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos. Desde então existe uma discussão constante acerca da reestruturação dos serviços de saúde baseada nos princípios do SUS, emergindo como centro de transformação desse contexto a atenção primária com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) (ANTUNES, NARVAI, 2010).

Apesar da expansão e dos avanços das últimas décadas após a implantação da ESF, na prática, o modelo assistencial odontológico público no Brasil, ainda tem se caracterizado por uma atenção voltada para o tratamento cirúrgico-restaurador dos sinais das doenças bucais, refletindo em uma odontologia individual e curativa, com reflexos importantes nas condições de saúde bucal do brasileiro (CHAVES, VIEIRA-DA-SILVA, 2002). Desse modo, se faz necessário o desenvolvimento de formas alternativas de atenção à saúde bucal, que tenham entre seus objetivos primordiais a melhoria e o aumento da eficácia nos serviços prestados à população, com foco na prevenção e educação em saúde (FONSECA, FERREIRA, 2009).

Nesse sentido, o controle da higiene é a chave para a prevenção das principais doenças bucais e para a efetividade do tratamento odontológico como um todo. O desconhecimento sobre as formas e meios de realizar uma adequada higiene bucal, representa um fator importante a ser considerado na educação em saúde. Isso porque, embora existam muitas propagandas a respeito das formas e produtos utilizados para higiene bucal, essa informação não é compreendida por todos da mesma maneira e, na maioria das vezes, trata-se apenas de informes publicitários e mercadológicos, sem cunho educativo de importância social. Por esse motivo, o desenvolvimento de programas educativos, que interpretem e compreendam as necessidades e a heterogeneidade das populações precisa ser disseminado (PAULETO, PEREIRA, CYRINO, 2004).

Para tal, é necessário que o cirurgião-dentista realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura, adotando procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica e assegurando que esses sejam implementados com o mais alto padrão possível em busca de resolutividade (AERTS, ABBEG, CESA, 2004). As diretrizes curriculares que definem as atribuições dos profissionais para o trabalho em saúde pública definem que a atuação na atenção primária requer também que o profissional tenha capacidade de interagir com os

pacientes e a comunidade em que atua tendo habilidades para comunicação verbal, não verbal e escrita. O dentista deverá estar apto a desenvolver trabalho em equipe com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação, atuando na faixa etária infantil, adulta, velhice e na adolescência (BRASIL, 2002).

Os adolescentes, em particular, costumam mostrar uma elevada resistência a uma aproximação com as instituições de saúde. Ao mesmo tempo, as instituições de saúde têm dificuldade em acolher os adolescentes que a procuram. Como consequência disso, os adolescentes têm recebido pouca atenção das políticas públicas de saúde (MUZA, COSTA, 2002). A atenção básica, pela característica do trabalho multiprofissional e por estar próxima das condições socioculturais tem grande potencial para formação de vínculo com os adolescentes e para a prática de ações educativas em saúde (BRASIL, 1997).

Atualmente há um grande número de intervenções educativas na área da saúde bucal de adolescentes com resultados variados sobre seus graus de eficácia, eficiência e efetividade (CHAVES, VIEIRA-DA-SILVA, 2002; FREIRE, SHEIHAM, BINO, 2007; FIGUEIREDO, *et al.*, 2014; MONTE, *et al.*, 2013; MUZA, COSTA, 2002; PAULETO, PEREIRA, CYRINO, 2004; SOUZA, *et al.*, 2007; CASTRO *et al.*, 2012; RIGO, SOUZA, CALDAS JUNIOR, 2012; VIEIRO *et al.*, 2015). Assim sendo, este estudo de revisão pretende beneficiar os profissionais atuantes na odontologia pública com informações sobre as melhores evidências científicas referentes à educação em saúde bucal dos adolescentes nos últimos 10 anos, auxiliando, dessa forma, no processo de escolha de métodos para a realização das atividades educativas na atenção primária em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A SAÚDE BUCAL E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Entende-se por atenção primária em saúde, ou atenção básica, as ações situadas no primeiro nível de atenção, focadas na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção (BRASIL, 2008). As ações da atenção primária em saúde oferecem o acesso à porta de entrada do sistema com a finalidade de promover saúde. Os princípios que norteiam a atenção primária são o **primeiro contato**, ou seja, a facilidade de o usuário ter acesso ao serviço para cada problema de saúde; a **longitudinalidade**, que é a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, caracterizada pelo estabelecimento do vínculo; a **abrangência**, que é a resolutividade de caráter clínico e coletivo; e a **coordenação**, caracterizada pela garantia do cuidado continuado e o seguimento do usuário a outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Durante muitos anos no Brasil, a inserção da saúde bucal na atenção primária e no SUS como um todo se deu de forma paralela e afastada dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2008). Fazendo um resgate histórico da implantação da saúde bucal na atenção primária no Brasil, em 1994, iniciava o Programa de Saúde da Família (PSF) com 328 equipes implantadas, a maioria sem Equipes de Saúde Bucal (ESB), em 55 municípios. No ano 2000, a Portaria GM/MS nº. 1.444, regulamentou a inserção da saúde bucal na saúde da família por meio do incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios (BRASIL, 2000). Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, foi um grande marco na valorização, expansão e reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004a). Em setembro de 2013, a agora denominada ESF, fazia parte de 5328 municípios, sendo 34,4 mil equipes atuantes (SOUSA, FRANCO, MENDONÇA, 2014). Os dados de dezembro de 2016 do Ministério da Saúde apontam que existem no Brasil 5409 municípios com ESF e 4955 com ESB (BRASIL, 2016).

Entendendo a saúde bucal como integrante e condicionante da saúde, a sua incorporação à ESF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludente baseado no curativismo, tecnicismo e biologicismo (SOUZA, RONCALLI, 2007). Assim sendo, a ESF possibilitou a adoção de uma postura

mais ativa da atenção primária em saúde bucal. Ao contrário do que acontecia em um passado não tão distante, o serviço público odontológico hoje não se limita apenas ao atendimento clínico, inclui a atuação na comunidade, levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, serviços para grupos com necessidades diferenciadas, o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal (ANTUNES, NARVAI, 2010).

No que se refere à epidemiologia, nos últimos anos, a reestruturação da saúde bucal na atenção primária trouxe resultados importantes na melhora das condições de saúde bucal dos brasileiros quanto à experiência de cárie (PINHEIRO, TORRES, 2006). No primeiro levantamento nacional sobre saúde bucal, realizado em 1986, o índice CPOD (que mede o número de dentes cariados, perdidos e obturados), na idade de 12 anos (idade considerada índice para a Organização Mundial da Saúde - OMS) foi de 6,65 (BRASIL, 1988). No segundo inquérito de saúde bucal realizado esse índice foi de 3,06 para adolescentes de 12 anos (BRASIL, 1996). No levantamento nacional de saúde bucal, SB Brasil, em 2003, o valor do CPOD caiu para 2,78 (BRASIL, 2004b). O último levantamento de saúde bucal realizado, o SB 2010, trouxe o valor de 2,07 para a média de CPOD aos 12 anos (BRASIL, 2011). Dessa forma, comparando o CPOD médio de 1986 e de 2010, na idade índice temos um decréscimo de 4,58, o que é muito positivo para a saúde bucal como um todo.

Para a faixa etária da adolescência, em 2003, a média do CPOD na faixa etária de 15-19 anos, a nível nacional foi de 6,17 e na região sul foi de 5,77 (BRASIL, 2004b). Em 2010, o CPOD médio nacional dos 15-19 anos foi de 4,25. Na região sul, para a mesma faixa etária, foi de 4,01 (BRASIL, 2011). Assim, também se pode evidenciar a melhoria dos resultados referentes à experiência de cárie na faixa etária dos 15-19 anos comparando os dois últimos levantamentos nacionais realizados.

Apesar de esses dados comprovarem o declínio do CPOD experimentado no Brasil nos últimos anos, a cárie dentária, juntamente com a doença periodontal, são as enfermidades que mais acometem a cavidade bucal e, contraditoriamente, são doenças preveníveis e de fácil tratamento se descobertas inicialmente (PAULETO, PEREIRA, CYRINO, 2004). Por esse motivo, é importante que as pessoas sejam informadas sobre as causas e consequências das doenças para que possam delas se prevenir, uma vez que a prevenção primária possui um grande potencial no controle e na redução das doenças bucais (REIS *et al.*, 2010).

Para a redução das doenças bucais, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação de ações de promoção e proteção em saúde, tais como a fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor. Exceto a fluoretação da água, as demais ações estão diretamente relacionadas ao papel

do cirurgião-dentista como ator desse processo (ALMEIDA, FERREIRA, 2008). Entretanto, na prática, essas ações, bem como o protagonismo das ESB não estão funcionando plenamente. Para que isso aconteça se faz necessário que ao arsenal tecnológico médico-sanitário tradicional, já tão disseminado e utilizado pela classe odontológica, também se incorporem outras tecnologias no trabalho dentro da atenção básica, tais como a comunicação social, o planejamento e a programação local (AERTS, ABEGG, CESA, 2004).

A incorporação dessas tecnologias se faz necessária devido ao fato de que a reorganização das ações em saúde bucal, operacionalizada através da inclusão da equipe de saúde bucal no ESF, tem sido motivo de inúmeros questionamentos por parte de pesquisadores, gestores, profissionais, ou mesmo usuários, principalmente no que se refere ao impacto promovido por essa mudança e quanto aos caminhos a seguir (COLUSSI, 2010).

Nesse sentido, Souza e Roncalli (2007) avaliaram a incorporação da saúde bucal no PSF no Rio Grande do Norte, com base na análise de fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal. Os autores concluíram que a maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal e que as políticas públicas que contemplam aspectos além dos pertinentes ao setor saúde são decisivas para uma real mudança nos modelos assistenciais.

Dessa forma, entende-se que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais e mais da produção da saúde e seus condicionantes (MERHY, FRANCO, 2003). Na odontologia, profissão marcada por um arsenal tecnológico duro, a incorporação de outras tecnologias no trabalho acaba tendo maior resistência por parte dos profissionais. Isso porque, historicamente, a formação do modelo assistencial em saúde bucal esteve centrada nas tecnologias duras e leve-duras, o que produziu uma organização do trabalho voltada à consulta clínica, ficando a produção do cuidado dependente das tecnologias de alto custo (MERHY, FRANCO, 2003). Entretanto, as políticas de saúde bucal na atenção básica devem favorecer a transformação dessa prática odontológica dura, o que poderá ser realizado através da incorporação de tecnologias leves e de recursos humanos preparados para o desenvolvimento de ações coletivas, sem as quais não será possível obter impacto na cobertura, nem modificar a consciência sanitária da população por meio de atividades de educação em saúde bucal (BRASIL, 1993).

As atividades de educação em saúde, parte imprescindível do trabalho na atenção primária, devem ser planejadas com o objetivo de promover mudanças comportamentais, sensibilizando o público alvo para a adoção de práticas sistemáticas e participativas (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Nessa educação em saúde, a relação entre trabalhador e usuário

deve acontecer com implicação mútua, reconhecendo o protagonismo de ambos e tendo como diretrizes o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado (MERHY, FRANCO, 2003).

2.2 A ADOLESCÊNCIA E OS ASPECTOS RELACIONADOS COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente o indivíduo que se encontra na faixa etária dos 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990). O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela OMS que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência (BRASIL, 2010).

Segundo Calligaris (2009), a adolescência que nos interessa é um fenômeno dos últimos 50 anos. Antes, não era um fato social reconhecido, era uma faixa etária, mas não um grupo social e ainda menos um estado de espírito. A adolescência, mais do que uma etapa estabilizada, é processo e desenvolvimento. O adolescente passa por desequilíbrios e instabilidade extremas, que são perturbadoras para o mundo adulto, mas necessárias para o estabelecer da sua identidade. Para isso, o adolescente não só deve enfrentar o mundo adulto, para o qual não está preparado, mas também desvincular-se do mundo infantil, no qual vivia com relação de dependência (ABERASTURY, KNOBEL, 2011).

Como reflexo disso, a insegurança é uma característica notória do adolescente, que se olha no espelho e se acha diferente. Constata facilmente que perdeu a graça infantil sem ganhar em troca outra forma de reconhecimento. Por consequência, ele não é mais nada, nem criança amada, nem adulto reconhecido (CALLIGARIS, 2009). Marcado por esse desequilíbrio próprio, o adolescente acaba por provocar uma verdadeira revolução no seu ambiente familiar e social, o que cria problemas de gerações nem sempre bem resolvidos (ABERASTURY; KNOBEL, 2011).

Outras características próprias da adolescência são as mudanças de humor, os relacionamentos grupais e a quebra com as conexões do mundo externo para se refugiar num mundo interno seguro e conhecido. O adolescente pensa e fala muito mais do que age, traço que pode influenciar profundamente nas atividades educativas e no cuidado em saúde para essa população (ABERASTURY; KNOBEL, 2011).

Estudo realizado por Ferrari, Thomson e Melchior (2006), com o objetivo de analisar a percepção dos médicos e enfermeiros sobre a atenção à saúde do adolescente na ESF revelou

que existe atendimento aos adolescentes no serviço, mas este não é sistematizado por haver outras prioridades; que o adolescente não procura o serviço e que os profissionais se sentem despreparados para atendê-los. O que se percebe é que devido ao fato de os adolescentes e jovens serem considerados pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde dentro das políticas públicas, a não ser nas questões de saúde reprodutiva e pelo uso de drogas (BRASIL, 2010).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (BRASIL, 2004a). Tendo como foco a atenção em saúde por linha de cuidado, a Política Nacional de Saúde Bucal agrupa as crianças juntamente com os adolescentes, ou seja, a faixa etária de 6 a 18 anos. Além disso, define que para esse grupo a atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta ainda que há a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes (BRASIL, 2004a).

Mais que garantir o atendimento à população adolescente é primordial que as políticas de atenção à saúde os incluam em programas preventivos com uma abordagem cuidadosa, criteriosa e sensível por parte dos atores que os compõem. Isso porque as atividades educativas eficazes realizadas com os adolescentes podem contribuir para que cheguem à vida adulta de uma maneira mais saudável (SAIANI, 2008).

Em se tratando de efetividade dos procedimentos de educação em saúde, para a faixa etária dos 12 a 18 anos de idade, as práticas educativas em saúde bucal que trabalhem a autoestima, deixando que os adolescentes tomem as decisões a respeito da higienização costumam ser eficazes. Os recursos que melhor atingem esse grupo são os filmes, os recursos audiovisuais, palestras e demonstrações rápidas (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003).

2.3 OS ESTUDOS DE INTERVENÇÃO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Os estudos experimentais, também chamados de estudos de intervenção, são aqueles nos quais o pesquisador, de forma intencional e controlada, manipula o fator de exposição (intervenção) a fim de investigar os efeitos da alteração realizada. Um estudo experimental pode ter como foco de avaliação o indivíduo (ensaios clínicos) ou uma comunidade inteira (ensaios comunitários). O tipo de intervenção pode também ser classificado como profilático

ou terapêutico. Além disso, os estudos experimentais podem ser divididos em controlados e não controlados. Os estudos controlados podem ser classificados em randomizados e não randomizados (DUTRA, REIS, 2016).

Existem três propriedades concernentes a um experimento verdadeiro, a randomização, o controle e a manipulação. A **randomização**, ou aleatorização, determina a distribuição dos participantes nos grupos experimentais e controle, sendo que cada indivíduo tem uma probabilidade igual ou conhecida de pertencer a qualquer um dos grupos. O **controle** trata do seguimento de um grupo onde a intervenção não será realizada e tem por objetivo estabelecer uma inferência de causalidade por meio de comparação. O desempenho do grupo controle em relação à variável dependente é usado para avaliar os resultados obtidos no grupo experimental. Na **manipulação** (intervenção) ocorre a intervenção do pesquisador em um grupo de sujeitos (DUTRA, REIS, 2016).

Um estudo experimental verdadeiro permite ao pesquisador controlar os efeitos de variáveis intrínsecas e extrínsecas que possam ameaçar a validade interna dos resultados. No experimento verdadeiro é essencial atentar para os diferentes vieses que podem comprometer os resultados: 1) viés de seleção (randomização incompleta ou inadequada que pode promover diferenças sistemáticas nos grupos experimento e controle); 2) viés de desempenho (diferenças sistemáticas na atenção prestada aos participantes do estudo além da intervenção alvo da avaliação); 3) viés de exclusão (exclusão de participantes com diferenças sistemáticas); e 4) viés de detecção (mensuração diferenciada dos desfechos) (GREENHALGH, 2013).

