FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

LUCIANA ALVES DE LUNA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE ADULTOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE MÓVEL ODONTOLÓGICA DE PERNAMBUCO: UMA PESQUISAÇÃO

RECIFE
2019

LUCIANA ALVES DE LUNA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE ADULTOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE MÓVEL ODONTOLÓGICA DE PERNAMBUCO: UMA PESQUISAÇÃO

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.

Orientador: Prof. Dr. Edvaldo da Silva Souza
Co-orientador: Prof. Dr. Gilliatt Hanois Falbo Neto

Linha de Pesquisa: Estratégias, ambientes e produtos educacionais inovadores

Recife, 2019.

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

L961e Luna, Luciana Alves de

Educação em saúde bucal de adultos atendidos em uma unidade móvel odontológica de Pernambuco: uma pesquisação / Orientador: Dr. Edvaldo da Silva Souza. – Recife: Do Autor, 2019.
67 f. il.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2019.

1. Educação em saúde bucal. 2. Escovação dentária. 3. Odontologia. I. Souza, Edvaldo da Silva. Orientador. II. Título.

CDU 37:614

Luciana Alves de Luna
(Especialista em Saúde Pública com Ênfase em PSF pela Faculdade Joaquim Nabuco/PE, Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas pela Faculdade dos Guararapes/PE, Mestranda em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS, Gestora de Unidade Móvel Odontológica do Serviço Social do Comércio/PE)
(81)997623080/32247577
lucyluna__@hotmail.com

Edvaldo da Silva Souza
(Doutorado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) em 2010, Coordenador Adjunto do curso de Medicina e Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação em Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)
(81) 30357777
edvaldo.s@fps.edu.br

Gilliatt Hanois Falbo Neto
(Doutorado em Medicina Materno Infantil pela Università Degli Studi Di Trieste-Itália (1998). Presidente do Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira-IMIP, Coordenador dos cursos de graduação e do Mestrado profissional em Educação para profissionais de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenador da disciplina de metodologia do Ensino da pós-graduação em saúde materno infantil do IMIP)
(81)21224151
falbo@fps.edu.br

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
Mestrado Profissional em Educação no Ensino na Área de Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE ADULTOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE MÓVEL ODONTOLÓGICA DE PERNAMBUCO: UMA PESQUISAÇÃO

Dissertação de Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde, submetida à defesa pública e aprovada pela banca examinadora em outubro de 2019.

Membros da Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Edvaldo da Silva Souza
Faculdade Pernambucana de Saúde

_____

Prof. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Faculdade Pernambucana de Saúde

_____

Prof. Dra. Manoela Almeida Santos da Figueira
IMIP

Recife, 2019.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela maravilhosa oportunidade da vida e por permitir a realização de mais este sonho.

À minha mãe, **Lucia (*in memorian*)**, por ter sido tão guerreira em vida e por ter-nos dado a estrutura para que pudéssemos estar hoje concretizando nossos objetivos.

Ao meu pai, **Adeilson**, e aos meus irmãos, **Marcus, Milena, Adeilson e Adson**, por todo apoio de sempre e por me proporcionarem momentos de leveza.

A **Thiago Picanço**, pelo apoio e envolvimento com este projeto, participando ativamente para a realização deste.

Ao **Serviço Social do Comércio (SESC-PE)**, por incentivar o crescimento profissional de seus funcionários e autorizar a utilização da Unidade Móvel OdontoSESC no desenvolvimento desta pesquisa.

À Prefeitura do município de Tabira, nas pessoas do prefeito, **Sr. Sebastião Dias Filho**, e da secretária municipal de saúde, **Sra. Maria José Almeida da Silva**, pela autorização da realização desta pesquisa em vosso município.

Aos **pacientes do município de Tabira-PE** que participaram desta pesquisa.

Às equipes de **colaboradores do SESC-PE** e da **prefeitura de Tabira-PE** pela dedicação e empenho na coleta de dados desta pesquisa.

Aos professores da Faculdade Pernambucana de Saúde, **Dalmir Santos, Alessandro e Bruno Hipólito**, por contribuírem grandemente com a análise de dados e com o produto técnico deste trabalho.

Ao meu orientador, **Prof. Edvaldo da Silva Souza**, pelo acolhimento, orientação e sugestões valiosas para a conclusão deste estudo.

Ao meu co-orientador, **Prof. Gilliat Hanois Falbo Neto**, pela orientação e esclarecimentos quanto à direção da pesquisa.

Aos **meus amigos do mestrado** por proporcionarem momentos tão ricos em conhecimento e companheirismo, os quais me deram o incentivo para a conclusão do curso e lembranças tão doces e amáveis deste período. Meu muito obrigada.

Enfim, a **TODOS** que de forma direta e indireta participaram da concretização deste sonho.

Me movo como educador, porque, primeiro, me movo como gente."

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: Dentre as doenças bucais, a cárie dentária e a doença periodontal são ainda muito prevalentes na maioria da população mundial. A escovação dentária adequada associada ao fio dental, ainda é considerada o principal e mais efetivo meio de prevenção das doenças bucais. Por essa razão, intervenções educativas para motivar os pacientes a realizarem uma higiene bucal eficiente são cada vez mais empregadas. **Objetivo**: Avaliar uma intervenção educativa de saúde bucal em pacientes atendidos em uma Unidade Móvel de Pernambuco e produzir material educativo em forma de podcast. **Método**: Neste estudo longitudinal com comparativo do tipo antes e depois foram avaliados em 34 pacientes o índice de placa visível (IPV) e índice de sangramento gengival (ISG) na admissão dos pacientes no estudo e com 6 semanas, e também foram aplicados formulários antes e após o tratamento, a fim de identificar a percepção dos pacientes quanto a sua higiene bucal e se as intervenções educativas promovidas por cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal sobre escovação e uso do fio dental influenciaram nos seus hábitos de higiene bucal. Esta foi aprovada pelo Comitê Ético em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, CAAE 76815617.1.0000.5569. **Resultados:** Verificou-se que a maioria é do sexo feminino (79,4%), possui idade entre 30 e 39 anos (38,2%), fez o ensino médio/superior (41,2% - apenas um fez o ensino superior) e mora na zona urbana (94,1%). Na distribuição da percepção e práticas dos pacientes relacionadas à saúde bucal, a maioria considerou que a falta ou a má aparência dos dentes dá vergonha no relacionamento com outras pessoas (90,9%), escova os dentes 3 ou mais vezes ao dia (61,8%), acha que escova bem os dentes (67,6%), não utiliza o fio dental durante o dia (61,8%), já percebeu algum sangramento na gengiva ao escovar os dentes (67,6%) e fez o último tratamento ao mais de um ano (52,95). Na distribuição dos fatores relacionados ao conhecimento prévio dos pacientes quanto à sua saúde e higiene oral, verificou-se que a maioria acredita que: o dentista não é o único responsável pela saúde dos seus dentes (79,4%), a saúde da boca pode causar problemas no estado de saúde geral de uma pessoa (97,1%), quanto mais cedo se procura o dentista, menos caro e menos doloroso será o tratamento (100,0%), sabe que está com dente cariado quando em um buraco no dente (58,8%) e acredita que a cárie é resultado de pouca escovação (63,6%). Este estudo teve como produto um podcast educativo ao público com instruções sobre saúde bucal e higienização oral. Na comparação da distribuição do IPV e ISG entre no primeira e sexta consulta de avaliação. Verificou-se que o IPV e o ISG apresentaram redução significativa entre a 1º consulta e 6º consulta (ambos apresentaram p-valor < 0,001), sendo a redução de 10,52 pontos no IPV e de 7,04 pontos no ISG. Ao comparar o IPV entre a 1ª consulta e 6ª consulta percebeu-se que o IPV foi significativo para todas as categorias de sexo, faixa etária e escolaridade. Para o ISG o teste não foi significativo apenas no sexo masculino (p-valor = 0,128) e ensino fundamental incompleto (p-valor = 0,093). Nas demais categorias foi verificada redução significativa do ISG. E como produtos deste trabalho foram desenvolvidos um artigo cientìfico e um podcast educativo com orientações em saúde bucal. **Conclusão:** Observou-se que atividades educativas em saúde bucal são eficazes para a melhoria da saúde bucal dos pacientes tanto em nível motivacional quanto clínico. Recomenda-se realizar cada vez mais programas de prevenção que facilitem o entendimento e aceitação dos indivíduos para as boas práticas em higiene bucal.

Palavras-chave: saúde bucal; escovação dentária; educação em saúde bucal

ABSTRACT

Introduction: Among oral diseases, dental caries and periodontal disease are still very prevalent in the majority of the world population. Proper tooth brushing associated with dental floss is still considered the main and most effective means of preventing oral diseases. For this reason, educations to motivate patients to perform efficient oral hygiene are increasingly employed. **Objective**: To evaluate an oral health educational intervention in patients treated at a Pernambuco Mobile Unit and to produce educational material in podcast form. **Method:** In this longitudinal study, we compared the before and after use of 34 patients or IPV (visible plaque index) and the gingival bleeding index (SSI) at admission to the study and at 6 weeks, and also were used before and after treatment in order to identify patients regarding their oral hygiene and whether the educational skills promoted by dental surgeons and dental assistants about brushing and flossing influence their oral hygiene habits. . It was approved by the Research Ethics Committee of the Pernambuco School of Health, CAAE 76815617.1.0000.5569. **Results:** It was found that the majority are female (79.4%), aged between 30 and 39 years (38.2%), had high school / higher education (41.2% - only one did the education and lives in the urban area (94.1%). In the distribution of patients' perceptions and practices related to oral health, most considered that the lack or bad appearance of teeth shame in relationships with other people (90.9%), brushing their teeth 3 or more times a day (61 , 8%), think they brush their teeth well (67.6%), do not floss during the day (61.8%), have noticed any bleeding gums when brushing their teeth (67.6%) and had the last treatment for over a year (52.95). In the distribution of factors related to patients' prior knowledge of their health and oral hygiene, it was found that most believe that: the dentist is not solely responsible for the health of their teeth (79.4%), the health of the mouth. can cause problems in a person's general health (97.1%), the sooner the dentist is sought, the less expensive and less painful the treatment (100.0%), you know you have a decayed tooth when in a hole in the tooth (58.8%) and believes that caries is the result of poor brushing (63.6%). This study had as its product an educational podcast to the public with instructions on oral health and oral hygiene. In comparing the distribution of IPV and ISG between the first and sixth assessment consultation. It was found that the IPV and the ISG showed a significant reduction between the 1st consultation and the 6th consultation (both had p-value <0.001), with a reduction of 10.52 points in the IPV and 7.04 points in the ISG. When comparing the BTI between the 1st and 6th appointments, it was noticed that the BTI was significant for all categories of gender, age and education. For the ISG the test was not significant only in males (p-value = 0.128) and incomplete elementary school (p-value = 0.093). In the other categories, a significant reduction in ISG was verified. And as products of this work were developed a scientific article and an educational podcast with guidelines on oral health. **Conclusion:** It was observed that educational activities in oral health are effective for improving the oral health of patients at both motivational and clinical level. It is recommended to conduct more and more prevention programs that facilitate the understanding and acceptance of individuals for good oral hygiene practices.

Key-words: oral health; toothbrushing; dental health education

LISTA DE FIGURA E TABELAS

Figura 1: Representação esquemática de diferentes doenças sistêmicas e sua associação com patógenos orais 2
Figura 2: Fluxograma de captação e acompanhamento de pacientes 15
Tabela 1: Distribuição da percepção e prática dos pacientes relacionadas à saúde bucal..... 38
Tabela 2: Distribuição dos fatores relacionados ao conhecimento prévio dos pacientes quanto à sua saúde e higiene oral..... 39
Tabela 3: Percepção dos pacientes entrevistados quanto à sua saúde e higiene oral após intervenções educativas..... 39
Tabela 4: Mediana e amplitude interquartil do escore IPV e ISG, segundo o momento da consulta..... 40
Tabela 5: Mediana e amplitude interquartil do IPV e ISG segundo o perfil pessoal dos pacientes avaliados e do momento de avaliação..... 40

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO 1
1.1. Conceito de cárie dentária e doença periodontal e seus determinantes 2
1.2. Educação em saúde bucal 4
1.3. Estratégias educativas em saúde bucal 5
1.4. Características Socioeconômicas do Município de Tabira 9
1.5. Projeto e Unidades OdontoSesc em Pernambuco 10
II. OBJETIVOS 11
2.1 Objetivo Geral 11
2.3. Objetivos Específicos 11
III. MÉTODOS 12
3**.1 Desenho do estudo** 12
3**.2. Local do estudo** 12
3**.3. Período do estudo** 12
3**.4. População do estudo** 12
3**.5. Amostra** 12
3.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes 13
3.6.1. Critérios de Inclusão 13
3.6.2. Critérios de Exclusão 13
3.7. Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes 13
3.7.1. Captação dos sujeitos da amostra e questionário inicial 13
3.7.2. Intervenções educativas 14
3.7.3. Levantamento do Índice de Placa Visível (IPV) e do Índice de Sangramento Gengival (ISG) 16
3.7.4. Aplicação do questionário final 17
3.8. Definição e operacionalização de Termos e Variáveis 18
3.9. Instrumentos de coleta de dados 20
3.10. Processamento e análise de dados 21
3.11. Aspectos éticos 22
IV. RESULTADOS 23
4.1. Artigo formatado segundo as normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva 23
INTRODUÇÃO 24
MÉTODO 28
RESULTADOS 31
DISCUSSÃO 34

REFERÊNCIAS 41
4.2. Criação e desenvolvimento de podcast educativo em saúde bucal 43
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS 45
VI. REFERÊNCIAS 46
APÊNDICES 49
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 49
APÊNDICE 2 - Ficha de avaliação de IPV/ISG 51
APÊNDICE 3 - Questionário Inicial 52
APÊNDICE 4 - Questionário Final 53
ANEXOS 54
ANEXO 1 - Parecer de Aprovação do CEP-FPS 54
ANEXO 2 – PODCAST SAÚDE BUCAL (Transcrição do áudio) 56
ANEXO 3 – Autorização do Autor da Figura 1 59
ANEXO 4 – Normas de publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva 60

I. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) envolve um completo bem-estar físico, mental e social. E a saúde oral, como faz parte desse sistema, contribui para o equilíbrio da saúde do indivíduo como um todo. Com isso, pode-se dizer que saúde bucal é um estado livre de dores bucais e faciais, câncer de boca e garganta, infecções e feridas orais, doença periodontal (gengiva), cárie dentária, perda dentária e outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade do indivíduo de morder, mastigar, sorrindo, falando e bem-estar psicossocial.[1]

E por estar diretamente relacionada com a saúde geral, afecções bucais podem originar doenças sistêmicas e vice e versa. Um exemplo de como uma doença sistêmica pode agravar uma infecção oral é a inter-relação entre o Diabetes Mellitus e a periodontite. Um estudo transversal realizado por Almeida *et al* (2014), avaliou as condições periodontais de pacientes portadores de Diabetes Mellitus e o resultado foi que os pacientes diabéticos descompensados, de longa duração e com idade avançada apresentaram maior percentual de doença periodontal.[2] O diabetes tanto pode ser um fator predisponente para o desenvolvimento de periodontite quanto a periodontite pode contribuir para o desequilíbrio do controle metabólico no diabetes.[3]

