**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

ADRIANA CRISTINA SILVEIRA PEREIRA FRANCO

**Programa de educação em saúde bucal para crianças
com fissura labiopalatina**

**BAURU
2014**

ADRIANA CRISTINA SILVEIRA PEREIRA FRANCO

**Programa de educação em saúde bucal para crianças
com fissura labiopalatina**

Dissertação apresentada ao Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e
Anomalias Relacionadas

Orientadora: Profa. Dra. Thais Marchini de Oliveira
Valarelli

**BAURU
2014**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Silvio Marchione, 3-20
Caixa Postal: 1501
17012-900 – Bauru – SP – Brasil
Telefone: (14) 3235-8000

Prof. Dr. Marco Antonio Zago – Reitor da USP

Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini – Superintendente do HRAC/USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Adriana Cristina Silveira Pereira Franco

Bauru, ____ de _____ de ____.

Franco, Adriana Cristina Silveira Pereira
F848p Programa de educação em saúde bucal para
crianças com fissura labiopalatina / Adriana Cristina
Silveira Pereira. Bauru, 2014.
87p.; il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado – Fissuras Orofaciais e
Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de
Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Thais Marchini de Oliveira
Valarelli

1. Fissura palatina. 2. Fenda labial. 3. Saúde
bucal. 4. Educação em saúde bucal.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Cristina Silveira Pereira Franco

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Profa. Dra. Thais Marchini de Oliveira Valarelli - Orientadora

Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC/USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, **Luiz Fernando** e **Sônia**, exemplo de vida, amor incondicional, união em família, por não medirem esforços para garantir meus sonhos e ideais durante toda minha vida, por cuidarem com tanto carinho e paciência de meu filho, João Pedro e por estarem sempre ao meu lado. A vocês, minha eterna gratidão!

Ao meu querido esposo, **Rodrigo**, pela imensa colaboração para a realização deste trabalho, pela paciência, carinho, amor, amizade e por sempre acreditar na minha capacidade. Amo muito você!

Ao meu querido filho, **João Pedro**, meu maior presente de Deus, por me fazer querer ser uma pessoa melhor, por entender minha ausência em vários momentos e me fazer perceber que tudo valeu a pena. Meu eterno amor!

Às minhas queridas irmãs, **Carmen** e **Tatiana**, minhas eternas amigas, companheiras de todas as horas, meu profundo respeito, carinho e admiração. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar sempre ao meu lado.

À **Profa. Dra. Thais Marchini de Oliveira Valarelli**, minha orientadora, exemplo de dedicação e persistência, por conduzir-me de maneira terna e segura, por compartilhar seus conhecimentos que colaboraram muito para a realização deste trabalho, pela compreensão de minhas angústias diante das dificuldades no início do curso e principalmente, por não ter me deixado desistir. Pelos anos de amizade. Serei eternamente grata. Você é muito especial!

Às queridas professoras do setor de odontopediatria do HRAC/USP, **Profa. Dra. Beatriz Costa, Profa. Dra. Márcia Ribeiro Gomide, Profa. Dra. Gisele da Silva Dalben**, meu profundo carinho, respeito, admiração e sobretudo gratidão pelos ensinamentos que muito contribuíram para minha formação profissional. Muito obrigada por tudo.

À **Profa. Dra. Cleide Felício de Carvalho Carrara**, pela simplicidade, sabedoria, por ter colaborado muito no recrutamento dos pacientes, pelo exemplo de profissionalismo.

Aos queridos **pacientes e seus pais**, com os quais pude ter a oportunidade de receber verdadeiras lições de vida e o quanto podemos crescer e aprender com as nossas dificuldades e limitações.

À minha querida amiga **Luciana**, pela amizade, incentivo, pela ajuda nos diversos momentos que precisei. Serei sempre grata por tudo, Lu. Eu admiro muito você.

Às colegas de pós-graduação, **Paulinha, Bheatriz, Viviane, Tatiana e Karine**, obrigada pela convivência e por compartilharem comigo seus conhecimentos.

À **Célia**, da central de agendamento do HRAC/USP, por me atender prontamente todos os meses durante a realização deste trabalho.

À **Flávia Cintra**, por todas as explicações transmitidas em relação à análise estatística deste trabalho.

Aos amigos, **Marcelo**, **Simone** e **Amanda**, pelo carinho, amizade, por estarem presente em vários momentos importantes da minha vida.

À minha irmã, **Carmen** e amiga **Carol**, pela ajuda na confecção de alguns materiais para as atividades de motivação.

À amiga **Cláudia**, pela amizade, pelo carinho e pelo exemplo de vida.

A **toda minha família, primos, sogra, tios, cunhados, sobrinhos** pelo exemplo de amor, solidariedade, união e querer bem. Obrigada pelos momentos de alegria e descontração que vocês sempre me proporcionaram. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS ADMINISTRATIVOS

Ao **Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP**, na pessoa da senhora superintendente **Dra. Regina Amantini Bortolotto**.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais-USP**, na pessoa da senhora coordenadora **Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carrera**.

À **Profa. Dra. Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado**, Diretora da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP pelo incansável esforço para integração deste campus.

À **Profa. Dra. Daniela Rios**, chefe do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP pelo acolhimento durante o curso de disciplinas e clínicas no referido departamento.

A **CAPES** pelo auxílio financeiro para elaboração desta dissertação.

"O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que você superou".

Abraham Lincoln

"Quando penso que cheguei ao meu limite, descubro que tenho forças para ir além".

Ayrton Senna da Silva

RESUMO

Franco ACSP. Programa de educação em saúde bucal para crianças com fissura labiopalatina [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a efetividade de um programa de educação odontológica em pacientes com fissura de lábio e/ou palato. A amostra foi composta de 38 pacientes, matriculados para tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/Universidade de São Paulo (HRAC/USP), com idades entre 5 a 12 anos, divididos em 2 grupos: Grupo 1 (controle) - pacientes que realizaram profilaxia profissional e Grupo 2 (experimental) - pacientes que receberam orientação de educação e motivação em saúde bucal e controle de placa bacteriana. Os pacientes foram avaliados durante 6 sessões, com intervalos de 30 dias entre as mesmas. Para avaliar o controle de placa, utilizou-se o índice PHP. A avaliação foi realizada por meio do *Aplicativo Dent Clean* que faz parte do programa de educação em saúde bucal. Para avaliar o conhecimento sobre saúde bucal foi utilizado um questionário composto de 16 questões na 1ª e 6ª sessão. Para as comparações do PHP inicial e após 6 meses entre os grupos utilizou-se os testes de Mann-Whitney e Wilcoxon. Os conceitos obtidos pelos questionários foram submetidos à análise estatística por meio do teste *t* e teste *t* pareado. Com relação ao exame PHP inicial, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,792$). Em relação ao exame PHP após 6 meses houve diferença entre os grupos ($p<0,001$). Em relação ao período estudado, no Grupo 1 não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o exame PHP inicial e após 6 meses ($p=0,813$). No Grupo 2, houve diferença quando comparado o período inicial e após 6 meses ($p<0,001$). Em relação ao questionário, verificou-se que no início e após 6 meses não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,503$ e $0,494$). Para avaliação do nível de conhecimento, no Grupo 1 não foi observada diferença em relação ao período estudado inicial e após 6 meses ($p=0,067$). No Grupo 2 houve diferença estatisticamente significativa quando comparado o período inicial e após 6 meses ($p<0,001$). Com base nos resultados obtidos para amostra estudada, e de acordo com a metodologia aplicada, foi possível constatar que o programa de educação em saúde bucal foi efetivo para crianças com fissura de lábio e/ou palato.