Os estudos de intervenção têm tido como objeto de análise os processos de educação em saúde. Esses processos vêm passando por consideráveis avanços em seu contexto e em suas práticas pedagógicas. Isso porque o ato pedagógico passou a ser uma atividade de interação entre seres sociais, visando provocar neles mudanças tão eficazes que os tornem elementos ativos dessa própria ação (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003; MONTE, *et al.*; 2013).

Mialhe e Silva (2011) identificaram as práticas educativas em saúde como um instrumento de mudança de comportamento, ou seja, uma prática que leva a população a adquirir hábitos de vida considerados saudáveis para a prevenção das doenças bucais. Já Monte *et al.* (2013) evidenciaram que o modelo libertador de educação em saúde é mais apropriado para a atual conjuntura da promoção da saúde pública por levar conhecimento e autonomia à coletividade, de forma mais efetiva.

Quando se aborda o tema da educação em saúde deve-se levar em consideração que uma população será cada vez mais saudável a medida que seu nível de conhecimento das informações relativas à saúde, porventura existentes, sejam assimiladas (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003).

Dessa forma, a **palavra falada** faz com que o educador tenha uma comunicação direta com o público por meio de palestras, conferências, reuniões informais, trabalhos com pequenos grupos, mesas redondas ou mesmo individualmente. A **palavra escrita** pode ser usada por meio de impressos, folhetos, historinhas, revistas e encartes. Os **recursos audiovisuais** como filmes e multimídia chamam atenção e podem ser usados a todas as faixas etárias. Também os **meios de comunicação** de massa, rádio, imprensa, internet e televisão podem ser utilizados com eficácia, já que atingem um grande número de pessoas ao mesmo tempo. Já **exposição** de cartazes e murais muito utilizados nas unidades de saúde, podem ser usados, mas seu poder educativo não é grande. Os *outdoors* e os desenhos são **meios visuais** de educação em saúde. Os teatros de fantoches e outras formas de **dramatização** abordando os temas desejados e os macromodelos também são opções (BASTOS, PERES, RAMIRES, 2003).

Para que as práticas de educação em saúde tenham sucesso, é preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária com foco na transmissão de informação, pela discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde bucal (PAULETO, PEREIRA, CYRINO, 2004).

Souza *et al.* (2007) avaliaram a percepção dos adolescentes em relação aos procedimentos coletivos que haviam recebido quando ainda eram crianças. Como resultados encontraram que a maioria dos jovens acredita ser importante falar sobre saúde bucal nas escolas, mas os procedimentos coletivos que receberam quando crianças não causou impacto diferente em relação aos cuidados em saúde bucal na adolescência. O que faz com que seja importante elucidar quais atividades educativas realmente eficazes na prática odontológica e que possam contribuir para o declínio das doenças bucais.

Com o intuito de cativar e sensibilizar as crianças e adolescentes para adquirirem hábitos adequados de saúde bucal diversas formas de intervenção estão sendo testadas por diversos autores. Figueiredo *et al.* (2014) avaliaram a efetividade de um *website* como ferramenta de educação em saúde bucal para adolescentes. O processo educativo e de promoção da saúde bucal dos adolescentes também tem sido estudado por alguns autores brasileiros, como é o caso dos estudos realizados por Muza e Costa (2002); Souza *et al.* (2007); Turriani *et al.* (2012) e Figueiredo *et al.* (2014).

Coscrato, Pina e Mello (2010) pesquisaram a utilização de métodos lúdicos na educação em saúde. Borges *et al.* (2009) realizaram orientações quanto à saúde bucal, por meio de palestras educativas e teatro de fantoches, extensivas aos pais/responsáveis e concluíram que houve uma redução significativa do Índice de Placa Visível (IPV) e Índice de Sangramento Gengival (IG) após a intervenção realizada. Badalotti, Weigert, Bos (2013) realizaram uma intervenção, de caráter educativo, numa escola de educação infantil com a supervisão da escovação dental e a realização de exames clínicos das condições bucais. A análise dos resultados obtidos permitiu identificar um efeito positivo das atividades educativas desenvolvidas na saúde dos pré-escolares.

2.4 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE DOS ESTUDOS DE INTERVENÇÃO

Avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). A avaliação da eficácia é uma medida dos resultados ou consequências decorrentes de uma tecnologia sanitária, quando utilizada em situações ideais ou experimentais (BRASIL, 2005).

Entende-se por eficácia a capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias (DONABEDIAN, 1990). A eficácia também é conhecida pelo grau em que se alcançam os objetivos e metas, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados (COHEN, FRANCO, 1993; COSTA, CASTANHAR, 2003).

Já o conceito de eficiência é entendido como a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. São os recursos mínimos para gerar um produto; ou a menor relação custo/benefício possível para conseguir alcançar os objetivos (COHEN, FRANCO, 1993; COSTA, CASTANHAR 2003; DONABEDIAN, 1990). No Brasil, o Ministério da Saúde também entende a eficiência como um conceito econômico derivado da escassez de recursos que visa à produção de bens e serviços valorizados pela sociedade ao menor custo social possível (BRASIL, 2005). A efetividade é caracterizada pela medida dos resultados ou consequências decorrentes de uma tecnologia sanitária, quando utilizada em situações reais ou habituais (BRASIL, 2005).

A revisão sistemática constitui-se num método que vem sido utilizado em pesquisa científica para avaliação, o qual tem sido largamente aceito na academia, dada à capacidade de integrar os achados de pesquisas individuais já existentes, permitindo, de maneira objetiva, a síntese da informação científica (MUNOZ, *et al.*, 2002). As revisões sistemáticas permitem uma avaliação mais objetiva da evidência do que as tradicionais revisões narrativas e podem, assim, contribuir para resolver incertezas quanto a pesquisas originais, revisões e editoriais. Também são importantes para identificar questões a serem abordadas em estudos futuros (EGGER, SMITH, ALTMAN, 2007).

3 JUSTIFICATIVA

A questão norteadora adotada para este estudo foi: qual é a efetividade das intervenções utilizadas para a educação com adolescentes nos aspectos relativos à saúde bucal?

Essa dúvida partiu das dificuldades encontradas pela pesquisadora em campo, nas suas atividades educativas com adolescentes dentro da ESF de Padre Gonzales, no município de Três Passos, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Ao questionar colegas da saúde bucal e também a equipe multidisciplinar em que atua, a pesquisadora percebeu que esse é um nó crítico para muitos profissionais de saúde, dado as peculiaridades e o distanciamento percebido entre os adolescentes e os serviços de saúde. Aliado a isso, o fato de os profissionais encararem as atividades educativas como algo rotineiro, onde o planejamento e avaliação é deixado de lado ou postergado em prol da demanda grande de procedimentos ligados a assistência em saúde, também motivou a realização deste estudo.

Realizando pesquisas em bases de dados, pode-se perceber que este é um assunto abordado em diversos estudos a nível mundial e que as estratégias utilizadas para a realização das atividades educativas é extremamente diversificada e não segue um padrão.

As especificidades do curso de mestrado profissional do PPGENSAU da UFRGS vêm ao encontro da pergunta de pesquisa no sentido de produzir conhecimento científico a partir de um nó crítico enfrentado pelos profissionais de saúde pública. Assim sendo, a resposta a essa pergunta de pesquisa, por meio do desenvolvimento de uma metodologia baseada em uma revisão sistemática de literatura, poderá capacitar os profissionais da saúde pública, levando a informação da necessidade sentida dentro do trabalho no SUS e promovendo uma ligação importante entre a academia e o serviço.

4 HIPÓTESE

Por meio de buscas de artigos científicos nas bases de dados internacionais, pode-se perceber que não existe um padrão para a eficácia e efetividade das atividades educativas em saúde bucal para adolescentes e que não há apenas profissionais de saúde bucal desenvolvendo essas ações educativas.

Do mesmo modo, a qualidade dos artigos existentes não dá margem para uma reprodutibilidade das intervenções pelos profissionais de saúde pública.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a efetividade das intervenções para educação em saúde bucal dos adolescentes por meio de uma revisão sistemática de literatura.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Categorizar os tipos de intervenções em educação para saúde bucal publicadas para adolescentes nas bases de dados PUBMED/Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) /Bireme (Biblioteca Regional de Medicina), entre os anos de 2006 a 2016, de acordo com a estratégia educativa realizada, o local escolhido, o tema abordado, as medidas de desfecho e os principais resultados encontrados;
- Determinar a qualidade dos artigos selecionados de acordo com critérios estipulados por Ip *et al.* (2007);
- Disponibilizar o produto final da pesquisa aos serviços de saúde bucal do SUS, por meio da publicação de um artigo científico e através do desenvolvimento de *blog* contendo sugestões de atividades educativas em saúde bucal para o adolescente.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão sistemática considerou artigos científicos publicados em três idiomas (inglês, português e espanhol) e foi consultada a literatura de 2006 a 2016. A revisão sistemática foi registrada na base de dados internacional PROSPERO (registro CRD42017057815) e foi descrita de acordo com PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

6.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA E SELEÇÃO DE ARTIGOS

A identificação dos artigos foi feita através de busca bibliográfica nas bases de dados PUBMED/Medline e LILACS/Bireme referente aos anos de 2006 a 2016. Buscou-se identificar três elementos chave da busca: a população a ser estudada, o tema educação em saúde bucal e a metodologia de intervenção utilizada. Para tal, no MESH (*Medical Subject Headings*) e DECS (Descritores em Ciências da Saúde), foram definidas as seguintes palavras-chaves: *adolescent; dental health education, education e oral health*.

As estratégias de busca foram definidas por meio da combinação dos descritores em saúde, nos três idiomas previamente definidos (inglês, português e espanhol), considerando apenas estudos de intervenção e no período de tempo de 10 anos. Foi estabelecido este período de tempo com o intuito de levantar as intervenções as mais atuais possíveis sobre a temática explorada.

6.2 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS

A estratégia de busca e seleção de artigos foi baseada na conformidade com o tema e objetivos deste estudo. Para a base de dados PUBMED/Medline os critérios de inclusão foram:

- Estudos em humanos;
- Delineamento de estudo de intervenção;
- Estar escrito em inglês, português ou espanhol;
- Ter sido publicado entre os anos de 2006 e 2016;

- Ter como população alvo as adolescentes (10 a 19 anos);
- Abordar como tema a educação em saúde bucal.

Para a base de dados LILACS/ Bireme os critérios de inclusão foram:

- Estar escrito em inglês, português ou espanhol;
- Ter sido publicado entre os anos de 2006 e 2016;
- Ter como população alvo as adolescentes;
- Estudos em humanos;
- Abordar como tema a educação em saúde bucal;
- O tipo de documento ser um artigo;
- Estar publicado em todas as bases de dados, exceto PUBMED/ Medline

Os filtros utilizados para a exclusão dos artigos na estratégia de busca para ambas as bases de dados foram:

- Estudos que não eram com humanos;
- Tinham delineamento diferente;
- Estavam escritos em outros idiomas;
- Não tinham sido publicados entre 2006 e 2016;
- Tinham como população envolvida outras faixas etárias não compreendidas na adolescência, ou estavam pesquisando além de adolescentes outro tipo de população (ex: criança e adolescente; adultos e adolescentes);
- Não abordavam a educação em saúde bucal.

A avaliação dos artigos foi realizada por dois pesquisadores independentes. Os artigos que estavam duplicados nas bases de dados foram excluídos e as dúvidas existentes quanto a inclusão ou não de um estudo foram discutidas e, quando permaneceram dúvidas, o professor orientador fez a terceira avaliação para definir a inclusão ou não do estudo.

Os artigos foram selecionados de acordo com sua relevância ao problema levantado por este estudo, ou quando eram pertinentes ao embasamento teórico do mesmo. A tabela 1 sumariza a estratégia de busca das referências bibliográficas.

Tabela 1 – Base de dados e chaves de pesquisa incluídas na revisão, idioma e número de artigos encontrados em 13/11/2016.

Base	Idioma	Chave	Nº de artigos
MEDLINE/PUBMED	Inglês	<i>oral health AND education AND adolescent</i>	148
MEDLINE/PUBMED	Inglês	<i>oral health AND dental health education</i>	66
LILACS/BIREME	Inglês	<i>adolescent AND oral health AND education</i>	210
LILACS/BIREME	Português	adolescente E saúde bucal E educação	85
LILACS/BIREME	Espanhol	<i>adolescente Y salud bucal Y educación</i>	70
LILACS/BIREME	Inglês	<i>adolescent AND dental health education</i>	140
LILACS/BIREME	Português	adolescente E educação em saúde bucal	79
LILACS/BIREME	Espanhol	<i>adolescente Y educación em salud dental</i>	96
TOTAL			894

6.3 CRITÉRIOS DE CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS

Para a caracterização e avaliação dos estudos foi elaborada uma planilha no Microsoft Excel, com 3 guias intituladas: Fase 1, Fase 2, Fase 3. A planilha da Fase 1 correspondia à leitura dos títulos dos estudos e continha os seguintes itens: número do artigo; descritores, idioma, título, autores, tipo de estudo, motivo da exclusão, inclusão na fase 2.

A planilha da Fase 2 correspondia à leitura dos resumos dos estudos que foram incluídos após o término da Fase 1 e continha os seguintes itens: número do artigo na fase 2, número do artigo na fase 1, descritores, idioma, título, autores, tipo de estudo, motivo da exclusão, base de dados, ano de publicação, país do estudo, delineamento, tamanho da amostra, comparação entre grupos, faixa etária dos participantes do estudo, inclusão na fase 3.

A planilha da Fase 3 correspondia a leitura dos artigos completos que foram incluídos após o término da fase 2 e continha os mesmos itens da fase 2 acrescidos dos seguintes itens: duração de *follow-up*, percentagem de perdas, critérios, desfecho, medida do desfecho, ponto de corte, ajuste para confundidores e mediadores estatísticos, resumo dos resultados e qualidade do artigo.

6.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ARTIGOS

A qualidade dos estudos foi classificada de acordo com Ip *et al.* (2007), usando três categorias como sistema de classificação, A, B e C.

A – Bom

Estudo contempla o máximo dos seguintes conceitos: descrição clara da população; descrição clara dos grupos e das comparações; medidas apropriadas e descrição dos desfechos; análises estatísticas apropriadas e relato dos resultados; honestidade e descrição clara de vieses e fragilidades do estudo, menos de 20% de perdas, ajuste para potenciais confundidores.

B – Moderado/ Intermediário

O estudo não encontra todos os critérios de qualidade, mas a fraqueza do estudo não causa grande viés; ajuste para potenciais confundidores; faltam informações para compreensão da qualidade; não se consegue identificar bem os problemas e as limitações pela falta de informação.