Em um artigo de revisão publicado em 2019 diz que diferentes doenças sistêmicas podem estar associadas com patógenos orais, tais como, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, infecção do trato respiratório, influência na gravidez, carcinoma oral e colorretal, e doença de Alzheimer. Sabe-se que cerca de 30 espécies de bactérias colonizam a cavidade oral, principalmente anaeróbicas Gram-negativas. Portanto, o acúmulo da placa bacteriana nos dentes, devido à falta de higiene dental e / ou fatores ambientais, induz uma resposta inflamatória do hospedeiro. Pois, suas endotoxinas

migram pela corrente sanguínea, e se alojar em algum órgão prejuízos ao hospedeiro sistemicamente.[4] (figura 1)

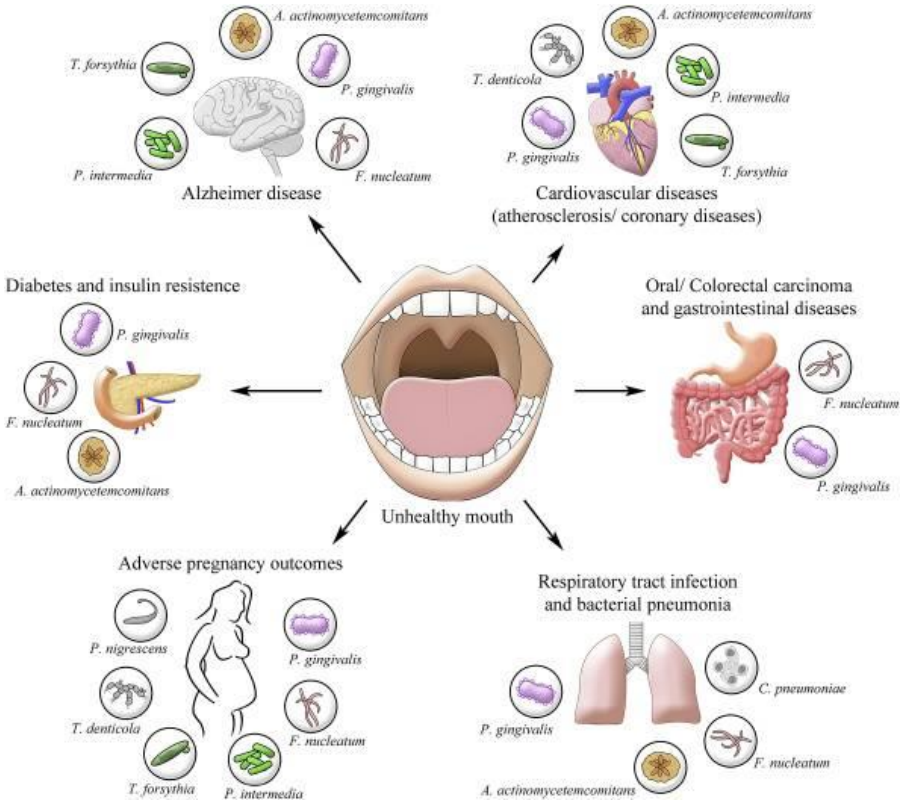


Figura 1: Representação esquemática de diferentes doenças sistêmicas e sua associação com patógenos orais(4) (Bui *et.al*., 2019) (autorizado pelo autor)

1.1. Conceito de cárie dentária e doença periodontal e seus determinantes

Dentre as doenças bucais, a cárie dentária e doença periodontal são ainda muito prevalentes na grande maioria da população mundial.[5,6] A cárie dentária é uma doença multifatorial causada pela interação entre a superfície do dente e do biofilme dental na presença de açúcares da dieta. Os microorganismos do biofilme metabolizam estes açúcares e produzem ácidos que, ao longo do tempo, destroem a estrutura dentária.[7]

Por isso, existem inúmeras ações em vários países para a prevenção e o tratamento das doenças bucais tanto em nível individual quanto populacional. Apesar das doenças orais serem muitas vezes invisíveis e ocultas, podem ser reduzidas ou evitadas através de métodos simples e eficazes em todas as fases da vida.[7] Entretanto, a utilização do clássico modelo cirúrgico-restaurador é insuficiente para conter as causas e os efeitos da doença cárie, mesmo sendo utilizados os materiais e as técnicas mais avançadas que a Odontologia tem desenvolvido nos últimos anos.[9]

Por isso, existem vários estudos com o objetivo de avaliar a prevalência de cárie na população mundial. Um método bastante utilizado por diversos países é a avaliação do índice CPO-D, formulado por Klein e Palmer, em 1937, que avalia o número médio de dentes permanentes Cariados, perdidos e Obturados aos 12 anos (idade de referência internacional para o cálculo do índice em que a dentição permanente está praticamente completa). [6] Para a OMS, o valor médio ideal recomendado do CPO-D em crianças é menor do que 1,1, aos 12 anos, o que corresponde a uma prevalência de cárie muito baixa.[1]

E segundo o Projeto SBBrasil 2010(9), o CPO-D na região das Américas, a média ficou em 2,8 e, na Europa, em 1,6. As regiões responsáveis pela baixa média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios baixos, geralmente explicados pelo baixo consumo de açúcares.

Já no Brasil, comparando com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira se situa em um valor intermediário. Dentro da América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPO-D semelhante à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Argentina (3,4), Colômbia (2,3), Paraguai (2,8), Bolívia (4,7) e Peru (3,7). [9]

Em 2010, o CPOD encontrado após a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal foi 2,1, o que colocou o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie. Houve uma redução de 25% no valor do CPOD, em relação ao levantamento anterior, em 2003. Considerando as cinco regiões brasileiras, em quatro houve redução do índice no período que vai de 2003 a 2010, de acordo com a pesquisa. Na região Nordeste, o índice caiu de 3,1 para 2,7; na região Centro-Oeste, de 3,1 para 2,6; no Sudeste, o índice passou de 2,3 para 1,7 e no Sul, de 2,3 para 2. Na região Norte, porém, não se verificou redução.[6]

Somado ao índice CPO-D, para avaliar a prevalência da doença cárie na população, também é necessário considerar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), os quais expressam a relação entre as condições de vida, trabalho, fatores sociais, econômicos, culturais, étnico, psicológicos e comportamentais de pessoas ou de grupos da população e sua condição de saúde. Esse fato ressalta a importância do estudo destes fatores e sua potencial influência sobre a qualidade de vida das populações.[10]

1.2. Educação em saúde bucal

A educação em saúde é considerada um processo de ensino-aprendizagem que envolve os profissionais de saúde e a população. Ela se refere a combinações de experiências de aprendizagem projetadas com a intenção de facilitar ações voluntárias relativas ao favorecimento da saúde**.** Entre os desfechos almejados incluem desde maior conhecimento e entendimento dos pacientes sobre suas condições; suas percepções e experiências da doença e tratamento; até impactos sobre o comportamento de saúde/autocuidado e, consequentemente, no estado de saúde. Além disso, é uma tática essencial nas práticas de promoção, prevenção de doenças e recuperação de saúde bucal, pois as pessoas absorvem o conteúdo transmitidos e multiplicam as informações para outros usuários dos serviços de saúde. [11,12]

Em um estudo realizado no sertão de Minas Gerais foram realizadas oficinas com temas em saúde que problematizavam diversas situações de saúde da comunidade, nas quais os grupos puderam discutir o impacto de seus hábitos nas suas condições de saúde. Como resultados, obtiveram uma experiência positiva por parte da comunidade, a qual pode refletir acerca de suas condições de vida e concluíram que atividades educativas em saúde possuem papel relevante no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, de forma construir, junto à comunidade, ferramentas para ampliar as perspectivas de vida futura.[13]

Já em um estudo realizado em 2018[14], foi caracterizada a produção científica sobre políticas e programas de saúde de adolescentes no Brasil e em Portugal no período 2010-2017. E identificou que, com relação à saúde bucal, os estudos discutem ações educativas que superem a lógica da comunicação unidirecional, dogmática e autoritária, na promoção da saúde bucal. Além disso, ressaltam que uma educação reflexiva e crítica, que problematize os temas de saúde bucal, considerando a complexidade dos determinantes sociais pode, mais do que estimular o autocuidado, contribuir para o desenvolvimento de uma consciência crítica, autônoma e emancipatória.

1.3. Estratégias educativas em saúde bucal

As estratégias de educação em saúde bucal são amplamente utilizadas até hoje, pois permitem desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre seus problemas de saúde. E com isso, levá-las a modificar seus hábitos em saúde, pensamentos e práticas do cotidiano para a prevenção, o controle ou a recuperação de doenças.[11,15]

Essas atividades educativas complementam a assistência odontológica, inserindo a promoção e prevenção à saúde ao método curativo.[12,15] Pois, a remoção mecânica da placa, mediante escovação dentária adequada associada ao fio dental, ainda

é considerada o principal, mais efetivo, acessível e difundido meio de prevenção das doenças bucais.[16,17] Entretanto, realizá-la adequadamente requer aprendizado. Atualmente, promove-se a “alfabetização em saúde” (*health literacy*) na qual é oferecido melhor acesso das pessoas às informações em saúde e na capacidade dos indivíduos de usar tais informações eficientemente, sendo base para o *empowerment*, no qual os indivíduos adquirem mais autonomia.[17] Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS), que através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo, consegue-se prevenir a cárie e a gengivite.[11]

Contudo, uma das maiores dificuldades é despertar o interesse e a cooperação do paciente para a prática e manutenção de adequada higiene bucal.[15] Por isso, o profissional deve sempre ter a preocupação com a motivação do paciente,[16] tornando-o um cooperador consciente, possibilitando numa melhor resposta na prevenção das doenças gengivoperiodontais e da cárie.[13,14,20]

Por essa razão existe um modelo chamado 'alfabetização em saúde', que se refere às habilidades pessoais, cognitivas e sociais as quais determinam a capacidade dos indivíduos de obter acesso, entender e usar informações para promover e manter uma boa saúde. Isso inclui resultados como aprimoramento do conhecimento e compreensão dos determinantes da saúde e mudança de atitudes e motivações em relação ao comportamento em saúde, bem como melhora da autoeficácia em relação às tarefas definidas. Além disso, o nível de conhecimento sobre higiene bucal dos pacientes, caracterizado por suas crenças, atitudes e conceitos, poderá determinar o seu comportamento frente às medidas de manutenção de saúde bucal. Por isso, ele deve ser cuidadosamente analisado, principalmente quando se quer propor mudança de hábitos.[21]

Inserir os adultos em atividades educativas é bastante proveitoso, porque, se adequadamente motivados, eles interagem não apenas como pacientes mas também como agentes multiplicadores, exercendo influências positivas sobre a família e os amigos. Entretanto, os profissionais da equipe de saúde bucal precisam planejar uma forma específica de atenção, considerando a situação de saúde bucal de cada indivíduo, bem como inserindo práticas coletivas. Além disso, é importante que a motivação dos pacientes quanto aos cuidados em saúde bucal necessita ser contínua, pois a promoção em saúde visa a melhoria da qualidade de vida e não só atuar isoladamente.[18]

Define-se motivação como o conjunto de atitudes que conduzem uma pessoa a atuar na direção de um objetivo específico.[22] Entretanto, este processo deve ser contínuo, pois em uma única sessão de ensino, não se conseguirá alterar um velho hábito do paciente.[18]

Dessa forma, métodos de motivação como a orientação direta, folhetos explicativos, filmes, vídeos educativos, *slides*, evidenciadores de placa e escovação supervisionada podem ser realizados, contanto que sejam de forma contínua para que os resultados almejados sejam alcançados, pois caso contrário o paciente irá desanimar, e fatalmente interromperá sua cooperação.[12,18]

Um estudo realizado no Reino Unido revela que intervenções que tornam o cuidado uma experiência positiva para pacientes com baixo nível socioeconômico podem ser particularmente benéficas na redução dessas desigualdades. Por isso, pesquisas sobre a aplicação e a efetividade de métodos de prevenção vêm aumentando ao longo dos anos.[18,20]

Já outro estudo que avaliou a higiene bucal, freqüência de consulta ao dentista e o número de dentes naturais em uma amostra de população idosa no sul da Polônia, identificou que a causa mais frequente de negligência da higiene oral em idosos poderia ser o gênero, as condições socioeconômicas, os hábitos e a falta de educação em saúde.

Os resultados mostraram que os pacientes deveriam ser educados a mudarem seus hábitos por meio de planejamento de um programa de prevenção à saúde.[23]

Estudos recentes avaliaram processos educativos usados na promoção em saúde bucal. Em um estudo de intervenção realizado em crianças de 10 anos de idade na Grécia foi avaliada a eficácia da educação em saúde bucal da aprendizagem experiencial (EL) comparadas com palestras tradicionais (TL), sobre o aprimoramento do conhecimento, atitude e comportamento em saúde bucal, além de higiene bucal, saúde gengival e cárie. E os resultados apontaram que o programa EL foi mais bem-sucedido que o TL na melhoria da higiene bucal e ambos os programas de educação em saúde bucal melhoraram o conhecimento, a atitude e o comportamento da saúde bucal das crianças. Já em uma pesquisa exploratória e descritiva realizada no município de Sobral, no estado do Ceará, foram analisadas as atividades de Educação em Saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e é necessário o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde, desde a graduação, assim como em nível técnico, que considerem a Educação Popular e o uso de outras metodologias ativas de ensino como método nas suas formações. [24,25]

Um estudo norueguês do tipo observacional trans-seccional investigou a resposta do paciente à informação sistemática periodontal, à motivação e à estratégia de tratamento, comparando com a percepção dos próprios esforços e resultados com aqueles clinicamente registrados. Os resultados mostraram que a maioria (99%) dos entrevistados ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos com as informações e instruções que receberam dos profissionais e relataram que estas foram essenciais para entendimento e manutenção do tratamento planejado. Além disso, os bons resultados do tratamento impactaram positivamente na qualidade de vida.[26]

Mas além dos métodos já citados, faz-se necessário investigar práticas pedagógicas inovadoras e recursos educacionais a fim de prover a educação alinhada às demandas tecnológicas atuais. Por essa razão, o podcast é uma alternativa de mediação pedagógica e de melhoria do processo de construção do conhecimento também na área de saúde. O processo se dá a partir da associação entre o arquivo de áudio que forma o podcast e um arquivo de texto que ajuda a divulgá-lo sempre que ele é lançado na internet. E pesquisas recentes revelam que é uma ferramenta facilitadora, por ter a capacidade de ser reproduzido nos computadores, tablets ou celulares, e em qualquer lugar, tanto como uma alternativa educativa para pacientes, como também em estratégia de metodologia ativa de ensino-aprendizagem para estudantes.[27,28]

1.4. Características Socioeconômicas do Município de Tabira

De acordo com o IBGE (2019), o município de Tabira está localizado na Macrorregião do Sertão Pernambucano e na Microrregião do Pajeú, com uma área territorial de 391,6 km^2, a 405km da capital, Recife. Sua população estimada no ano de 2019 é de 28.534 habitantes, com densidade demográfica de 68,11 habitantes por km^2. De acordo com o Censo 2010, a população com mais de 15 anos representava 73,16% do total da população do município. E em 2017, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7.6%. O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo, em 2010, era 50,1 %. E ainda, o município apresenta 70.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 74.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).[29]

1.5. Projeto e Unidades OdontoSesc em Pernambuco

O Projeto OdontoSesc foi implantado em Pernambuco em 2001 pelo Departamento Nacional do SESC. Atuando em parceria com instituições governamentais e não governamentais, tem como eixo orientador da atenção em saúde bucal a compreensão ampliada de saúde, buscando reforçar seus determinantes e intervir sobre os fatores que a colocam em risco, por meio de procedimentos de assistência clínico-odontológica que incorporam e se conjugam a ações educativas operacionalizadas como processo e valorizadas como parte integrante do tratamento odontológico. [30]

Em Pernambuco, existem duas unidades móveis e cada uma é composta por 04 consultórios, 01 sala de raio-X, 01 central de esterilização e 01 escovódromo. O projeto viaja pelo interior do estado desenvolvendo ações voltadas ao bem-estar e ao resgate da cidadania. [30]

Assim, o presente estudo objetivou avaliar uma intervenção educativa em pacientes atendidos em uma unidade móvel odontológica e criar um podcast educativo com orientações sobre saúde bucal e métodos para prevenção das doenças bucais. Baseado nessas informações e a fim de ampliar as investigações sobre a percepção de pacientes odontológicos em serviços de saúde, acrescentando aqueles oferecidos em Unidades Móveis, coube-nos questionar: São eficazes as intervenções educativas de saúde bucal em pacientes adultos atendidos em uma Unidade Móvel Odontológica?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar uma intervenção educativa de saúde bucal em pacientes atendidos em uma Unidade Móvel de Pernambuco e produzir material educativo em forma de podcast.

