



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA

CAROLINE MADERS
NATHÁLIA MARIA LOPES DOS SANTOS

**O IMPACTO DO PROGRAMA PREVENTIVO-EDUCATIVO DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA VIÇOSA NA SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES**

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2010

CAROLINE MADERS
NATHÁLIA MARIA LOPES DOS SANTOS

O IMPACTO DO PROGRAMA PREVENTIVO-EDUCATIVO DA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA VIÇOSA NA SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES

Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2010

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Odilo e Maria Salete, e a minha irmã Franceli, pelo incondicional apoio e incentivo na busca do meu sonho em me tornar Cirurgiã-Dentista.

Caroline

Ao meu marido Carlos Laerte, companheiro e parceiro de todos os momentos, o qual, muitas vezes, acreditou em mim mais do que eu mesma. Seu apoio irrestrito foi essencial para a realização do meu sonho.

Nathália

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Fernando Neves Hugo, por aceitar nos orientar devido à saída da Professora Vânia e, assim, sua impossibilidade de continuar conosco este trabalho; por sua paciência quando tínhamos dúvidas; por sua disponibilidade em nos receber e realizar o trabalho, mesmo diante de inúmeros compromissos e responsabilidades; por seus ensinamentos; por sua excelente orientação e por seu exemplo como profissional engajado com a saúde coletiva.

À Professora Me. Vânia Maria Aita de Lemos, nossa tutora e primeira Orientadora, que, através da atuação no Pet-Saúde Odontologia, nos possibilitou atuar na ESF Viçosa por dois anos e, desta forma, conhecer a realidade daquela população tão necessitada de nossos cuidados.

Ao Professor Dr. Roger Keller Celeste, por sua disponibilidade em nos ajudar na análise estatística, de maneira gentil e solícita.

À CD Léa Fabiana Baron Ziembowicz, por ter nos acolhido com carinho, por ter nos ensinado a ser Cirurgiãs-Dentistas da Atenção Básica e pela excelente execução das atividades realizadas na ESF Viçosa, servindo-nos de bom exemplo profissional no âmbito do SUS.

Aos nossos familiares e companheiros Marcelo e Carlos, pela paciência e compreensão diante de nossas ausências frente às responsabilidades da faculdade.

Aos nossos amigos e colegas, por sua amizade e carinho que facilitaram nossa caminhada nesses cinco anos.

Aos nossos pacientes, que entenderam nossa inexperiência nos primeiros anos, colaboraram e acreditaram no nosso trabalho.

A todos que colaboraram, direta ou indiretamente, com este trabalho, nossa mais sincera gratidão.

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família. A prevenção tem sido também o enfoque da Odontologia que, cada vez mais, tem deixado de priorizar apenas o tratamento curativo dos problemas bucais. O presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto do programa preventivo-educativo realizado pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Viçosa na Escola Estadual de Ensino Fundamental Thereza Noronha Carvalho. O programa preventivo-educativo é realizado nesta escola desde 2001, e consiste na realização de escovação supervisionada semanal em alunos de 1º a 8º ano do Ensino Fundamental. O estudo é caracterizado como longitudinal, com dados secundários coletados a partir de exames clínicos realizados pela ESB em dois momentos, março e setembro de 2010, e incluídos no Levantamento de Saúde Bucal nas Escolas da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Porto Alegre, RS. As variáveis analisadas foram placa visível, gengivite e mancha branca ativa. As diferenças entre as variáveis de interesse nos dois períodos de avaliação foram verificadas por meio do teste Qui-quadrado. Foram avaliadas 153 crianças em março e 146 crianças em setembro de 2010, pertencentes aos 1ºs, 2ºs e 3ºs anos da referida escola, com média de idade de 7,59 anos. Houve diferença significativa entre o primeiro e o segundo exames em relação às variáveis presença de placa visível [135 (88,24%) vs. 9 (6,16%), $p=0,000$], gengivite [143 (93,46%) vs. 57 (39,04%), $p=0,000$] e mancha branca ativa [81 (52,94 %) vs. 18 (12,33 %), $p=0,000$]. Os achados do presente estudo sugerem que a abordagem preventivo-educativa foi efetiva na melhora da higiene bucal e na redução da frequência de mancha branca ativa na amostra de crianças estudadas.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Saúde da Família, Saúde Bucal.

ABSTRACT

The Family Health Program was created by the Brazilian Health Ministry in 1994, prioritizing health protection and promotion of individuals and families. Prevention has been the focus of dentistry in the family health, representing a shift from an exclusively restorative approach towards oral diseases that characterized previous dental public health efforts. The aim of this study is to evaluate the impact of a preventive and educational program developed by the oral health team of the Viçosa Family Health Service at Thereza Noronha Carvalho School. The preventive and educational program has been carried out since 2001, consisting of weekly supervised brushing in students from first to eighth grade. This is a longitudinal study, with secondary data retrieved from clinical examinations carried out by the oral health team in May and September of 2010 during the Oral Health Survey at Schools performed by the Municipal Health Secretary of Porto Alegre. The following variables were collected: visible plaque, gingivitis and active white spot lesions. The differences in respect to the variables of interest between the two periods of evaluation were checked using Chi-square tests. One hundred and fifty-three children were evaluated during May and 146 children were evaluated in the follow up during September, 2010. Children enrolled in 1st, 2nd and 3rd years were evaluated. The mean age of the sample was 7.59. There was a significant difference between the baseline and follow up examinations in respect to visible plaque [135 (88.24%) vs. 9 (6.16%), $p=0.000$], gingivitis [143 (93.46%) vs. 57 (39.04%), $p=0.000$] and active white spot lesion [81 (52.94 %) vs. 18 (12.33 %), $p=0.000$]. The findings of this study suggest that a preventive-educative intervention was effective in the improvement of oral hygiene and in the reduction of the frequency of active white spot lesions in the studied children.

Keywords: Health Education, Family Health, Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PHP	Patient Hygiene Performance
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
4 METODOLOGIA	17
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	17
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	17
4.3 DESCRIÇÃO DO PROGRAMA PREVENTIVO-EDUCATIVO DESENVOLVIDO NA ESCOLA.....	17
4.4 POPULAÇÃO ALVO.....	18
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	18
4.6 COLETA DE DADOS.....	19
4.7 ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS.....	20
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	
ANEXO A – Ficha de Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal nas escolas do Município de Porto Alegre.....	33
ANEXO B – Critérios e códigos da ficha de Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal nas escolas do Município de Porto Alegre.....	34
ANEXO C – Autorização de participação do programa preventivo-educativo na escola.....	35
ANEXO D – Aprovação do trabalho nos Comitês de Pesquisa e Ética da UFRGS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia tem se preocupado cada vez mais com a prevenção dos problemas que ocorrem na cavidade bucal e sua relação com a saúde geral. Por isso, fatores intrínsecos (do indivíduo) e extrínsecos (do ambiente) devem ser considerados no exame e na análise dos pacientes. No exame do paciente infantil, alguns dados são extremamente relevantes para analisar suas condições de saúde bucal como, por exemplo, a presença de placa, gengivite e cárie. Uma vez que doença periodontal e cárie são considerados problemas de saúde pública, além desta última causar dor e redução no rendimento escolar, é de extrema importância que se trace uma estratégia na qual ocorra comprometimento do serviço básico de saúde e da escola.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (TRAD; BASTOS, 1998). Sendo assim, o PSF surgiu como uma estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo os seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (ANDRADE; FERREIRA, 2006).