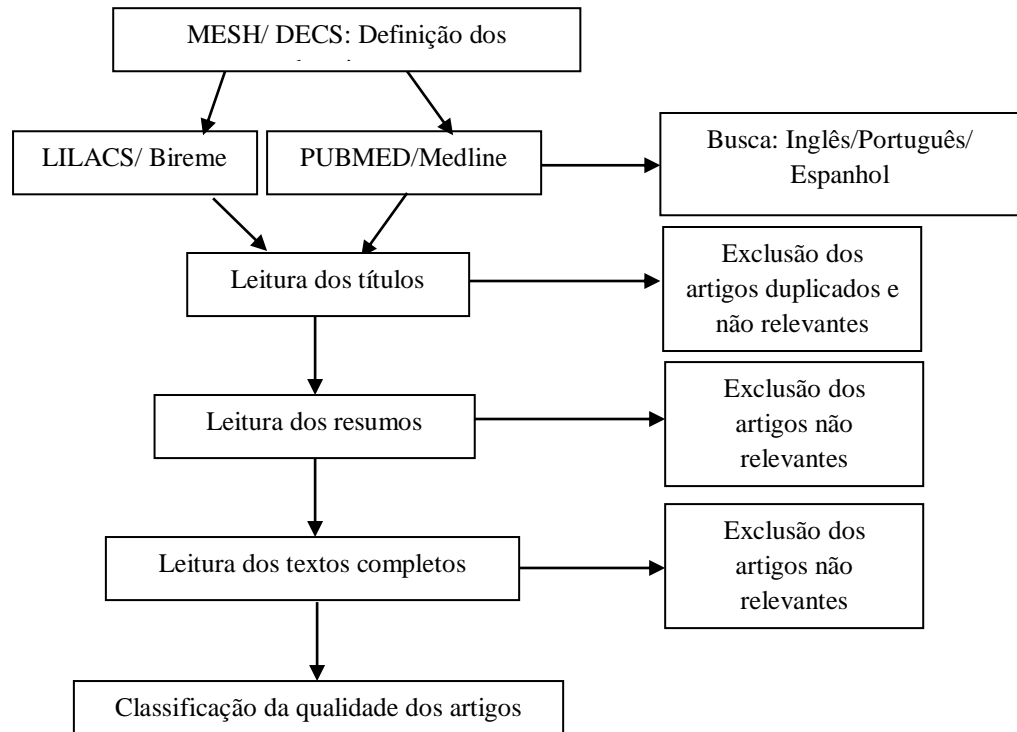
C – Pobre

O estudo não considerou potenciais confundidores ou não fez ajustes apropriados; falha de delineamento; falha de análises; falha de reportar algumas informações; muitas perdas; discrepâncias nos relatos.

6.5 FLUXOGRAMA DA PESQUISA

A figura 1 representa o fluxograma básico da metodologia empregada no estudo.

Figura 1: Fluxograma explicativo da metodologia empregada no estudo.



Fonte: Adaptado de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)

6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa não teve envolvimento de seres humanos, assim sendo não apresentou riscos de qualquer espécie. Dessa forma, e de acordo com a Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), não foi apreciada por Comitê de Ética em Pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artmed, 1981, 92p.
- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19830.pdf>>. Acesso em: 23/05/2016.
- ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, set. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/19.pdf>>. Acesso em: 15/02/2016.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v.44, n.2, p. 360-365. Feb. 2010. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n2/en_CO1239.pdf>. Acesso em: 12/03/2016.
- BADALOTTI, T. S.; WEIGERT, K. L.; BOS, A. J. G. Effect of a health education program in the oral health profile of preschool children: an experience in the public network of Porto Alegre, Brazil. **Rev Bras Promoç Saúde.**, Fortaleza, v.26, n.1, p. 102-109, jan./mar. 2013. Disponível em: < http://www.redalyc.org/html/408/40827988015_2/>. Acesso em: 12/03/2016.
- BASTOS, J. R. M.; PERES, S. H. C.; RAMIRES, I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde**, Porto Alegre: Artmed, 2003, 440p.
- BORGES, B. C. D. *et al.* A escola como espaço promotor de saúde bucal: cuidando de escolares por meio de ações coletivas. **Rev. baiana saúde pública.**, v.33, n.4, p.642-653, out./dez. 2009. Disponível em: < http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/296/pdf_108>. Acesso em: 03/05/2016.
- BRASIL. **Lei 8069**. Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990. Disponível : < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 02/05/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, 1986**. 1988. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/vigilancia.php>>. Acesso em: 02/08/16.
- BRASIL. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Relatório final. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB; 1993. Disponível em:< http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/ConferenciaSaudeBucal/relatorio_nacional.pdf>. Acesso em: 02/08/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental**. 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 02/08/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 1997. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 02/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de dezembro de 2000. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 02/05/2016.

BRASIL. Conselho Nacional da Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 2/2002**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de março de 2002. Seção 1, p.10. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em: 02/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, Brasília, 2004a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 02/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 - Resultados Principais**, 2004b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_sb2004>. Acesso em: 02/08/15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 56 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ecos2.pdf>. Acesso em: 02/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 91p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 05/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB BRASIL 2010. Pesquisa nacional de saúde bucal**. Brasília, 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 02/08/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 466/ 2012**, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de junho de 2013. Seção1, p.59. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02/08/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura de saúde da família**, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 20/02/17.

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. 2 ed. São Paulo: Publifolha, 2009, 81p.

CASTRO, C. O. *et al.* Programas de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas: análise crítica de publicações nacionais. **Odontol. Clín.- Cient.**, Recife, v.11, n. 1, p. 51-56, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n1/a09v11n1.pdf>>. Acesso em: 24/11/2016.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 129-139, jan.-fev., 2002. Disponível em:<http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/26250377/8150.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1488659660&Signature=IFfjC0AOAnDuYcJeWPFHSCkaz%2F4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAs_praticas_preventivas_no_controle_da_c.pdf>. Acesso em: 27/01/2017.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1993, 312 p.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. Florianópolis, 2010. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia – área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva – da Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94452>>. Acesso em: 20/02/2017.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131 p.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Rev. Adm. Pública.**, Rio de Janeiro, v.37, n.5, 969-92, set./ out., 2003. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6509>>. Acesso em: 05/05/2016.

COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 257-63, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/17.pdf>>. Acesso em: 03/05/2016.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v.c114, n.11, p.1115-1118, nov., 1990.

DUTRA, H. S.; REIS, V. N. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n.6, p. 2230-41, jun., 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/index>>. Acesso em: 10/11/2016.

EGGER, M.; SMITH, G. D.; ALTMAN, D. G. **Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context**. 2.ed. London: BMJ, 2007. 487p.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, nov. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/24.pdf>>. Acesso em: 03/05/2016.

FIGUEIREDO, P. B. A. *et al.* Efetividade de website de educação em saúde bucal para adolescentes. **Rev Bras Promoç Saúde.**, Fortaleza, v. 27, n.3, p. 398-405, jul./set. 2014. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2793>>. Acesso em: 04/05/2016.

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18. n. 2, p. 199-213, 2009. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29592/31460>>. Acesso em: 21/11/2016.

FREIRE, M. C. M.; SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 606-614, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400018>. Acesso em: 30/01/2016.

GREENHALGH, T. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

IP, S. *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. **Evid Rep Technol Assess**, v.153, p.1-186, 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando Mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde debate.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/712/3/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf#page=141>. Acesso em: 20/01/2017.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 555-1561, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a91v16s1.pdf>>. Acesso em: 21/04/2016.

MONTE, T. L. *et al.* Produção científica sobre os modelos de educação em saúde na promoção de saúde bucal. **Rev. Interd.**, v.6, n.4, p. 235-242, out./ nov./ dez. 2013. Disponível em: < <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/229>>. Acesso em: 03/05/2016.

MUNOZ, S. I, S. *et al.* Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. **Simp. Bras. Comun. Enferm.** Mai./2002. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200010&lng=en&nrm=abn . Acesso em: 08/11/2016.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 321-328, jan-fev. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100033>. Acesso em: 03/05/2016.

OLIVEIRA, C. B. *et al.* As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 635-644, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a32v14n2.pdf>>. Acesso em: 03/05/2016.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.121-130, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19829.pdf>>. Acesso em: 21/04/2016.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.11, p.999-1010, 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400021>. Acesso em: 21/04/2016.

REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a32v15n1.pdf>>. Acesso em: 30/09/2016.

RIGO, L.; SOUZA, E. H. A.; CALDAS JUNIOR, A. F. Comparação de Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal entre Escolares da Rede Municipal de Ensino de Passo Fundo-RS. **Pesqui. Bras. Odontopediatria clín integr.**, João Pessoa, v.12, n.3, p.307-13, jul./set., 2012. Disponível em: < <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/909/867>>. Acesso em: 21/11/2016.

SAIANI, R. A. S. *et al.* Odontopediatria: uma nova especialidade na odontologia. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo.**, São Paulo, v.20, n. 1, p. 60-65, jan-abr. 2008. Disponível em:< http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2008/unicid_2008_60_65.pdf>. Acesso em: 02/03/2016.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** São Paulo: Saberes, 2014.

SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação dos procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v.16, n. 3, p. 138-148, São Paulo, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300013>. Acesso em: 05/08/2016.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p.2727-2739, nov., 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/19.pdf>>. Acesso em: 21/11/2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco, 2002. Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/5_ATENCAO_PRIMARIA_STARFIELD.pdf>. Acesso em: 30/01/2017.

TURRIONI, A. P. S. *et al.* Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.17, n. 7, p.1841-1848, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700023>. Acesso em: 02/02/2016.

VIERO, V. S. F. *et al.* Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, Jul./Set. 2015

ARTIGO ORIGINAL

Artigo original a ser submetido para a revista científica Cadernos de Saúde Pública, ISSN: 1678-4464.

Título (idioma Português): Educação em saúde bucal com adolescentes – uma revisão sistemática da literatura.

Title (idioma Inglês): Oral health education with adolescents – a systematic review.

Título Resumido: Educação em saúde bucal com adolescentes.

Janaine Sari^a, Charles Francisco Ferreira^{bc}, Marcelo Zubaran Goldani^{ad}

^a Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU). Faculdade de Medicina (FAMED). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil.

^b Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia (PPGGO). Faculdade de Medicina (FAMED). Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil.

^c Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA). Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina (FAMED). Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil.

^d Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA). Faculdade de Medicina (FAMED). Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil.

Janaine Sari (MSc., janainesari@yahoo.com.br, UFRGS), Charles Francisco Ferreira (PhD., neurocientista@hotmail.com, UFRGS), Marcelo Zubaran Goldani (M.D., PhD., mgoldani@hcpa.edu.br).

Autor de Correspondência: Marcelo Zubaran Goldani, MD., PhD. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos 2350 – Largo Eduardo Faraco. Departamento de Pediatria. CEP. 90035-903. Porto Alegre, RS, Brasil. Telefone: +55 (051) 3359-8515, E-mail: mgoldani@hcpa.edu.br

Colaboração de autores e Conflitos de Interesse: Todos os autores listados acima participaram do estudo de forma significativa. Janaine Sari, Charles Francisco Ferreira e Marcelo Zubaran Goldani trabalharam na análise e interpretação dos dados, na escrita e no conteúdo intelectual do artigo. Todos os autores se envolveram na concepção, no desenho e na coleta de dados, leram e aprovaram o manuscrito final submetido. Nenhum dos autores tem conflitos de interesse relacionados a este estudo, sejam financeiros ou de qualquer outra natureza.

Fonte de Financiamento: Nenhum.

Número de palavras: no manuscrito: 9.036 palavras, **no resumo:** 401 palavras, **no abstract:** 395 palavras. Número de tabelas e figuras: 3 tabelas e 2 figuras.

Educação em saúde bucal com adolescentes – Uma revisão sistemática da literatura.

Resumo

O trabalho da odontologia no sistema público de saúde brasileiro é marcado por procedimentos puramente clínicos. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família passou-se a exigir uma postura diferenciada, com o intuito de promover a saúde bucal por meio de atividades educativas. Na população adolescente se torna ainda mais necessária essa postura devido ao distanciamento que o adolescente costuma ter do serviço de saúde, bem como a resistência a atividades de prevenção. O objetivo geral desse estudo foi identificar os estudos de intervenção sobre educação em saúde bucal para adolescentes existentes na literatura nos últimos 10 anos. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura considerando intervenções referentes à educação para a saúde bucal de adolescentes, em três idiomas (inglês, português e espanhol) e foi pesquisada a literatura dos últimos 10 anos. A identificação dos artigos foi feita através de busca bibliográfica na base de dados PUBMED/Medline e LILACS/Bireme utilizando como palavras-chave *adolescent; dental health education, education; oral health*. Dois examinadores realizaram a estratégia de busca e, quando necessário, um terceiro examinador também foi contatado. Após a leitura dos títulos, resumos e artigos na íntegra, os estudos foram avaliados quanto à qualidade. Foram encontrados 894 artigos na estratégia de busca, e após a leitura dos títulos, resumos e estudo completo, seguindo critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, 24 artigos foram eleitos para análise final. Das 24 publicações analisadas, 14 eram em inglês, 6 em espanhol e 4 em português. Quanto à base de dados, 12 artigos foram do PUBMED/Medline e 12 da LILACS/Bireme. O ano de 2012 foi o que teve mais publicações referentes ao tema e o Brasil foi o país com mais estudos realizados. O tamanho da amostra e as estratégias utilizadas para a execução da intervenção foram diversos. Em alguns pontos, os estudos analisados foram eficazes no desenvolvimento das atividades educativas com adolescentes. Os questionários e os exames bucais foram as medidas de desfecho mais utilizadas. Quanto à qualidade, a maioria dos estudos analisados foi de qualidade intermediária ou pobre, sendo que apenas 4 estudos foram considerados de boa qualidade. Os dados coletados são de grande relevância para a atuação dos profissionais na atenção primária em saúde e na condução de atividades educativas em saúde bucal com a população adolescente. Esse estudo tem potencial para instrumentar o trabalho educativo em saúde bucal otimizando os resultados e promovendo uma maior efetividade das ações educativas para o público adolescente.

Palavras chave: adolescente; educação; revisão sistemática; saúde bucal.

Abstract

The work of dentistry in the Brazilian public health system is marked by purely clinical procedures. With the implementation of the Family Health Strategy, it was necessary to adopt a differentiated approach in order to promote oral health through educational activities. In adolescents, this position is even more necessary due to the adolescents' distance from the health service, as well as resistance to prevention activities. Thus, the general objective of this study is to identify intervention studies on oral health education for adolescents, published in the literature in the past 10 years. For this, a systematic review of the literature was carried out considering interventions for oral health education of adolescents in three languages (English, Portuguese and Spanish) and the literature of the last 10 years was researched. The identification of the articles was done through bibliographic search in the database PUBMED/Medline and LILACS/Bireme using as descriptors "adolescent; Dental health education; Oral health". Two examiners performed the search strategy and, when necessary, a third examiner was also contacted. After reading titles, abstracts and articles in full, the studies were evaluated for their qualities. A total of 894 articles were found in the search strategy, and after reading their titles, abstracts and the study in its entirety, 24 articles were selected for final analysis, following previously defined inclusion and exclusion criteria. Of the 24 publications analyzed, 14 were in English, 06 in Spanish and 04 in Portuguese. As for the database, 12 articles were from PUBMED/Medline and 12 were from LILACS/Bireme. The year of 2012 was the one that had more publications related to the subject and Brazil was the country with more studies realized. The size of the sample and the strategies used to carry out the intervention were diverse. The vast majority of studies were effective in the development of educational activities with adolescents. The questionnaires and oral examinations were the most used outcome measures. Regarding their qualities, the majority of studies analyzed were of intermediate or poor quality, and only 4 studies were considered of good quality. The data collected are of great relevance for the professionals' performance in the primary health care and in the conduction of educational activities in oral health with the adolescent population. This study has the potential to implement educational work in oral health, optimizing the results and promoting greater effectiveness of educational actions for the adolescent public.

Keywords: Adolescent; Health education; Systematic review; Oral health.

INTRODUÇÃO

As atividades educativas dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) são baseadas no modelo de caráter prescritivo e relação vertical, tendo o poder centralizado nas mãos do profissional de saúde. Entretanto, percebe-se um movimento de mudança desse modelo com a utilização de métodos alternativos de prática, baseados na educação popular, com a participação ativa dos usuários do serviço e da sociedade em geral (COSTA SILVA, *et al.*, 2010).

As atividades de educação em saúde bucal para adolescentes com o intuito de prevenir e promover têm sido objeto de análise de muitos pesquisadores (CHAVES, VIEIRA-DASILVA, 2002; FREIRE, SHEIHAM, BINO; 2007; FIGUEIREDO, *et al.*, 2014; MONTE, *et al.*, 2013; MUZA, COSTA; 2002; PAULETO, PEREIRA, CYRINO, 2004; SOUZA, *et al.*, 2007; CASTRO *et al.*, 2012; RIGO, SOUZA, CALDAS JUNIOR, 2012; VIEIRO *et al.*, 2015). Apesar disso, ainda existem poucos estudos esclarecendo quais as formas de intervenção para a educação em saúde bucal que produzem impacto positivo sobre a mudança de conduta e melhora na higiene oral nesta população. Em relação aos adolescentes exclusivamente, até o momento, ainda não há revisões sistemáticas abordando esse aspecto, de acordo com registros na base de dados PROSPERO (*International prospective register of systematic reviews*).