2.3. Objetivos Específicos

a) Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos na clínica da Unidade Móvel (OdontoSESC).
b) Descrever o conhecimento dos pacientes quanto a saúde bucal e hábitos de higiene oral.
c) Descrever a opinião dos pacientes sobre as atividades educativas realizadas na Unidade Móvel em sua saúde bucal e hábitos de higiene oral.
d) Descrever o índice de placa visível (IPV) e o índice de sangramento gengival (ISG) na admissão ao estudo e após 6 semanas.
e) Avaliar fatores associados com o índice de sangramento gengival (ISG) na admissão ao estudo e após 6 semanas.
f) Avaliar o impacto da ação educativa sobre o índice de placa visível (IPV) e o índice de sangramento gengival (ISG).
g) Criar e desenvolver um produto técnico educativo no formato de podcast com orientações sobre higienização bucal.

III. MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo longitudinal com comparativo do tipo antes e depois.

3.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado em uma das unidades móveis odontológicas do Serviço Social do Comércio (SESC), do Regional de Pernambuco.

O local onde foi realizada a coleta de dados foi no município de Tabira-PE.

3.3. Período do estudo

O período total do estudo foi de junho de 2017 a dezembro de 2018.

3.4. População do estudo

Pacientes adultos atendidos na Unidade Móvel Odontológica. Para realizar o tratamento odontológico na Unidade Móvel, o paciente recebeu a cartão de consulta, cuja organização de distribuição foi de responsabilidade da gestão do município parceiro.

3.5. Amostra

A amostra deste estudo foi por conveniência, de acordo com metodologia preconizada por Marotti, et.al (2008) e Freitag (2018)[31,32] , ou seja, aqueles que, por meio da aquisição da carteira do Projeto, iniciaram e concluíram o tratamento odontológico em seis consultas dentro da Unidade Móvel.

3.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

Os participantes da pesquisa foram adultos do município de Tabira-PE, e que receberam os cartões de consulta de acordo com a eleição dos gestores da prefeitura parceira.

3.6.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos pacientes adultos atendidos na Unidade móvel odontológica no município de Tabira-PE no período do estudo.

3.6.2. Critérios de Exclusão

Como critério de exclusão foram considerados os pacientes atendidos de urgência que não realizavam o tratamento odontológico completo na unidade móvel.

3.7. Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes

3.7.1. Captação dos sujeitos da amostra e questionário inicial

A procura para realizar o tratamento na Unidade Móvel Odontológica foi espontânea e a consulta foi confirmada por meio da entrega dos cartões de atendimento pela gestão da secretaria de saúde, na Unidade Básica de Saúde Fátima I, com o auxílio agentes comunitários de saúde dessa unidade.

Todos que recebiam a carteira eram informados do dia da semana e horário marcados para as consultas semanais.

À medida que os pacientes chegavam para o primeiro atendimento, eram convidados a participar do estudo por um colaborador treinado (recepcionista). (Figura 2) E neste momento, eram esclarecidos os objetivos da pesquisa, bem como que a recusa não traria, em hipótese alguma, prejuízos. Aqueles que aceitaram, assinaram

voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E para os pacientes com impossibilidade de assinar o nome, foi recolhida a impressão digital. (Apêndice 1)

Esta pesquisa não promoveu alteração na rotina dos atendimentos na Unidade Móvel. O protocolo de captação e atendimento aos pacientes foi o mesmo em todo período de permanência da Unidade Móvel no município.

3.7.2. Intervenções educativas

Na primeira consulta, inicialmente, o cirurgião-dentista orientou os pacientes sobre a técnica de escovação e uso do fio dental. Esta orientação foi dada com o paciente sentado na cadeira odontológica, no qual o profissional demonstrou no paciente, que visualizava com um espelho de mão. Em seguida, foi demonstrada a técnica de escovação apropriada ao paciente. Após isso, a escova dental foi entregue ao paciente e este foi orientado a sempre trazê-la nas próximas consultas. Ainda nesta sessão, cada paciente recebeu informações sobre noções básicas da etiologia e evolução da cárie dental e da doença periodontal, conceituação de placa bacteriana e importância da higiene bucal na manutenção da saúde. (figura 2)

Nas demais sessões, o programa de reforço de motivação foi desenvolvido por auxiliares de saúde bucal (ASB) previamente capacitados pela pesquisadora em mais cinco sessões semanais por meio de orientações verbais e escovação supervisionada, onde foram reforçadas as orientações dadas sobre escovação e uso do fio dental.

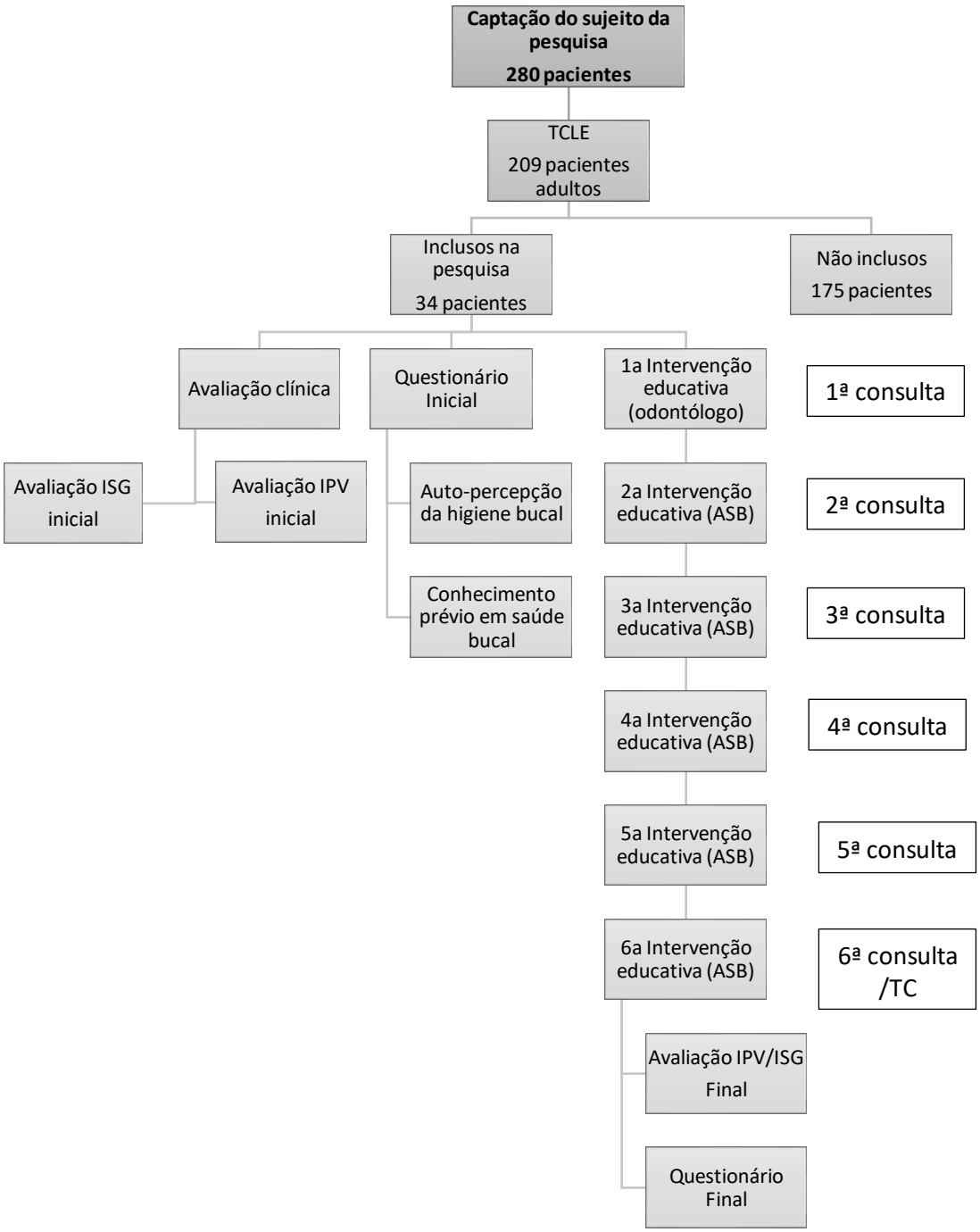


Figura 2: Fluxograma de captação e acompanhamento de pacientes
Fonte: Construído pela autora

3.7.3. Levantamento do Índice de Placa Visível (IPV) e do Índice de Sangramento Gengival (ISG)

O exame clínico foi realizado na cadeira odontológica sob campo seco e iluminação artificial, utilizando os equipamentos de proteção individual (luva, máscara, gorro, avental). Na primeira consulta, a higiene bucal (índice de biofilme dental aderido nas superfícies dentárias suscetíveis) foi avaliada segundo o índice de placa visível (IPV) utilizando o espelho bucal. Em seguida, foram contabilizadas as superfícies que apresentaram placa bacteriana, e realizada regra de três simples para determinar o valor relativo (porcentagem de faces afetadas em relação ao total de faces). O mesmo procedimento foi adotado para a aferição do IPV-final na sexta consulta. Nesta avaliação foram excluídos os terceiros molares por serem elementos pouco presentes na cavidade bucal, o que, portanto, poderia interferir nos cálculos estatísticos.

A metodologia comparativa deste estudo está amparada por Marconi e Lakatos (2010)[30], haja vista a realização da análise do IPV (índice de placa visível) e ISG (índice de sangramento gengival) inicial (na primeira consulta) e final (na última consulta) dos participantes da pesquisa. Pois, neste tipo de método são realizadas comparações com a finalidade de verificar semelhanças e explicar divergências e, dessa forma, contribui para uma melhor compreensão do comportamento humano. E, após os registros dessas avaliações, os dados foram confrontados estatisticamente.

Para o ISG, foi possível fazer o treinamento[33], isso se deve ao fato de que quando o primeiro examinador passa a sonda no sulco gengival pode levar a traumatismo do epitélio sulcular e facilitar a presença de sangramento no momento do segundo exame, o que leva a um viés de aferição.

Para a avaliação do ISG (índice de sangramento gengival) a metodologia foi a do Índice dos Pontos Sangrantes[35], com sonda periodontal, previamente autoclavada conforme os preceitos de biossegurança da OMS.[35] E os dados eram anotados pelo examinador na ficha de exame clínico.

Os pontos foram medidos introduzindo-se a sonda periodontal 1mm dentro do sulco gengival na direção distal mais posterior do quadrante. Em seguida, a sonda era conduzida lentamente através do sulco até a área mesial interproximal da face vestibular. Fez-se desta forma em todo o quadrante e após 30 segundos os pontos sangrantes das regiões mesial, distal e vestibular eram registrados. Procedeu-se da mesma forma nas faces lingual e palatina, excluindo-se as faces mesial e distal para não haver repetição do registro. O índice foi calculado dividindo-se o número de superfícies sangrantes pelo número total de superfícies dentárias (quatro por dente) e multiplicando por 100.

Estes registros foram executados após a intervenção educativa motivacional (inicial – 1ª consulta) e após a sexta intervenção educativa, antes de realizar o procedimento clínico (final – 6ª consulta) pelo mesmo examinador que foi previamente capacitado e calibrado pelo pesquisador deste estudo. As faces de todos os dentes foram examinadas, excluindo-se os terceiros molares.

Na última consulta, foi realizado o segundo levantamento dos índices de placa visível e sangramento gengival, após a sessão de reforço de motivação dos ASB.

3.7.4. Aplicação do questionário final

Por fim, aplicados os questionários finais (Apêndice 2) para avaliar a autopercepção e conhecimento dos pacientes quanto às técnicas de higiene bucal, identificando se houve a mudança de comportamento destes nos hábitos de saúde bucal.

3.8. Definição e operacionalização de Termos e Variáveis

Perfil sociodemográfico

Idade: variável numérica contínua expressa em anos. Consideramos o número de anos completos até o momento da realização da pesquisa

Sexo: variável categórica nominal dicotômica, sendo definida pela caracterização genética e anatomofisiológica do participante. Para a análise, foram considerados: 1) Masculino, 2) Feminino.

Escolaridade: variável categórica nominal policotômica, representando o maior nível acadêmico do participante. Para este estudo, foi utilizada como base a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (Lei 9394/96), que divide a educação escolar nas categorias básica e superior, as quais subdividimos em subcategorias de fácil entendimento para os participantes. Dessa forma, utilizamos: 1) não estudou, 2) até a quarta série, 3) da quinta a oitava série, 4) do primeiro ao terceiro ano, 5) superior.

Local de moradia: variável categórica nominal dicotômica, definida como o espaço geográfico do município onde se localiza a moradia dos participantes. Para o estudo, utilizamos: 1) zona urbana, 2) zona rural.