Palavras-chave: Fissura palatina. Fenda labial. Saúde bucal. Educação em saúde bucal.

ABSTRACT

Franco ACSP. Oral health education program for cleft lip and palate children [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a dental education program in cleft lip and/or palate patients. The study sample comprised 38 cleft lip and/or palate patients enrolled at the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/Universidade de São Paulo (HRAC/USP), aged between 5 and 12 years-old, who were divided into two groups: Group 1 (control) - patients who underwent dental prophylaxis and Group 2 (experimental) - patients who received instructions on education and motivation in oral health and plaque control. Patients were evaluated during six appointments, at 30-day intervals. PHP index was used to assess plaque control. This was accomplished by *Dent Clean App* which is part of the education program in oral health. To evaluate the knowledge on oral health, patients filled in a questionnaire composed of 16 questions at the first and sixth appointments. Baseline and 6-month PHP of groups 1 and 2 were compared through Mann-Whitney and Wilcoxon tests. The scores obtained by the questionnaires were statistically analyzed through t test and paired-t test. Concerning to baseline PHP assessment, there were no statistically significant differences between groups ($p=0.792$). There were statistically significant differences in PHP assessment after 6 months ($p<0.001$). In relation to the studied period, Group 1 did not demonstrated statistically significant differences between baseline and 6-month PHP assessments ($p=0.813$). In Group 2, there were statistically significant differences between baseline and 6-month PHP assessments ($p<0.001$). With regard to the questionnaire, there were no statistically significant differences between groups, at both the first and sixth appointments ($p=0.503$ and 0.494). In Group 1, the level of knowledge on oral health assessment did not show statistically significant differences between baseline and 6-month periods ($p=0.067$). In Group 2, there were statistically significant differences when the questionnaire scores were compared between baseline and 6-month periods were compared ($p<0.001$). Based on the results obtained for the studied sample and the methodology used, it was possible to conclude that the oral health education program was effective in cleft lip and/or palate children.

Keywords: Cleft palate. Cleft lip. Oral health. Oral health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Cadastro dos pacientes no <i>Sistema Dent Clean</i> [®]	42
Figura 2 -	Evidenciação e avaliação da placa bacteriana	43
Figura 3 -	Evidenciação de placa bacteriana com verde malaquita 0,5%	43
Figura 4 -	Fotografia realizada por iPhone (Apple [®]) após a evidenciação de placa bacteriana	44
Figura 5 -	Exame PHP - <i>Sistema Dent Clean</i> [®]	44
Figura 6 -	Escovação supervisionada.....	46
Figura 7 -	Kit de higiene bucal <i>Turminha Dent Clean</i> [®]	46
Figura 8 -	Personagens <i>Turminha Dent Clean</i> [®]	47
Figura 9 -	Entrega do livrinho de atividades <i>Turminha Dent Clean</i> [®]	47
Figura 10 -	Atividade educativa sobre a progressão da cárie dentária.....	48
Figura 11 -	Atividade de motivação Batalha Bucal - <i>Turminha Dent Clean</i> [®]	48
Figura 12 -	Atividade de motivação "Tapa certo" - <i>Turminha Dent Clean</i> [®]	49
Figura 13 -	Quebra-cabeça <i>Turminha Dent Clean</i> [®]	49
Figura 14 -	Jogos do site www.dentclean.com.br	50
Figura 15 -	Vídeo educativo	51
Figura 16 -	Boliche alimentos cariogênicos e não cariogênicos	51
Figura 17 -	Resultado do exame PHP	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos pacientes do Grupo 1 quanto ao gênero e o tipo de fissura.....	55
Tabela 2 -	Caracterização dos pacientes do Grupo 2 quanto ao gênero e o tipo de fissura.....	55
Tabela 3 -	Comparação do exame PHP entre os grupos.....	56
Tabela 4 -	Comparação do exame PHP dos grupos no início e após 6 meses.....	56
Tabela 5 -	Comparação do questionário entre os grupos	57
Tabela 6 -	Comparação do questionário dos grupos no início e após 6 meses.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ceo-s	Dentes cariados, com extração indicada e obturados
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
HRAC/USP	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/Universidade de São Paulo
IPV	Índice de placa visível
ISG	Índice de sangramento gengival
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHP	Performance de higiene do paciente

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	CÁRIE DENTÁRIA.....	21
2.2	A CÁRIE DENTÁRIA EM PACIENTES COM FISSURAS LABIOPALATINAS	23
2.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	25
3	PROPOSIÇÃO	35
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	39
5	RESULTADOS	53
6	DISCUSSÃO	59
7	CONCLUSÃO.....	67
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE	79
	ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária e a doença periodontal situam-se entre as doenças bucais com maior prevalência no cenário mundial, ambas causadas por componentes da placa bacteriana (CHACHRA et al., 2011; PASSALACQUA et al., 2012). O Brasil é um dos países que apresenta, para todas as idades um dos os maiores índices de cárie dentária e periodontopatias (SÁ; VASCONCELOS, 2009). Atualmente, o empenho da odontologia encontra-se voltado, principalmente para a promoção da saúde bucal, por meio da prevenção das doenças bucais, o que representa um mecanismo mais simples, barato e inteligente de atenção à saúde (GARBIN et al., 2009; AGRAWAL; PUSHPANJALI, 2011). Ademais, destaca-se a necessidade de ensinar e motivar hábitos de higiene bucal às crianças. Os métodos de educação e motivação têm a finalidade de esclarecer os pacientes sobre as doenças bucais e mudar seus hábitos de higiene. A educação do indivíduo deve ser iniciada o mais precoce possível, assim que a criança inicia o desenvolvimento da coordenação motora (AQUILANTE et al., 2003; GARBIN et al., 2009). Essa atividade pode ser desenvolvida em espaços diversos e permite a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de trabalho coletivo e educacional trabalhando conhecimentos e mudanças de comportamento (FLORES; DREHMER, 2003; SÁ; VASCONCELOS, 2009).