Chaves e Vieira-da-Silva (2002) analisaram as práticas preventivas no controle da cárie dental por meio de uma revisão sistemática e encontraram uma grande diversidade de estratégias preventivas e de combinações entre elas o que, segundo os autores, pode revelar ausência de concordância entre os pesquisadores acerca das melhores estratégias educativas e seus efeitos. Castro *et al.* (2012) analisando as publicações nacionais sobre os programas de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas enfatizou que as experiências nessa área precisam ser mais disseminadas para que o conhecimento possa ser compartilhado por todos.

O objetivo desse estudo é sistematizar e analisar a efetividade das intervenções para educação em saúde bucal dos adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática dos estudos de intervenção envolvendo educação em saúde bucal de adolescentes. A revisão sistemática foi registrada na base de dados

internacional PROSPERO (registro CRD42017057815) e foi descrita de acordo com PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Estratégia de busca e seleção de artigos

A identificação dos artigos foi feita por meio de busca bibliográfica nas bases de dados PUBMED/ Medline e LILACS/Bireme referente aos anos de 2006 a 2016. Buscou-se identificar três elementos chave da busca: a população a ser estudada, o tema educação em saúde bucal e a metodologia de intervenção utilizada. Para tal, utilizando as bases de dados MESH (*Medical Subject Headings*) e DECS (Descritores em Ciências da Saúde), foram definidos os seguintes descritores, que também foram utilizados como palavras-chave para as buscas: *adolescent; oral health; education e dental health education*. As estratégias de busca, que se encontram descritas na tabela 1, foram definidas por meio da combinação dos descritores em saúde, nos três idiomas previamente definidos (inglês, português e espanhol), considerando apenas estudos de intervenção (clinical trial) e no período de tempo de 2006 a 2016.

Tabela 1 – Base de dados e chaves de pesquisa incluídas na revisão, idioma e número de artigos encontrados em 13/11/2016.

Base	Idioma	Chave	Nº de artigos
MEDLINE/PUBMED	Inglês	<i>oral health AND education AND adolescent</i>	148
MEDLINE/PUBMED	Inglês	<i>oral health AND dental health education</i>	66
LILACS/BIREME	Inglês	<i>adolescent AND oral health AND education</i>	210
LILACS/BIREME	Português	adolescente E saúde bucal E educação	85
LILACS/BIREME	Espanhol	<i>adolescente Y salud bucal Y educación</i>	70
LILACS/BIREME	Inglês	<i>adolescent AND dental health education</i>	140
LILACS/BIREME	Português	adolescente E educação em saúde bucal	79
LILACS/BIREME	Espanhol	<i>adolescente Y educación em salud dental</i>	96
TOTAL			894

Crêterios para inclusão e exclusão dos estudos

A estratégia de busca e sele o de artigos foi baseada na conformidade com o tema e objetivos deste estudo. Para a base de dados PUBMED/Medline os cr terios de inclusão foram:

- Estudos em humanos;
- Delineamento de estudo de interven o;
- Estar escrito em inglês, português ou espanhol;
- Ter sido publicado entre os anos de 2006 e 2016;
- Ter como popula o alvo as adolescentes;
- Abordar como tema a educa o em saúde bucal.

Para a base de dados LILACS/Bireme os cr terios de inclusão foram:

- Estar escrito em inglês, português ou espanhol;
- Ter sido publicado entre os anos de 2006 e 2016;
- Ter como popula o alvo as adolescentes;
- Estudos em humanos;
- Abordar como tema a educa o em saúde bucal;
- O tipo de documento ser um artigo
- Estar publicado em todas as bases de dados, exceto PUBMED/Medline

Os filtros utilizados para a exclusão dos artigos na estratégia de busca para ambas as bases de dados foram:

- Estudos que não eram com humanos;
- Tinham delineamento diferente;
- Estavam escritos em outros idiomas;
- Não tinham sido publicados na última década;
- Tinham como popula o envolvida outras faixas etárias não compreendidas na adolescência, ou estavam pesquisando além de adolescentes outro tipo de popula o (ex: criança e adolescente; adultos e adolescentes);
- Não abordavam a educa o em saúde bucal.

Crêterios de caracteriza o e avalia o da qualidade dos estudos

Para a caracteriza o e avalia o dos estudos foi elaborada uma planilha no Microsoft Excel, com três guias intituladas: Fase 1, Fase 2, Fase 3. A planilha da Fase 1 correspondia   leitura dos títulos, a planilha da fase 2   leitura dos resumos e da fase 3 aos artigos na íntegra.

Fez parte da avaliação dos estudos a caracterização quanto a autor, ano de publicação, base de dados, país, local, duração de seguimento, percentagem de perdas, critérios, desfecho, medida do desfecho, ponto de corte, ajuste para confundidores e mediadores estatísticos, resumo dos resultados e qualidade do artigo.

A qualidade dos estudos foi classificada de acordo com Ip *et al.* (2007), usando três categorias como sistema de classificação, A, B e C.

A – Bom

Estudo contempla o máximo dos seguintes conceitos: descrição clara da população; descrição clara dos grupos e das comparações; medidas apropriadas e descrição dos desfechos; análises estatísticas apropriadas e relato dos resultados; honestidade e descrição clara de vieses e fragilidades do estudo, menos de 20% de perdas, ajuste para potenciais confundidores.

B – Moderado/ Intermediário

O estudo não encontra todos os critérios de qualidade, mas a fraqueza do estudo não causa grande viés; ajuste para potenciais confundidores; faltam informações para compreensão da qualidade; não se consegue identificar bem os problemas e as limitações pela falta de informação.

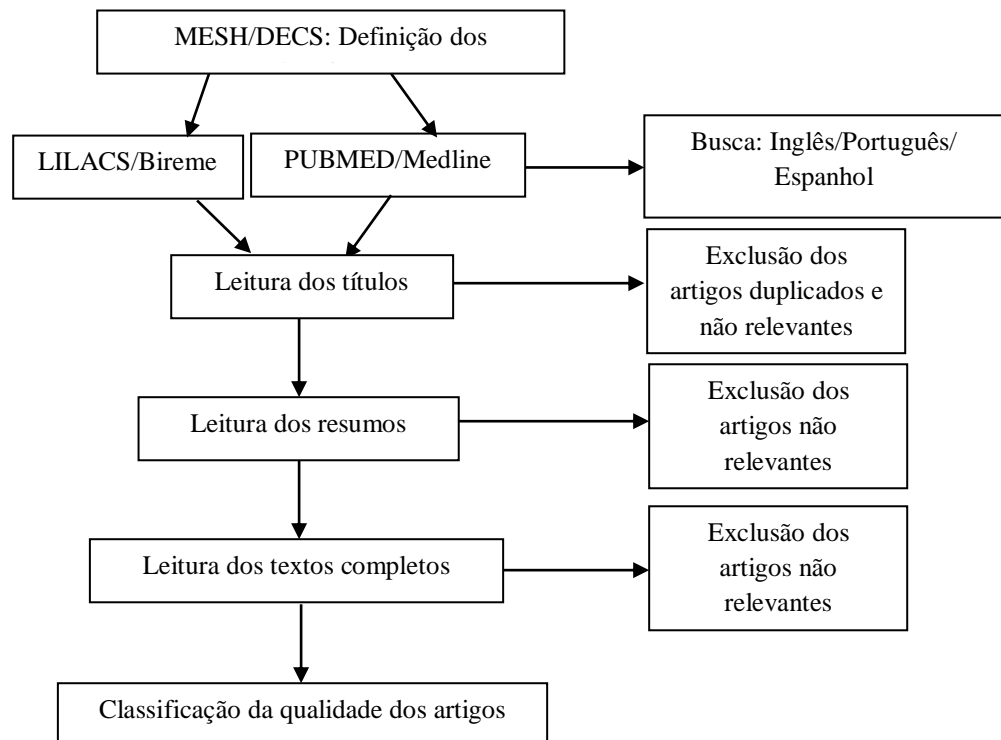
C – Pobre

O estudo não considerou potenciais confundidores ou não fez ajustes apropriados; falha de delineamento; falha de análises; falha de reportar algumas informações; muitas perdas; discrepâncias nos relatos.

Fluxograma da pesquisa

A figura 1 representa o fluxograma do estudo.

Figura 1: Fluxograma explicativo da metodologia empregada no estudo.



Considerações éticas

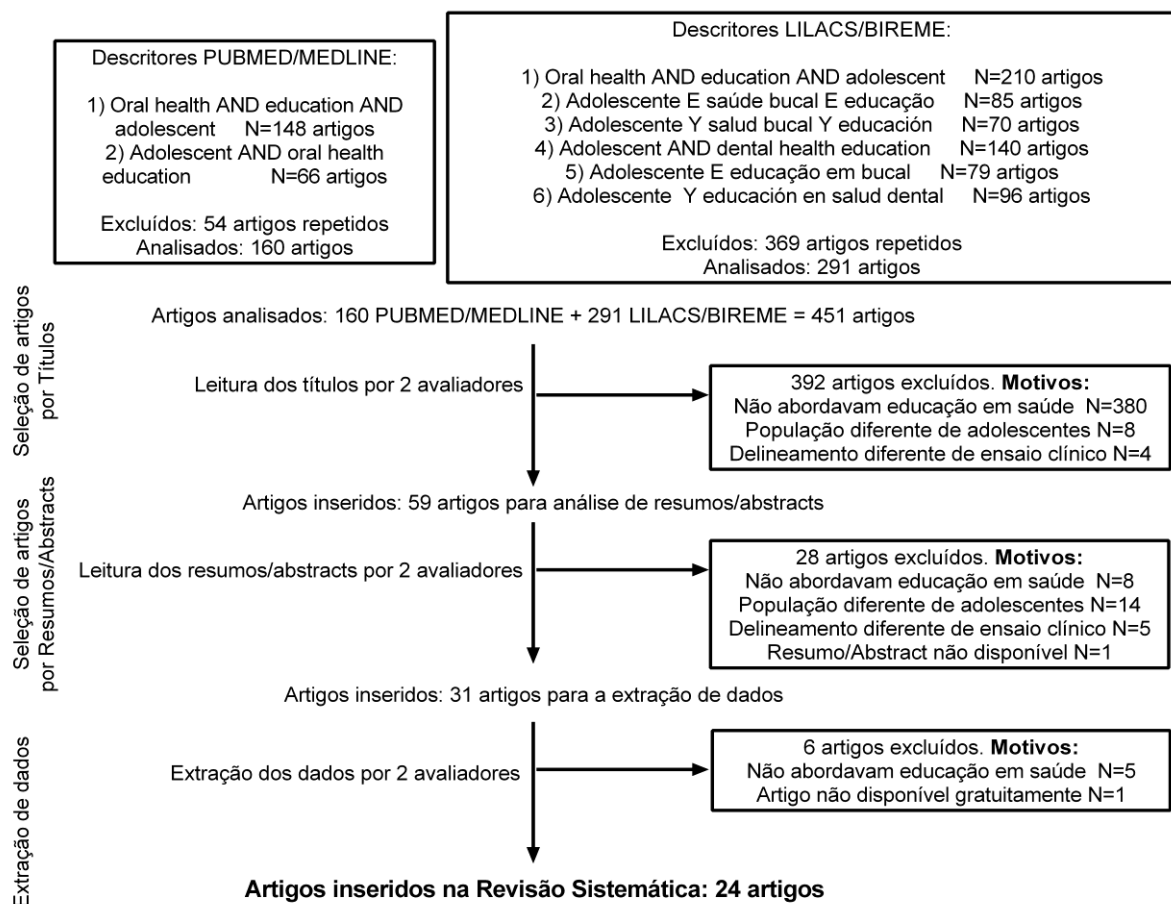
A presente pesquisa não teve envolvimento de seres humanos, assim sendo não apresentou riscos de qualquer espécie. Dessa forma, e de acordo com a Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), não foi apreciada por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

A estratégia de busca utilizada permitiu identificar 894 artigos, desses 443 estavam duplicados nas bases de dados e foram excluídos, restando 451 para análise. A grande quantidade de artigos duplicados se deve ao fato de termos optado por fazer a mesma busca nos três idiomas escolhidos, o que aumenta os títulos em duplicata, mas elimina as chances de que alguma publicação passe despercebida.

A partir da leitura dos títulos dos 451 artigos e seguindo os critérios de inclusão e exclusão propostos, 59 foram eleitos para a leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos, seguindo os mesmos critérios, 31 artigos foram classificados para leitura na íntegra. Com a leitura completa dessas publicações, 24 artigos foram eleitos para análise final da revisão sistemática. A figura 2 demonstra o fluxograma de todas as etapas de classificação dos artigos.

Figura 2: Fluxograma demonstrativo dos resultados da estratégia de busca.



Dada a grande variabilidade dos resultados encontrados, os achados serão subdivididos em 3 categorias assim descritas: resultados referentes à classificação geral dos estudos; resultados referentes à efetividade dos estudos; resultados referentes à qualidade dos estudos.

RESULTADOS REFERENTES À CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS ESTUDOS

Das 24 publicações analisadas, 14 (58,3%) eram em inglês, 06 (25,0%) em espanhol e 04 (16,6%) em português. Houve uma homogeneidade quanto à base de dados em que os artigos foram encontrados, sendo que 12 artigos (50%) foram do PUBMED/Medline e 12 (50%) da LILACS/Bireme. O ano de 2012 foi o que teve mais publicações referentes ao tema de intervenções para educação em saúde bucal com adolescentes com 7 publicações (29,1%), seguido do ano de 2014 com 5 publicações (20,83%) e 2009 com 4 publicações (16,6%).

Quanto ao país, 6 estudos (25%) foram desenvolvidos no Brasil. Desses, 4 foram no estado de São Paulo, 1 em Santa Catarina e 1 no Rio Grande do Sul. Em relação aos outros países que publicaram artigos sobre a educação em saúde bucal com adolescentes, 4 estudos (16,6%) foram realizados no Peru, 3 (12,5%) no Irã, 3 (12,5%) na Índia, 2 (8,33%) em Cuba, 1 (4,16%) em Hong Kong, 1 (4,16%) na Suécia, 1 (4,16%) no Paquistão, 1 (4,16%) na Lituânia, 1 (4,16%) na Polônia, e 1 estudo não informou o país em que foi realizada a intervenção.

RESULTADOS REFERENTES À EFETIVIDADE DOS ESTUDOS

Quanto ao local em que aconteceram as atividades educativas, a escola foi o mais elegido pelos estudos, sendo que 19 (79,1%) fizeram a intervenção unicamente na escola; um estudo utilizou a escola, as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um grupo educativo; um estudo envolveu os pais e a atividade foi no domicílio; dois estudos foram desenvolvidos em clínicas e um em um projeto social. Quanto a duração das intervenções, houve uma variação de 1 mês a 2 anos e 2 meses. O tamanho da amostra foi diversificado dentre os 24 estudos analisados, sendo que variou de 16 a 1517 adolescentes.

Os temas abordados nas ações educativas também foram diversificados e pode-se perceber que a grande maioria dos estudos, 20 artigos (83,3%), abordou mais de um tema na intervenção. As questões relativas a placa bacteriana e higiene oral, bem como mudanças nas atitudes, comportamento, práticas e aquisição de conhecimento foram abordadas por 17 estudos (70,8%). A alimentação foi objeto de análise de 7 artigos (29,1%); a cárie foi considerada por 4 estudos (16,6%) e o flúor por 3 estudos (12,5%). Um artigo avaliou também o percentual de redução das bactérias após a intervenção.

Dos 24 estudos analisados 13 (54,1%) realizaram avaliação pré e pós-intervenção; 7 (29,1%) realizaram avaliações adicionais além da inicial e final; 2 estudos (8,3%) avaliaram a

intervenção de uma forma qualitativa por meio de grupo focal e 2 estudos (8,3%) realizaram apenas uma avaliação. Os instrumentos mais utilizados para avaliar as medidas de desfecho foram os questionários e a realização dos exames bucais. Os exames bucais mais utilizados pelos autores foram o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) e Índice de Placa de Silness e Løe. A tabela 2 especifica os índices utilizados por cada estudo analisado, de acordo com seu objetivo.

Tabela 2: Índices utilizados pelos estudos analisados segundo a seu objetivo.