Conhecimento dos pacientes quanto a saúde bucal e hábitos de higiene oral: variável categórica nominal dicotômica e policotômica. Consideramos:

"O dentista é o único responsável pela saúde dos seus dentes" - 1) Sim; 2) Não

"A saúde da boca pode causar problemas no estado de saúde geral" - 1) Sim; 2) Não

"Quanto mais cedo a procura ao dentista, menos caro e menos doloroso será o tratamento" - 1) Sim; 2) Não

"Quando o senhor sabe que tem um dente cariado" – 1) quando sinto dor, 2) quando o dentista diz, 3) quando tem um buraco

“Que medidas costuma tomar para resolver” – 1) Procuro o cirurgião-dentista, 2) Escovo os dentes com mais força, 3) Tomo remédio

“A cárie dentária é resultado:” de pouca escovação - 1) sim, 2) não; da ação de micróbios - 1) sim, 2) não; de alimentação errada - 1) sim, 2) não

Autopercepção dos pacientes quanto à importância do hábito de higiene oral: variável categórica nominal dicotômica e policotômica. Consideramos:

“A falta ou má aparência dos dentes afeta seu relacionamento com outras pessoas” – 1) não, 2) sim, 3) não sei

“Quantas vezes ao dia escova os dentes” – 1) nenhuma, 2) 1 a 2, 3) 3 ou mais

“Quantas vezes ao dia usa fio dental” - 1) nenhuma, 2) 1 a 2, 3) 3 ou mais

“Você acha que escova bem os dentes” - 1) sim, 2) não

“Você já percebeu sangramento na gengiva ao escovar os dentes” - 1) sim, 2) não, 3) não sei

“Há quanto tempo foi o último tratamento dentário” - 1) nunca, 2) 6 meses a 1 ano, 3) mais de 1 ano

“O que percebeu em sua saúde bucal e da gengiva depois das orientações” - 1) melhorou, 2) piorou, 3) não mudou

Descrever a opinião dos pacientes sobre as atividades educativas: variável categórica nominal dicotômica e policotômica. Consideramos:

“Você tem facilidade de marcar consulta com dentista” - 1) Sim; 2) Não

“Você julgou claras as explicações do dentista quanto escovação e uso fio dental” - 1) Sim; 2) Não

“Você julgou claras as explicações do auxiliar em saúde bucal quanto escovação e uso do fio dental” - 1) Sim; 2) Não

“Você julgou importantes as orientações sobre escovação dos dentes e uso do fio dental realizadas pelo dentista e pelo auxiliar em saúde bucal” - 1) Sim; 2) Não

“O tratamento realizado auxiliou a modificar seus hábitos de higiene bucal” - 1) Sim; 2) Não

“Com o fim do tratamento, você se sente motivado para escovar os dentes” - 1) Sim; 2) Não, 3) nem mais, nem menos

Desfecho da intervenção:

Índice de Placa Visível (IPV): variável numérica contínua expressa em porcentagem. Consideramos o valor encontrado da operação matemática, regra de três simples, das faces afetadas pela presença de placa bacteriana visível nos elementos dentários presentes em relação ao total de faces, sendo excluídos os terceiros molares.

Índice de Sangramento Gengival (ISG): variável numérica contínua expressa em porcentagem. Consideramos a metodologia do Índice dos Pontos Sangrantes(34), calculado dividindo-se o número de superfícies sangrantes pelo número total de superfícies dentárias (quatro por dente) e multiplicando por 100.

3.9. Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada em 60 dias úteis, de março a julho de 2018.

Os instrumentos de coleta de dados foram:

- Avaliação do índice de placa (IPV); (Apêndice 2)

- Avaliação do índice de sangramento gengival (ISG); (Apêndice 2)

- Formulário de pesquisa inicial (antes das intervenções educativas) de perguntas fechadas, neste foram inseridas questões para análise sociodemográfica dos pacientes

atendidos na Unidade Móvel, além de perguntas que permitiram ao pesquisador avaliar a autopercepção dos sujeitos quanto à higiene bucal, (Apêndice 3)

- Formulário de pesquisa final (após as intervenções educativas) de perguntas fechadas para avaliar a opinião dos pacientes sobre as ações educativas realizadas na Unidade móvel e se houve algum impacto sobre seus hábitos de higiene bucal. (Apêndice 4)

3.10. Processamento e análise de dados

Para análise dos dados foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel a qual foi exportada para o software SPSS, versão 18, e foi realizada a análise. Para avaliar o perfil sociodemográfico; a percepção e prática dos pacientes relacionadas à saúde bucal; os fatores relacionados ao conhecimento prévio dos pacientes quanto à sua saúde e higiene oral; e a percepção dos pacientes quanto à sua saúde e higiene oral após intervenções educativas, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência.

Para o escore do IPV e ISG foi avaliada a normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk. Nos casos em que a normalidade não foi indicada aplicou-se o teste de Wilcoxon para comparar a distribuição do IPV e ISG entre a 1ª e 6ª consulta. Para comparar a distribuição do IPV e ISG entre o sexo dos pacientes foi aplicado o teste de Mann-Whitney. Na comparação dos índices entre as faixas etárias e entre a escolaridade dos pacientes foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Todas s conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

3.11. Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP – FPS), sob o CAAE número 76815617.1.0000.5569, conforme Anexo 1. Todos os participantes da pesquisa concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice 1)

Esclarecemos também que os dados foram coletados pelo dentista/pesquisador em uma semana da realização da pesquisa.

IV. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados no formato de três produtos: 1) artigo científico; 2) podcast educativo e roteiro do podcast (anexo2).

4.1. Artigo formatado segundo as normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE ADULTOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE MÓVEL ODONTOLÓGICA DE PERNAMBUCO

ORAL HEALTH EDUCATION OF ADULTS ATTENDED IN A DENTISTRY MOBILE UNIT OF PERNAMBUCO

Luna, Luciana Alves de; **Souza**, Edvaldo da Silva; **Falbo Neto**, Gilliatt Hanois

Resumo

Introdução: Dentre as doenças bucais, a cárie dentária e a doença periodontal são ainda muito prevalentes na maioria da população mundial. **Objetivo:** Avaliar as intervenções educativas de saúde bucal em pacientes adultos em uma Unidade Móvel Odontológica de Pernambuco. **Método:** Estudo longitudinal com comparativo do tipo antes e depois onde avaliaram-se 34 pacientes o índice de placa visível (IPV) e índice de sangramento gengival (ISG) na primeira e com 6 semanas, e foram aplicados formulários antes e após o tratamento, para identificar a percepção dos pacientes e se as intervenções educativas influenciaram nos seus hábitos de higiene bucal. CAAE 76815617.1.0000.5569. **Resultados:** Verificou-se que o IPV e o ISG apresentaram redução significativa entre a 1º consulta e 6º consulta (p-valor < 0,001), redução de 10,52 pontos no IPV e de 7,04 pontos no ISG. Ao comparar o IPV1 e IPV6 percebeu-se que o IPV foi significativo para todas as categorias de sexo, faixa etária e escolaridade. Para o ISG não foi significativo apenas no sexo masculino (p-valor = 0,128) e ensino fundamental incompleto (p-valor = 0,093). **Conclusão:** Observou-se que atividades educativas em saúde bucal são eficazes para a melhoria da saúde bucal dos pacientes tanto em nível motivacional quanto clínico.

Palavras-chave: saúde bucal; escovação dentária; educação em saúde bucal

Abstract

Introduction: Among oral diseases, dental caries and periodontal disease are still very prevalent in the majority of the world population. Objective: To evaluate oral health educational interventions in adult patients in a mobile dental unit in Pernambuco. **Method:** Longitudinal study with comparative type before and after comparing 34 patients with visible plaque index (IPV) and gingival bleeding index (ISG) at the first and 6 weeks, and forms were applied before and after treatment, to identify patients' perceptions and whether educational interventions influenced their oral hygiene habits. CAAE 76815617.1.0000.5569. Results: It was found that IPV and ISG showed a significant reduction between the 1st consultation and the 6th consultation (p-value

<0.001), a reduction of 10.52 points in the IPV and 7.04 points in the ISG. When comparing IPV1 and IPV6, it was noticed that IPV was significant for all categories of gender, age and education. For ISG it was not significant only in males (p-value = 0.128) and incomplete elementary school (p-value = 0.093). **Conclusion:** It was observed that educational activities in oral health are effective for improving the oral health of patients at both motivational and clinical level

Key-words: oral health; toothbrushing; dental health education

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) envolve um completo bem-estar físico, mental e social. E a saúde oral, como faz parte desse sistema, contribui para o equilíbrio da saúde do indivíduo como um todo. Com isso, pode-se dizer que saúde bucal é um estado livre de dores bucais e faciais, câncer de boca e garganta, infecções e feridas orais, doença periodontal (gengiva), cárie dentária, perda dentária e outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade do indivíduo de morder, mastigar, sorrindo, falando e bem-estar psicossocial.[1]

E por estar diretamente relacionada com a saúde geral, afecções bucais podem originar doenças sistêmicas e vice e versa. Um exemplo de como uma doença sistêmica pode agravar uma infecção oral é a inter-relação entre o Diabetes Mellitus e a periodontite. Um estudo transversal realizado por Almeida *et al* (2014), avaliou as condições periodontais de pacientes portadores de Diabetes Mellitus e o resultado foi que os pacientes diabéticos descompensados, de longa duração e com idade avançada apresentaram maior percentual de doença periodontal.[2]

Dentre as doenças bucais, a cárie dentária e doença periodontal são ainda muito prevalentes na grande maioria da população mundial.[5,6] A cárie dentária é uma doença multifatorial causada pela interação entre a superfície do dente e do biofilme dental na

presença de açúcares da dieta. Os microorganismos do biofilme metabolizam estes açúcares e produzem ácidos que, ao longo do tempo, destroem a estrutura dentária.[7]

Por isso, existem inúmeras ações em vários países para a prevenção e o tratamento das doenças bucais tanto em nível individual quanto populacional. Apesar das doenças orais serem muitas vezes invisíveis e ocultas, podem ser reduzidas ou evitadas através de métodos simples e eficazes em todas as fases da vida.[7] Entretanto, a utilização do clássico modelo cirúrgico-restaurador é insuficiente para conter as causas e os efeitos da doença cárie, mesmo sendo utilizados os materiais e as técnicas mais avançadas que a Odontologia tem desenvolvido nos últimos anos.[8]

Em 2010, o CPOD encontrado após a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal foi 2,1, o que colocou o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie. Houve uma redução de 25% no valor do CPOD, em relação ao levantamento anterior, em 2003. Considerando as cinco regiões brasileiras, em quatro houve redução do índice no período que vai de 2003 a 2010, de acordo com a pesquisa. Na região Nordeste, o índice caiu de 3,1 para 2,7; na região Centro-Oeste, de 3,1 para 2,6; no Sudeste, o índice passou de 2,3 para 1,7 e no Sul, de 2,3 para 2. Na região Norte, porém, não se verificou redução.[6]

A educação em saúde é considerada um processo de ensino-aprendizagem que envolve os profissionais de saúde e a população. É uma tática essencial nas práticas de promoção, prevenção de doenças e recuperação de saúde bucal, pois as pessoas absorvem o conteúdo transmitidos e multiplicam as informações para outros usuários dos serviços de saúde. [11,12]

Essas atividades educativas complementam a assistência odontológica, inserindo a promoção e prevenção à saúde ao método curativo.[12,15] Pois, a remoção mecânica da placa, mediante escovação dentária adequada associada ao fio dental, ainda

é considerada o principal, mais efetivo, acessível e difundido meio de prevenção das doenças bucais.[16,17]

Entretanto, realizá-la adequadamente requer aprendizado. Atualmente, promove-se a “alfabetização em saúde” (*health literacy*) na qual é oferecido melhor acesso das pessoas às informações em saúde e na capacidade dos indivíduos de usar tais informações eficientemente, sendo base para o *empowerment*, no qual os indivíduos adquirem mais autonomia.[17] Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada (HBS), que através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo, consegue-se prevenir a cárie e a gengivite.[11]

Contudo, uma das maiores dificuldades é despertar o interesse e a cooperação do paciente para a prática e manutenção de adequada higiene bucal.[15] Por isso, o profissional deve sempre ter a preocupação com a motivação do paciente,[16] tornando-o um cooperador consciente, possibilitando numa melhor resposta na prevenção das doenças gengivoperiodontais e da cárie.[13,14,20]

Por essa razão existe um modelo chamado 'alfabetização em saúde', que se refere às habilidades pessoais, cognitivas e sociais as quais determinam a capacidade dos indivíduos de obter acesso, entender e usar informações para promover e manter uma boa saúde. Isso inclui resultados como aprimoramento do conhecimento e compreensão dos determinantes da saúde e mudança de atitudes e motivações em relação ao comportamento em saúde, bem como melhora da autoeficácia em relação às tarefas definidas. Além disso, o nível de conhecimento sobre higiene bucal dos pacientes, caracterizado por suas crenças, atitudes e conceitos, poderá determinar o seu comportamento frente às medidas de manutenção de saúde bucal. E também, ele deve ser cuidadosamente analisado, principalmente quando se quer propor mudança de hábitos.[21]

Inserir os adultos em atividades educativas é bastante proveitoso, porque, se adequadamente motivados, eles interagem não apenas como pacientes, mas também como agentes multiplicadores, exercendo influências positivas sobre a família e os amigos. Entretanto, os profissionais da equipe de saúde bucal precisam planejar uma forma específica de atenção, considerando a situação de saúde bucal de cada indivíduo, bem como inserindo práticas coletivas. Além disso, é importante que a motivação dos pacientes quanto aos cuidados em saúde bucal necessita ser contínua, pois a promoção em saúde visa a melhoria da qualidade de vida e não só atuar isoladamente.[18]

Um estudo realizado no Reino Unido revela que intervenções que tornam o cuidado uma experiência positiva para pacientes com baixo nível socioeconômico podem ser particularmente benéficas na redução dessas desigualdades. Por isso, pesquisas sobre a aplicação e a efetividade de métodos de prevenção vêm aumentando ao longo dos anos.[18,20]

Já outro estudo que avaliou a higiene bucal, freqüência de consulta ao dentista e o número de dentes naturais em uma amostra de população idosa no sul da Polônia, identificou que a causa mais frequente de negligência da higiene oral em idosos poderia ser o gênero, as condições socioeconômicas, os hábitos e a falta de educação em saúde. Os resultados mostraram que os pacientes deveriam ser educados a mudarem seus hábitos por meio de planejamento de um programa de prevenção à saúde.[23]

Mas além disso, faz-se necessário investigar práticas pedagógicas inovadoras e recursos educacionais a fim de prover a educação alinhada às demandas tecnológicas atuais. Por essa razão, o podcast é uma alternativa de mediação pedagógica e de melhoria do processo de construção do conhecimento também na área de saúde. O processo se dá a partir da associação entre o arquivo de áudio que forma o podcast e um arquivo de texto que ajuda a divulgá-lo sempre que ele é lançado na internet. E pesquisas recentes revelam

que é uma ferramenta facilitadora, por ter a capacidade de ser reproduzido nos computadores, tablets ou celulares, e em qualquer lugar, tanto como uma alternativa educativa para pacientes, como também em estratégia de metodologia ativa de ensino-aprendizagem para estudantes.[27,28]

Assim, o presente estudo objetivou avaliar uma intervenção educativa em pacientes atendidos em uma unidade móvel odontológica e criar um podcast educativo com orientações sobre saúde bucal e métodos para prevenção das doenças bucais.

MÉTODO

Este estudo longitudinal com comparativo do tipo antes e depois foi realizado em uma Unidade Móvel Odontológica no município de Tabira-PE, no período de junho de 2017 a dezembro de 2018. A população do estudo foi composta por pacientes adultos que procuraram espontaneamente e realizaram tratamento odontológico na Unidade Móvel.