Com a publicação da Portaria Ministerial número 1.444, em 28 de dezembro de 2000, anunciou-se oficialmente a inserção de profissionais de saúde bucal no PSF. A Equipe de Saúde Bucal (ESB), no contexto do PSF, apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor (BRASIL, 2004; ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Sabe-se que a avaliação de políticas e programas é de grande importância em saúde pública, tendo como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e devendo, assim, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2008). Além disso, a avaliação dos programas desenvolvidos contribui para os esforços em busca de uma sociedade

mais saudável e previne o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes (FACCHINI et al., 2006; VAUGHAN, 2004).

O programa preventivo-educativo, o qual é realizado pela ESB Viçosa, vem sendo desenvolvido na escola desde 2001 e os dados do levantamento de saúde bucal são registrados, armazenados e encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), somente com o objetivo de levantar as necessidades das crianças para posterior encaminhamento para tratamento, não sendo, até então, usados para avaliação das ações. Além disso, há ausência de pesquisas com o objetivo de avaliar o impacto de programas preventivo-educativos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando as variáveis estudadas. Sendo assim, e tendo em vista que o tema é relevante na perspectiva da avaliação deste serviço de saúde bucal na Atenção Básica, devido à presença de ações programáticas sobre educação-prevenção em saúde bucal na PNSB, o presente trabalho visa avaliar o impacto do programa preventivo-educativo realizado na escola.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto do programa preventivo-educativo desenvolvido pela ESB da ESF Viçosa em escolares de 1ºs, 2ºs e 3ºs anos da Escola Estadual de Ensino Fundamental Thereza Noronha Carvalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a idade, o sexo e variáveis como placa visível, gengivite e mancha branca ativa nas crianças pesquisadas nos dois momentos da pesquisa, no início e após seis meses de atuação do programa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Odontologia vem passando por mudanças de ordem estrutural e ideológica desde meados da década de 70. A prática antiga baseava-se no tratamento meramente restaurador e, portanto, curativo, no qual somente a consequência da doença era tratada, ou seja, a cavidade de cárie era fechada ou mesmo a gengiva era tratada. A etiologia das doenças bucais nem sequer era investigada, mesmo sabendo que é de extrema importância no seu tratamento. Logo, a Odontologia vinha caminhando contra o autocuidado, no qual o paciente tem a possibilidade de gerar esforços que promovam mudanças comportamentais para tornar-se responsável por sua própria saúde (MENDES, 1996; ELIAS et al, 2001).

A partir da Declaração de Alma Ata, em 1978, percebe-se o nascimento de uma prática de saúde voltada para a educação e a prevenção como instrumento para melhora das condições de saúde da população, em detrimento de serviços clínicos e curativos somente. O paciente precisa ser informado, educado e motivado para que haja mudanças nos seus hábitos e, assim, melhora no seu estado de saúde. A educação deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais de seus problemas (MENDES, 1996).

Neste contexto, insere-se o PSF, hoje ESF, como uma estratégia para consolidação do SUS, seguindo os seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Garantir a atenção integral aos indivíduos é um dos seus principais objetivos, sendo que, apesar de estar no primeiro nível de atenção denominado Atenção Básica, a Unidade de Saúde da Família deve estar ligada a uma rede de serviços de forma a garantir a referência e a contra-referência para a resolução de problemas (BRASIL, 2000; ANDRADE; FERREIRA, 2006).

A inserção da saúde bucal na ESF, através da Portaria Ministerial nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Desta forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços, para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2010).

Duas modalidades de ESB foram criadas, com variações dos incentivos financeiros, sendo a modalidade I composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e a II composta por CD, ASB e Técnico em Saúde Bucal (TSB) (ANDRADE; FERREIRA, 2006; BRASIL, 2010). Por conseguinte, as ações destas equipes, incorporadas à ESF, vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007). As ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, podendo ser executadas nas Unidades Básicas de Saúde, nos domicílios e em espaços coletivos. Diante desta perspectiva, a atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizado de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida (COSTA; ALBUQUERQUE, 1997; BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Quando se refere à saúde bucal, não há como não mencionar as doenças bucais consideradas problemas de saúde pública, a cárie dentária e a doença periodontal. Em média, uma criança brasileira de 3 anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceod=1,1), enquanto que aos 5 anos esta média aumenta para quase 3 dentes atacados (ceod=2,8). Na maioria dos casos, o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice na idade de 5 anos. Crianças brasileiras de 12 anos de idade e adolescentes de 15 a 19 anos apresentam, respectivamente, em média 2,8 e 6,2 dentes com experiência de cárie dentária (BRASIL, 2004).

Com relação às alterações gengivais, a gengivite é uma situação muito prevalente (praticamente universal) na população brasileira (OPPERMANN; RÖSING, 2001). Em escolares de 7-14 anos, 99,3% dos examinados apresentaram sinais de gengivite (CUNHA; CHAMBRONE, 1998; OPPERMANN; RÖSING, 2001). Em escolares de 6 a 12 anos de um município do Rio Grande do Sul, verificou-se que 100% dos indivíduos apresentavam sangramento gengival (CARDOSO; ROSING; KRAMER, 2000; OPPERMANN; RÖSING, 2001).

O controle eficaz do biofilme dental, considerado o principal fator etiológico destas doenças, constitui parte fundamental no seu tratamento e prevenção. Embora se conheça uma gama de estudos enfocando o controle químico do biofilme dental, com a utilização de várias substâncias, nenhuma delas mostrou-se capaz de substituir a escova e o fio dental (SABA-CHUJFI et al., 1992; TOASSI; PETRY, 2002).

Soma-se a isso a importância da difusão do dentifrício fluoretado no declínio da prevalência de cárie dentária no Brasil, bem como a fluoretação das águas de abastecimento e a expansão dos programas preventivos nas escolas (CURY et al, 2004). Os dentifrícios fluoretados têm sido o método de disponibilização de flúor desenvolvido com mais sucesso (FEJERSKOV; KIDD, 2005). Países que não utilizavam dentifrícios fluoretados não experimentaram o mesmo decréscimo nas taxas de cárie dentária como observado em países que usam este produto (BJARNASON, 1998; CURY et al, 2004).

Programas de motivação e educação em relação à higiene bucal com métodos simples e eficientes para remoção do biofilme dental e prevenção das doenças que ocasionam são da maior importância na tentativa de se implantar a escovação dos dentes como rotina de vida da criança (SABA-CHUJFI et al., 1992; TURSSI et al, 1998; TOASSI; PETRY, 2002). A motivação em programas educativo-preventivos tem grande importância na redução e controle do índice de sangramento gengival e biofilme dental, sendo muito mais efetiva se acompanhada por sessões de reforço continuado (TOASSI; PETRY, 2002).