A saúde bucal, como parte integrante e indissociável da saúde bucal, está relacionada às condições socioeconômicas e culturais da população. Está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação. Nesse sentido, a saúde bucal está fundamentalmente ligada à melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos. A cárie dentária é altamente influenciada pelo estilo de vida do indivíduo. Sendo assim, promover hábitos bucais saudáveis, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma prioridade e também uma orientação estratégica para a promoção da saúde bucal (GAO et al., 2013).

A educação é o ponto essencial de qualquer programa de saúde. Os resultados são significativos quando promovem mudanças positivas no comportamento das pessoas. A implementação de programas de educação para

saúde bucal oferece às crianças o conhecimento sobre os meios efetivos para evitar as doenças bucais. A motivação é um requisito indispensável para o aprendizado. É um processo pessoal, interno, que determina a direção e a intensidade do comportamento humano. O aprendizado só é realizado a partir do desencadeamento de forças motivadoras (GARBIN et al., 2009).

A escovação é a forma mais utilizada e socialmente aceita de higiene bucal (SÁ; VASCONCELOS, 2009). No entanto, para tornar-se eficaz no combate a placa bacteriana, precisa ser orientada e supervisionada pelo profissional, sendo a motivação do paciente fundamental para os melhores resultados. A eliminação da placa bacteriana exige métodos mecânicos de higiene bucal que têm a necessidade de serem ensinados e treinados com o paciente. Grande parte das pessoas sabe que para ter saúde bucal é preciso escovar os dentes diariamente. Mesmo assim, na maioria das vezes, a higiene bucal é deficiente. As técnicas de controle da placa bacteriana requerem tempo e destreza e, conseqüentemente, o paciente só participa adequadamente quando bem motivado (AQUILANTE et al., 2003). Para que o paciente seja educado, é fundamental que haja uma comunicação efetiva entre o cirurgião-dentista e o próprio paciente, pois sem esta comunicação não há aprendizado.

A infância é o período que pode ser considerado o mais importante para o futuro da saúde bucal do indivíduo. Nesta fase, as noções e os hábitos de cuidados com a saúde devem começar a se consolidar, permitindo assim que as ações educativas implementadas posteriormente se baseiem no reforço de rotinas estabelecidas (FRANCHIN et al., 2006; SÁ; VASCONCELOS, 2009). Assim sendo, o grande desafio da odontologia atual é o de atuar educativamente junto à população infantil, provendo informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, em uma mudança de atitude em relação a essas doenças que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população (SÁ; VASCONCELOS, 2009; SAIED-MOALLEMI et al., 2009; YAZDANI et al., 2009; SHENOY; SEQUEIRA, 2010). Diante destas justificativas e a partir de várias pesquisas realizadas sobre saúde bucal, um programa de educação em saúde bucal para crianças com fissuras labiopalatinas foi desenvolvido no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/Universidade de São Paulo (HRAC/USP).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária pode ser definida como uma doença infecciosa, transmissível, de origem multifatorial e causada pela interação de fatores, tais como, dieta rica em carboidratos fermentáveis, presença de microrganismos cariogênicos, má higiene oral e hospedeiro suscetível (CASTILHO; NEVES; CARRARA, 2006).

Maltz, Jardim e Alves (2010) discutiram a promoção da saúde relacionada à cárie dentária, bem como a necessidade de aplicar uma abordagem para prevenção baseada em estratégias para o controle de fator de risco. Os autores ressaltaram que a ideia principal do sistema de saúde brasileiro é evitar o desenvolvimento da cárie dentária ou detectá-la precocemente. A prevenção e tratamento estão relacionados a fatores comportamentais, incluindo hábitos alimentares e de higiene bucal. A promoção da saúde bucal deve ser integrada em estratégias de promoção da saúde geral.

Uma das razões apontadas para o declínio da cárie dentária em escolares brasileiros são os programas de escovação supervisionada (CHAVES; VIEIRA DA SILVA, 2002). Essa ação consiste de educação em saúde bucal e evidenciação de placa bacteriana seguidas de escovação supervisionada com creme dental fluoretado. A maioria dos programas dirige os esforços para as primeiras séries do ensino fundamental, período em que ocorre o irrompimento dos primeiros dentes permanentes (FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999).

Seguindo este princípio, Frazão (2012) realizou um estudo controlado, randomizado e duplo cego, para avaliar o custo-efetividade de um programa modificado de escovação supervisionada na prevenção da cárie dentária em primeiros molares permanentes, em relação a um programa convencional. O estudo foi conduzido durante 18 meses em pré-escolares matriculados em seis unidades localizadas numa área de baixa renda e com água fluoretada (0,7mgF/L). Nas unidades de controle, o programa convencional foi composto por educação em saúde bucal e evidenciação de placa bacteriana seguida de escovação com creme dental fluoretado (1.100µgF/g) supervisionada por um auxiliar de saúde bucal e

realizado quatro vezes ao ano. O componente educativo foi desenvolvido por meio de uma atividade lúdica, em sala de aula, com duração de 30 a 40 minutos. Nos demais dias letivos, a escovação diária foi supervisionada indiretamente pelos professores. Nas unidades de teste, além dessa atividade convencional, o auxiliar de saúde bucal foi capacitado para aplicar, nos molares permanentes em erupção, a técnica de escovação vestibulo-lingual. A frequência da atividade foi aumentada para cinco vezes ao ano. O valor da ação, por criança, foi de R\$ 2,50 anuais nas unidades de controle e de R\$ 3,04 nas unidades de teste resultando em uma razão de custo-efetividade marginal de R\$ 35,50 por lesão evitada. Os resultados mostraram que programas de educação em saúde bucal podem representar substancial diminuição nas necessidades de tratamento odontológico reduzindo os custos com os mesmos.

Mafuvadze, Mahachi e Mafuvadze (2013) realizaram um estudo descritivo para determinar a prevalência de cárie em 172 crianças com 12 anos de idade das quais 79 viviam em áreas urbanas e 93 em áreas rurais no Zimbábue. Um questionário previamente testado foi administrado para obter informações dos participantes sobre a higienização dentária, hábitos alimentares e experiência odontológica. A prevalência de cárie dentária foi avaliada utilizando-se o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados). Os resultados mostraram uma alta prevalência de cárie dentária tanto nas crianças da área urbana (59,5%) com a média de CPO-D de 1,29, como nas crianças da área rural (40,8%) com a média do CPO-D de 0,66. Os autores afirmaram existir falta de conhecimento sobre cuidados com a saúde bucal na população estudada. Este fato pode ser importante no planejamento de futuros programas de prevenção em saúde bucal para escolas.