Índice/ Autor*	Objetivo	Estudos que utilizaram
Índice LOVE (CORELLA, 1989)	Avaliar placa	ENRIQUEZ, S. P.; PACHECO, C. A. (2011) PÉREZ, Y. A.; GONZÁLEZ, I. R./ 2008
Índice de Placa Visível (IPV) (LÖE, 1967)	Avaliar a placa	CHANDRASHEKAR, B. R.; <i>et al.</i> (2014)
Índice Gengival (IG) (LÖE, 1967)	Avaliar sangramento gengival	CHANDRASHEKAR, B. R.; <i>et al.</i> (2014) TURRIONI, A. P. S. <i>et al.</i> / 2012
Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (GREENE, VERMILLION, 1964)	Avaliar a higiene oral	CHANDRASHEKAR, B. R.; <i>et al.</i> (2014) SANADHYA, Y. K. <i>et al.</i> (2014) ALAMO-PALOMINO; MENDOZA-LUPUCHE, (2014) TURRIONI, A. P. S. <i>et al.</i> / 2012 GOCHE, K. R.; ALVARADO, B. S. /2012 NOBORIKAWA-KOHATSU, A. N.; KANASHIRO- IRAKAWA, C. R. K./ 2009
Índice Periodontal Comunitário (CPI) - WHO (1997)	Avaliar o estado periodontal	PAKPOUR, A. H. <i>et al.</i> (2014) HALEEM; SIDDIQUI ; KHAN (2012) YAZDANI, R. <i>et al.</i> (2009)
<i>Individual quantitative plaque % Index (IQPI)</i> (ALEKSEJUNIENE <i>et al.</i> , 2006)	Avaliar nível de placa baseados em imagens digitais	ALEKSEJUNIENE; J.; BRUKIENE (2012)
<i>Ratio of plaque % Change</i> (ALEKSEJUNIENE <i>et al.</i> , 2006)	Avaliar nível de placa baseados em imagens digitais	ALEKSEJUNIENE; J.; BRUKIENE (2012) BRUKIENE, V.; ALEKSEJUNIENE (2012)
Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPOD) (KLEIN, PALMER, 1937)	Analisar a experiência de cárie	RIGO; SOUZA; CALDAS JUNIOR (2012)
Índice de Superfícies Cariadas Perdidas e Obturadas (CPOS) (KLEIN, PALMER, KNUTSON, 1938)	Analisar a presença de superfícies com cárie	GAO, X.; <i>et al.</i> (2015) CHANDRASHEKAR, B. R.; <i>et al.</i> (2014)
Índice de Placa de Silness e Loe (SILNESS, LOE, 1964)	Avaliar a placa	SHENOY, SEQUEIRA (2010) YAZDANI, R. <i>et al.</i> (2009) SMIECH- SLOMKOWSKA, JABLONSKA-ZROBEK (2007) MOLINA, W. F. R./ 2009
Índice de Placa Visível (IPV) (TURESKY, GILMORE, GLICKMAN, 1970)	Avaliar a placa	PAKPOUR, A. H. <i>et al.</i> (2014)
Índice de Sangramento Gengival (AINAMO, BAY, 1975)	Avaliar doença periodontal	GAO, X.; <i>et al.</i> (2015)
Moberg Sköld <i>et al.</i> (2005)	Avaliar cáries por meio de radiografias	HEDMAN, E.; GABRE, P.; BIRKHED, D. (2015)

* Os autores citados nos índices encontram-se descritos nas referências.

A forma de educação em saúde realizada variou desde as instruções tradicionais de técnicas de escovação até grupo online, orientações por CD-ROM, mensagens de enquadramento, grupo focal, dentre outros.

As atividades educativas realizadas, conforme autor, ano, qualidade, principais resultados e potenciais confundidores estão descritas na tabela 3.

Tabela 3: Artigos analisados segundo autor, ano e qualidade de acordo com os grupos de comparação, idade, resultados principais e controle para variáveis confundidoras.

Autor Ano País Qualidade	Grupos de comparação	Idade	Resultados principais	Ajustes descritos nos estudos
GAO, X.; <i>et al.</i> 2015 Hong Kong B	Educação em saúde predominante (HE) Entrevista motivacional (MI) individual Entrevista motivacional (MI) em grupo online.	12 - 13 anos	O grupo online tem vantagens e desvantagens reais. É bastante apreciado pelo público adolescente, mas há mais complexidade ao processo de aconselhamento, em comparação com as sessões individuais. O MI individual envolve intercâmbio verbal entre o terapeuta e os participantes, enquanto que o MI em grupo online depende da conversa de texto. Na prática os dois podem ser utilizados. Para uso fio dental, não teve efeito do tempo ($p=0,11$), nem efeito do tratamento que os adolescentes receberam ($p=0,09$). Uma interação entre o tempo e o tratamento foi encontrada, meninas no grupo de intervenção aumentaram o uso do fio dental. Para a auto-eficácia, nenhum efeito do tempo surgiu ($p=0,33$). Uma interação entre tratamento e tempo ($p=0,005$) também foi encontrada, meninas do grupo de intervenção aumentaram os níveis de auto-eficácia. Para a intenção, não surgiu efeito para o tempo ($p=0,20$), e nenhum efeito principal para o grupo experimental ($p=0,14$).	Distribuição aleatória das escolas participantes; Randomização
GHOLAMI, KNOLL, SCHWARZER, R. 2014 Irã C	M.; N.; Grupo controle Uso do fio dental, Intenção e Auto eficácia	11 - 15 anos		Amostra aleatória
CHANDRASHEKAR, B. R.; <i>et al.</i> 2014 Índia B	G1: Controle, sem atividade educativa G2: Dentista qualificado em 3 meses intervalo, usando recursos audiovisuais G3: Professores treinados numa base quinzenal G4: Professores treinados numa base quinzenal e reberam escova e creme dental.	15 anos	A comparação pré e pós-intervenção revelou redução da média do IHOS, IPV e IG. A maior redução foi no G4 (1,26, 0,87 e 0,74, respectivamente), seguido pelo G3 (0,14, 0,37 e 0,12). O OHIS, IP e IG aumentaram no G1 (0,66, 0,37 e 0,34, respectivamente) e no G2 (0,25, 0,19 e 0,14, respectivamente). O CPOS não foi estatisticamente significativo no início e pós-intervenção.	Amostra estimada e computadorizada; triagem de todos os adolescentes foi feita e o tratamento ofertado; índice Kappa intra e interexaminadores; calibração dos examinadores; capacitação dos professores.
SANADHYA, Y. K. <i>et al.</i> 2014 Índia B	Foi realizado instrução de higiene bucal, flúor, dieta, atendimento clínico e conceitos de promoção de saúde no intervalo de 3 e 6 meses e os dados foram medidos após 1 ano.	12 – 15 anos	A média do IHOS reduziu significativamente ao intervalo de 1 ano ($p\leq 0,0001$ e redução de 1,92 para 1,21). Todas as perguntas do questionário mostraram melhoria estatisticamente significativa de conhecimentos, atitudes e práticas, com exceção da frequência de troca da escova de dente.	Teste piloto e validação do questionário.

<p>HEDMAN, E.; GABRE, P.; BIRKHED, D. 2015 Suécia A</p>	<p>Dois dentistas trabalharam em um programa de intervenção na escola por 4h semanais durante 2 anos. Realizaram reuniões com os pais, atividades de educação em saúde e medidas preventivas como aplicação de verniz de flúor por 6 meses.</p>	<p>12- 16 anos</p>	<p>O programa de intervenção teve impacto na cárie de esmalte, mas não impactou na cárie de dentina. Não houve diferenças na prevalência de cárie. Após dois anos, a incidência de cárie foi menor, embora não estatisticamente para o grupo intervenção ($p=0,10$). Após dois anos, o número de indivíduos sem cárie diminuiu 5% no grupo de intervenção e 9% no grupo controle. Após dois anos, o número de indivíduos com cárie esmalte nível 1 aumentou em 2% entre os indivíduos no grupo intervenção, em comparação com 12% no grupo controle ($p\leq 0,01$). Os adolescentes do grupo intervenção tiveram melhor conhecimento sobre saúde bucal, mas não teve resultados positivos quanto a atitudes sobre o tabaco.</p>	<p>Projeto foi introduzido aos pais e escolas Treinamento dos higienistas.</p>
<p>PAKPOUR, A. H. <i>et al.</i> 2014 Irã A</p>	<p>Mensagens de perda Mensagens de ganho Grupo controle</p>	<p>Média: 15,52 Média: 15,25 Média: 15,23</p>	<p>Ambos os grupos de intervenção tiveram maior taxa de escovação e uso de fio em relação ao grupo controle. As mensagens de perda foram mais eficazes em encorajar o autocuidado oral e o comportamento. O grupo de mensagens de perda teve maior taxa de escovação em comparação com o grupo de ganho. As mensagens de perda melhoraram significativamente o comportamento do uso fio dental quando comparada com o grupo de controle tanto de 2 a 24 semanas de seguimento ($p\leq 0,05$). O grupo de perda apresentou melhora significativa na saúde gengival em relação ao grupo controle em 24 semanas ($p=0,016$). A placa dentária no grupo com quadro de perda também foi significativamente menor em 24 semanas em comparação com o grupo controle ($p=0,037$) e melhor saúde gengival ($p=0,047$), mas o índice de placa não foi significante ($p=0,19$). No seguimento de 24 semanas, adolescentes que receberam as mensagens de perda reportaram uma qualidade de vida significativamente melhor do que aquelas no grupo controle ($p=0,038$).</p>	<p>Estudo piloto com 104 estudantes; Calibração com os examinadores.</p>
<p>HALEEM, SIDDIQI, KHAN, A. A. 2012 Paquistão A</p>	<p>Atividades realizadas por dentistas; Atividades realizadas por professores; Atividades realizadas por líderes de grupo; Aprendizagem própria; Grupo controle.</p>	<p>10 – 11 anos</p>	<p>As três estratégias de educação em saúde bucal conduzidas tiveram médias estatisticamente maiores no que se refere ao conhecimento de saúde oral, comportamento de saúde oral, estado de higiene oral e escores combinados de conhecimento, comportamento e higiene oral do que os grupos de autoaprendizagem e controle ($p\leq 0,001$). Os escores médios de conhecimento de saúde bucal, estado de higiene bucal e a</p>	<p>Amostra randomizada; esperaram 6 meses para fazer a segunda avaliação para não dar viés da primeira; as escolas envolvidas foram atribuídas um número para os professores não se envolverem no projeto; os professores usaram</p>

			combinação de conhecimento, comportamento e estado de higiene bucal das três estratégias conduzidas pelos educadores não diferiram significativamente. Contudo, a estratégia liderada pelos líderes de grupo obteve uma pontuação de comportamento de saúde oral significativamente melhor do que a respectiva pontuação da estratégia conduzida pelo professor ($p \leq 0,05$).	método loteria para randomizar 2 meninos e 2 meninas de cada escola em cada um dos 5 grupos.
ALEKSEJUNIENE, J.; BRUKIENE, V. 2012 não consta B	Grupo controle que recebeu intervenção não profissional; Grupo que recebeu o PAPM (Modelo de Prevenção e Adoção do Processo); Grupo com instrução convencional.	12-13 anos	A diminuição mais significativa nos escores de placa foi no grupo PAPM (12% após 3 meses, 18% após 12 meses), enquanto a menor redução foi no grupo controle (4% após 3 meses e 12% após 12 meses). Houve uma redução nos níveis de placa ($p \leq 0,001$) em todos os grupos de estudo, desde o início até o seguimento de 12 meses.	Para diminuir o efeito Hawthorne todos os exames clínicos foram feitos ao mesmo tempo sem avisar os pacientes.
BRUKIENE, V.; ALEKSEJUNIENE, J. 2012 Lituania A	Grupa APM: Authoritative Parenting Model Grupo controle 1: educação em saúde convencional e mudança no comportamento; Grupo controle 2: modificação do comportamento convencional.	12- 13 anos	No seguimento de 3 meses, o grupo APM apresentou a maior diminuição nos níveis de placa (24,5%), o grupo controle 1 mostrou uma diminuição nos níveis de placa de 15,4% e o grupo controle 2 aumento de 2,8%. No seguimento de 12 meses, observou-se melhora em todos os grupos, porém não houve diferença estatisticamente significativa. No curto prazo, a intervenção baseada na APM foi mais eficaz na mudança do comportamento.	Único examinador; análise interexaminador; aleatoriedade e cegueira consideradas no estudo; análise da amostra necessária e colocado sujeitos a mais prevendo as perdas; Para evitar efeito Hawthorne os exames não foram avisados aos adolescentes.
SHENOY, R. P.; SEQUEIRA, P. S. 2010 Índia B	Efetividade das atividades educativas realizadas a cada 3 semanas ou 6 semanas em 3 escolas de classes sociais diferentes.	12-13 anos	As reduções do IPV e IG foram altamente significativas nas escolas de intervenção e não foram influenciadas pelo status socioeconômico. Quando foi avaliado o conhecimento sobre a saúde bucal, observaram-se mudanças nas escolas de intervenção, mais significativamente nas escolas que recebem intervenções mais frequentes (3semanas). O status socioeconômico influenciou quanto aos instrumentos de higiene bucal utilizados e a frequência de mudança de escova de dentes.	Estudo piloto
YAZDANI, R. <i>et al.</i> 2009 Irã B	Grupo intervenção: folhetos e vídeos Grupo controle.	15 anos	Houve melhora quanto a limpeza dental em 58% na atividade do folheto, 37% no vídeo e 10% no grupo controle. Quanto a saúde gengival houve melhoria de 72% nos do folheto, 64% no vídeo e 30% no controle. Mais que 2/3 dos estudantes avaliados melhoraram seu comportamento moderadamente.	Estudo piloto
SMIECH-SLOMKOWSKA, G.; JABLONSKA-	Comparação pré e pós-intervenção quanto a realização de instruções de higiene oral e distribuição de escovas	10 – 14 anos	Os resultados mostraram que as orientações melhoraram significativamente a higiene oral. A percentual de adolescentes com IP superior a 1 diminuiu de 23,3 para 10% e IP abaixo de	Não consta

ZROBEK, J. 2007 Polônia C	ortodônticas para pacientes usuários de aparelho ortodôntico fixo.		0,1 aumentou de 20 para 60 %. O nível de <i>S. mutans</i> e <i>Lactobacillus spp</i> não foi reduzido.	
VIERO, V. S. F. <i>et al.</i> 2015 Brasil B	Avaliação pré e pós-intervenção realizada em 3 atividades educativas na escola por meio de exposição audiovisual e dialogada. Uma atividade foi sobre saúde bucal, uma sobre sexualidade e uma sobre drogas.	11 – 17 anos	Saúde bucal: nota pré: 4,84 nota pós: 4,84 ($p=1,000$) Não houve diferença estatisticamente significativa. Prevenção de drogas: nota pré: 2,09 nota pós: 2,42 ($p=0,030$) ($p\leq 0,05$) Sexualidade: nota pré: 4,12 nota pós: 5,02 ($p\leq 0,001$) ($p\leq 0,05$) Técnica de Bass: 13 anos: IHOS - T0:0,89/ 15 dias: 0,58/ 30 dias: 0,52/ 60 dias: 0,41 ($p\leq 0,001$) 14 anos: IHOS – T0:0,79/ 15 dias: 0,68/ 30 dias: 0,53/ 60 dias: 0,69 ($p=0,46$) 15 anos: IHOS – T0: 1,03/ 15 dias: 0,90/ 30 dias: 0,77/ 60 dias: 0,62 ($p\leq 0,001$) – maior diminuição Grupo controle: 13 anos: IHOS - T0:0,71/ 15 dias: 0,74/ 30 dias: 0,75/ 60 dias: 0,75 ($p\leq 0,001$) 14 anos: IHOS – T0:0,68/ 15 dias: 0,67/ 30 dias: 0,66/ 60 dias: 0,69 ($p=0,47$) 15 anos: IHOS – T0: 0,61/ 15 dias: 0,60/ 30 dias: 0,61/ 60 dias: 0,61 ($p=0,08$) O uso de uma metodologia participativa de educação em saúde bucal é realmente capaz de ter um impacto positivo na mudança de atitude dos adolescentes. 88% dos adolescentes avaliou o projeto como sendo muito importante e como um fator que os influenciou para melhor cuidar da sua saúde bucal. Os outros 12% também classificaram o projeto como muito importante, mas admitiram que não mudaram seus hábitos para melhorar sua higiene bucal Os procedimentos coletivos foram mais efetivos no que se refere ao grau de severidade da cárie O CPOD aos 12 anos foi mais alto no grupo de escolares sem procedimentos coletivos (CPOD=4,26). Na faixa etária de 15 a 19 anos o CPOD foi de 5,85 no grupo sem procedimentos coletivos e 5,62 no grupo com procedimentos. A faixa etária dos	Determinaram variáveis para a coleta de dados: nota pré e pós (baixa de 0 a 3/ média de 3,01 a 6/ alta de 6,01 a 8); sexo; faixa etária (11-12; 14-15; 16-17; 17 ou +) e escolaridade.
ALAMO-PALOMINO, J.; MENDOZA-LUPUCHE, R. 2014 Peru C	Técnica de Bass Grupo controle	13- 15 anos		Não consta
MELLO, T. R. C. <i>et al.</i> 2013 Brasil C	Grupo focal – Questão inicial: “Qual é a importância da saúde bucal para você?”	10-14 anos		A participação foi incentivada através de filmes e músicas.
RIGO, L.; SOUZA, E. H. A.; CALDAS JUNIOR, A. F. 2012 Brasil B	Prevalência de cárie em escolares que receberam procedimentos coletivos Prevalência de cárie em escolares que não receberam procedimentos.	12 anos 15-19 anos		Calibração dos avaliadores; índice kappa intra e inter examinadores.