Cabe ressaltar-se que promoção de saúde bucal é qualquer esforço planejado para construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar serviços de saúde na busca de metas em saúde bucal (WHO, 1986). Promoção de saúde difere de educação em saúde, a qual é um processo em que as pessoas ganham conhecimento, se conscientizam e desenvolvem habilidades necessárias para alcançar saúde bucal. Logo, educação diz respeito à aprendizagem, enquanto promoção de saúde engloba diversas medidas, incluindo atividades educacionais, visando promover saúde (BUISCHI, 2000).

Na organização de ações e serviços de saúde, o planejamento é uma ferramenta fundamental, visto que cria a possibilidade de se compreender a realidade, os problemas e as necessidades da população, analisando-os e buscando elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. Viabiliza, por meio de ações estratégicas, a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação destas operações (BRASIL, 2008). Desta forma, a avaliação em saúde deve ser um aspecto considerado para o desenvolvimento e direcionamento das atividades; deve ser elemento central e constante no processo de planejamento (KWAN; PETERSEN, 2004; ALMEIDA; FERREIRA, 2008). Tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e, por isso, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de

profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2008).

Na tentativa de introduzir hábitos adequados de higiene bucal através da motivação e instrução reforçadas continuamente, programas preventivo-educativos têm sido desenvolvidos com ênfase em crianças em idade escolar, com variações no que diz respeito aos métodos utilizados.

Horowitz et al. (1976) iniciaram, em 1973, um programa de escovação diária e uso de fio dental, supervisionado por pessoal auxiliar treinado, em escolares de uma comunidade rural deficiente em flúor. O primeiro exame, realizado seis meses após o início do programa, revelou que, no grupo experimental, os índices médios de placa e gengivite foram, respectivamente, 18% e 29% menores do que nos exames iniciais (HOROWITZ et al, 1976; OLIVIER; BOZZO, 1985).

Silverstein et al. (1977) publicaram os resultados de 29 meses de aplicação de um programa diário de evidênciação de placa, escovação e uso de fio dental, sob supervisão direta de um educador em saúde dental, em escolares da Califórnia. Houve redução estatisticamente significativa nos índices de placa e gengivite entres os grupos teste e controle e não houve diferenças significantes nos incrementos nos índices CPO-S entres os grupos (SILVERSTEIN et al., 1977; OLIVIER; BOZZO, 1985).

Olivier e Bozzo (1985) avaliaram um programa de prevenção à cárie e doença periodontal em 639 crianças de 2 a 6 anos de idade matriculadas em 11 estabelecimentos de Educação Infantil do município de Espírito Santo do Pinhal, SP. Este englobava educação em saúde; motivação, instrução e prática de higiene bucal; auto-aplicação tópica diária de flúor e diagnóstico precoce de cáries e tratamento imediato. Os resultados indicaram que houve controle praticamente total da gengivite apresentada ao exame inicial, enquanto que apresentavam ainda muita placa. Porém, tanto a escovação supervisionada quanto a limpeza profissional removiam significativamente a placa. Logo, mostrou que é possível eliminar a gengivite através de um programa regular de limpeza bucal.

Gomes, Gianlup e Abreu (1993) observaram a necessidade das práticas educativas conscientizadoras. O processo contou com 40 crianças, com idade entre 8 e 10 anos, incluindo o exame clínico para avaliar a condição de saúde bucal das crianças e práticas educativas de mobilização e conscientização. No início, 60% dos dentes examinados apresentavam placa visível a olho nu; entretanto, no decorrer do processo, esta decaiu para 12% após a intervenção das instrutoras. 47% das superfícies examinadas possuíam manchas brancas ativas e no decorrer diminuíram para 7,4%. Houve uma aumento das superfícies hígidas, pelo

uso do flúor e controle de placa. Isto destaca a importância da conscientização sobre saúde bucal através da educação com ênfase na motivação por meio de recursos materiais e humanos (GOMES; GIANLUP; ABREU, 1993; PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Garcia, Corona e Valsecki Jr (1998) avaliaram o impacto de um programa educativo-preventivo em 682 escolares do ciclo básico e de terceiras e quartas séries, de três escolas públicas de Araraquara, submetidos a um sistema educativo baseado em conceitos de psicologia aplicada e de atividades lúdicas, através de material audiovisual, orientação direta e apresentação do robô-dente. A avaliação constou de uma análise objetiva de redações realizadas por estas crianças após 15 dias da aplicação do programa, por meio de palavras-chave e os resultados mostraram que 100% das redações analisadas citaram pelo menos um elemento de impacto (dentista, música, passeio ou robô), ressaltando a necessidade de programas preventivo-educativos periódicos.

Aquilante et al. (2003) avaliaram a eficácia de um Programa de Educação em Saúde Bucal, pautado na verificação da performance de higiene do paciente através do índice Patient Hygiene Performance (PHP) e de uma entrevista baseada em um questionário que avalia os conhecimentos sobre saúde bucal. Participaram 41 crianças, com 6 anos de idade, da Pré-escola EMEI Gasparzinho, em Bauru. Os resultados mostraram aumento de 16% no nível de conhecimento sobre saúde e redução de 15,5% no índice médio de placa, evidenciando que programas educativos promovem o aumento do conhecimento sobre saúde bucal e redução do índice de placa, pois é durante a infância que a criança incorpora em sua vida os hábitos de higiene e está propícia ao aprendizado, sendo as pré-escolas locais importantes para o desenvolvimento de Programas de Educação em Saúde Bucal.

Castro e Bastos (2006) desenvolveram um programa baseado em escovação supervisionada por agente comunitário e em ações educativas, em Monte Negro, na região Amazônica, contando com 241 crianças, de primeira à quarta série, com idade média de 8 anos de idade. Foi realizado CPOD e ceod das crianças, evidenciando necessidade de tratamento odontológico e foi avaliada a qualidade de escovação pelo índice PHP, em quatro momentos ao longo do ano. Houve redução nas médias de superfícies coradas, indicando que as crianças aprimoraram progressivamente a técnica ensinada. Mostrou-se a eficiência deste na melhora da coordenação motora da criança no período de um ano, sugerindo que programas odontológicos preventivo-educativos sejam executados nas escolas de modo continuado e rotineiro como redutores de disparidades sociais que poderiam se refletir na saúde bucal das crianças, mesmo em locais sem a presença de CD.

Embora tenha-se mostrado dados de impacto de programas preventivo-educativos em escolares, nenhum estudo aborda as informações e a avaliação deste impacto no contexto da ESF. Sabendo que a avaliação é essencial na atenção básica, é importante ressaltar que a realização de atividades de educação/prevenção, sem uma avaliação de seu efetivo impacto, não implica em benefícios reais para a população, visto que as necessidades e prioridades de cada paciente ou grupo-alvo têm peculiaridades intrínsecas e, para tanto, necessitam ser identificadas e relevadas na ação educadora (GARCIA; CORONA; VALSECKI JR, 1998).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal. No entanto, pela possibilidade de haver muitas perdas de segmento, estas poderão comprometer a validade das associações e reduzir o poder estatístico. Assim, os dados foram analisados como duas amostras seccionais.