Wagner, Greiner e Heinrich-Weltzien (2014) avaliaram o efeito de um programa de promoção de saúde bucal em crianças de cinco anos de idade, na Áustria, proporcionando às mães aconselhamento em saúde bucal. Educadores em saúde bucal visitaram todas as mães no momento após o nascimento, nos hospitais, e orientaram a respeito da saúde bucal dos filhos. As mães receberam instruções completas de higiene bucal, uso diário de creme dental com flúor, treinamento da técnica de escovação e aconselhamento dietético por meio de breve entrevista motivacional. Após cinco anos, um estudo de caso-coorte foi realizado para avaliar o programa com check-ups odontológicos anuais de 471 crianças. A cárie dentária foi

avaliada por meio de critérios de diagnóstico da OMS. Para comparar os parâmetros de saúde bucal utilizou-se o índice ceo-s (dentes decíduos com superfícies cariadas, extração indicada e obturados), as crianças foram divididas em grupo com intervenção e grupo controle e combinadas em função da idade, sexo, etnia e status socioeconômico. As crianças cujas mães participaram do programa mostraram prevalência de cárie significativamente menor em relação às crianças cujas mães não participaram. Os autores concluíram que o programa apresentou uma abordagem preventiva eficaz para melhorar a saúde bucal em crianças pré-escolares.

2.2 A CÁRIE DENTÁRIA EM PACIENTES COM FISSURAS LABIOPALATINAS

O tratamento das fissuras labiopalatinas deve iniciar-se logo após o nascimento e prolonga-se até a idade adulta, requerendo a participação de uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar, que vise de forma única atingir o melhor resultado possível (FREITAS et al., 2012a). A reabilitação dos pacientes com fissura labiopalatina está diretamente relacionada à condição bucal, pré-requisito para a realização das cirurgias reparadoras que necessitam de um ambiente sem infecção para um resultado satisfatório. Nos indivíduos com fissura labiopalatina, estudos abordam alta prevalência de cárie dentária (HASSLÖF; TWETMAN, 2007; BRITTON; WELBURY, 2010; FREITAS et al., 2012b; KING; WONG; WONG, 2013).

Por meio de um estudo transversal, Castilho, Neves e Carrara (2006) avaliaram o conhecimento em saúde bucal de mães de crianças com fissura labiopalatina, analisando a aplicação prática dessas informações com relação à higiene bucal e prevalência de cárie das crianças e das mães. A amostra foi composta por 300 mães e seus filhos com idades entre 3 a 5 anos e 6 meses. Foi realizada uma entrevista relacionada aos hábitos alimentares e ao conhecimento em saúde bucal. As crianças e suas mães também foram avaliadas por meio de exame clínico. Das mães avaliadas, 47,3% apresentaram condições precárias de saúde bucal (Grupo A) e 52,7% saúde bucal satisfatória (Grupo B). Das 300 crianças examinadas, 62% (186 crianças) apresentaram problemas de saúde bucal com índice CPO-D de 6,0 e apenas 38% (114 crianças) demonstraram condições bucais

satisfatórias, com CPO-D de 5,6. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. As mães demonstraram um conhecimento razoável sobre a prevenção da cárie e higiene oral.

Cheng, Moor e Ho (2007) realizaram uma revisão de literatura para rever os fatores predisponentes para a cárie dentária em indivíduos com fissura labiopalatina. De acordo com os autores, crianças com fissura geralmente apresentam higiene bucal deficiente e maior susceptibilidade à cárie, devido à dificuldade em alcançar o controle de placa bacteriana adequado. A criança com fissura labiopalatina apresenta características particulares que podem influenciar a saúde bucal. A anatomia da área da fissura, anomalias dentárias de forma, estrutura, número e posição, bem como fibrose cicatricial, secundária à queiloplastia, dificultam a higiene bucal destes indivíduos que apresentam maior risco de desenvolvimento de cárie dentária na dentição decídua, em comparação com crianças sem fissuras (HASSLÖF, TEWTMAN, 2007; KING; WONG; WONG, 2013).

Para avaliar a prevalência de cárie dentária em pacientes com fissura de lábio e/ou palato e seus irmãos sem fissura, Al-Dajani (2009) avaliou 106 indivíduos, entre 12 e 29 anos. Destes, 53 indivíduos com fissura de lábio e/ou palato fizeram parte do grupo teste e o grupo controle consistiu de irmãos dos pacientes que não tinham fissuras. Para a avaliação foi realizado exame clínico e utilizou-se o índice CPO-D para comparação dos grupos. No grupo teste, 85% dos pacientes apresentaram índices de cárie dentária moderada e alto com valor médio do CPO-D de 6,83 comparado com 45,3% no grupo controle, com CPO-D de 3,8. Indivíduos com fissura de lábio e/ou palato foram mais suscetíveis à cárie dentária, independentemente do status socioeconômico.

Hazza'a et al. (2011) avaliaram a prevalência de cárie e performance de higiene do paciente (PHP) de indivíduos com fissura completa de lábio e palato unilateral e bilateral. Os exames intrabucais foram realizados em 98 crianças com fissura e 98 sem fissura. Para avaliar a prevalência de cárie utilizou-se os índices ceo-s e CPO-D. Para avaliar os Índices de placa e gengival foi utilizado o índice de Silness e Loe. Indivíduos com fissura completa de lábio e palato bilateral apresentaram maior índice de cárie, bem como maiores índices de placa e gengival em ambas dentições. Desta forma os autores concluíram que indivíduos com fissura

completa de lábio e palato bilateral parecem ter maior risco de cárie e higiene bucal mais deficiente do que aqueles com fissura completa de lábio e palato unilateral.

King, Wong e Wong (2013) avaliaram a experiência de cárie em dentes decíduos de 264 crianças chinesas, entre 2 e 7 anos, com e sem fissura de lábio e/ou palato divididas em 2 grupos: o primeiro com idades entre 2 e 4 anos e o segundo entre 5 e 7 anos. O exame intraoral foi realizado por um cirurgião - dentista treinado e calibrado, e a experiência de cárie foi determinada utilizando o índice ceos. Para o primeiro grupo com fissura (2 a 4 anos), o índice ceos foi 1,5 e para o grupo sem fissura foi 1,6. Para o segundo grupo com fissura (5 a 7 anos), o índice ceos foi 5,2 e para os indivíduos sem fissura 2,9, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,0006$). Os autores concluíram que o índice de cárie para os vários tipos de dentes no grupo de 5 a 7 anos de idade, foi maior no grupo com fissura do que no grupo sem fissura. A diferença mais marcante foi para os incisivos laterais, molares inferiores e primeiros molares superiores esquerdos ($p=0,0001$). As crianças com fissura tiveram uma maior experiência de cárie na dentição decídua do que as crianças sem fissura. E o índice de cárie aumentou acentuadamente com a idade.