A amostra deste estudo foi por conveniência, de acordo com metodologia preconizada por Marotti, et.al (2008) e Freitag (2018).[31,32] A coleta de dados foi realizada com aqueles que iniciaram e concluíram o tratamento odontológico em seis consultas dentro da Unidades Móvel.[35,36] Todos foram informados do dia da semana e horário marcados para as consultas semanais.

Na primeira consulta, inicialmente, os pacientes responderam um questionário estruturado fechado para a identificação do perfil sociodemográfico e descrever o conhecimento destes quanto a saúde bucal e hábitos de higiene oral. Esses questionários foram construídos tendo por base documento oficial da instituição responsável pela unidade móvel.[30]

Em seguida, receberam orientações e demonstração sobre a técnica de escovação e uso do fio dental pelo o cirurgião-dentista. Nas demais sessões, o programa de reforço

de motivação foi desenvolvido por auxiliares de saúde bucal (ASB) previamente capacitados pela pesquisadora em mais cinco sessões semanais por meio de orientações verbais e escovação supervisionada, reforçando as orientações dadas na primeira consulta.

Já o exame clínico foi realizado na cadeira odontológica sob campo seco e iluminação artificial, utilizando os equipamentos de proteção individual (luva, máscara, gorro, avental). A higiene bucal (índice de biofilme dental) foi avaliada segundo o índice de placa visível (IPV) utilizando o espelho bucal, ou seja, as superfícies dentárias (faces) suscetíveis ao acúmulo de placa presentes. Em seguida, foram contabilizadas as superfícies que apresentaram placa bacteriana, procedendo-se a uma operação matemática (regra de três simples) para determinar o valor relativo (porcentagem de faces afetadas em relação ao total de faces), sendo excluídos os terceiros molares por serem elementos pouco presentes na cavidade bucal.

Para a avaliação do ISG (índice de sangramento gengival) a metodologia foi a do Índice dos Pontos Sangrantes[37], com sonda periodontal, previamente autoclavada conforme os preceitos de biossegurança da OMS.[37] E os dados foram anotados pelo examinador na ficha de exame clínico. Cabe ressaltar que, para o ISG, só foi possível fazer o treinamento (limitação) e não a calibração(38), por ser um índice que sofre modificação ao ser realizado. Isso se deve ao fato de que quando o primeiro examinador passa a sonda no sulco gengival pode levar a traumatismo do epitélio sulcular e facilitar a presença de sangramento no momento do segundo exame, o que leva a um viés de aferição.

Os pontos foram medidos introduzindo-se a sonda periodontal 1mm dentro do sulco gengival na direção distal mais posterior do quadrante. Em seguida, a sonda era conduzida lentamente através do sulco até a área mesial interproximal da face vestibular.

Fez-se desta forma em todo o quadrante e após 30 segundos os pontos sangrantes das regiões mesial, distal e vestibular eram registrados. Procedeu-se da mesma forma nas faces lingual e palatina, excluindo-se as faces mesial e distal para não haver repetição do registro. O índice foi calculado dividindo-se o número de superfícies sangrantes pelo número total de superfícies dentárias (quatro por dente) e multiplicando por 100.

Ao final do tratamento odontológico, na 6ª consulta, após a intervenção educativa motivacional final, e antes de realizar o procedimento clínico (final – 6ª consulta) foram investigados o IPV e o ISG finais pelo mesmo examinador que foi previamente capacitado e calibrado pelo pesquisador deste estudo.

Por fim, os questionários finais foram aplicados para avaliar a opinião dos pacientes sobre as atividades educativas realizadas na Unidade Móvel em sua saúde bucal e higienização oral, identificando, assim, se houve a mudança de comportamento dos hábitos de saúde bucal.

Para análise dos dados foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel a qual foi exportada para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil sociodemográfico; a percepção e prática dos pacientes relacionadas à saúde bucal; os fatores relacionados ao conhecimento prévio dos pacientes quanto à sua saúde e higiene oral; e a percepção dos pacientes quanto à sua saúde e higiene oral após intervenções educativas, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Para o escore do IPV e ISG foi avaliada a normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk. Nos casos em que a normalidade não foi indicada aplicou-se o teste de Wilcoxon para comparar a distribuição do IPV e ISG entre a 1ª e 6ª consulta. Para comparar a distribuição do IPV e ISG entre o sexo dos pacientes foi aplicado o teste de Mann-Whitney. Na comparação dos índices entre as faixas etárias

e entre a escolaridade dos pacientes foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Todas s conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

Já com a relação entre variáveis quantitativas, que foram apresentadas por meio de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo, foi utilizada a correlação com sua significância verificada através do teste de correlação.

Esta pesquisa seguiu as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP – FPS), sob o CAAE número 76815617.1.0000.5569, conforme Anexo 1. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente ao início do estudo.

RESULTADOS

Foram atendidos um total de 398 pacientes no Projeto OdontoSesc no município de Tabira-PE, destes, foram removidos 118 pacientes (30%) atendidos em consulta de urgência, 175 pacientes (44%) que finalizaram o tratamento ou antes ou depois de 6 consultas, e 71 pacientes (71%) que tinham idade menor que o definido no estudo e 34 participantes da pesquisa (9%) concluíram seu tratamento de acordo com a metodologia proposta (6 consultas).

Referente à distribuição sociodemográfica dos pacientes avaliados, verificou-se que a maioria é do sexo feminino (79,4%), possui idade entre 30 e 39 anos (38,2%), fez o ensino médio/superior (41,2% - apenas um fez o ensino superior) e mora na zona urbana (94,1%).

Em relação à percepção e práticas dos pacientes relacionadas à saúde bucal, verificou-se que a maioria considera que a falta ou a má aparência dos dentes dá vergonha no relacionamento com outras pessoas (90,9%), escova os dentes 3 ou mais vezes ao dia

(61,8%), acha que escova bem os dentes (67,6%), não utiliza o fio dental durante o dia (61,8%), já percebeu algum sangramento na gengiva ao escovar os dentes (67,6%) e fez o último tratamento ao mais de um ano (52,9%). Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, exceto em: quantas vezes ao dia você escova os dentes (p-valor = 0,170) e há quanto tempo foi seu último tratamento dentário (p-valor = 0,732), indicando que o número de pacientes que escova os dentes 1 a 2 vezes e 3 ou mais vezes é semelhante, assim como o número de pacientes que fez o último tratamento entre 6 meses a 1 ano e acima de 1 ano. (tabela1)

Considerando a distribuição dos fatores relacionados ao conhecimento prévio dos pacientes quanto à sua saúde e higiene oral. Verificou-se que a maioria acredita que: o dentista não é o único responsável pela saúde dos seus dentes (79,4%), a saúde da boca pode causar problemas no estado de saúde geral de uma pessoa (97,1%), quanto mais cedo se procura o dentista, menos caro e menos doloroso será o tratamento (100,0%), sabe que está com dente cariado quando em um buraco no dente (58,8%) e acredita que a cárie é resultado de pouca escovação (63,6%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor menor que 0,05), indicando que o perfil descrito é relevantemente o mais frequente no grupo de pacientes avaliados. (tabela 2)

Avaliando a percepção dos pacientes entrevistados quanto à saúde e higiene oral após a intervenção educativa, verificou-se que a maioria dos pacientes considera que as informações sobre como escovar os dentes que recebeu ajudaram a mudar a forma de cuidar dos dentes (100,0%), achou importante as orientações sobre escovação dos dentes e uso do fio dental realizadas pelo dentista (100,0%), achou importante as orientações sobre escovação dos dentes e uso do fio dental realizadas no escovódromo pelo auxiliar de saúde bucal (91,2%), percebeu melhora significativa na saúde bucal depois das

orientações recebidas (100,0%), percebeu melhora significativa na saúde da gengiva depois das orientações recebidas (97,1%), considera que o tratamento no odontosesc ajudou a modificar seus hábitos de higiene bucal (100,0%) e com o fim do tratamento dentário no odontosesc, se sente mais motivado para escovar os dentes (100,0%). (tabela 3)

E na comparação da distribuição do IPV e ISG entre no primeira e sexta consulta de avaliação, verificou-se que o IPV e o ISG apresentaram redução significativa entre a 1º consulta e 6º consulta (ambos apresentaram p-valor < 0,001), sendo a redução de 10,52 pontos no IPV e de 7,04 pontos no ISG. Ao comparar a mediana do IPV e ISG, em cada momento de estudo, observou-se que na primeira consulta o valor do IPV apresenta distribuição significativamente maior que ISG (p-valor = 0,004), enquanto que na 6º consulta o teste de comparação de distribuição do IPV e ISG não difere (p-valor = 0,471). (tabela 4)

E comparando a mediana e amplitude interquartil do IPV e ISG, na 1ª e 6ª consulta, segundo o sexo, faixa etária e escolaridade dos pacientes avaliados, verificou-se que na primeira consulta não houve diferença significativa do IPS entre os diferentes sexo (p-valor = 0,349), idade (p-valor = 0,331) e escolaridade (p-valor = 0,900). Para o ISF da primeira consulta também não houve diferencia significativa entre o sexo (p-valor = 0,153), idade (p-valor = 0,123) e escolaridade (p-valor = 0,548).

Na 6ª consulta houve diferença significativa do IPV entre o sexo dos pacientes (p-valor = 0,004) e faixa etária (p-valor = 0,018). O grupo que apresentou maior mediana do IPV foi do sexo masculino (9,09 pontos) e com idade de 40 ou mais anos (8,00 pontos). Para o ISG o teste de comparação foi significativo apenas para o sexo (p-valor = 0,043), sendo o grupo de sexo masculino o que apresentam maior mediana (9,26 pontos).

Ao comparar o IPV entre a 1ª consulta e 6ª consulta percebeu-se que o IPV foi significativo para todas as categorias de sexo, faixa etária e escolaridade. Para o ISG o teste não foi significativo apenas no sexo masculino (p-valor = 0,128) e ensino fundamental incompleto (p-valor = 0,093). Nas demais categorias foi verificada redução significativa do ISG.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa se propôs a avaliar se uma intervenção educativa em saúde bucal para adultos promovia um efeito positivo no comportamento e no conhecimento dos pacientes. Nossos resultados reforçaram os achados de outros estudos realizados[8,15], que afirmaram que a educação em saúde bucal e intervenções de promoção em saúde são importantes e aumentaram os fatores predisponentes individuais, como conhecimento, atitude e comportamento. Isso porque o reforço positivo das orientações fornecidas pelo cirurgião-dentista e auxiliares promovem um sentimento de acolhimento nos pacientes, e estes ao serem questionados, relatam estar satisfeitos tanto com a atenção dos profissionais, quanto pelo entendimento das informações.[25]

Foi observado que as intervenções educativas mesmo sendo realizadas em um curto espaço de tempo, por ser conduzido em uma unidade móvel, a resposta dos pacientes foi satisfatória, tanto no que se refere a aspectos motivacionais e educativos quanto clínicos. Esse achado tem semelhança com um relato de experiência realizado em uma unidade básica de saúde em Campinas – São Paulo.[17] Os autores acreditam que trabalhar educação em saúde com adultos requer um planejamento da equipe para identificação da situação de saúde bucal, e reforçar coletivamente com práticas educativas. Pois, para o adulto seguir uma orientação, ele precisa se sentir motivado a fazê-lo. Além disso, os profissionais de saúde bucal também precisam estar amplamente

envolvidos e motivados com o processo educativo, elaborando estratégias que influenciem positivamente na mudança de hábitos dos pacientes.[20,39] Desta forma, segundo Garcia et al.[22], pode-se sugerir que um melhor perfil educacional pode promover modificações nos hábitos de higiene bucal dos pacientes analisados, tanto no que diz respeito ao uso do fio dental quanto com relação à escovação.

Percebeu-se ainda com este estudo que as doenças bucais afetam sobremaneira a convivência social dos indivíduos, e que as estratégias utilizadas na unidade móvel motivaram os pacientes a realizarem a escovação e uso do fio dental conforme recomendado. Esse achado se assemelhou a outros estudos, os quais sugeriram que os pacientes ficam mais conscientes e reconhecem o efeito benéfico do tratamento no seu bem-estar, capacidade de mastigar, conforto ao sorrir, humor, vida social, independência funcional, equidade e saúde geral.[25]

Outro ponto identificado foi a discrepância entre a percepção do paciente sobre sua higiene bucal e a forma como era realmente realizada. Apesar de muitos relatarem ter uma boa higienização bucal, o uso do fio dental era negligenciado. E sabe-se que uma boa higienização oral depende de outros fatores que contribuem em sua eficácia, como o método utilizado, a escova dental e uso do fio dental. Além disso, observamos que apesar da grande parte dos entrevistados ter ciência da responsabilidade conjunta de ações do dentista e do paciente, saber da relação entre a saúde bucal e geral e que a procura antecipada ao dentista evita um tratamento caro e doloroso, muitos apenas identificaram a doença cárie dentária principalmente pela dor ou pela cavitação do dente e apenas procuram o dentista uma ou menos de uma vez ao ano e não executam a higiene bucal de forma adequada.[5,12,40]

Sendo que essa negligência por parte dos pacientes em procurar auxílio profissional pode ocorrer por fatores socioeconômicos, ou seja, dificuldade de acesso ao

serviço público, falta de profissionais nos postos de atendimento, motivos financeiros, moradia em locais de difícil acesso. Situações bastante presenciadas nos municípios atendidos pela unidade móvel. Por essa razão, concordamos que existe a necessidade de haver mais investimentos por parte do poder público na saúde bucal para uma maior valorização dos cirurgiões-dentistas e auxiliares, e possibilitar a realização das ações educativas para esclarecimento e suporte à população.[13]

Para Nutbeam[21], essas ações podem incluir: educação do paciente, educação escolar, mídia de transmissão e comunicação impressa; e atividades para uma mobilização social, como: desenvolvimento comunitário, facilitação de grupos, comunicação de massa direcionada. Por essas razões, compartilhamos com a ideia de que para alcançar a mudança de hábitos em saúde, tentando promover maior independência e empoderamento entre os indivíduos e comunidades com os quais trabalhamos, precisamos reconhecer e entender os aspectos políticos da educação, focado na superação das barreiras estruturais à saúde.

Em relação aos efeitos clínicos das ações educativas desenvolvidas na unidade móvel na redução de placa bacteriana, identificou-se que houve uma importante diminuição do Índice de Placa Visível (IPV) entre a primeira e a sexta consulta. Este resultado concorda com um estudo realizado com crianças por Silveira, Oliveira, Padilha.[8] o mesmo ocorrendo com o índice de sangramento gengival (ISG) inicial e final. Entretanto, embora o ISG tenha sofrido uma redução considerável, a presença de sangramento gengival no final do ciclo de atendimento e das orientações educativas, nos alerta sobre a necessidade de uma melhor abordagem da motivação dos pacientes em realizar a higiene bucal rotineiramente.