Foram coletados os dados relativos aos exames clínicos realizados em dois momentos, março e setembro do corrente ano, e incluídos no Levantamento de Saúde Bucal nas Escolas da SMS de Porto Alegre, RS.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na ESF Viçosa, localizada no bairro Lomba do Pinheiro, parada 13, da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, que abrange um território com 927 famílias e 3708 pessoas cadastradas. É uma Unidade de Saúde integrante da ESF de Porto Alegre, composta de uma Equipe de Saúde da Família e uma ESB. Esta é composta por uma CD, uma TSB e uma ASB. Os dados foram coletados em crianças de 1ºs a 3ºs anos da Escola Estadual de Ensino Fundamental Professora Thereza Noronha Carvalho, na qual é desenvolvido um programa preventivo-educativo em saúde bucal desde 2001.

4.3. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA PREVENTIVO-EDUCATIVO DESENVOLVIDO NA ESCOLA

O programa preventivo-educativo desenvolvido na Escola Estadual de Ensino Fundamental Professora Thereza Noronha Carvalho teve início em 2001, pela ESB da ESF Lomba do Pinheiro e, a partir de 2007, passou a ser desenvolvido pela ESB da ESF Viçosa.

O programa consiste na orientação de higiene bucal semanal através de escovação supervisionada realizada no banheiro da escola pelo pessoal técnico, já equipado com um espelho grande e colocado na altura das crianças. O dentífrico fluoretado e as escovas dentais utilizadas são fornecidos pela ESB, sendo que estas ficam guardadas com os professores de cada turma. Além disso, durante a escovação supervisionada, os alunos são instruídos quanto aos problemas bucais e a importância da higiene na prevenção dos mesmos, a fim de conscientizá-los sobre como manter sua saúde bucal.

Todos os escolares participam do programa e, além disso, os alunos de 1ºs a 3ºs anos são examinados para levantamento das necessidades e posterior tratamento para os escolares residentes na área de abrangência da ESF Viçosa ou encaminhamento às Unidades de Saúde dos escolares que não pertencem à área adscrita. O levantamento das necessidades de saúde bucal é realizado no consultório odontológico da ESF, no qual as crianças entram individualmente, após serem chamadas. As crianças passam por uma escovação supervisionada previamente à realização do exame e, para tanto, trazem consigo suas escovas de dentes. O exame é feito com o auxílio de odontoscópio, seringa tríplice e iluminação direta através do refletor, sendo as anotações realizadas na ficha do Levantamento de Saúde Bucal nas escolas da SMS (ANEXO A).

4.4 POPULAÇÃO ALVO

A população a ser estudada foi composta por 271 crianças, pertencentes aos 1ºs, 2ºs e 3ºs anos do Ensino Fundamental da referida escola, com idade entre 6 e 17 anos, que foram examinadas em março deste ano e foram submetidas a novo exame em setembro pela ESB, que desenvolve o programa preventivo-educativo na escola .

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão, foram analisados os dados do exame clínico de todos os alunos matriculados nos 1ºs, 2ºs e 3ºs anos do Ensino Fundamental da escola, coletados pela

ESB e incluídos no instrumento da SMS/ Prefeitura Municipal de Saúde, denominado Levantamento de Saúde Bucal nas Escolas (ANEXO A).

Previamente, para o desenvolvimento do programa preventivo-educativo em saúde bucal, as crianças são devidamente autorizadas pelos pais ou responsáveis, tanto para os exames clínicos, como para as ações preventivo-educativas desenvolvidas pela ESB (ANEXO C). Foram excluídas do programa as crianças que não tenham recebido a autorização pelos pais ou responsáveis para participar do programa.

4.6 COLETA DE DADOS

O exame inicial dos escolares foi realizado, pela CD da ESB, em março deste ano, quando da volta às aulas e previamente ao programa a ser desenvolvido na escola. Após 6 meses (em setembro), a CD realizou outro exame clínico nos escolares, utilizando os indicadores do instrumento de Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal (ANEXO A).

Os dados secundários utilizados nesta pesquisa foram os que estão contidos no instrumento acima (considerando os dois momentos do preenchimento do mesmo pela ESB) e relacionados aos desfechos placa visível, gengivite e/ou sangramento gengival e mancha branca ativa. Os critérios e códigos para o preenchimento do formulário pela ESB relacionados a estas variáveis são, considerando todos os dentes presentes (ANEXO B):

Placa visível: critério para ausência de evento é Zero (0) e presença é Um (1).

Gengivite e/ou sangramento gengival em três ou mais dentes também é Zero (0) para ausência e Um (1) para presença.

Mancha branca ativa (rugosidade, superfície desmineralizada): critério para ausência de evento é Zero (0) e presença é Um (1).

As variáveis foram mensuradas através de exame clínico, utilizando-se espelho bucal plano e seringa tríplice, com iluminação do refletor, buscando-se observar sua presença ou ausência, somente. Dentro do conhecimento existente, não há documentos escritos caracterizando detalhes metodológicos.

Optou-se em analisar, nesta pesquisa, somente estas variáveis, pois entende-se que são as mesmas que possibilitam a avaliação do impacto do programa preventivo-educativo desenvolvido na escola.

O desenho da pesquisa, igualmente, vai levar em conta outra variável relacionada ao desenvolvimento do programa. Desde o início do programa, sabe-se, por observação da ESB, da diretora da escola e por relato dos alunos, que um grupo de professores tem incentivado a escovação diária com os alunos, fazendo com que os mesmos escovem os dentes todos os dias, após o recreio. Um outro grupo de professores, por opção própria, não incentiva a escovação diária com seus alunos. Pretende-se, assim, verificar se existem diferenças entre os dois grupos de alunos, através da análise dos dados secundários, separando-se os alunos nos dois grupos relacionados a este fator, previamente à análise dos dados. Sendo assim, o grupo A recebe incentivo dos professores, enquanto que o grupo B não recebe incentivo dos professores para realização da escovação diária.

4.7 ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma seccional, calculando-se as prevalências dos desfechos em estudo para os meses de março e setembro de 2010. Para isso, foi elaborada uma tabela no software Excel 7.0, versão Windows Office 2007, para posteriormente organização de uma base de dados no programa Epi-Info 3.4.1., versão para Windows. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do teste Qui-quadrado (χ^2 ($\alpha=5\%$) para variáveis categóricas) através do software Stata.