Estudos enfatizam a necessidade de medidas preventivas intensivas de saúde bucal para crianças com fissura labiopalatina a fim de diminuir o índice de cárie dentária (AL-DAJANI, 2009; HAZZA'A et al., 2011). É essencial integrar um programa preventivo no protocolo de tratamento dos pacientes para estabelecer hábitos saudáveis e ambiente favorável para saúde bucal (CHENG; MOOR; HO, 2007). Uma boa saúde bucal é fundamental para o sucesso da reabilitação de indivíduos com fissura labiopalatina (CASTILHO; NEVES; CARRARA, 2006).

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A Odontologia vem passando por mudanças significativas ao longo dos anos. Alterações essas que passaram da forma tradicional, meramente curativa, onde a relação paciente/profissional era unilateral, ou seja, o paciente não participava do processo de cura, para a forma preventiva. Na Odontologia tradicional buscava-se obter do paciente, apenas informações a respeito dos problemas

dentários que o afligiam e estes se submetiam a tratamentos restauradores passivamente, não participando ativamente no processo de cura. Posteriormente, mesmo com o advento da Odontologia Preventiva o paciente continuou passivo frente ao problema, uma vez que, ainda não estava comprometido com o processo. Embora medidas preventivas tenham sido adotadas, a saúde bucal de grande parte da população permanece precária (ALVES; VOLSCHAN; HAAS, 2004).

No entanto, nas últimas décadas, ocorreu uma mudança de mentalidade e, desde então, vários esforços têm sido concentrados na área de promoção de saúde (MORAES et al., 2011). Os métodos de educação e motivação têm a finalidade de esclarecer os pacientes sobre as doenças bucais e mudar seus hábitos de higiene. A educação do indivíduo deve ser iniciada o mais precoce possível, assim que a criança inicia o desenvolvimento da coordenação motora (AQUILANTE et al., 2003; GARBIN et al., 2009). Essa atividade pode ser desenvolvida em espaços diversos e permite a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de trabalho coletivo e educacional trabalhando conhecimentos e mudanças de comportamento (FLORES; DREHMER, 2003; SÁ; VASCONCELOS, 2009). Métodos de comunicação verbal, escrita e meios audiovisuais são os três principais meios para educação em saúde bucal (YAZDANI et al., 2009).

Os cirurgiões-dentistas têm a responsabilidade de prevenir doenças, minimizar riscos e promover saúde. Os pacientes também precisam ser despertados sobre o seu papel nos cuidados com a saúde bucal (BARDAL et al., 2011). É importante enfatizar a co-responsabilidade dos pais na promoção e manutenção das condições de saúde bucal de seus filhos, uma vez que é comum o fato de alguns pais, ao levarem as crianças para avaliação odontológica, sentirem-se livres das responsabilidades com os cuidados de higiene bucal, transferindo para o dentista toda a responsabilidade de promover saúde bucal. Por meio do processo ensino-aprendizagem, os responsáveis vão assumindo o papel de dentista de todos os dias. Este processo precisa ser desenvolvido de maneira prazerosa, despertando na população-alvo a vontade de aprender e estimulando o desejo de alcançar os resultados visados que são as mudanças ou melhoria dos hábitos de higiene e dieta (ALVES; VOLSCHAN; HAAS, 2004).

Couto, Couto e Duarte (1992) efetuaram uma revisão completa sobre as pesquisas realizadas com programas e recursos didáticos que visam à

motivação/educação para prevenção das doenças periodontais e da cárie dentária. Os autores afirmaram que a literatura enfatiza que a motivação/educação é a maneira mais eficiente para modificar o comportamento do indivíduo e levá-lo a exercer um controle satisfatório da placa bacteriana.

Silva e Jorge (2000) aplicaram um programa educativo-preventivo em escolares com 7 a 11 anos de idade por meio de palestras e escovação supervisionada e obtiveram diferença significativa no índice de higiene bucal antes e após aplicação do programa. Com isso, concluíram que o treinamento e a motivação das crianças são essenciais para melhorar a higiene bucal.

Para despertar interesse ao educar e motivar as crianças em relação à higiene bucal, o profissional deve dispor de criatividade, meios, técnicas e materiais apropriados que depende muito de seu próprio entusiasmo, pois se não estiver motivado, jamais conseguirá resultados positivos (GITIRANA et al., 2003; MORAES et al., 2011). Por meio de atividades lúdicas, pode-se associar a prática rotineira de higiene bucal com brinquedos, auxiliando na motivação e educação. A aplicação de jogos educativos somados às técnicas convencionais de educação transforma o processo de aprendizagem em um processo ativo, no qual a informação transmitida é colocada em prática com o auxílio de divertimento, motivação e reforço de aprendizagem (MORAES et al., 2011).

Toassi e Petry (2002) avaliaram a eficácia de duas estratégias motivacionais em relação ao controle da placa bacteriana e sangramento gengival em 135 escolares da rede estadual e municipal de ensino. O Grupo A recebeu motivação em sessão única, e Grupo B, motivação em quatro sessões. As atividades foram: palestra educativa, revelação de biofilme dental, orientação direta sobre técnica de escovação e uso do fio dental com auxílio de macromodelos demonstrativos e macro escova. Para a avaliação da metodologia empregada foram realizados levantamentos do índice de placa visível (IPV) e do índice de sangramento gengival (ISG). Em ambos os grupos houve redução tanto do ISG quanto do IPV após as sessões de intervenção. Em conclusão, os reforços motivacionais em programas educativos-preventivos atuam positivamente para a redução da placa bacteriana e sangramento gengival.

Silveira, Oliveira e Padilha (2002) avaliaram a redução de IPV e ISG em crianças atendidas em uma unidade do SUS. As crianças realizaram escovação

supervisionada semanal, orientação de dieta individual e atividade educativa coletiva com a presença do responsável, bem como adequação do meio bucal e atendimento cirúrgico restaurador, em um período médio de 6 meses. A amostra foi de 42 crianças com idade média de 9 anos, com 4 dentes afetados pela cárie dentária, em média. Os resultados obtidos foram: IPV-inicial = 29% e IPV-final = 11%; ISG-inicial = 13% e ISG-final = 5%. O programa de promoção de saúde analisado mostrou-se eficaz em relação ao controle de placa, reduzindo o IPV a um nível mais aceitável. Embora o ISG tenha reduzido consideravelmente, a presença de sangramento gengival no final do ciclo de atendimento requer uma melhor abordagem da motivação do paciente em realizar a higiene bucal rotineiramente.