Na relação entre idade e o IPV, observou-se que para os pacientes com maior idade, houve influência para a diminuição do IPV ao final do tratamento. Isso quer dizer

que os pacientes mais velhos possuíram uma melhor adesão às orientações propostas. Já para o ISG, não houve interferência significativa da idade para a diminuição deste índice. Isso nos sugere que, apesar da diminuição da placa visível na estrutura dentária nos pacientes avaliados, a idade não influenciou na avaliação da habilidade para a remoção mecânica de placa bacteriana eficiente. Este dado encontrado está relacionado ao público avaliado, ou seja adultos jovens, no caso de crianças e idosos, a falta de habilidade manual pode interferir no sucesso das escovações.[8,21]

Os dados oferecidos por esta pesquisa nos permitiram avaliar o perfil sociodemográfico da população estudada e comentar que a deficiência na remoção da placa bacteriana e, consequentemente, as doenças gengivais foram bastante presentes.

Ao fim desta análise, pudemos observar a importância da continuidade das intervenções educativas na odontologia e mais estudos que abordem esse tema, pois identificamos mudanças positivas significativas tanto no comportamento dos pacientes diante de sua higienização bucal e a conscientização destes da importância do hábito de escovação diária, quanto na constatação clínica da diminuição dos índices de placa visível e sangramento gengival.

Diante do exposto, observou-se a necessidade de incentivar a realização de mais programas de prevenção que facilitem o entendimento e aceitação dos indivíduos para as boas práticas em higiene bucal. Porque a educação e a utilização de métodos simples preventivos em saúde, podem transformar a vida das pessoas. Manter a saúde bucal promove uma melhor qualidade de vida, conservando os dentes naturais, por um maior período de tempo.

Esta pesquisa teve como viés a necessidade de a pesquisadora fazer a coleta de dados durante cinco dias, pois o profissional responsável não pode comparecer ao trabalho. Além disso, com relação ao acúmulo de placa bacteriana e avaliação do IPV, o

tratamento odontológico realizado nos pacientes pôde auxiliar na diminuição deste índice.

Mas isso não interferiu no de forma significativa nos resultados.

Tabela 1. Distribuição da percepção e prática dos pacientes relacionadas à saúde bucal.

Fator avaliado	n	%	p-valor[1]
Q7. A falta ou a má aparência dos dentes lhe dá vergonha no relacionamento com outras pessoas?*			
Não	3	9,1	<0,001
Sim	30	90,9	
Q12.Quantas vezes ao dia você escova os dentes?			
1 a 2	13	38,2	0,170
3 ou mais	21	61,8	
Q13.Você acha que escova bem os seus dentes?			
Sim	23	67,6	0,040
Não	11	32,4	
Q14.Quantas vezes ao dia você costuma usar fio dental na sua higiene bucal?			
Nenhuma	21	61,8	
1 a 2	11	32,4	<0,001
3 ou mais	2	5,8	
Q15. Você já percebeu algum sangramento na sua gengiva ao escovar os dentes?			
Sim	23	67,6	0,040
Não	11	32,4	
Q19. Há quanto tempo foi seu último tratamento dentário?			
6 meses a 1 ano	16	47,1	0,732
Mais de 1 ano	18	52,9	

[1]p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.
*O número de observações não coincide com o tamanho da amostra pois um paciente não respondeu à questão avaliada.

Tabela 2. Distribuição dos fatores relacionados ao conhecimento prévio dos pacientes quanto à sua saúde e higiene oral.

Fatores avaliados	n	%	p-valor[1]
Q9. O dentista é o único responsável pela saúde dos seus dentes?			
Não (correto)	27	79,4	0,001
Sim	7	20,6	

Q10. A saúde da boca pode causar problemas no estado de saúde geral de uma pessoa?			
Não	1	2,9	<0,001
Sim (correto)	33	97,1	
Q11.Quanto mais cedo se procura o dentista, menos caro e menos doloroso será o tratamento?*			
Não	0	0,0	-
Sim (correto)	33	100,0	
Q16. Como o senhor(a) sabe que tem um dente cariado?			
Quando sinto dor	13	38,2	
Quando o dentista diz	1	2,9	<0,001
Quando tem um buraco	20	58,8	
Q18.A cárie dentária é resultado*			
De pouca escovação	21	63,6	
Da ação de micróbios	4	12,1	0,001
De alimentação errada	8	24,2	

[1]p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.
*O número de observações não coincide com o tamanho da amostra pois um paciente não respondeu a questão avaliada.

Tabela 3. Percepção dos pacientes entrevistados quanto à sua saúde e higiene oral após intervenções educativas.

Fatores avaliados	n	%	p-valor[1]
Q3a.As informações sobre como escovar os dentes que você recebeu ajudaram a mudar a forma de cuidar dos dentes?*			
Sim	33	100,0	-
Não	0	0,0	
Q4.Você achou as orientações sobre escovação dos dentes e uso do fio dental realizadas pelo dentista importantes?			
Sim	34	100,0	-
Não	0	0,0	
Q5.Você achou as orientações sobre escovação dos dentes e uso do fio dental realizadas no escovódromo pelo auxiliar de saúde bucal importantes?			
Sim	31	91,2	<0,001
Não	3	8,8	
Q6.Você achou que sua saúde bucal depois das orientações recebidas:			
Melhorou	34	100,0	
Piorou	0	0,0	-
Não mudou	0	0,0	
Q7.Você percebeu que a saúde de sua gengiva depois das orientações recebidas:			

Melhorou	33	97,1	
Piorou	0	0,0	<0,001
Não mudou	1	2,9	
Q9.Você achou que o tratamento no odontosesc ajudou a modificar seus hábitos de higiene bucal?			
Sim	34	100,0	-
Não	0	0,0	
Q10.Com o fim de seu tratamento dentário no odontosesc, você se sente mais motivado para escovar os dentes?			
Sim	34	100,0	-
Não	0	0,0	

[1]p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.
*O número de observações não coincide com o tamanho da amostra pois um paciente não respondeu à questão avaliada.

Tabela 4. Mediana e amplitude interquartil do escore IPV e ISG, segundo o momento da consulta.

Fator avaliado	**Momentos de avaliação**		**p-valor[1]**
	1º consulta	**6º consulta**	
IPV	15,91 (11,82)	5,39 (5,33)	<0,001
ISG	12,22 (10,18)	5,18 (7,64)	<0,001
p-valor[1]	0,004	0,471	-

[1]p-valor do teste de Wilcoxon.

Tabela 5. Mediana e amplitude interquartil do IPV e ISG segundo o perfil pessoal dos pacientes avaliados e do momento de avaliação.

Fatores avaliados	**IPV**			**ISG**		
	1º consulta	**6º consulta**	**p-valor[1]**	**1º consulta**	**6º consulta**	**p-valor[1]**
Sexo						
Feminino	15,75 (13,93)	5,00 (5,44)	**<0,001**	11,61 (11,46)	4,00 (7,56)	**<0,001**
Masculino	19,23 (5,78)	9,09 (5,47)	**0,018**	14,81 (8,87)	9,26 (6,12)	0,128
p-valor[2]	0,349	**0,004**	-	0,153	**0,043**	-
Idade						
20 a 29 anos	15,62 (13,98)	1,68 (5,11)	**0,005**	10,26 (17,37)	2,67 (8,12)	**0,025**
30 a 39 anos	15,74 (11,95)	5,43 (1,60)	**0,001**	14,42 (7,07)	8,65 (7,66)	**0,012**
40 ou mais anos	19,23 (25,00)	8,00 (6,84)	**0,003**	9,61 (4,50)	4,00 (4,80)	**0,026**
p-valor[3]	0,331	**0,018**	-	0,123	0,116	-
Escolaridade						
Ensino fund. incompleto	16,25 (25,66)	5,51 (8,52)	**0,005**	11,80 (7,64)	5,62 (9,25)	0,093
Ensino fund. completo	15,48 (14,50)	5,96 (6,88)	**0,005**	13,23 (10,49)	8,80 (7,41)	**0,022**
Ensino médio/superior	17,98 (12,09)	5,00 (5,68)	**0,001**	10,61 (11,76)	4,00 (8,34)	**0,006**
p-valor[3]	0,900	0,448	-	0,548	0,803	-

[1]p-valor do teste de Wilcoxon; [2]p-valor do teste de Mann-Whitney; [3]p-valor do teste de Kruskal-Wallis.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Oral health Fact sheet No. 318 [Internet]. 2012 [citado em 20.05.2019]. Available from: https://www.who.int/oral_health/en/
2. Almeida H, Barros A, Andrade N, Batista L. Avaliação da ocorrência de doenças periodontais e gengivais entre pacientes atendidos em uma clínica de odontologia de um centro universitário do nordeste brasileiro. Braz J Periodontol. 2019;29(01):7–15.
3. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública [Internet]. 2000;34(2):190–5. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp
4. Agnelli P. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. Rev Bras Odontol. 2015;72(n.1/2):10–5.
5. FDI. El desafio de las enfermedades bucodentales: una llamada a acción global. 2nd ed. Genebra: Federação Dentária Internacional (FDI); 2015. 120 p.
6. Silveira J, Oliveira V, Padilha W. 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. 2002;16(2):169–74.
7. Brasil PR da C, Santos AM dos. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde : táticas , saberes e técnicas. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2018;28(4):1–23.
8. Roberto LL, Noronha DD, Souza TO, Miranda EJP, Martins AME de BL, Paula AMB de, et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos : abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde Lack of access to information on oral health problems among adults : an approach based on the theoretical model for literacy. Cien Saude Colet. 2018;23:823–36.
9. Silva CHF da, Lima EMM, Bento AKM, Lopes KS, Carneiro SV, Martins LFB. Avaliação da eficácia de ações de educação em saúde bucal para escolares. Rev e-ciência. 2019;7(1):50–4.
10. Lorenzo J, Lorenzo A. Cariologia: Etiopatogenia da Cárie Dental. In: Microbiologia para o estudante de odontologia [Internet]. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 87–116. Disponível em: https://www.passeidireto.com/arquivo/4150391/cariologia-etiopatogenia-da-carie-dental
11. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Noroozi M, Armoon B. Oral health education and promotion programmes: meta-analysis of 17-year intervention. Int J Dent Hyg. 2018;16(1):59–67.
12. Ferreira R, Morano Jr. M, Meneghim M, Pereira A. Educação em saúde bucal para pacientes adultos : relato de uma experiência. Revista de Odontologia da UNESP. 2004;149–56.
13. Ivancevish JM. Gestão de recursos humanos. 10th ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2009. 592 p.
14. Moreira JR, Rodrigues KA, Fagundes LC, Sandes LFF, Freitas DA. Educação em saúde no sertão: transformando realidades. Rev Intercâmbio. 2019;15:159–64.
15. Schaefer R, Barbiani R, Nora CRD, Viegas K, Leal SMC, Lora PS, et al. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro : especificidades e aproximações Adolescent and youth health policies in the Portuguese-Brazilian context : specificities and approximations. Ciência e Saúde Coletiva. 2018;23(9):2849–58.
16. Demiriz L, Dede F, Ballı U. Impact of three different education methods on oral

hygiene and theoretical knowledge of schoolchildren. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2018;18(1):1–10.
17. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2006;15(3):259–68.
18. Skorupka W, Zurek K, Kokot T, Nowakowska-Zajdel E, Fatyga E, Niedworok E, et al. Assessment of oral hygiene in adults. Cent Eur Public Heal. 2012;20(3):233–6.
19. Saidelles T, Minuzi NA, Barin CS, Santos LMA. A utilização do podcast como uma ferramenta inovadora no contexto educacional. Redin-Revista Educ Interdiscip. 2018;7(1):1–10.
20. Narvai PC, Mota AG, Andrade FR De, Frazão P. Saúde Bucal Coletiva e pedagogia da sala de aula invertida : possibilidades e limites no ensino de graduação. Rev da ABENO. 2018;18(1):124–33.
21. Marotti J, Galhardo A, Furuyama R, Pigozzo M, Laganá D. Amostragem em pesquisa clínica: Tamanho da amostra. Rev Odontol da Univ Cid São Paulo [Internet]. 2008;20(2):186–94. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285800533
22. Freitag R. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? Rev Estud Da Ling. 2018;26(2):667.
23. Aldosari M, Tavares M, Matta-Machado A, Abreu M. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. PLoS One. 2017;12(11):1–13.
24. Sanchez P, Everett B, Salamonson Y, Ajwani S, Bhole S, Bishop J, et al. Oral health and cardiovascular care: perceptions of people with cardiovascular disease. PLoS One. 2017;12(7):1–17.
25. Núcleo de Saúde do Departamento Nacional do SESC. Projeto OdontoSESC: manual de orientação técnico-gerencial. Rio de Janeiro; 2008.
26. BRASIL G do DF. Protocolo de Atenção à Saúde: prótese dentária. 2017 p. 1–12.
27. Boons C, Timmers L, van Schoor N, Swart E, Hendrikse N, Janssen J, et al. Patient satisfaction with information on oral anticancer agent use. Cancer Med. 2018;7(1):219–28.
28. Angelopoulou M, Kavvadia K, Taoufik K, Constantine JO. Comparative clinical study testing the effectiveness of school based oral health education using experiential learning or traditional lecturing in 10 year-old children. BMC Oral Health [Internet]. 2015;15(51):1–7.
29. Saliba N, Nayme J, Moimaz S, Cecilio L, Garbin C. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. Rev Odontol da UNESP [Internet]. 2013;42(5):317–23. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/01.pdf
30. Garcia P, Campos F, Rodrigues J, Santos P, Dovigo L. Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. Cienc Odontol Bras. 2004;7(3):30–9.
31. Bento A, Lopes K, Mendes C, Cunha L, Lima M, Silva C. O uso das práticas de educação em saúde bucal por cirurgiões-dentistas do serviço público. Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica – JOAC. 2016;2(2):1–6.

4.2. Criação e desenvolvimento de podcast educativo em saúde bucal

Ao final deste estudo, e com o objetivo de contribuir com os recursos educativos na área de educação em saúde bucal, foi criado e desenvolvido um *podcast* no formato de entrevista contendo informações e orientações sobre hábitos de saúde bucal e métodos para higienização bucal. (anexo2)

A produção do *podcast* se dá a partir da associação entre o arquivo de áudio que forma o *podcast*, um arquivo de texto que ajuda a divulgá-lo sempre que ele é lançado na internet, conhecido como *feed*, que é um arquivo de texto em XML (Extensible Markup Language) que informa aos programas "agregadores" a existência de novos conteúdos no domínio do site ou do blog.[27]

O produto foi desenvolvido em conjunto com o setor de tecnologia da informação da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e o SESC-PE, seguindo o Guia de produção de *podcast* da FPS. A construção do podcast iniciou-se com a identificação do público alvo, que no caso deste serão as pessoas que acessam as mídias sociais de ambas as instituições. E além disso, poderá ser utilizado como uma alternativa educativa tanto para os alunos da FPS quanto para os pacientes que são atendidos nas unidades móveis, os quais poderão acessar as informações de onde quiser, como computador e smartphones.