5 RESULTADOS

Foram avaliadas neste estudo 153 crianças em março e 146 crianças em setembro de 2010, pertencentes aos 1^{os}, 2^{os} e 3^{os} anos do Ensino Fundamental da Escola Thereza Noronha Carvalho, examinadas pela ESB da ESF Viçosa, que desenvolve o programa preventivo-educativo. Das 171 crianças autorizadas a participar do programa no mês de março, 153 foram avaliadas, 72 (42,10%) eram do sexo feminino e 81 (47,37%) eram do sexo masculino, com 18 ausentes no dia do exame. No segundo exame, realizado em setembro, das 186 crianças autorizadas, 146 foram examinadas, 71 (38,17%) eram do sexo feminino e 75 (40,32%) eram do sexo masculino com 40 ausentes (21,51%) no dia do exame. A idade das crianças variou entre 5 e 17 anos, com uma média de 7,59 anos. A discrepância da amostra obtida nos dois exames com relação ao total de 271 crianças matriculadas deve-se ao fato de que muitos pais/responsáveis não autorizaram a participação de seus filhos neste programa que é desenvolvido na escola.

Houve diferença significativa entre o primeiro e o segundo exames em relação às seguintes variáveis: presença de placa [135 (88,24%) vs. 9 (6,16%), $p=0,000$], gengivite [143 (93,46%) vs. 57 (39,04%), $p=0,000$] e mancha branca ativa [81 (52,94 %) vs. 18 (12,33 %), $p=0,000$], conforme pode ser visto na Tabela 1. Decréscimos significativos foram observados em todas as variáveis avaliadas, sendo eles 93% para placa visível, 58 % para gengivite e 76% para mancha branca ativa.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis de saúde bucal nos meses de março e setembro na Escola Estadual de Ensino Fundamental Thereza Noronha Carvalho

VARIÁVEIS	MARÇO	SETEMBRO	TOTAL
PLACA VISÍVEL	n= 135 88.24%	n= 9 6.16%	n= 144 48.16% $P=0.000$
GENGIVITE	n= 143 93.46%	n= 57 39.04%	n= 200 66.89% $P=0.000$
MANCHA BRANCA ATIVA	n= 81 52.94%	n= 18 12.33%	n= 99 33.11% $P=0.000$

Em relação às séries escolares, há de se ressaltar que os resultados foram estatisticamente significantes apenas para a variável placa visível. No primeiro exame ($p=0,032$), 56 (96,55%) crianças dos 1ºs anos apresentaram placa visível, bem como 42 (85,71%) dos 2ºs anos e 37 (80,43%) dos 3ºs anos. Em contrapartida, no segundo exame ($p=0,039$), 1 (1,67%) criança do 1º ano apresentou placa visível, 2 (4,76%) dos 2ºs anos e 6 (13,64%) dos 3ºs anos

O fato de alguns professores incentivarem as crianças a escovarem os dentes após os lanches da escola e outros não tem relação com a presença das variáveis avaliadas. No entanto, somente a variável placa visível é estatisticamente significativa ($p=0,003$) e no primeiro exame. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significantes, como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 - Comparação das frequências das variáveis de saúde bucal em março e setembro, entre aqueles que receberam incentivo dos professores e aqueles que não foram incentivados.

VARIÁVEIS	SEM INCENTIVO		COM INCENTIVO		TOTAL	
	MARÇO	SETEMBRO	MARÇO	SETEMBRO	MARÇO	SETEMBRO
PLACA VISÍVEL	n= 65 97.01%	n= 2 3.64%	n= 70 81.40%	n= 7 7.69%	n= 35 88.24% <i>P=0.003</i>	n= 9 6.16% <i>P=0.323</i>
GENGIVITE	n= 65 97.01%	n= 24 43.64%	n= 78 90.70%	n= 33 36.26%	n= 143 93.46% <i>P=0.117</i>	n= 57 39.04% <i>P=0.376</i>
MANCHA BRANCA ATIVA	n= 36 53.73%	n= 10 18.18%	n= 45 52.33%	n= 8 8.79%	n= 81 52.94% <i>P=0.863</i>	n= 18 12.33% <i>P=0.094</i>

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no estudo sugerem que o programa preventivo realizado na Escola Estadual de Ensino Fundamental Professora Thereza Noronha Carvalho foi efetivo na melhora da higiene bucal dos escolares, no período de seis meses, conforme verificado por meio da redução na frequência de crianças com presença de placa visível, gengivite e mancha branca ativa.

Estes resultados enfatizam a importância da abordagem realizada com as crianças como estratégia para prevenção em saúde bucal, uma vez que estas possuem grande capacidade de assimilar conhecimentos e aplicá-los ao longo do tempo. Conforme o Caderno de Atenção Básica Número 17, ações educativas e preventivas tais como a realização de escovação dental supervisionada podem ter como alvo crianças em idade pré-escolar e escolar, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos (BRASIL, 2008).

Crianças, jovens e adultos que se encontram nas escolas vivem momentos em que os hábitos e as atitudes estão sendo criados e, dependendo da idade ou da abordagem, estão sendo revistos (BRASIL, 2002). Freddo e cols. ressaltam que o período escolar é fundamental para abordar a promoção da saúde, contribuindo para que os jovens possam, cada vez mais, realizar escolhas saudáveis em suas vidas (BRASIL, 2002; FREDDO et al, 2008).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro em crianças com idades entre 4 e 13 anos que participaram de um programa de saúde bucal que incluía escovação supervisionada semanal encontrou resultados semelhantes aos do presente estudo no que diz respeito à redução de placa visível e sangramento gengival (SILVEIRA; OLIVEIRA; PADILHA, 2002). Tais achados confirmam que escolares representam um grupo populacional relevante para realização de abordagens educativas baseadas na escola.

Com relação à variável mancha branca ativa, sugere-se que a diminuição de sua frequência seja decorrente do uso de dentifrício fluoretado na escovação supervisionada. Biesbrock et al (1998) avaliaram a capacidade de reversão de cáries incipientes através da escovação dentária com dentifrício a base de fluoreto de sódio e fluoreto estanhoso, e demonstraram que os dentifrícios contendo fluoreto de sódio e estanhoso foram mais eficazes no tratamento de cáries incipientes, em relação ao grupo controle.

No que diz respeito à comparação entre as séries escolares, os resultados foram estatisticamente significantes para a variável placa visível. Avaliando-se os dados encontrados no primeiro exame, quanto menor a série, maior a prevalência de crianças com placa visível. Isto pode ser explicado pelo fato de que, no momento do primeiro exame, a grande maioria das crianças do 2º ano já participou do programa preventivo-educativo durante um ano, assim como as do 3º ano já participaram durante dois anos, enquanto que as crianças do 1º ano nunca participaram. Apesar disso, pode considerar-se que tal efeito seja consequência do tempo de acompanhamento da intervenção, pois se o impacto da ação educativa-preventiva fosse avaliado após um período maior, talvez os resultados fossem diferentes. Também, com o aumento da idade, espera-se uma melhora na coordenação motora da criança, com consequente melhora na escovação. Unkel e cols. (1995) demonstraram em seu estudo que a habilidade para realizar escovação dental aumentou significativamente com o aumento da idade, comparando crianças entre 6 e 11 anos de idade. Desta forma, poderia se esperar que os escolares melhorassem sua higiene bucal com o desenvolvimento da motricidade, mesmo sem a intervenção do programa. Ainda assim, nos exames iniciais realizados em março, a prevalência de placa visível entre os alunos de 2ºs e 3ºs anos foi alta, possivelmente em virtude do período de férias, no qual as crianças não recebem o programa preventivo-educativo.