Durante o período de socialização da criança, hábitos relacionados à dieta e a saúde são estabelecidos diretamente ou indiretamente influenciados pelos hábitos e atitudes dos pais ou responsáveis (GARBIN et al., 2009; SAIED-MOALLEMI et al., 2009; NAIDU; NUNN; FORDE, 2012; CASTILHO et al., 2013; GAO et al., 2013). Considerando-se a saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde geral, a infância é o período que pode ser considerado o mais importante para o futuro da saúde bucal do indivíduo. Na infância, as noções e os hábitos de cuidados com a saúde devem começar a se formar, permitindo assim que as ações educativas implementadas mais tarde se baseiem no reforço de rotinas estabelecidas (FRANCHIN et al., 2006; SÁ; VASCONCELOS, 2009).

O Programa de Saúde Bucal Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) tem se empenhado nos últimos cinco anos, para aumentar a consciência mundial com relação à saúde bucal e enfatiza sua importância como um componente da saúde geral e qualidade de vida. Enquanto isso, a cárie dentária continua sendo um grande problema de saúde pública e seu ônus é crescente em muitos países de baixa e média renda. No relatório de 2003, o Programa de Saúde Bucal Global da OMS formulou as políticas e ações necessárias para a melhoria contínua da saúde bucal mundial. Dentre estas ações está a educação em saúde bucal de crianças e adolescentes em ambiente escolar (PETERSEN, 2009).

Aquilante et al. (2003) avaliaram a efetividade de um Programa de Educação em Saúde Bucal, por meio do índice PHP e de uma entrevista baseada em um questionário elaborado para avaliar os conhecimentos sobre saúde bucal, em 44 crianças com 6 anos de idade, mensalmente, durante 5 meses. Os resultados

demonstraram que houve aumento da ordem de 16% no nível de conhecimento sobre saúde, bem como redução de 0,63 (o que corresponde a 15,5%) no índice médio de placa. Concluíram que os programas educativos promovem o aumento do conhecimento sobre saúde bucal e a redução do índice de placa bacteriana, devendo preferencialmente ser realizados na infância.

Gitirana et al. (2003), avaliaram um programa de educação odontológica escolar em 30 crianças na faixa etária de 4 a 5 anos, de ambos os sexos, por meio do índice de placa bacteriana e índice gengival. Foi utilizado material didático pedagógico incluindo dinâmicas, jogos, músicas, paródias e teatro. A aplicação do programa foi realizada uma vez por semana, durante seis meses. Observaram notável diminuição nos índices de placa bacteriana e gengival, ou seja, ocorreu melhoria estatisticamente significativa de higiene bucal, considerando-se os índices avaliados. Os autores concluíram que a motivação e o incentivo à higiene bucal após a utilização de programa de educação odontológica escolar diminuíram o índice de placa e gengival das crianças, o que deve influenciar na susceptibilidade à cárie e à doença periodontal.

Saliba et al. (2003) realizaram ações educativas e preventivas por meio de slides, vídeos, fantoches, álbuns seriados, evidenciação da placa bacteriana e escovação supervisionada visando à valorização da saúde bucal. Ao final do ano letivo realizou-se avaliação das ações desenvolvidas, verificando se as atividades permitiram alcançar os objetivos educacionais: 1- Domínio afetivo: valorização do escolar pelo programa; participa ativamente e com motivação dos eventos programados e valoriza a saúde bucal. 2- Domínio cognitivo: compreensão das causas e consequências dos problemas bucais e os meios para prevenção e controle. 3- Domínio psicomotor: adequado controle mecânico da placa bacteriana utilizando índices de higiene oral. Os autores concluíram que o programa educativo proposto possui estratégias educativas e motivacionais simples, de baixo custo e pode ser aplicado à realidade brasileira proporcionando aos escolares um bom nível de conhecimento sobre saúde bucal.

Yazdani et al. (2009) realizaram um estudo randomizado para avaliar o efeito de um programa de educação realizado em adolescentes de 15 anos. A amostra foi dividida em três grupos de acordo com as atividades: 1- indivíduos que receberam informações sobre saúde bucal por meio de folhetos (n=148); 2- indivíduos que

receberam informações sobre saúde bucal por meio de vídeos (n=139); e 3-indivíduos que não receberam informações (n=130). Os resultados foram avaliados após 12 semanas. No início do estudo, todos os alunos apresentaram placa bacteriana e sangramento gengival em pelo menos um dente. Houve melhora na higiene bucal em 58%, no grupo dos estudantes que receberam orientação por meio dos folhetos, de 37% no grupo por meio de vídeos e 10% no que não recebeu informação. Com relação à saúde gengival, houve melhora de 72%, 64% e 30%, respectivamente. Mais de dois terços dos alunos avaliados tiveram melhora moderada da saúde bucal. Concluíram que uma intervenção na escola, considerada fácil de ser organizada e de baixo custo, pode ser eficaz na melhoria da higiene bucal.

Moraes et al. (2011) compararam o índice de placa em crianças com idades entre 4 e 6 anos, antes e após motivação de higiene dental. O grupo experimental (n=17) recebeu orientação com macro-modelo, escova e motivação com brinquedos. No grupo controle (n=18) foi realizada orientação apenas com macro-modelo e escova. Foram utilizados brinquedos com temas odontológicos para tentar aproximar a criança do consultório e do cirurgião-dentista. Realizou-se índice de placa antes e após 7 e 15 dias da orientação de higiene. Após uma semana, houve diminuição estatisticamente significativa do índice de placa nos dois grupos. Na segunda semana, a redução se manteve constante em relação à primeira. Os autores concluíram que a utilização de brinquedos na motivação da higiene dental é eficiente.

Países em desenvolvimento passaram a utilizar programas de prevenção organizados ao longo das últimas três décadas e começaram a mostrar resultados notáveis na prevenção da cárie dentária na geração mais jovem. O método mais viável e de custo eficaz para prevenir a tendência crescente de doenças bucais deve ser voltado para crianças em idade escolar (CHACHRA et al., 2011). Em um estudo randomizado realizado por Chachra et al. (2011) foram selecionadas aleatoriamente 972 crianças com idades entre 5 a 16 anos, em quatro escolas para avaliar e comparar o conhecimento, atitude e prática sobre a saúde bucal. O grupo controle (Grupo A) não recebeu orientação com relação à saúde bucal. Nos grupos experimentais foi aplicado um programa de educação e motivação odontológica, o qual foi realizado respectivamente por um cirurgião - dentista (Grupo B), por

professores treinados por um cirurgião - dentista (Grupo C) e por voluntários de uma organização social treinado por professores (Grupo D). O material educativo foi padronizado na forma de álbuns ilustrativos, para as idades entre 10 e 16 anos, e pequenas histórias para as idades entre 5 e 9 anos sendo o programa realizado a cada 15 dias, durante 6 meses. As atividades realizadas foram palestras de educação em saúde bucal; evidenciação de placa bacteriana e método correto de escovação; utilização de bochechos com NaF 0,2% a cada 15 dias e conhecimento sobre a relação entre o açúcar com a cárie dentária e o uso inteligente de açúcares . As crianças foram orientadas a realizar escovação após as principais refeições com dentífrico fluoretado. Os resultados indicaram que a comunicação direta por meio do cirurgião - dentista provou ser a abordagem de comunicação mais eficaz em comparação com as outras duas abordagens indiretas de comunicação. Observou-se que houve maior conhecimento da higiene bucal, da função do flúor e da frequência do consumo do açúcar no Grupo B, demonstrando a importância das informações serem transmitidas por um cirurgião - dentista.