<p>TURRIONI, A. P. S. <i>et al.</i> 2012 Brasil B</p>	<p>Grupo com atividades na escola; Grupo que tiveram ambientação em saúde bucal através das visitas domiciliares dos ACS; Grupo que participou de orientação semanal para melhoria da qualidade de vida.</p>	<p>Não consta</p>	<p>12 anos com procedimentos coletivos teve CPOD menor ($p \leq 0,001$). Dos 15 a 19 anos não houve diferença estatística no índice entre os dois grupos ($p > 0,05$). IHOS - Boa higiene ($p \leq 0,05$) 1º Exame: Escola: 32,7% VD: 38,5% Grupo: 16,6% 2º Exame: Escola: 63,6% VD: 76,9% Grupo: 41,6% IG – Gengiva saudável ou inflamação leve ($p \leq 0,05$) 1º Exame: Escola: 38,1% VD: 30,8% Grupo: 50% 2º Exame: Escola: 74,6% VD: 76,9% Grupo: 75% Consumo de doces – come sempre ($p \leq 0,05$) 1º Exame: Escola: 58,2% VD: 53,8% Grupo: 83,3% 2º Exame: Escola: 29,1% VD: 30,8% Grupo: 33,3% Frequência da escovação: duas vezes ou mais ($p \leq 0,05$) 1º Exame: Escola: 61,8% VD: 76,9% Grupo: 91,6% 2º Exame: Escola: 83,6% VD: 84,6% Grupo: 91,6% IHOS: Controle: 0 dias: 2,54; 90 dias: 1,77; 180 dias: 1,51 ($p \leq 0,0001$) Intervenção: 0 dias: 2,58; 90 dias: 1,15; 180 dias: 0,65 ($p \leq 0,0001$) Nível de conhecimento: Pré-intervenção: alto: 0% intermediário: 78,7% baixo: 21,3% Pós-intervenção: alto: 43,2% intermediário: 45,4% baixo: 11,5% Nível de conhecimento: Controle: Pré: sem conhecimentos: 60% Pós: 67,5% Intervenção: Pré: sem conhecimentos: 62,5% Pós: 100% Índice LOVE: ($p = 0,05$) Controle: Pré: 47,5% (regular) Pós: 67,5% (Bom) Intervenção: Pré: 52,5% (regular) Pós: 92,5% (Bom) A expressão ‘saúde bucal’ foi associada à condição de limpeza da cavidade bucal, não a identificando como parte da saúde geral. Os participantes conheciam a expressão “placa bacteriana”, mas não a associavam ao seu significado. Somente uma pequena parcela associou a palavra ‘flúor’ à proteção dos dentes. O sangramento gengival não foi associado a algum tipo de doença. A importância do uso do fio dental é reconhecida, apesar de que a frequência de uso foi considerada baixa e muitos deles relataram não fazerem uso.</p>	<p>Não consta</p>
<p>GOCHE, K. R.; ALVARADO, B. S. . 2012 Peru C</p>	<p>Grupo controle Grupo que recebeu uma intervenção educativa de 10 sessões desenvolvidas em falas, exposição dialogada, oficinas e dinâmicas de grupo.</p>	<p>14,4 anos em média</p>	<p>Não consta</p>	<p>Não consta</p>
<p>ENRIQUEZ, S. P.; PACHECO, C. A. 2011 Cuba C</p>	<p>Grupo controle que recebeu atividades convencionais Grupo que recebeu o programa “Sonríe con salud”</p>	<p>15- 18 anos</p>	<p>Não consta</p>	<p>Não consta</p>
<p>FRANCISCO, K. M. S., <i>et al.</i>/ 2009 Brasil C</p>	<p>Grupo focal em 3 grupos de adolescentes.</p>	<p>Não consta</p>	<p>Não consta</p>	<p>Não consta</p>

NOBORIKAWA-KOHATSU, A. N.; KANASHIRO IRAKAWA, C. R. K.. 2009 Peru B	Avaliação pré e pós a aplicação do Programa Educativo de Salud Oral sonrisas, que funciona por meio de um CD Rom.	12,95 anos em média	IHOS – média Pré: 2,18 Pós: 0,85 ($p \leq 0,001$) Nível de conhecimento médio: Pré: 60,9% Pós: 73,8% ($p \leq 0,001$) IP bom: Pré: Tradicional: 19,16% Lúdica: 16% Pós: Tradicional: 19,16% Lúdica: 28,79% Conhecimento de prevenção oral: ambas as técnicas foram efetivas Conhecimento sobre estrutura dental: a técnica lúdica vivencial se mostrou melhor que a tradicional Conhecimento sobre alimentação cariogênica muito alto: não houve diferenças estatísticas. Nível de educação em saúde: Grupo estudo: Bom – Pré: 19,8% Pós: 46,8% Grupo controle: Bom – Pré: 19,5% Pós: 19,5% Índice LOVE: Grupo estudo: Bom – Pré: 19,8% Pós: 45,04% Grupo controle: Bom – Pré: 19,5% Pós: 42,6%	Não avisaram os alunos quando iam fazer a medição do nível de placa; Calibração intra e inter examinadores; Validação do questionário (coeficiente V de Aiken)
MOLINA, W. F. R.. 2009 Peru C	Método tradicional expositivo; Método lúdico vivencial	11- 14 anos		Não consta
PÉREZ, Y. A.; GONZÁLEZ, I. R. 2008 Cuba C	Grupo controle Grupo que recebeu o programa "Una buena compañía: mi salud"	13 – 14 anos		Não consta
FRANCISCO, K. M. S.; SUNDEFELD, M. L. M. M.; MOIMAZ, S. A. S. 2012 Brasil/ B	Nível de conhecimento pré e pós um questionário padronizado usando a teoria de resposta ao item.	12 e 14 anos	Todos os itens do questionário foram discriminatórios de acordo com a Teoria de Resposta ao Item. Dezesesseis itens obtiveram porcentagem de acerto acima de 75%. Somente 3 itens obtiveram índices próximos de 50%.	Estudo piloto com 150 estudantes de Araçatuba e 150 de Alfenas e não foi encontrado diferença nos resultados das duas cidades. Análise no Epi 2000 e Bilog software e foram removidos 6 itens do questionário.

Fonte: elaborada pelos autores

RESULTADOS REFERENTES A QUALIDADE DOS ESTUDOS

No que se refere a qualidade dos estudos, conforme descrito na tabela 3, 11 artigos (45,8%) foram classificados como qualidade B (moderado/ intermediário), 9 artigos (37,5%) foram C (pobres) e apenas 4 artigos (16,6%) foram considerados estudos de boa qualidade.

Os estudos considerados de boa qualidade obedeceram a critérios específicos para serem classificados como tal. Dentre esses critérios destacam-se os resultados claramente descritos, a presença de ajustes para confundidores e mediadores estatísticos, análise estatística claramente descrita, relato de perdas e critérios de inclusão e delineamento claro do estudo, o que permite a sua reprodutibilidade em outras situações. Os estudos de intermediária ou pobre qualidade não cumpriram com esses requisitos.

Analisando em particular os quatro estudos considerados de boa qualidade pode-se perceber que todos foram oriundos da base de dados PUBMED/Medline; 2 estudos foram publicados em 2012, 1 em 2014 e 1 em 2015. Os países dos estudos foram Suécia, Irã, Paquistão e Lituânia. Quanto ao local em que foram realizadas as intervenções, 3 estudos elegeram a escola e um foi realizado no ambiente familiar. Quanto a quantidade de adolescentes que participaram das intervenções, os quatro estudos tiveram uma população alvo grande, variando de 247 até 1517 adolescentes. A duração das intervenções também foi de média a longa duração nos quatro estudos, variando de 6 meses até 2 anos e 2 meses. Os quatro estudos tiveram abordagens diferenciadas quanto a educação em saúde bucal avaliada, bem como quanto os graus de efetividade das intervenções.

DISCUSSÃO

Por se tratar de uma questão de saúde pública, as condições adversas de saúde bucal requerem ações conjuntas por parte da sociedade e, em especial pelos serviços de saúde. Para tal, é imprescindível haver estudos epidemiológicos, de planejamento e gestão, e de ciências sociais em saúde especificamente focalizando tais condições em suas múltiplas dimensões (ANTUNES, *et al.*, 2016).

Os 24 artigos analisados integralmente tiveram características variadas, com tempos diferentes, estratégias diferentes e desfechos diversos. Por esse motivo, os resultados foram agrupados em 3 categorias para melhor análise e assim serão discutidos.

Quanto aos **resultados referentes à classificação geral dos estudos**, 14 artigos analisados eram em inglês, 6 em espanhol e 4 em português. Quanto à base de dados, 12 artigos eram do PUBMED/Medline e 12 do LILACS/Bireme. O ano de 2012 foi o que teve mais publicações na área da educação em saúde bucal do adolescente, com um total de 7 artigos publicados. O Brasil foi o país com mais estudos analisados sobre o tema.

As bases de dados escolhidas para a condução da revisão sistemática foram o PUBMED/Medline, pela qualidade dos artigos publicados em periódicos indexados a essa base de dados, que requerem a revisão por pares e a LILACS/Bireme, por apresentar um grande número de publicações brasileiras e latino-americanas, que são mais próximas à realidade do Brasil.

O fato de o Brasil ter sido o país com o maior número de publicações (25%) com o tema da educação em saúde bucal do adolescente foi surpreendente e inovador. Isso porque as políticas públicas de atenção integral ao adolescente, com foco na saúde bucal, ainda não são disseminadas entre os profissionais de saúde. Concordando com Castro *et al.* (2012), é percebido o número reduzido de programas que trabalhem o adolescente no Brasil. Assim sendo, esse achado sustenta a expectativa de uma maior visibilidade da população adolescente pelos profissionais de saúde e pesquisadores da saúde pública como um todo.

Quanto aos resultados relacionados com a efetividade dos estudos, a escola foi o local mais escolhido para o desenvolvimento das atividades educativas, com 19 artigos utilizando esse espaço para o desenvolvimento da intervenção. A duração das intervenções variou de 1 mês a 2 anos e 2 meses e o tamanho das amostras teve uma variação de 16 a 1517 adolescentes. Os temas mais abordados nas intervenções foram a higiene bucal, placa bacteriana e mudanças no comportamento, atitudes e práticas em saúde bucal; seguido da dieta, cárie e flúor. As formas de educação em saúde realizadas variaram desde as tradicionais atividades de escovação supervisionada seguindo a técnica de Bass até exploração de recursos multimídias, grupo focal, mensagens motivacionais, dentre outros. A medida de desfecho mais utilizada pelos autores pesquisados foram os questionários e exames bucais e a grande maioria dos estudos teve algum resultado positivo quanto à efetividade da intervenção testada.

As atividades educativas em saúde bucal têm sido realizadas majoritariamente no ambiente escolar. O sistema incremental, modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) marcou profundamente essa prática odontológica (BRASIL, 2008). Na revisão sistemática realizada, 19 estudos tiveram como local de escolha para a realização das atividades educativas a escola. Dos 6 estudos brasileiros analisados, 4 foram desenvolvidos na

escola, 1 em um projeto social e o outro estudo foi realizado em três locais diferentes, sendo eles a escola, a visita do ACS e um grupo de saúde. Desses 6 estudos, apenas um não teve resultado positivo quanto à intervenção realizada. Esse dado vem ao encontro do que Castro *et al.* (2012) afirmam, que as atividades realizadas na escola podem contribuir na aquisição de conhecimento, para o desenvolvimento de habilidades, possibilitando a formação de atitudes e a criação de valores.

Em contraponto, desde 1993, com a divulgação do relatório da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, há a recomendação de que os dentistas atuantes no SUS devem ocupar os diversos espaços sociais para o desenvolvimento das atividades educativas e de promoção de saúde e não apenas a escola. A atenção primária, como um todo, deve ser realizada pela rede básica de saúde de cada município, cabendo às unidades de saúde a implementação de ações individuais e coletivas em saúde bucal no interior dos espaços sociais como centros comunitários, creches, escolas, fábricas, agrovilas, domicílios e outros (BRASIL, 1993).

Quanto à duração das intervenções, houve uma grande variação dentre os estudos analisados, mas pode-se perceber que algumas intervenções tiveram um resultado positivo inicialmente, mas a longo prazo esse resultado não se sustentou, como é o caso dos estudos de Aleksejuniene, Brukiene (2012); Brukiene, Aleksejuniene (2012); Shenoy, Sequeira (2010). Esse fato das intervenções mais longas se mostrarem ineficazes pode estar ligado às características de urgência próprias da adolescência, em que o adolescente mostra períodos de introversão alternados com timidez, desinteresse ou apatia com o que lhe é oferecido (ABERASTURY; KNOBEL, 2011). Essas características, apesar de serem próprias dessa fase da vida, devem ser avaliadas e levadas em consideração ao se planejar atividades educativas com os adolescentes. Por outro lado, o desenvolvimento de intervenções muito curtas, com poucos encontros estabelecidos também se mostrou ineficaz em algumas situações, como é o caso do estudo realizado por Viero *et al.* (2015), em que a intervenção foi realizada em uma escola, com um encontro relativo ao tema da saúde bucal, para o desenvolvimento de uma exposição audiovisual e dialogada.

Quanto ao tamanho da amostra, houve uma grande variedade nos 24 estudos analisados. Os estudos realizados com amostras muito pequenas, como é o caso de Mello (2013) e Francisco (2009), autores que realizaram a intervenção por meio da metodologia do grupo focal, possuem uma abordagem qualitativa, o que diferencia quanto a avaliação dos resultados encontrados, já que, nesses casos, o tamanho da amostra não se faz significativo como forma de avaliação. Nas abordagens quantitativas, que são o caso dos demais estudos

analisados, o tamanho da amostra é uma variável a ser considerada quando está se planejando uma atividade de intervenção, visto que amostras muito pequenas podem não ser representativas do todo.

O estudo de Pérez, González (2008) teve uma amostra equivalente a 50 adolescentes e os dados referentes ao nível de placa não foram significantes após a intervenção realizada em 8 sessões, abordando vários aspectos relativos a saúde bucal. O estudo realizado por Smiech-Slomkowska; Jablonska-Zrobek (2007) também utilizaram uma amostra menor de adolescentes, 30 pessoas, mas esse estudo teve resultado positivo na redução do nível de placa após a intervenção realizada abordando instruções de escovação dentária. Ambos os estudos foram classificados como qualidade C. Assim sendo, também é importante ressaltar que os estudos de intervenção possuem características próprias e que os resultados são influenciados pelo meio em que acontecem, pela forma educativa, pelo ator do processo, dentre outras variáveis. Assim sendo, o tamanho da amostra pode variar profundamente na efetividade das intervenções para a educação em saúde bucal com adolescentes, visto que os resultados estão na dependência de fatores intrínsecos a serem controlados pelo pesquisador.