O fato de o programa ser desenvolvido, anualmente, pela ESB na mesma escola pertencente à área adstrita fez com que fosse criado um vínculo entre a equipe e os alunos, o que facilita a aprendizagem e faz com que haja continuidade das atividades, constante motivação e reforço da importância da higiene bucal. Vínculo ou longitudinalidade diz respeito à utilização regular de serviço de saúde pela população e o foco da equipe na população adstrita (ELIAS et al., 2006), e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (IBANEZ et al., 2006). As equipes de saúde bucal, inseridas a partir de 2001 no contexto do PSF, desempenham papel importante na prevenção de problemas bucais e na promoção de saúde para a população. A PNSB propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor (BRASIL, 2004; ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Os dados analisados referentes ao segundo exame revelam que as crianças do 1º ano, quando orientadas e motivadas, são capazes de assimilar bem os conhecimentos adquiridos, respondendo melhor após o período de 6 meses de desenvolvimento das atividades. Isto sugere, também, que o programa desenvolvido não produz resultados apenas à longo prazo.

O fato de algumas turmas receberem incentivo por parte dos professores para a escovação diária após o lanche não resultou em diferenças estatisticamente significativas na prevalência das variáveis estudadas, exceto no momento do primeiro exame para a variável placa visível, que foi mais prevalente entre os alunos que não recebem incentivo dos professores. Entretanto, o primeiro exame ocorre no início do ano letivo e, assim, não se pode afirmar que esta diferença seja decorrente do incentivo dos professores.

Além disso, as turmas que recebem incentivo são compostas, em sua maioria, por crianças do sexo feminino que, em geral, demonstram maior interesse na execução das atividades e no autocuidado, o que pode também ter levado a uma diferença nos resultados. Um estudo em escolares de Goiânia-GO demonstrou que adolescentes do sexo feminino apresentaram frequência de escovação maior do que adolescentes do sexo masculino (FREIRE; SHEIHAM; BINO, 2007), assim como outro estudo, com alunos de 7ª série da cidade de Gravataí-RS (FREDDO et al., 2008).

No Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal das Escolas, ao qual pertencem os dados coletados neste estudo, a presença ou ausência de gengivite é aferida por meio de escovação profissional e posterior exame. Mariath e cols. (2008) demonstraram em seu estudo que a escovação profissional é uma ferramenta útil para o diagnóstico de inflamação gengival, principalmente como indicador de saúde gengival. No que diz respeito ao diagnóstico de manchas brancas ativas, este deve ser realizado após a remoção do biofilme, que poderia “camuflar” a lesão, e após secagem da superfície dentária com uso da seringa tríplice (FEJERSKOV; KIDD, 2005), tal como é realizado no exame dos escolares.

Uma limitação encontrada neste estudo foi o fato da variável placa visível ser avaliada após realizada escovação dos dentes das crianças. Tem-se, portanto, um viés de aferição, visto que se é realizada escovação, a placa que as crianças possuem é desorganizada ou mesmo eliminada com escova multicerdas. Logo, pode ter ocorrido distorção dos resultados com relação a esta variável, já que é esperado que a maioria que tenha escovado adequadamente os dentes não terá mais placa visível. Então, pode-se sugerir que a aferição realizada diz respeito à capacidade de remoção de biofilme da escovação realizada durante o levantamento de dados e não a remoção realizada pela criança. Cabe-se ressaltar que a placa é considerada visível quando se mostra como uma camada esbranquiçada ou amarelada, depositada próxima à margem gengival dos dentes, sem ser necessário o uso de sonda para sua evidênciação (BRUNETTI; FERNANDES; MORAES, 2007).

Um problema evidenciado foi o fato da amostra inicial ser de 271 crianças, mas somente participarem 153 crianças no primeiro exame e 146 no segundo. É notório que

alguns pais/responsáveis não assinam a autorização que é entregue no início do ano letivo para a participação no programa, e conseqüentemente nos exames, seja pelas próprias crianças que perdem as autorizações ou mesmo esquecem de entregá-las, seja pelo descaso dos pais com relação aos seus filhos ou até por não concordarem com o programa.

Com relação a isto, a ESB está tomando algumas providências para que diminua esta ocorrência. Foi acordado, recentemente, juntamente à direção da escola, que no momento da matrícula dos alunos, as autorizações serão entregues aos pais, de modo que estes possam prontamente autorizar as crianças a participar deste programa, que é tão importante para a promoção de saúde bucal nas escolas, visto que a escovação é a linha de frente de defesa contra o biofilme dental e a gengivite (SHARMA; GALUSTIANS, 1994), assim como, é a forma mais amplamente usada e socialmente aceita de higiene bucal (DITTERICH et al, 2007).

Este trabalho evidenciou a necessidade de uma atuação continuada da ESB na promoção, prevenção e educação em saúde da população adscrita da ESF Viçosa. Uma ESB completa (modalidade II) explicita a possibilidade do CD planejar, organizar, supervisionar e desenvolver uma atividade preventiva-educativa nesta comunidade, em que o TSB ou ASB irão atuar como executores, de forma que o CD possa, enquanto isso, garantir atenção ampliada e qualificada no consultório para o restante da população assistida. Assim, cabe ao CD a avaliação desta atividade, que é essencial em saúde pública, contribuindo em busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes (VAUGHAN, 2004; FACCHINI et al, 2006), bem como promovendo a integralidade do cuidado. Desta forma, atuar na escola Thereza Noronha Carvalho propiciou aquisição de conhecimentos relacionados à saúde bucal para as crianças, bem como para suas famílias, as quais indiretamente recebem as informações dadas e estas acabam por serem reforçadas pela atuação da ESF neste território.

Avanços na avaliação de programas de promoção de saúde bucal são benéficos no desenvolvimento da integralidade em Atenção Primária à Saúde. A avaliação é importante como meio de avaliar a efetividade de intervenções preventivas, disseminar e divulgar exemplos de boa prática, fazer o melhor uso de recursos limitados, fornecer dados para funcionários e usuários, além de informar sobre o desenvolvimento e implementação de programas (KWAN; PETERSEN, 2004). Na Atenção Básica, a avaliação é um instrumento de gestão importante para subsidiar as tomadas de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos de gestão (BRASIL, 2008; ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

7 CONCLUSÃO

A avaliação do programa preventivo-educativo desenvolvido pela ESB da ESF Viçosa, que consiste na orientação de higiene bucal semanal através de escovação supervisionada realizada na Escola Estadual de Ensino Fundamental Professora Thereza Noronha Carvalho, permite concluir que:

- 1) As crianças avaliadas apresentavam altos índices de placa, sangramento gengival e mancha branca ativa no momento do primeiro exame, denotando a necessidade de uma abordagem preventivo-educativa para alteração destes parâmetros.
- 2) A realização de atividades que visem à educação em saúde tem nesta escola um local importante para o seu desenvolvimento, visto que esta instituição é um lugar de aquisição de conhecimentos necessários para o desenvolvimento psíquico-fisiológico dos indivíduos que nela estudam.
- 3) Programas educativo-preventivos em saúde devem continuar sendo realizados pela ESB da ESF Viçosa no âmbito escolar, visto que se mostraram efetivos na redução da frequência de placa, gengivite e mancha branca. Acreditamos que tal intervenção desempenhe um papel importante no desenvolvimento do autocuidado e do despertar sobre a importância da manutenção da saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde Bucal no contexto do Programa de Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 9, p. 2131-2140, set. 2008.