As técnicas de controle da placa bacteriana requerem tempo e destreza e, conseqüentemente, o paciente só participa adequadamente quando bem motivado. Para que o paciente seja educado, é fundamental que haja uma comunicação efetiva entre o cirurgião-dentista e o próprio paciente, pois sem esta comunicação não há aprendizado (AQUILANTE et al., 2003). Contudo, estudos comprovam que sessões de reforço parecem ser indispensáveis para reduzir, significativamente, a placa bacteriana (TOASSI; PETRY, 2002).

Do ponto de vista psicopedagógico, recomendam-se jogos e dinâmicas como excelentes meios favorecedores de aprendizagem, proporcionando à criança uma diversidade de experiências e estímulos, todo um arsenal de vivências úteis e necessárias a um ótimo desenvolvimento, favorecendo assim o desenvolvimento cognitivo, autocontrole e autodomínio (GITIRANA et al., 2003).

Valarelli et al. (2011) descreveram um programa de educação e motivação em odontologia para crianças em escolas. O estudo foi feito com 522 crianças com idades entre 4 e 7 anos. De acordo com a nova visão de promoção de saúde, os assuntos ensinados no programa abrem-se em uma nova perspectiva, abrangendo saúde bucal, saúde corporal e qualidade de vida com a finalidade de criar uma geração de crianças que se tornem adultos conscientes em relação à saúde bucal.

O ambiente que cerca as crianças molda suas atitudes fundamentais diante da vida. As atitudes e hábitos adquiridos durante as primeiras fases da vida serão carregados para as fases seguintes, quando se começa assumir a responsabilidade pelos próprios atos. A educação e motivação estabelecida na infância têm grande impacto sobre o desempenho da criança. Para o sucesso deste trabalho as inovações nas atividades propostas no programa dependem da habilidade do profissional. Portanto, o desenvolvimento de programas de educação e motivação para saúde bucal é indispensável para a busca de uma saúde plena.

Naidu, Nunn e Forde (2012) realizaram um estudo para explorar e compreender o conhecimento de saúde bucal dos pais e cuidadores de seus filhos em idade pré-escolar. Também analisaram de que maneira o conhecimento pode ter moldado as atitudes e comportamentos das crianças em relação à saúde bucal. Para isto, a amostra foi composta por 18 participantes utilizando-se uma abordagem de grupo e gravação de áudio e anotações. A maioria dos participantes entendeu a necessidade de garantir uma boa higiene oral e hábitos alimentares saudáveis dos filhos. Entretanto, relataram que devido a experiências próprias negativas no consultório odontológico, acabavam adiando a visita de seus filhos ao dentista. Houve dificuldade em estabelecer rotinas de escovação e controle de consumo de açúcar em virtude de muitas outras responsabilidades em casa. A falta de disponibilidade de serviços odontopediátricos localmente e informações sobre os cuidados da saúde bucal também foram destacados e muitos expressaram a necessidade de mais contato com cirurgiões - dentistas fora do ambiente clínico, por meio de orientação e aconselhamento em saúde bucal. Estes dados podem ser usados para informar as estratégias de promoção de saúde bucal para essa faixa etária. Desta forma concluíram que os pais e cuidadores mostraram atitudes geralmente positivas em relação à saúde bucal, mas parecem ter encontrado diversas barreiras e desafios para alcançar o cuidado preventivo ideal para o seu filho, no que diz respeito à dieta saudável, boa higiene bucal e atendimento odontológico. Ressaltaram também que a promoção da saúde bucal deve incluir divulgação eficaz das informações, aconselhamento mais prático de saúde e maior acesso aos cuidados dentários para famílias com crianças pré-escolares.

Suprabha et al. (2013) realizaram um estudo transversal randomizado envolvendo 858 crianças com idades entre 11 e 13 anos para avaliar o

conhecimento existente, hábitos e práticas de atenção à saúde bucal. A prevalência de cárie dentária foi determinada por meio do índice CPO-D. Um questionário sobre práticas de autocuidado, conhecimento e atitude em relação à saúde bucal foi aplicado para todas as crianças. O estudo demonstrou associação entre prevalência de cárie dentária (59,4%), e baixo nível de conhecimento em saúde bucal (54,5%). Das crianças avaliadas, 84,2% não tinham conhecimento sobre o dentífrico fluoretado e 63,5% relataram medo de ir ao dentista devido à possibilidade de sentir dor. Concluíram que práticas de atenção à saúde bucal não são totalmente explicadas, e outros modelos de educação em saúde precisam ser adotados. Além disso, pesquisas futuras devem procurar encontrar o método mais eficaz de educação para a saúde bucal, que produzam mudanças de comportamento individuais.

Assim sendo, o grande desafio da odontologia atual é o de atuar educativamente junto à população infantil, provendo informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, com uma mudança de atitude em relação a essas doenças que frequentemente são consideradas como inevitáveis pela população (SÁ; VASCONCELOS, 2009; SAIED-MOALLEMI et al., 2009; YAZDANI et al., 2009; SHENOY; SEQUEIRA, 2010).

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a efetividade de um programa de educação em saúde bucal para crianças com fissura de lábio e/ou palato.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC/USP, sob parecer número 639.305 (Anexo A).

O critério de inclusão da amostra compreendeu crianças com fissura de lábio e/ou palato, com idades entre 5 e 12 anos, matriculados para tratamento no HRAC/USP, de ambos os sexos. O critério de exclusão foi composto de presença de síndrome ou malformação associada. Os pais/responsáveis pelas crianças foram consultados e esclarecidos a respeito da pesquisa, em seguida foram orientados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B). Após a assinatura do termo a criança foi questionada se gostaria ou não de fazer parte do estudo.

A amostra foi calculada de maneira que o número de crianças selecionadas projetasse a estimativa representativa para realizar o estudo. Para isso utilizou-se o estudo de Aquilante et al. (2003). A partir da análise do desvio padrão encontrado neste estudo, o número mínimo de participantes em cada grupo para que uma diferença mínima de 1 fosse detectada, foi de 17 indivíduos.