Após a confirmação do conteúdo, foi convidada a professora do curso de odontologia da FPS, Thaís Lisboa, para participar como condutora da entrevista (*host*). As perguntas abordadas foram revisadas e debatidas, para, por fim, ser realizada a gravação do áudio. A segunda etapa foi a criação da pauta, que foi construída seguindo uma estrutura onde primeiramente, foi feita uma introdução com as saudações iniciais, apresentação do *host* e da entrevistada. Após isso, foi feita uma exposição breve da temática, seguida da entrevista propriamente dita. E por fim, foi realizado o encerramento

no qual foram feitas as considerações finais, comentários indispensáveis e orientações, e os agradecimentos.[41]

Após a gravação do áudio bruto com as vozes do entrevistado e do entrevistador, é realizada a edição, onde são removidos erros na fala dos envolvidos, e realizada uma nova avaliação. Após aprovado, foram inseridos os sons de vinheta e recursos de sonoplastia para finalizar e tornar o podcast atrativo.

O produto final será divulgado tanto nas redes sociais e mídias da instituição de ensino, bem como na plataforma *Podcast FPS*. Além disso, também será divulgado nas redes sociais do SESC-PE e nacional como mais uma ferramenta para as atividades de educação em saúde bucal da empresa.

Por ser uma estratégia atual, seguindo a tendência de desenvolvimento da tecnologia da informação, constitui mais uma alternativa para promover um impacto social na população que necessita cada vez mais de informação.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, podemos concluir que a continuidade no desenvolvimento de programas de promoção e prevenção em saúde bucal são extremamente importantes, pois percebemos o quanto esclarece e reforça o conhecimento dos pacientes quanto a saúde bucal e hábitos de higiene oral. Além disso, promove, nestes efeitos positivos em sua qualidade de vida.

Assim, reforçamos que atividades educativas em saúde bucal, mesmo na população adulta, favorece a diminuição dos índices de placa visível e de sangramento gengival, os quais nos oferece parâmetros para identificar a recuperação da saúde dos tecidos gengivais e os benefícios na saúde bucal e convívio social entre os indivíduos.

VI. REFERÊNCIAS

1. OMS. Oral health Fact sheet No. 318 [Internet]. 2012 [citado em 20.05.2019]. Disponível em: https://www.who.int/oral_health/en/
2. Almeida H, Barros A, Andrade N, Batista L. Avaliação da ocorrência de doenças periodontais e gengivais entre pacientes atendidos em uma clínica de odontologia de um centro universitário do nordeste brasileiro. Braz J Periodontol. 2019;29(01):7–15.
3. Khumaedi A, Purnamasari D, Wijaya I, Soeroso Y, Marhamah S. Association of periodontitis and arterial stiffness in type 2 diabetic patients. Acta Med Indones. 2018;50(4):320–7.
4. Bui F, Almeida-da-Silva C, Huynh B, Trinh A, Liu J, Woodward J, et al. Association between periodontal pathogens and systemic disease. Biomed J [Internet]. 2019;42(1):27–35. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30987702%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6468093
5. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Rev Saúde Pública [Internet]. 2000;34(2):190–5. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp
6. Agnelli P. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. Rev Bras Odontol. 2015;72(n.1/2):10–5.
7. FDI. El desafio de las enfermedades bucodentales: una llamada a acción global. 2nd ed. Genebra: Federação Dentária Internacional (FDI); 2015. 120 p.
8. Silveira J, Oliveira V, Padilha W. 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. 2002;16(2):169–74.
9. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Ministério da Saúde. 2011;1–92.
10. Oliveira MB, Lopes FF, Rodrigues VP, Alves CMC, Hugo FN. Associação entre fatores socioeconômicos, comportamentais, saúde geral e condição da mucosa bucal em idosos. Cien Saude Colet. 2018;23(11):3663–74.
11. Brasil PR da C, Santos AM dos. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde : táticas , saberes e técnicas. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2018;28(4):1–23.
12. Roberto LL, Noronha DD, Souza TO, Miranda EJP, Martins AME de BL, Paula AMB de, et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos : abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde Lack of access to information on oral health problems among adults : an approach based on the theoretical model for literacy. Cien Saude Colet. 2018;23:823–36.
13. Moreira JR, Rodrigues KA, Fagundes LC, Sandes LFF, Freitas DA. Educação em saúde no sertão: transformando realidades. Rev Intercâmbio. 2019;15:159–64.
14. Schaefer R, Barbiani R, Nora CRD, Viegas K, Leal SMC, Lora PS, et al. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro : especificidades e aproximações Adolescent and youth health policies in the Portuguese-Brazilian context : specificities and approximations. Cien Saude Colet. 2018;23(9):2849–58.
15. Silva CHF da, Lima EMM, Bento AKM, Lopes KS, Carneiro SV, Martins LFB. Avaliação da eficácia de ações de educação em saúde bucal para escolares. Rev e-ciência. 2019;7(1):50–4.

16. Lorenzo J, Lorenzo A. Cariologia: Etiopatogenia da Cárie Dental. In: Microbiologia para o estudante de odontologia [Internet]. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 87–116. Disponível em: https://www.passeidireto.com/arquivo/4150391/cariologia-etiopatogenia-da-carie-dental
17. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Noroozi M, Armoon B. Oral health education and promotion programmes: meta-analysis of 17-year intervention. Int J Dent Hyg. 2018;16(1):59–67.
18. Ferreira R, Morano Jr. M, Meneghim M, Pereira A. Educação em saúde bucal para pacientes adultos : relato de uma experiência. Revista de Odontologia da UNESP. 2004;149–56.
19. Ivancevish JM. Gestão de recursos humanos. 10th ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2009. 592 p.
20. Demiriz L, Dede F, Ballı U. Impact of three different education methods on oral hygiene and theoretical knowledge of schoolchildren. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2018;18(1):1–10.
21. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2006;15(3):259–68.
22. Garcia P, Campos F, Rodrigues J, Santos P, Dovigo L. Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. Cienc Odontol Bras. 2004;7(3):30–9.
23. Skorupka W, Zurek K, Kokot T, Nowakowska-Zajdel E, Fatyga E, Niedworok E, et al. Assessment of oral hygiene in adults. Cent Eur Public Heal. 2012;20(3):233–6.
24. Mendes J, Freitas C, Dias M, Bezerra M, Mourão Netto J, Fernandes D. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. Rev Bras Promoç Saúde,. 2017;30(1):13–21.
25. Angelopoulou M, Kavvadia K, Taoufik K, Constantine JO. Comparative clinical study testing the effectiveness of school based oral health education using experiential learning or traditional lecturing in 10 year-old children. BMC Oral Health [Internet]. 2015;15(51):1–7.
26. Vatne J, Gjermo P, Sandvik L, Preus H. Patients ' perception of own efforts versus clinically observed outcomes of non-surgical periodontal therapy in a Norwegian population : an observational study. BMC Oral Health. 2015;15(61):1–8.
27. Saidelles T, Minuzi NA, Barin CS, Santos LMA. A utilização do podcast como uma ferramenta inovadora no contexto educacional. Redin-Revista Educ Interdiscip. 2018;7(1):1–10.
28. Narvai PC, Mota AG, Andrade FR De, Frazão P. Saúde Bucal Coletiva e pedagogia da sala de aula invertida : possibilidades e limites no ensino de graduação. Rev da ABENO. 2018;18(1):124–33.
29. IBGE. No Title [Internet]. [cited 2019 Oct 25]. Available from: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/tabira/panorama
30. Núcleo de Saúde do Departamento Nacional do SESC. Projeto OdontoSESC: manual de orientação técnico-gerencial. Rio de Janeiro; 2008.
31. Marotti J, Galhardo A, Furuyama R, Pigozzo M, Laganá D. Amostragem em pesquisa clínica: Tamanho da amostra. Rev Odontol da Univ Cid São Paulo [Internet]. 2008;20(2):186–94. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285800533
32. Freitag R. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? Rev

Estud Da Ling. 2018;26(2):667.
33. Marconi M, Lakatos E. Fundamentos de Metodologia Científica. 7th ed. São Paulo: Atlas; 2010. 320 p.
34. OMS OM de S. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal. 4a ed. Genebra; 1997. 68 p.
35. Aldosari M, Tavares M, Matta-Machado A, Abreu M. Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care. PLoS One. 2017;12(11):1–13.
36. Sanchez P, Everett B, Salamonson Y, Ajwani S, Bhole S, Bishop J, et al. Oral health and cardiovascular care: perceptions of people with cardiovascular disease. PLoS One. 2017;12(7):1–17.
37. BRASIL G do DF. Protocolo de Atenção à Saúde: prótese dentária. 2017 p. 1–12.
38. Boons C, Timmers L, van Schoor N, Swart E, Hendrikse N, Janssen J, et al. Patient satisfaction with information on oral anticancer agent use. Cancer Med. 2018;7(1):219–28.
39. Saliba N, Nayme J, Moimaz S, Cecilio L, Garbin C. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. Rev Odontol da UNESP [Internet]. 2013;42(5):317–23. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v42n5/01.pdf
40. Bento A, Lopes K, Mendes C, Cunha L, Lima M, Silva C. O uso das práticas de educação em saúde bucal por cirurgões-dentistas do serviço público. Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica – JOAC. 2016;2(2):1–6.
41. FPS. Guia podcast: Criação de Podcast como recurso educacional. Recife: AD; 2019. 21 p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: **AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL DE SAÚDE BUCAL EM ADULTOS ATENDIDOS EM UNIDADE MÓVEL ODONTOLÓGICA DE PERNAMBUCO**

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:
Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: **AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL DE SAÚDE BUCAL EM ADULTOS ATENDIDOS EM UNIDADE MÓVEL ODONTOLÓGICA DE PERNAMBUCO**

O objetivo desse projeto é avaliar as intervenções educativas de saúde bucal em pacientes atendidos em Unidades Móveis.

A coleta de dados será da seguinte forma:
Instrumentos de coleta de dados

- índice de placa visível (avaliar a presença de placa bacteriana nos dentes)
- índice de sangramento gengival (avaliar a presença de sangramento na gengiva)
- Questionário antes e após o tratamento dentário

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um certo desconforto ou tensão causados pelo medo de dentista, mas é importante lembrar que é este profissional que está preparado para cuidar da saúde de sua boca. Além disso, na avaliação da gengiva, e dependendo de sua higiene bucal, pode ocorrer um leve sangramento, mas isto não trará riscos graves a você. Isso apenas indicará que precisa melhorar a higienização da boca. E, por último, caso sinta certa timidez ao realizar as escovações no escovódromo com os auxiliares em saúde bucal, não se preocupe, eles irão ajudá-lo(a) a tirar suas dúvidas sobre saúde e higiene bucal através de um atendimento humanizado e acolhedor. Os benefícios que esta pesquisa trará a você são a conscientização sobre a importância da prevenção em saúde bucal através dos hábitos da escovação dos dentes e o uso do fio dental. Para que não ocorra dano ou constrangimento, tudo será explicado da forma mais clara possível pelos profissionais e em qualquer momento você pode desistir tanto do tratamento quanto da pesquisa.
GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você poderá esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa. Você é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda do atendimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia

deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.
CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores LUCIANA ALVES DE LUNA, EDVALDO DA SILVA SOUZA e GILLIATT HANOIS FALBO NETO certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.
Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação. Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: LUCIANA ALVES DE LUNA através do telefone (81) 997623080 ou endereço Rua Conde Pereira Carneiro, n° 305, Bl A, apto 503, Imbiribeira – Recife - PE ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Avenida Mascarenhas de Morais, nº 4861, Imbiribeira – Recife-PE. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta-feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br.

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome:

_____

Assinatura do Participante
Data:

Nome:

_____

Assinatura do Pesquisador
Data:

Nome:

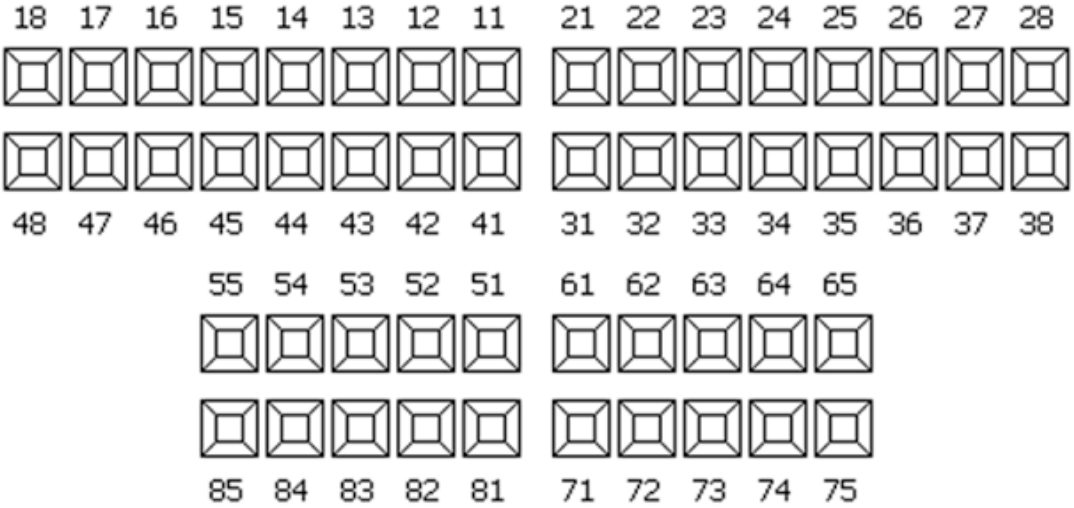
_____

Assinatura da Testemunha
Data:

Impressão digital

APÊNDICE 2 - Ficha de avaliação de IPV/ISG

IPV–ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL/ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL (ISG)



AZUL – Presença de placa visível	**VERMELHO – Presença de sangramento gengival**	***IPV(%)= _____** ****ISG(%)= _____**

***IPV= n° de faces com placa visível X 100**
n° de faces total

****ISG= n° de faces com sangramento gengival X 100**
n° de faces total

APÊNDICE 3 - Questionário Inicial

1) Número: ____ 2) Idade:_____ 3) Sexo:_____ 4) Profissão:_____

5) Escolaridade:
( ) não estudou
( ) até a quarta série
( ) da quinta a oitava série
( ) do primeiro ao terceiro ano
( ) superior

6) Você mora:
( ) zona urbana
( ) zona rural

7) O senhor(a) tem facilidade de marcar consulta com o dentista?
( )sim ( ) não

8) A falta ou a má aparência dos dentes lhe dá vergonha no relacionamento com outras pessoas?
não ( ) sim ( ) não sei ( )

9) O dentista é o único responsável pela saúde dos seus dentes?
não ( ) sim ( ) não sei ( )

10) A saúde da boca pode causar problemas no estado de saúde geral de uma pessoa?
não ( ) sim ( ) não sei ( )

11) Quanto mais cedo se procura o dentista, menos caro e menos doloroso será o tratamento?
não ( ) sim ( ) não sei ( )

12) Quantas vezes ao dia você escova os dentes?
( ) nenhuma ( ) 1 a 2 ( ) 3 ou mais

13) Você acha que escova bem os seus dentes?
( ) sim ( ) não

14) Quantas vezes ao dia você costuma usar fio dental na sua higiene bucal?
( ) nenhuma ( ) 1 a 2 ( ) 3 ou mais

15) Você já percebeu algum sangramento na sua gengiva ao escovar os dentes?
( ) sim ( ) não ( ) não sei

16) Como o senhor(a) sabe que tem um dente cariado?
( ) quando sinto dor
( ) quando o dentista diz
( ) quando tem um buraco

17) Que medidas o senhor(a) costuma tomar para resolver esse problema?
( ) Procuro o cirurgião-dentista
( ) Escovo os dentes com mais força
( ) Tomo remédio

18) A cárie dentária é resultado:
a) de pouca escovação ( ) sim ( ) não
b) da ação de micróbios ( ) sim ( ) não
c) de alimentação errada ( ) sim ( ) não

19) Há quanto tempo foi seu último tratamento dentário?
( ) nunca ( ) 6 meses a 1 ano ( ) mais de 1 ano

APÊNDICE 4 - Questionário Final

1) Você achou que o(a) dentista que lhe atendeu:

a. Deu explicações claras sobre como escovar os dentes ( ) sim ( ) não

b. Deu explicações claras sobre como usar fio dental ( ) sim ( ) não

2) Você achou que o Auxiliar de Saúde Bucal do Escovódromo:

a. Deu explicações claras sobre como escovar os dentes ( ) sim ( ) não

b. Deu explicações claras sobre como usar fio dental ( ) sim ( ) não

3) **Quanto às informações sobre como escovar os dentes que você recebeu**:

a. ajudaram a mudar a forma de cuidar dos dentes ( ) sim ( ) não

Em caso positivo, o que você passou a fazer que não fazia antes?