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 1, p. 123-130, mar. 2006.

AQUILANTE, A. G. et al. A importância da Educação em saúde bucal para Pré-Escolares. **Rev. Odontol. UNESP**, São Carlos, v. 32, n. 1, p. 39-45, jan/jun 2003.

BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciênc. Odontol. Bras.**, vol. 10, n. 3, p. 53-60, jul/set 2007.

BIESBROCK A.R. et al. Reversal of incipient and radiographic caries through the use of sodium and stannous fluoride dentifrices in a clinical trial. **J Clin Dent**; v. 9, n.1, p.5-10, 1998.

BJARNASON, S. High caries levels: problems still to be tackled. **Acta Odontol Scand**; v. 56, p. 176-178, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, aug. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projetos e Programas. Saúde da Família. Disponível em: <www.saude.gov.br. 2000>.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Saúde Bucal, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php > Acesso em: abr. 2010.

BRUNETTI, M.C.; FERNANDES, M.I.; MORAES, R.B. **Fundamentos da periodontia: teoria e prática**. São Paulo: Artes Médicas, 2007. Cap. 2, p. 31; cap. 7, p.98.

BUISCHI, Y.P. Promoção de Saúde bucal: definições. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. Cap. 1, p. 03-22.

CARDOSO, L.; ROSING, C. K.; KRAMER, P. F. Doença periodontal em crianças - levantamento epidemiológico através dos índices de placa visível e de sangramento gengival. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe**, v.3, n. 11, p. 55-61, jan./fev. 2000.

CASTRO, R. F. M.; BASTOS, J. R.M. O impacto imediato de ações educativas, preventivas e curativas sobre a saúde bucal de escolares de 1ª e 4ª série em um município da Região Amazônica. Bauru: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Odontologia de Bauru, 2006.

COSTA, I.C.C.; ALBUQUERQUE, A.J.. Educação em Saúde. In: OLIVEIRA, A. G. R. C.; ALBUQUERQUE, A. J.; REGO, D. M.; SILVA, E. M.; SOUZA, E. C. F.; COSTA, I. C. C.; et al. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN; 1997, p. 223-50.

CUNHA, A.C.P.; CAHMBRONE, L.A. Prevalência de gengivite em crianças. **Revista Periodontia**, v. 7, p. 1-5, 1998.

CURY, J. A. et al. The Importance of Fluoride Dentifrices to the Current Dental Caries Prevalence in Brazil. **Braz Dent J**, Piracicaba, v. 15, n. 3, p. 167-174, 2004.

DITTERICH, R. G. et al. Higiene Bucal e motivação no controle do biofilme dental. **Odontologia. Clin. Cientif.**, Recife, vol. 6, n. 2, p. 123-128, abril/jun 2007.

ELIAS, M.S. et al. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 88-95, jan. 2001.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, sept. 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, set. 2006.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E.. **Cárie Dentária: A Doença e seu Tratamento Clínico**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2005. Cap. 13, p.189-219.

FREDDO, S. L. et al . Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, set. 2008 .

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, dez. 2007 .

GARCIA, P. P. N. S.; CORONA, S. A. M.; VALSECKI JR, A.. Educação e motivação: I. Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 393-403, 1998.

GOMES, A.S.; GIANLUP, E.M.; ABREU, C.B.. A importância da conscientização e da prática preventiva em Odontologia. **Revista Odontologia e Ciência**, v. 8, n. 16, p. 115-125, 1993.

HOROWITZ, A.M. et al. Effects of supervising daily dental plaque removal by children: first-year results. **J. Publ. Heth Dent.**, v. 36, p. 193-200, 1976.

IBANEZ, N. et al . Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, sept. 2006.

KWAN, S.; PETERSEN, P.E. Evaluation of community based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. **Community Dent. Health**, vol. 21, n. 4, p. 319-29, dez. 2004.

MARIATH, A. A. S. et al. Professional flossing as a diagnostic method for gingivitis in the primary dentition. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 22, n. 4, dez. 2008.

MENDES, I.J.M. **Promoção de saúde: caminhando para o único**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1996. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OLIVIER, L.V.; BOZZO, L.. Prevenção de cárie e gengivite em pré-escolares: avaliação da condição de saúde bucal; avaliação de um programa preventivo; avaliação da eficiência de um método alternativo de prevenção. Piracicaba: Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 1985.

OPPERMANN, R.V.; RÖSING, C.K.. Epidemiologia das doenças periodontais. **Periodontia: ciência e clínica**. São Paulo: Artes Médicas, 2001. Cap. 1, p. 1-20.

PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G.. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

SABA-CHUJFI, E. et al. Avaliação dos métodos de motivação/educação em higiene bucal. **RGO**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 87-90, 1992.

SHARMA, N. C.; GALUSTIANS, J.. Efeitos clínicos sobre a placa dental e a gengivite obtidos com o uso de quatro escovas dentais manuais de desenho complexo por período de três meses. **J Clin Dentistr**, v. 5, p. 114-8, 1994.

SILVEIRA, J. L.G.C.; OLIVEIRA, V.; PADILHA, W. W. N.. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 16, n. 2, jun. 2002 .

SILVERSTEIN, S. et al. Effect of supervised deplaqueing on dental caries, gingivitis and plaque. **IADR**, 1977.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.

TOASSI, R.F.C.; PETRY, P.C.. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, 2002.

TURSSI, C.P. et al. Influência do reforço da motivação no controle da placa bacteriana em escolares da zona rural. **Rev ABOPREV**, 1, p. 16-21, 1998.

UNKEL, J.H. et al. Toothbrushing ability is related to age in children. **J Dent Children**, v. 62, n.5, 1995.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. **Am J Public Health**, v. 94, n. 3, 360, 2004.