O acúmulo da placa bacteriana na superfície dentária é considerado o principal fator etiológico da cárie e das doenças gengivais (MILORI *et al.*, 1994). O controle da placa, através da sua remoção mecânica ou a sua desorganização com a escovação e o uso do fio dental, impede a ação das bactérias na superfície dos dentes e gengivas e evita a desmineralização do esmalte dental, prevenindo as cáries (THYLSTRUP *et al.*, 1997). Outros fatores como a utilização do flúor e o controle da alimentação também estão relacionados com o desenvolvimento e formação da placa bacteriana e, por esse motivo, precisam ser controlados (BRATTHALL *et al.*, 1996). Dessa forma, é interessante que as atividades de educação em saúde bucal abordem questões relativas ao reconhecimento da placa bacteriana e seu controle por meio da escovação, uso do fio dental e do flúor; bem como desenvolvam a associação das doenças bucais com a dieta, principalmente o controle do açúcar.

A maioria dos estudos analisados por essa revisão avaliou mais de um desfecho, sendo que a higiene bucal (aqui compreendida a escovação, uso do fio dental e controle da placa bacteriana) e as mudanças no comportamento (compreendendo as mudanças de atitudes e práticas e/ou aquisição de conhecimento) foram os desfechos mais avaliados pelos autores. Contrariando os achados de Chaves e Vieira-da-Silva (2002) que descreveram o controle da dieta como sendo a estratégia menos testada pelos autores pesquisados, nesse estudo a dieta foi o terceiro tema mais abordado, fazendo parte dos 7 estudos analisados

Também pode-se perceber uma grande diversidade no que diz respeito as estratégias utilizadas pelos autores e a sua efetividade junto aos adolescentes. Outros autores também relataram essa heterogeneidade, além da falta de um padrão nas abordagens educativas, como é o caso das revisões sistemáticas conduzidas por Castro *et al.* (2012) e Chaves e Vieira- Da-Silva (2002). A discussão dessas estratégias educativas diferenciadas se faz necessário para que possam ser mais bem compreendidas e disseminadas entre os serviços de saúde, capacitando as equipes multiprofissionais em busca de uma maior efetividade e eficiência das ações educativas prestadas aos usuários do SUS.

Dessa forma, dos estudos analisados na revisão, Gao *et al.* (2015) introduziram como estratégia educativa as entrevistas motivacionais por meio de grupo online, uma área inexplorada até então. Os autores obtiveram eficácia comparada a motivação individual no que diz respeito a modificação do comportamento do adolescente. Gholami, Knoll, Scwarzer (2014) realizaram uma auto regulação para o uso do fio dental em meninas adolescentes e tiveram êxito no que se refere ao uso e auto eficácia, porém, a intervenção não surtiu efeito na intencionalidade do uso do fio. Hedman, Gabre, Birkhed (2015) realizaram uma intervenção na escola em que os dentistas trabalharam por um longo período e tiveram auxílio dos pais nas atividades de prevenção, além de terem realizado aplicações de verniz de flúor por 6 meses. A eficácia esteve relacionada ao controle da cárie em esmalte, por meio de radiografias. Além disso, a intervenção também proporcionou aumento do conhecimento relacionado à saúde bucal.

Chandrashekar *et al.* (2014) realizaram uma intervenção comparando as atividades educativas realizadas por professores treinados; professores treinados com distribuição de Kits de escovação e por dentistas. A efetividade maior no controle da placa e na melhora da higiene bucal foi encontrada no grupo que recebeu a intervenção pelo professor, com distribuição de materiais de higiene bucal.

Pakpour *et al.* (2014) entrevistaram em um grupo de adolescentes por meio de mensagens de perda e ganho para uso do fio dental e para escovação e demonstraram que as mensagens de perda foram mais eficazes. Também realizando a comparação entre atores diferenciados no desenvolvimento da intervenção, Haleen, Siddiqui, Khan (2012) avaliaram atividades feitas por dentistas, professores, líderes de grupo e aprendizagem própria. Os autores encontraram bons resultados para todos os grupos analisados, mas no que se refere ao comportamento em saúde bucal, as atividades realizadas pelos líderes de grupo tiveram maior efetividade. Esse achado pode estar relacionado às características grupais próprias dos adolescentes, visto que há um processo de superidentificação em massa na adolescência, onde

todos se identificam com cada um e o indivíduo pertence mais ao grupo de coetâneos do que ao grupo familiar (ABERASTURY, KNOBEL, 1981).

Os estudos de Aleksejuniene, Bukiene (2012) e Brukiene, Aleksejuniene (2012) entrevistaram na população adolescente testando modelos educacionais. No primeiro estudo os autores compararam o Modelo de Prevenção e Adoção do Processo (PAPM), que pressupõe que as pessoas passam por estágios antes de modificar seus comportamentos com as instruções convencionais. No segundo estudo, os autores testaram o Authoritative Parenting Model (APM), que é uma estratégia baseada em teorias do comportamento cognitivo, com as instruções convencionais. Em ambos os estudos, as estratégias analisadas tiveram maior efetividade somente nos primeiros meses, a longo prazo os modelos testados não foram eficazes quando comparados às instruções convencionais.

Shenoy, Sequeira (2010) compararam intervenções utilizando recursos audiovisuais sobre os vários aspectos ligados à saúde bucal (como escovação, dieta, flúor, fio dental...) em escolas de diferentes classes sociais. Os autores demonstraram que a efetividade no controle da placa não estava relacionada às características socioeconômicas e que essas apenas influenciaram na frequência da mudança da escova. O mesmo foi percebido por Sanadhya *et al.* (2014) que avaliaram a efetividade das instruções de higiene bucal, flúor, controle da dieta, atendimento clínico e conceitos de promoção de saúde em pescadores da Índia. A efetividade quanto ao controle da higiene foi comprovada pela redução significativa do IHOS e também houve melhoria nos conhecimentos e práticas de saúde bucal, exceto na frequência de troca da escova de dentes.

Yazdani *et al.* (2009) realizaram a intervenção por meio de folhetos e vídeos educativos e demonstraram maior eficácia no grupo que recebeu os folhetos. Smiech-Slomkowska e Jablonska-Krobek (2007) realizaram uma intervenção com orientação e mudança da escova de dentes normal para a ortodôntica em pacientes portadores de aparelho fixo e mediram o nível de *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus sp.*. A intervenção demonstrou eficácia no controle da placa, porém não houve redução dos microrganismos. Alamo-Palomino e Mendoza-Lupuche (2014) testaram a orientação da técnica de Bass na intervenção em adolescentes. Os autores encontraram melhora na higiene bucal após 30 e 60 dias, em 15 dias a intervenção não foi eficaz.

Vieiro *et al.* (2015) conduziram o único estudo analisado que teve uma abordagem multiprofissional em que os autores realizaram uma exposição dialogada na escola com os temas de saúde bucal, sexualidade e drogas. Apenas a atividade de saúde bucal não foi eficaz

na aquisição de conhecimento entre os adolescentes. Em se tratando de saúde bucal, para Milori *et al.* (1994) as palestras expositivas de educação sanitária não são eficientes num programa de redução de placa dentária bacteriana e aquisição de conhecimentos de saúde bucal. Por requerer uma mudança de hábitos e de condutas do paciente, a prevenção em saúde bucal requer abordagens mais participativas e que promovam uma melhor conscientização e sensibilização dos envolvidos. Isso porque, à utilização na prática pedagógica em saúde, de estratégias ligadas à ideia de que a apreensão de saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas, não se aplica a todas as realidades (GAZZINELLI, *et al.*, 2005).

Mello *et al.* (2013) realizaram a intervenção por meio de uma metodologia participativa em que foram realizados 10 encontros na forma de grupo focal com os adolescentes utilizando recursos como vídeos, canções, papel e retroprojektor. No final dos encontros os adolescentes desenvolveram seu próprio material educativo que serviu para a coleta de dados. Os autores concluíram que essa abordagem é eficaz na mudança de atitudes dos adolescentes no que se refere a saúde bucal. Francisco *et al.* (2009) também realizaram a intervenção por meio do grupo focal e concluíram que essa técnica é de grande valia na compreensão dos adolescentes sobre a saúde bucal.

Goche, Alvarado (2012) realizaram a intervenção por meio de um programa preventivo em saúde bucal com 10 sessões realizadas por meio de falas, exposições dialogadas, oficinas e dinâmicas de grupo tendo como assuntos as doenças bucais, estruturas normais da boca, dieta e farmacodependência. A intervenção foi eficaz no controle da higiene e no aumento do conhecimento. Da mesma forma Enriquez, Pacheco (2011) também encontraram efetividade no controle da higiene e no aumento dos conhecimentos por meio da realização da intervenção com 6 reuniões nas quais foram abordados os temas de prevenção em saúde, tipos de dentição, dieta e prevenção em saúde. Pérez, Gonzalez (2008) com uma abordagem similar, realizaram a intervenção por meio de um programa com 8 sessões e encontraram efetividade no controle da higiene e aumento dos conhecimentos em saúde bucal.

Noborikawa - Kohatsu, Kanashiro- Irakawa (2009) realizaram a intervenção por meio de um CD-ROM interativo e houve eficácia no controle da higiene e aumento do conhecimento em saúde bucal. Molina (2009) comparou os métodos lúdico-vivencial e o tradicional e concluiu que a técnica lúdica é uma alternativa na prevenção em saúde bucal com adolescentes. Rigo, Souza, Caldas Junior (2012) compararam a experiência de cárie em adolescentes que participaram ou não de atividades educativas e comprovaram a efetividade dos procedimentos coletivos no controle da cárie. Turrioni *et al.* (2012) analisaram

intervenções realizadas nas escolas, em visitas pelos ACS e em grupos de saúde e encontraram maior efetividade nas atividades realizadas nas escolas. Francisco, Sundefeld, Moimaz (2012) apontaram que são necessários mais estudos que abordem a Teoria de Resposta ao Item para que ela possa ser utilizada com êxito nas atividades de educação em saúde bucal com adolescentes.

Os instrumentos mais utilizados pelos autores para avaliar as medidas de desfecho foram os questionários e exames bucais. Os primeiros tiveram o intuito de avaliar o conhecimento adquirido, ou então as práticas modificadas. Os segundos objetivaram mensurar o grau de higiene e controle de placa antes e após as intervenções realizadas. Os índices mais utilizados pelos autores foram o IHOS (GREENE, VERMILION, 1964) e o Índice de Placa de Silness e Loe (SILNESS, LOE, 1964). Ambos os índices são utilizados para avaliação do acúmulo de placa, mas o IHOS avalia a higiene bucal e pode ser utilizado para analisar a necessidade de processos educativos de melhoria do controle de placa de forma individual ou coletiva (HEBLING, 2003).

Quanto aos **resultados referentes à qualidade dos artigos** analisados, a grande maioria dos estudos publicados nas bases de dados foram classificados como ruins ou intermediários, o que dificulta a sua reprodutibilidade na prática da atenção em saúde. Mesmo os estudos classificados como de boa qualidade demonstraram uma grande variabilidade nas medidas de desfecho e análise, o que demonstra a falta de padrão e critérios na escolha das ações em saúde realizadas com os adolescentes.

No que se refere à atividade educativa realizada, o estudo de Hedman, Gabre, Birkhed (2015) investigou a possibilidade de um programa de intervenção na saúde bucal de escolares influenciar os adolescentes quanto a incidência de cáries, conhecimento e atitudes quanto a saúde bucal e tabaco. O estudo de Parkpour *et al.* (2014) avaliou os efeitos de duas intervenções de enquadramento de mensagem no comportamento do cuidado oral e saúde entre adolescentes. O estudo de Haleem, Siddiqui, Khan (2012) comparou a efetividade do dentista, do professor, de um adulto líder e estratégias de aprendizagem própria na educação em saúde bucal. E estudo de Brukiene, Aleksejuniene (2012) defendeu a hipótese que o PAPM é mais efetivo que o modelo tradicional na mudança de comportamento de higiene oral em adolescentes.

Quanto à efetividade da intervenção testada, Hedman, Gabre, Birkhed (2015) demonstraram por meio de radiografias *bitewing* que a intervenção testada impactou na incidência de cárie em esmalte, mas não teve efeitos na cárie em dentina. Os dados do questionário mostraram que os adolescentes consideraram seus dentes importantes, tiveram

melhor conhecimento sobre saúde oral e higiene quando comprada com o grupo controle após 2 anos, mas não teve impacto sobre as atitudes quanto ao tabaco.

Parkpour *et al.* (2014) demonstraram que em duas semanas os participantes do quadro de perda reportaram dados de aumento da escovação e uso do fio dental e mais favoráveis atitudes e intenções para escovação. Em 24 semanas os participantes do quadro de perda mostraram melhores atitudes, intenções e relatos de qualidade de vida, saúde gengival e menos placa dental. Assim sendo, as mensagens de perda foram mais efetivas que as de ganho no encorajamento para comportamento de saúde bucal e esses efeitos se mantiveram através de atitudes e intenções.

Haleem, Siddiqui, Khan (2012) concluíram que não houve diferença estatística quanto ao gênero, tipo de escola, conhecimento, atitudes e comportamento em saúde bucal nos grupos testados. Houve um aumento de 23-27% no conhecimento de saúde bucal nos 3 grupos; aumento de 21-32% no conhecimento sobre gengivite e câncer oral e aumento de 30-37% no conhecimento sobre comportamento em saúde bucal. Os autores concluíram que as 3 estratégias foram eficazes e que o professor e o líder adulto pode oferecer efetividade igual ao dentista nas atividades educativas.

Brukiene, Aleksejuniene (2012) concluíram que após 3 meses houve diferença estatística entre os grupos testados e o APM teve grande decréscimo no nível de placa (24,5%). Entretanto, após 12 meses não houve diferença estatística entre os grupos testados.

LIMITAÇÕES

Essa revisão sistemática teve algumas limitações que não comprometem o seu desenvolvimento ou diminuem a sua importância, mas que precisam ser citadas e esclarecidas. O fato de termos realizado as buscas dos artigos em apenas duas bases de dados (PUBMED/Medline e LILACS/Bireme), nos idiomas inglês, português e espanhol e termos optado por analisar apenas um tipo de estudo (*clinical trial*) fez com que não tivéssemos acesso a todas as publicações existentes mundialmente sobre o tema da educação em saúde bucal com adolescentes.

Outra fragilidade dos resultados encontrados se deve ao fato de os estudos analisados terem utilizado instrumentos muito diversificados, o que promove diferentes vieses. Esse fato pode sinalizar que muitos dos resultados encontrados nas pesquisas analisadas podem ser

enviesados pelos métodos particulares usados por cada autor, o que não torna as estratégias de educação em saúde reprodutíveis em todas as situações.

Apesar de o tema da educação em saúde bucal com adolescentes estar sendo foco de estudo por muitos autores atualmente, há um número limitado de publicações focando exclusivamente o público adolescente, que foi o intuito desta revisão. Muitos estudos analisados abordam a adolescência juntamente à infância ou a fase adulta, o que empobrece as características próprias desse período importante de mudanças corporais e construção de personalidade e limita a discussão científica nesse sentido.

Com o final da análise dos artigos elegidos para discussão, pode-se perceber que existe um número pequeno de publicações de boa qualidade a respeito da educação em saúde bucal com os adolescentes. Essa limitação talvez possa estar relacionada ao fato de que a maioria dos dentistas atuantes nos serviços públicos de saúde não estão inseridos no meio acadêmico e, embora produzam atividades educativas com adolescentes em seu cotidiano, essas ações não estão sendo disseminadas com qualidade no meio científico. Nesse sentido, as instituições de ensino também precisam estar presentes e inseridas nos serviços de saúde promovendo uma melhor interação e construindo uma relação ensino-serviço que tem um potencial imenso de qualificar a atenção à saúde ofertada aos usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da revisão sistemática desenvolvida foram encontrados muitos estudos que abordam atividades de educação em saúde bucal com adolescentes, porém há pouca literatura abordando exclusivamente essa população. Também se pode perceber que não há uma grande preocupação dos autores para com a qualidade dos estudos publicados, visto que a maioria foi classificada como intermediária ou de pobre qualidade.

A maioria dos estudos analisados encontrou alguma efetividade nas intervenções testadas e houve uma gama diversificada de estratégias utilizadas para a educação em saúde bucal com adolescentes, inexistindo um padrão para a execução.