( ) escovar mais vezes

( ) escovar melhor

( ) usar fio dental

b. ( ) você já sabia e praticava antes

c. ( ) tiveram muitas informações que você não entendeu

4) Você achou as orientações sobre escovação dos dentes e uso do fio dental realizadas pelo dentista importantes?

( ) sim ( ) não

5) Você achou as orientações sobre escovação dos dentes e uso do fio dental realizadas no escovódromo pelo auxiliar de saúde bucal importantes?

( ) sim ( ) não

6) **Você achou que sua saúde bucal depois das orientações recebidas**:

( ) melhorou

( ) piorou

( ) não mudou

7) **Você percebeu que a saúde de sua gengiva depois das orientações recebidas**:

( ) melhorou

( ) piorou

( ) não mudou

8) **Você faltou alguma consulta?** ( ) sim ( )não

No caso de ter faltado, por quê?

( ) situação sócio-econômica

( ) incompatibilidade de horário

( ) não liberação pelo empregador

( ) medo

9) **Você achou que o tratamento no OdontoSESC ajudou a modificar seus hábitos de higiene bucal?**

( ) sim ( ) não

10) Com o fim de seu tratamento dentário no OdontoSESC, você se sente mais motivado para escovar os dentes?

( ) sim ( ) não ( ) nem mais, nem menos

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer de Aprovação do CEP-FPS

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - AECISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL DE SAÚDE BUCAL EM ADULTOS ATENDIDOS EM UNIDADES MÓVEIS ODONTOLÓGICAS EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO

Pesquisador: LUCIANA ALVES DE LUNA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76815617.1.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.384.454

Apresentação do Projeto:

As pendências foram resolvidas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as intervenções educativas de saúde bucal em pacientes atendidos em Unidades Móveis.

Objetivos Específicos

a) Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos na Unidade Móvel (OdontoSESC).

b) Analisar a percepção dos pacientes quanto à higiene oral e os métodos das ações educativas.

c) Identificar os fatores de risco para cárie dental na população estudada.

d) Determinar a eficácia das orientações sobre higiene oral e das escovações supervisionadas em pacientes da Unidade Móvel por meio do índice de placa visível (IPV) e do índice de sangramento gengival (ISG).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendeu as solicitações

Endereço: Avenida Mascarenhas de Morais, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.150-004
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3035-7732 **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA

Continuação do Parecer: 2.384.454

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar relatórios semestrais e ao final do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_987334.pdf	24/10/2017 23:56:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAO.docx	24/10/2017 23:56:08	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/10/2017 23:55:49	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Outros	CurriculumLattes2017.docx	23/10/2017 22:30:29	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/10/2017 22:28:37	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Outros	Respostaparecer.docx	22/10/2017 22:38:41	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Outros	Lattes_ProfGilliatt.docx	18/09/2017 17:12:08	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Outros	LISTADEAUTORES.docx	15/09/2017 21:50:32	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Outros	Instrumentos_de_coleta_de_dados.docx	15/09/2017 21:49:07	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	15/09/2017 21:37:39	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	13/09/2017 10:29:31	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/09/2017 10:26:34	LUCIANA ALVES DE LUNA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Avenida Mascarenhas de Morais, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.150-004
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3035-7732 **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

ANEXO 2 – PODCAST SAÚDE BUCAL (Transcrição do áudio)

Thaís - Olá, seja bem-vindo a mais um FPS Podcast. Eu sou Thaís Lisboa e hoje nós vamos conversar sobre saúde bucal. E para nos ajudar nessa conversa, nós estamos recebendo a cirurgiã-dentista Luciana Luna, que também é mestranda em educação para o ensino na área da saúde.
Thaís - Olá, Luciana, tudo bom?
Dra. Luciana - Tudo bem, Thaís. É uma alegria estar aqui com vocês esclarecendo as dúvidas dos nossos ouvintes.
Thaís - Que bom, Luciana. Tenho certeza que vai ser muito legal a nossa conversa. Saúde bucal que é um tema tão importante e tão essencial, não é verdade? Na saúde bucal, temos muitos mitos a respeito da saúde bucal, e alguns dele nos leva a crer que todo mundo vai ter uma doença bucal. Todo mundo tem cárie, todo mundo tem gengivite. É normal. É normal ter doença bucal? Todo mundo vai ter e todo mundo vai precisar tratar? Ou não, a gente poderia prevenir essas doenças?
Dra. Luciana - Tem prevenção, mas as doenças bucais são causadas por bactérias que fazem parte da boca de todo mundo. Então, é importante e que juntamente com outros fatores que se juntam, como a má higienização, a alimentação incorreta; contribui para a formação das doenças bucais. Então, para evitar isso, é importante que a pessoa tome seus cuidados: o hábito de higiene bucal, para que, principalmente as doenças mais comuns, como a cárie, a doença gengival, evoluindo para uma inflamação do periodonto, que é a região de sustentação dos dentes; hábitos de uso do fio dental e escovação são extremamente importantes para controlar essa quantidade de bactérias dentro da boca e manter os dentes saudáveis.
Thaís - Essa inflamação do periodonto, que você falou, é o que a gente conhece como gengivite, ou já é um nível mais avançado de doença bucal?
Dra. Luciana - Chegando ao periodonto, é um nível mais avançado. Inicialmente, forma-se a placa bacteriana que adere na estrutura dentária, e caso não seja removida com a escovação e com o uso do fio dental, entre um dente e outro, ela se acumula e agride aos tecidos em torno do dente; que são: a gengiva e periodonto. Inicialmente é causado uma inflamação da gengiva, e muitas vezes a pessoa começa a sentir dor, inchaço na gengiva e até sangramento. E caso não seja tratado, isso evolui para a região de sustentação dos dentes, vai agredindo o osso, até provocar a mobilidade dos dentes. Isso tudo é causado pela agressão mais avançada da placa bacteriana.
Thaís – E aproveitando a sua fala, você falou que um dos sinais poderia ser o dente amolecido, é um sinal de que a coisa não está bem. A gente sabe que não é recente, na história da saúde pública brasileira, que as pessoas tenham acesso ao cirurgião-dentista. Apesar de ser uma profissão essencial para a saúde do indivíduo, mas a gente sabe que nem todo mundo tem acesso, infelizmente. Esse acesso é bem recente para boa parte da população. Não tendo esse acesso constante, existem sinais que em casa, diante do espelho, eu poderia identificar que eu estou precisando ir com urgência no dentista?
Dra. Luciana - Existem. O primeiro dos sinais é a inflação na gengiva e dor. São os sinais clássicos: dor inchaço e sangramento. E quem consegue avaliar e diagnosticar se a pessoa está com a doença cárie ou não, é o dentista. É importante que, a pessoa identificando algum sinal de dor, inchaço e inflamação, procurar ajuda profissional para que sejam feitos uma avaliação, o diagnóstico e o tratamento necessário.
Thaís - Sua dissertação de mestrado foi nessa linha da prevenção, de promover saúde. Você poderia nos dar mais algum exemplo, com respaldo na sua dissertação, a respeito da prevenção da saúde bucal?

Dra. Luciana - Sim. Foi um estudo bem interessante. Eu trabalho em uma empresa chamada Sesc. E essa empresa tem um projeto chamado Odontosesc. Então, realizamos um atendimento clínico e educativo em saúde bucal. Então nosso interesse foi avaliar se essa educação que é realizada na unidade móvel, que sai por Pernambuco visitando os municípios, se é efetivo. Então, foi feito um estudo no município de Tabira, e lá nós obtivemos um resultado muito positivo. Foi avaliado através de questionários, a percepção dos pacientes em relação à aceitação do tratamento, a aceitação da parte educativa, e se isso aumentava a motivação dos pacientes, se eles sentiam melhora em seus hábitos de higiene bucal, inicialmente ao tratamento, e ao final do tratamento. E também avaliamos clinicamente, através dos índices de placa visível e de sangramento gengival, para avaliar se havia uma diminuição desses índices com a realização das ações educativas realizadas dentro da unidade móvel.
Thaís - Há uma melhora? A educação em saúde pode ser positiva?
Dra. Luciana - Extremamente positiva. Obtivemos bons resultados. Observamos que tanto o índice de placa visível, quanto o índice de sangramento gengival diminuíram em praticamente todos os pacientes. E, não só na parte clínica, mas também na motivação dos pacientes na realização da higienização bucal correta com o uso de fio dental e da escovação em casa e continuar esse hábito no dia a dia. Porque a gente sabe que uma das dificuldades das pessoas é incorporar o uso do fio dental ao hábito de higiene bucal. Normalmente, as pessoas só lembram da escovação, e às vezes, esquecem o uso do fio dental. Em tão reforçamos que uma higienização bucal correta precisa incluir o uso do fio dental para fazer a remoção da placa bacteriana entre um dente e outro e a escovação dentária. Só conseguimos remover a placa bacteriana aderida na estrutura dentária com o movimento mecânico da escovação e do uso do fio dental.
Thaís - Desde pequenos, nós sabemos que devemos fazer escovação três vezes ao dia, no mínimo, e o fio dental? Também é necessário, toda vez que eu escovar os dentes, preciso fazer o uso do fio dental?
Dra. Luciana - É importante que seja feito, porque sempre que nos alimentamos, além de haver o acúmulo da placa durante todo dia, há o acúmulo de restos alimentares entre um dente e outro. Então, se é feita a escovação e não ser removido esse resto de alimento entre um dente e outro, as bactérias da boca vão usar esses restos alimentares como seu próprio alimento, e com isso, destroem a estrutura dentária.
Thaís - Então, a história que contamos para as crianças, que se não escovar o dente, o bichinho vai comer o dente, é verdade?
Dra. Luciana - É verdade.
Thaís - Uma dúvida também bem comum: o uso daqueles enxaguantes bucais, daqueles que encontramos nas farmácias, que promete bom hálito, para que eu tenha uma saúde bucal adequada, preciso ter um daquele em casa?
Dra. Luciana - O uso dos enxaguantes bucais é coadjuvante para a higienização bucal, porque a remoção da placa é que é o essencial. O uso da escova na estrutura dentária fazendo a remoção da placa bacteriana e o uso do fio dental. Os enxaguantes bucais se unir ao hábito de higienização como coadjuvante. E, inclusive, para crianças não recomendamos o uso diário dos enxaguantes bucais. O interessante é que, sendo feita uma higienização com creme dental, escova e o fio dental, vai manter a saúde bucal controlada.
Thaís - Quando você fala coadjuvante, sobre o enxaguante bucal, o que quer dizer isso, que eu nem sempre preciso usar ele, ele é uma auxiliar?
Dra. Luciana - É um auxiliar, vai se unir ao seu hábito diário de higienização, mas não é essencial.

Thaís - Então é possível, para eu ter uma saúde bucal adequada, se eu não tiver condições financeiras de ter um enxaguante bucal, eu devo priorizar minha escova e o meu creme dental?
Dra. Luciana - Exatamente.
Thaís - E nós vamos caminhando para o fim da nossa conversa, você deu ótimas dicas para quem está nos ouvindo, mas se você pudesse ainda nos premiar com mais algumas dicas de como manter a minha saúde bucal adequada, do ponto de vista da prevenção. Eu não quero ter a doença, eu quero me afastar dela, o que eu devo fazer, quais são as dicas de ouro que você nos daria?
Dra. Luciana - São dicas muito simples, Thais, é você realizar sua higienização diariamente, sendo recomendado ser após as refeições, usando o fio dental, fazendo a escovação, e caso queira, usar o enxaguante bucal, E percebendo alguma alteração, procurar o dentista. É interessante até que você nem aguarde o aparecimento de sintomas. Vá ao dentista preventivamente, a cada seis meses, para ser feita uma avaliação, um acompanhamento, uma aplicação tópica de flúor, assim você consegue manter a saúde bucal controlada.
Thaís - Quero agradecer, Luciana, sua disponibilidade de esclarecer a respeito de um tema tão importante que é a saúde bucal. Quero também te dar os parabéns pela sua dissertação, que se preocupou com uma área tão especial que é a promoção e educação em saúde. Desejo-lhe muito sucesso, e fique à vontade para se despedir também.
Dra. Luciana - Muito obrigada pela oportunidade, pela importância do tema e agradecemos a atenção de todos.
Thaís - Então até o próximo FPS podcast.

ANEXO 3 – Autorização do Autor da Figura 1

RES: Authorization for citation in master's thesis from Brazil -Mensagem - Email

Responder | Responder a todos | Encaminhar | Arquivo Morto | Excluir | Definir sinalizador | ...

De: David Ojcius <dojcius@PACIFIC.EDU>
Enviado: Tuesday, May 28, 2019 2:02:14 PM
Para: Luciana Alves de Luna
Cc: Cassio Silva
Assunto: RE: Authorization for citation in master's thesis from Brazil

Dear Luciana,

You're welcome to use the figure. Please remember to cite the original source.

Good luck with your thesis.

David

From: Luciana Alves de Luna <lucyluna__@hotmail.com>
Sent: Tuesday, May 28, 2019 7:52 AM
To: David Ojcius <dojcius@PACIFIC.EDU>
Subject: Authorization for citation in master's thesis from Brazil

Dear Professor Ojcius,

This is Luciana Luna, I´m a dentist and a master student from Pernambuco, Brazil. I am contacting you because I have read your article '**Association between periodontal pathogens and systemic disease**' and I'm hoping that you might be able to request your permission to include a picture of your article in my master's thesis.

It would be a great honor for me and a valuable contribution in my thesis.

Thank you in advance.

Best regards.

ANEXO 4 – Normas de publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva

---

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: **de** responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.
Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.
Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.
Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.
Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.
Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.
Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).
Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.
O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a

importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.
As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.
(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e http://decs.bvs.br/).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras,

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" [11] ...
ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza [4], a cidade..."
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão** *et al.*)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology;* 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade:* nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil;* 2004 Jan 31; p. 12
Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet].1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.