WHO. *INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1., 1986, Ottawa. The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.*

ANEXO A – Ficha de Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal nas escolas do Município de Porto Alegre


PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LEVANTAMENTO DE SAÚDE BUCAL NAS ESCOLAS

NOME DA ESCOLA		TELEFONE		NOME DA PROFESSOR(A)		TURMA								
NOME DO DENTISTA		AUXILIAR		UBS / NASCA										
Nº	NOME	IDADE	PLACA VISÍVEL	GENGIVITE SANGRAMENTO	CÁLCULO	MANCHA BRANCA ATIVA	RESTAURAÇÕES	CAVIDADE CRÔNICA	CAVIDADE AGUDA	LESÕES TECIDOS MOLES	URGÊNCIA	TRAUMA / FRATURA / ORTO	CLASSIFICAÇÃO DE A a F	PRIORIDADE
						D P	D P	D P	D P					
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

"DROGAS: A VIDA MELHOR SEM ELAS"

(297x210 mm - B.U.S. 1x50) A-CGIMA, MOD. S-736

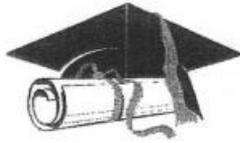
ANEXO B – Critérios e códigos da ficha de Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal nas escolas do Município de Porto Alegre

CRITÉRIOS e CÓDIGOS PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO	
	Critério para ausência do evento
Placa	Zero (0)
Gengivite e/ou sangramento em três ou mais dentes	Um (1)
Cálculo em três ou mais dentes	Um (1)
Mancha branca ativa (rugosidade, superfície desmineralizada).	Um (1)
Restaurações (registrar o número encontrado em dentes deciduos -D- e/ou permanentes -P- restaurados com qualquer material).	Um ou mais, de acordo com número de dentes restaurados
Cavidades crônicas (registrar número de dentes com cavidades inativas, crônicas de cárie em deciduos -D- e/ou permanentes -P-).	Um ou mais, de acordo com número de dentes com cárie crônica
Cavidades agudas (registrar número de dentes com lesão ativa de cárie em deciduos -D- e/ou permanentes -P-).	Um ou mais, de acordo com número de dentes com lesão ativa de cárie.
Lesão tecidos moles (registrar qualquer alteração identificada nos tecidos moles)	Um (1)
Urgência (registrar quando houver dor, edema, hemorragia, abscesso agudo ou necessidade imediata de atenção odontológica)	Um (1)
Trauma/ Fratura (registrar presença de dentes com trauma, identificando o tipo de trauma e o número de dentes que apresentam traumatismo)	(F) para fratura dentária (1) para intrusão (E) para extrusão (A) para avulsão
Oclusão (registrar principalmente quando houver má-oclusão severa que cause: gengivite, cárie ou problemas de relacionamento).	(1) para pequenos desvios (2) para má oclusão severa
Classificação (será elaborada após a realização do exame, com base nos dados levantados, usando a classificação de referência de A até F)	
Prioridade para tratamento (será definida após a realização do exame e da classificação das necessidades para listar a prioridade de encaminhamento)	ATF - para quem necessita apenas aplicações de flúor; ART - para quem necessita apenas de restauração atraumática (ART) (1) para as demais necessidades. Numerar em ordem crescente pela necessidade observada: 1 - o mais severo (crianças com código F), 2 - aqueles com código (E), 3 - para aqueles com código (C) e assim por diante.
	Ver quadro abaixo
	Zero (0) sem atividade doença (crianças classificadas com código A)

Sem atividade de doença		Com atividade de doença	
A: SEM	B: COM	C: COM	D: COM
<ul style="list-style-type: none"> • lesão de cárie, • gengivite e/ou • mancha branca ativa 	<ul style="list-style-type: none"> • dente restaurado, SEM • gengivite e/ou • mancha branca ativa 	<ul style="list-style-type: none"> • cavidades de cárie crônica, SEM • gengivite e mancha branca ativa 	<ul style="list-style-type: none"> • placa, gengivite e/ou mancha branca ativa SEM • lesão de cárie ou dente restaurado,
		E: COM	F: COM
		<ul style="list-style-type: none"> • cavidades de lesão de cárie aguda/ e/ou • necessidade de exodontia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de urgência: (dor, edema, hemorragia e/ou abscesso).

VIENSO DO VOT. S-736

ANEXO C – Autorização de participação do programa preventivo-educativo na escola



**ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL
 PROFª THEREZA NORONHA CARVALHO
 RUA MAGNÓLIA, 120 - PARADA 13 A -
 LOMBA DO PINHEIRO/PORTO ALEGRE
 FONE/FAX: 3319.3419**

AUTORIZAÇÃO

Sr.Pais ou Responsáveis estamos implantando na escola um PROGRAMA DE PREVENÇÃO À CÁRIE DENTAL, sob a orientação da Equipe de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família.

Neste programa, além de palestras sobre prevenção e saúde bucal, seu filho receberá orientação quando ao uso da escova, do fio dental e aplicação de bochechos semanais com flúor.

Agradecemos desde já a atenção e colaboração, colocando à disposição para qualquer esclarecimento.

(conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA: Art.4 - É dever da Família... assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à saúde... Art.5- Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência...)

 Autorizo meu filho(a).....
 Série/Ano:..... da Turma:.....
 Porto Alegre:...../...../.....

.....
 Assinatura do Responsável

A DIREÇÃO

ANEXO D – Aprovação do trabalho nos Comitês de Pesquisa e Ética da UFRGS

Projeto de Pesquisa

<https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pro...>

Pesquisador: Fernando Neves Hugo

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 19943

Título: O IMPACTO DO PROGRAMA PREVENTIVO-EDUCATIVO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VIÇOSA NA SAÚDE BUCAL DE ESCOLARES

Área do Conhecimento: Saúde Pública

Início: 15/03/2010

Previsão de conclusão: 20/11/2010

Situação: projeto em andamento

Origem: Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Preventiva e Social
Projeto da linha de pesquisa Educação e SaúdeLocal de Realização: Secretaria De Saúde Do Município De Porto Alegre
Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Projeto Em Seres Humanos

Objetivo: Avaliar o impacto do programa preventivo-educativo desenvolvido pela Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família Viçosa em escolares de 1ºs a 3ºs anos da Escola Estadual de Ensino Fundamental Thereza Noronha Carvalho.

Palavras-ChaveEstratégia De Saúde Da Família
Prevenção E Educação Em Saúde
Saúde Bucal**Equipe UFRGS**Nome: Vania Maria Aita De Lemos
Participação: Coordenador
Início: 15/03/2010 Término: 24/07/2010Nome: Fernando Neves Hugo
Participação: Coordenador
Início: 25/07/2010Nome: Nathália Maria Lopes Dos Santos
Participação: Pesquisador
Início: 15/03/2010Nome: Caroline Maders
Participação: Pesquisador
Início: 15/03/2010**Equipe Externa**Nome: Léa Fabiana Baron Zimbowicz
Instituição: Secretaria De Saúde Do Município De Porto Alegre
Participação: Pesquisador
Início: 15/03/2010

Projeto de Pesquisa

<https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pro...>

Anexos

[Projeto Completo](#)

Data de Envio: 04/09/2010

[Concordância de Instituição](#)

Data de Envio: 04/11/2010

[Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos](#)

Data de Envio: 04/11/2010

[Formulário de Encaminhamento do Protocolo de Pesquisa](#)

Data de Envio: 17/11/2010

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Odontologia - Aprovação condicional na dependência de outra instância: Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

[Visualizar Parecer](#)

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS - Aprovado

[Visualizar Parecer](#)