Os aspectos positivos alcançados pelos estudos quanto à efetividade precisam ser considerados com critério, visto que as medidas de educação em saúde possuem graus diversos de subjetividade que talvez não possam ser mensurados ou julgados em todas as situações. Da mesma forma, essa revisão se propôs à análise exclusiva de estudos de

intervenção e as características desses estudos também devem ser consideradas na reprodutibilidade das estratégias analisados, visto que as peculiaridades abordadas por cada autor são individuais para cada estudo e podem não ser factíveis em outras circunstâncias e condições.

Os dados coletados são de grande relevância para a atuação dos profissionais de saúde na atenção primária em saúde e na condução de atividades educativas em saúde bucal com a população adolescente. Esse estudo tem potencial para instrumentar o trabalho educativo em saúde bucal otimizando os resultados e promovendo uma maior efetividade das ações educativas para o público adolescente.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artmed, 1981, 92p.

AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **Int Dent J.**, London, v.25, n.1, p.229-235, 1975.

ALAMO- PALOMINO, J.; MENDOZA-LUPUCHE, R. Técnica de Bass modificada sobre la higiebe bucal en adolescentes de la Intituición Educativa Experimental “Los Educadores”. Lima. Perú. **KIRU.**, v.11, n.1, p.11-15, 2014.

ALEKSEJUNIENE, J.; BRUKIENE, V. Oral hygiene education in adolescent based on the Precaution Adoption Process Model. **Community dent. Health.**, v. 29, p. 248-251, 2012.

ALEKSEJUNIENE, J.; SCHEIE, A.A.; HOLST, D. Interindividual variation in the plaque formation rate of young individuals. **Int. J. Dent. Hyg.**, Oxford, v.4, n.1, p.35-40, 2006.

ANTUNES, J. L.F. et al. A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública. **Rev. saúde pública**. São Paulo, p. 50-57, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050007093.pdf>. Acesso em: 10/08/2016.

BRASIL. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Relatório final. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB; 1993. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_fin al.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 10/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 91p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 466/ 2012**, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de junho de 2013. Seção1,

p.59. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10/05/2016.

BRATTHALL, D., HANSEL-PETERSSON, G., SUNDBERG, H. Reasons for the caries decline: What do the experts believe? **European Journal of Oral Science**, v.104, n.1, p.416-422, 1996.

BRUKIENE, V.; ALEKSEJUNIENE, J. Is the authoritative parenting model effective in changing oral hygiene behavior in adolescents?. **Health educ. res.**, v. 27, n. 6, p. 1081-1090, 2012.

CASTRO, C. O. *et al.* Programas de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas: análise crítica de publicações nacionais. **Odontol. Clín.- Cient.**, Recife, v.11, n. 1, p. 51-56, jan./mar., 2012. Disponível em: < <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n1/a09v11n1.pdf>>. Acesso em: 24/11/2016.

CHANDRASHEKAR, B. R. et al. Oral health promotion among rural school children through teachers: An interventional study. **Indian J. public Health.**, Calcutta, v.58, n.4, p.235-240, 2014.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 129-139, jan.-fev., 2002. Disponível em:< http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/26250377/8150.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1488659660&Signature=IFfjC0AOAnDuYcJeWpFhSCkaz%2F4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAs_praticas_preventivas_no_controle_da_c.pdf>. Acesso em: 27/01/2017.

CORELLA, S.R. Actividades específicas de Atención Primaria. In: **Atención Primaria Periodontal**: Editorial. Ciencias Médicas,1989, 389p.

COSTA SILVA, C. M. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 15, n.5, p.2539-2550, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>>. Acesso em: 21/11/2016.

ENRÍQUEZ, S. P.; PACHECO, C. A. Intervención educativa para modificar hábitos de salud bucal en adolescentes de la Escuela Pedro Díaz Coelho. **CCH.**, v. 15, n.2, p.1-8, 2011.

FIGUEIREDO, P. B. A. *et al.* Efetividade de website de educação em saúde bucal para adolescentes. **Rev Bras Promoç Saúde.**, Fortaleza, v. 27, n.3, p. 398-405, jul./set. 2014.

FRANCISCO, K. M. S. *et al.* Técnica do grupo focal como método de avaliação do conhecimento de adolescentes sobre saúde bucal. **Acta Sci., Health Sci.**, Maringá, v.31, n. 2, p. 165-170, 2009.

FRANCISCO, K. M. S.; SUNDEFELD, M. L. M. M.; MOIMAZ, S. A. S. Adolescents knowledge regarding oral health using validated instrument by Item Response Theory. **RGO (Porto Alegre).**, Porto Alegre, v. 60, n. 3, p. 283-288, jul./set., 2012.

FREIRE, M. C. M.; SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Rev Bras Epidemiol.** São Paulo, v. 10, n. 4, p. 606-614,

2007. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400018>. Acesso em: 30/01/2016.

GAO, X. *et al.* Face-to-face individual counseling and online group motivational interviewing in improving oral health: study protocol for a randomized controlled trial. **BioMed Central Oral health.**, v.16, p.1-7, 2015. Disponível em:< <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0946-0>>. Acesso em 11/11/2016.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, p.200-206, jan./ fev., 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n1/22.pdf>>. Acesso em: 02/02/2017.

GHOLAMI, M.; KNOLL, N.; SCHWARZER, R. A brief self-regulatory intervention increases dental flossing in adolescent girl. **Int. J. Behav. Med.**, v.22, n.5, p.645-651, 2015.

GOACHE, K. R.; ALVARADO, B. S. Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. **Rev Estomatol Hered.**, v.22, n.2, p. 82-90, 2012.

GREENE, J.C.; VERMILLION, J. R. The simplified oral hygiene index. **J Am Dent Assoc.**, Chicago, v. 68, n.1, p.7-13,1964.

HALEEM, A.; SIDDIQUI, M. I.; KHAN, A. A. School-based strategies for oral health education of adolescent – a cluster randomized controlled. **BMC Oral health.**, v.12, n.54, p.1-12, 2012.

HEBLING, E. Prevenção das doenças periodontais. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde**, Porto Alegre: Artmed, 2003, 440p.

HEDMAN, E.; GABRE, P.; BIRKHED, D. Dental higienists working in schools – A two-year oral health intervention programme in Swedish Secondary Schools. **Oral Health prev. dent.**, New Malden, v. 13, n.2, p. 177-188, 2015.

IP, S. *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. **Evid Rep Technol Assess.**, v.153, p.1-186, 2007.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in American indian children. **Publ. Hlth Bull.**, v.239, p.1-54, dec.,1937.

KLEIN, H.; PALMER, C.E.; KNUTSON, J. W. Studies on dental caries, dental status and dental needs of elementary school children. **Public Health Rep**, Boston, v.53, n.1, p. 751-765, 1938.

LÖE, H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. **J Periodontol.**, Indianapolis, v.38, n.1, p. 610-616, 1967.

MELLO, T. R. C. *et al.* Use of participative methodology in oral health education for adolescents. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 61, n. 2, p. 227-233, abr./jun., 2013.

MILORI, S. A. *et al.* Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. **Rev. Odontol. UNESP.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 325-331. 1994.

MOBERG SKÖLD, U. *et al.* Effect of school-based fluoride varnish programmes on approximal caries in adolescents from different caries risk areas. **Caries Res.**, Basel, v. 39, n.1, p.273-279, 2005.

MOLINA, W. F. R. Estudio comparativo de los métodos tradicional y lúdica vivencial en la enseñanza-aprendizaje de prevención en salud bucal en niños de 11 a 13 años del colegio nacional “Romeo Luna Victoria” del distrito da San Borja, provincia de Lima, Perú. **Odontol Pediatr.**, v. 8, n. 1, p. 9-19, enero-jun., 2009.

MONTE, T. L. *et al.* Produção científica sobre os modelos de educação em saúde na promoção de saúde bucal. **Rev. Interd.**, v.6, n.4, p. 235-242, out./ nov./ dez. 2013. Disponível em: < <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/229>>. Acesso em: 03/05/2016.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 321-328, jan-fev. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100033>. Acesso em: 03/05/2016.

NOBORIKAWA - KOHATSU, A. K.; KANASHIRO - IRAKAWA, C. R. Evaluación del un programa educativo-preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. **Rev Estomatol Hered.**, v.19, n.1, p. 31-38, 2009.

PARKPOUR, A. H. *et al.* The effectiveness of gain-versus loss-framed health messages in improving oral health in Iranian secondary schools: A cluster-randomized controlled trial. **Ann. Behav. Med.**, v.47, n. 1, p. 376-387, 2014.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.121-130, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19829.pdf>>. Acesso em: 21/04/2016.

PÉREZ, Y. A.; GONZÁLEZ, I. R. Programa educacional de salud buco-dental aplicado a adolescentes del área de salud “Alcides Pino”. **CCH.**, v.12, n.3, p.1-7, 2008.

RIGO, L.; SOUZA, E. H. A.; CALDAS JUNIOR, A. F. Comparação de Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal entre Escolares da Rede Municipal de Ensino de Passo Fundo-RS. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, João Pessoa, 12(3):307-13, jul./set., 2012. Disponível em:< <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/909/867>>. Acesso em: 10/11/2016.

SANADHYA, Y. K. et al. Effectiveness of oral health education on knowledge, attitude, practices and oral hygiene status among 12-15-year-old schoolchildren of fisherman of Kutch district, Gujarat, India. **Int. Marit Health.**, v.65, n.3, p. 99-105, 2014.

SHENOY, R. P.; SEQUEIRA, P. S. Effectiveness of a school dental education program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices and status of 12-13-year-old school children. **Indian J. Dent. Res.**, v. 21, n. 2, p.253-259, 2010.

SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy: II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. **Acta Odontol Scand.**, Oslo, v. 22, n.1, p. 121-135, 1964.

SMIECH-SLOMKOWSKA, G.; JABLONSKA-ZROBEK, J. The effect of oral health education on dental plaque development and the level of caries-related *Streptococcus mutans* and *Lactobacillus spp.* **Eur. J. Orthod.**, v.29, n.2, p.157-160, 2007.

SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação dos procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v.16, n. 3, p. 138-148, São Paulo, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300013>. Acesso em: 05/08/2016.

THYLSTRUP, A., VINTHER, D., CHRISTIANSEN, J. Promoting changes in clinical practice. Treatment time and outcome studies in a Danish public child dental health clinic. **Community dentistry and oral Epidemiology.**, v.25, p. 126-134, 1997.

TURESKY, S.; GILMORE, N. D.; GLICKMAN, I. Reduced plaque formation by the chloromethyl analogue of vitamin C. **J Periodontol.**, Indianapolis, v.41, n.1, p.41-43, 1970.

TURRIONI, A. P. S. *et al.* Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.17, n. 7, p.1841-1848, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700023>. Acesso em: 02/02/2016.

YAZDANI, R. et al. School-based education to improve oral cleanliness and gingival health in adolescents in Tehran, Iran. **Int J. Paediatr Dent.**, v.19, n. 4, p. 274-281, jul. 2009.

VIERO, V. S. F. *et al.* Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, Jul./Set. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health Surveys, Basic Methods**, 4ed, Geneva: 1997.

APÊNDICE – A

Blog desenvolvido como produto final do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde.

O conteúdo completo do blog pode ser visitado em:

<http://sorrisodoadolescente.blogspot.com.br/>



Sorriso do adolescente x Miqueas

sorrisodoadolescente.blogspot.com.br

Apps iCloud Apple Facebook Login | Strava Garmin Connect: Signi polarpersonaltrainer... WhatsApp Web Netflix - Login de ass... ZH - Jornal do RS con Baixaki Filmes | Espec

Falou em adolescência? Que bicho te mordeu?

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente o indivíduo que se encontra na faixa etária dos 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990). O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela OMS que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência (BRASIL, 2010).

Segundo Calligaris (2009) a adolescência que nos interessa é um fenômeno dos últimos 50 anos. Antes, não era um fato social reconhecido, era uma faixa etária, mas não um grupo social e ainda menos um estado de espírito. A adolescência, mais do que uma etapa estabilizada, é processo e desenvolvimento. O adolescente passa por desequilíbrios e instabilidade extremas, que são perturbadoras para o mundo adulto, mas necessárias para o estabelecer da sua identidade. Para isso, o adolescente não só deve enfrentar o mundo adulto, para o qual não está preparado, mas também desvincular-se do mundo infantil, no qual vivia com relação de dependência (ABERASTURY; KNOBEL, 2011).

Como reflexo disso, a insegurança é uma característica notória do adolescente, que se olha no espelho e se acha diferente. Constata facilmente que perdeu a graça infantil sem ganhar em troca outra forma de reconhecimento. Por consequência, ele não é mais nada, nem criança amada, nem adulto reconhecido (CALLIGARIS, 2009). Marcado por esse desequilíbrio próprio, o adolescente acaba por provocar uma verdadeira revolução no seu ambiente familiar e social, o que cria problemas de gerações nem sempre bem resolvidos (ABERASTURY; KNOBEL, 2011).

Outras características próprias da adolescência são as mudanças de humor, os relacionamentos grupais e a quebra com as conexões do mundo externo para se refugiar num mundo interno seguro e conhecido. O adolescente pensa e fala muito mais do que age, traço que pode influenciar profundamente nas atividades educativas e no cuidado em

12:12 06/03/2017

Sorriso do adolescente x Miqueas

sorrisodoadolescente.blogspot.com.br

Apps iCloud Apple Facebook Login | Strava Garmin Connect: Signi polarpersonaltrainer... WhatsApp Web Netflix - Login de ass... ZH - Jornal do RS con Baixaki Filmes | Espec

O que é Atenção Primária em Saúde (APS)? A saúde bucal faz parte disso?

É muito comum ligarmos a televisão e vermos a saúde no Brasil sendo motivo de discussão. Na maioria das vezes o que é mostrado é apenas o lado negativo da saúde (que sabemos que é real e existente), mas também há muita coisa boa para ser mostrada e que, infelizmente não aparece. Temos um dos melhores sistemas de saúde pública mundial. Regulamentado pela Lei 8080/90 e pela lei 8142/90 o SUS - Sistema Único de Saúde - oferece atendimento universal a população e é uma conquista do povo brasileiro no que se refere a saúde pública.

Dentro do SUS há as atividades desenvolvidas pela atenção básica que serão o foco de discussão principal desse espaço. Entende-se por atenção primária em saúde, ou atenção básica, as ações situadas no primeiro nível de atenção, focadas na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção (BRASIL, 2008). Diferentemente da prevenção secundária, que prevê a detecção do agravo de saúde em uma fase precoce e da prevenção terciária, que se dá através da reabilitação e de reconstituir a capacidade funcional, a atenção primária é fundamentada pela atuação na prevenção e promoção (STARFIELD, 2002).

Durante muitos anos no Brasil, a inserção da saúde bucal na atenção primária e no SUS como um todo se deu de forma paralela e afastada dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2008). Fazendo um resgate histórico da implantação da saúde bucal na atenção primária no Brasil, em 1994, iniciava o Programa de Saúde da Família (PSF) com 328 equipes implantadas, a maioria sem ESB, em 55 municípios. No ano 2000, a Portaria GM/MS nº. 1.444, regulamentou a inserção da saúde bucal na saúde da família por meio do incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, foi um grande marco na valorização, expansão e reorganização da saúde bucal

12:12 06/03/2017

Sorriso do adolescente x

sorrisodoadolescente.blogspot.com.br

Apps iCloud Apple Facebook Login | Strava Garmin Connect: Sign polarpersonaltrainer.e WhatsApp Web Netflix - Login de ass ZH - Jornal do RS con Baixaki Filmes | Espec

Tudo tem um porquê...



Sejam bem vindos ao blog "Sorriso do Adolescente"!

Conhece essa florzinha que estampa o nosso blog?

Essa florzinha que, quando seca, assoprarmos e se espalha pelo mundo à fora é chamada de Dente de leão. Além de recordar as tardes livres e felizes da minha infância escolhi estampar o blog com essa flor porque quando ela é ofertada a alguém significa liberdade, otimismo, esperança e tolerância.

Alguma similaridade com a adolescência?

Realmente... nada é fruto do acaso.

12:13 06/03/2017