Diante disso, a amostra foi composta por 46 crianças, as quais foram aleatoriamente divididas por um sistema computadorizado (Programa Microsoft Excel) em 2 grupos: Grupo 1 (controle) - pacientes que frequentam mensalmente o HRAC/USP para realizar profilaxia profissional (n=23) e Grupo 2 (experimental) - pacientes que frequentam mensalmente o HRAC/USP e receberam orientação de educação e motivação em saúde bucal e controle de placa bacteriana (n=23). Os pacientes de ambos os grupos foram avaliados durante 6 sessões, com intervalos de 30 dias entre as mesmas. Inicialmente, todos os pacientes da amostra foram cadastrados no *Sistema Dent Clean*® (Figura 1), no qual o cirurgião - dentista cadastra o local de atuação, responsáveis e a criança, gerando um banco de dados controlado pelo operador.

Figura 1 - Cadastro dos pacientes no *Sistema Dent Clean*[®]

Para o controle de placa bacteriana foi realizada evidenciação da mesma com corante verde de malaquita 0,5% e avaliação do índice PHP (Performance de Higiene do Paciente) na 1ª e 6ª sessão em ambos grupos (Figura 2). O índice PHP utilizado foi o proposto por Podshadley e Haley (1968) com modificações, nas quais os escores foram convertidos em cores:

- escore 1: representado pela cor verde - presença de placa bacteriana em um terço da coroa.
- escore 2: representado pela cor amarelo - presença de placa bacteriana em dois terços da coroa.
- escore 3: representado pela cor vermelho - presença de placa bacteriana em mais de dois terços da coroa.

Figura 2 - Evidenciação e avaliação da placa bacteriana

A avaliação foi realizada por meio do *Aplicativo Dent Clean*[®] (Bauru, São Paulo, Brasil), que faz parte do Programa de Educação em Saúde Bucal. O aplicativo baseia-se no registro da evidenciação de placa bacteriana por meio de fotografia realizada por iPhone ou iPad (Apple[®]) (Figura 3) e na classificação automática da quantidade de placa na superfície dentária, nas cores correspondentes: verde (higiene adequada), amarelo (higiene razoável) e vermelho (higiene inadequada) (Figura 4). A foto pode ser visualizada pela criança, identificando as áreas com placa bacteriana. Os resultados foram encaminhados automaticamente via WEB para o *Sistema Dent Clean*[®] (Figura 5).

Figura 3 - Evidenciação de placa bacteriana com verde malaquita 0,5%

Figura 4 - Fotografia realizada por iPhone (Apple®) após a evidenciação de placa bacteriana

Figura 5 - Exame PHP - Sistema Dent Clean®

Após a avaliação do índice PHP, os pacientes de ambos os grupos preencheram um questionário elaborado especificamente para este estudo (Apêndice A) composto de 16 questões acerca dos seus conhecimentos sobre saúde bucal na 1ª e 6ª sessão. No primeiro dia o questionário foi respondido sem

qualquer orientação prévia em saúde bucal. Após 6 meses, o mesmo foi aplicado a fim de verificar se os pacientes adquiriram e memorizaram os conhecimentos sobre saúde bucal.

As atividades educativas realizadas pelo Grupo 2 (experimental) foram selecionadas por um guia de orientação pedagógica *Turminha Dent Clean*[®], o qual sugere atividades relacionadas a saúde bucal, com objetivos pedagógicos e odontológicos específicos a cada faixa etária e cuja metodologia apresenta a descrição das atividades e o procedimento de como atuar. As atividades descritas por este manual foram divididas em 5 assuntos principais:

- Dente: a criança tem que reconhecê-lo primeiramente como um órgão do corpo e sua importância;
- Doença: a criança após aprender sobre o dente adquire conhecimentos sobre a etiopatogenia da cárie dentária de forma lúdica, e conceitos de uma dieta saudável - alimentos cariogênicos e não cariogênicos;
- Higiene: a criança aprende como evitar as doenças bucais, a importância da frequência de escovação, enfatizando o consumo inteligente do açúcar;
- Estética: a criança aprende que dentes saudáveis favorecem uma boa aparência a fim de motivá-la nesta tarefa tão árdua;
- Dentista: importância do profissional para ajudá-las nesta tarefa e a desmitificação em relação aos tratamentos e procedimentos odontológicos.

Na 1ª sessão do Grupo 2 (experimental), após a aplicação do questionário, realizou-se evidenciação de placa bacteriana e o índice PHP foi determinado pelo *Sistema Dent Clean*[®]. Os pacientes receberam orientação de higiene bucal de acordo com escores do PHP. Em seguida foi realizada demonstração da técnica de escovação (técnica de Fones) com macromodelos, escovação supervisionada, entrega do Kit de higiene bucal *Turminha Dent Clean*[®] contendo escova, dentífrico fluoretado e estojo (Figuras 6 e 7).

Figura 6 - Escovação supervisionada

Figura 7 - Kit de higiene bucal *Turminha Dent Clean*®

Na 2ª sessão foi realizada palestra sobre placa bacteriana e cárie dentária evidenciando suas causas e danos à saúde bucal. Em seguida realizou-se demonstração e treinamento do uso do fio dental, escovação supervisionada, atividade com iPad® (Apple) e DVD da *Turminha Dent Clean*®, contendo videocliques relacionados à higiene bucal, placa bacteriana e cárie dentária. Foi realizada apresentação dos personagens e entrega do livrinho de atividades da *Turminha*

Dent Clean[®] (Figuras 8 e 9) contendo atividades educativas: caça - palavras, jogo dos sete erros, labirinto, ligue os pontos, desenhos para colorir.

Figura 8 - Personagens *Turminha Dent Clean*[®]

Figura 9 - Entrega do livrinho de atividades *Turminha Dent Clean*[®]

Na 3ª sessão utilizou-se a atividade denominada evolução da cárie, constituída por um dente de isopor representando um corte longitudinal da estrutura dentária, apresentando de um lado as partes internas e de outro as partes externas do dente, a fim de demonstrar como ocorre a progressão da cárie dentária até atingir a polpa evidenciando os danos à saúde bucal (Figura 10). Por fim, realizou-se escovação supervisionada, atividade educativa relacionada - Batalha Bucal e atividade no computador - jogo: Caça ao Mutanojo (Figura 11).

Figura 10 - Atividade educativa sobre a progressão da cárie dentária

Figura 11 - Atividade de motivação Batalha Bucal

Na 4ª sessão, as crianças assistiram um vídeo educativo abordando os temas: placa bacteriana, cárie dentária e higiene bucal, realizaram escovação supervisionada e atividade de motivação: jogo da memória e tapa certo *Turminha Dent Clean*®. Entrega do DVD *Turminha Dent Clean*® (Figuras 12 e 13).

Figura 12 - Atividade de motivação "Tapa certo" - *Turminha Dent Clean*®

Figura 13 - Quebra-cabeça *Turminha Dent Clean*®

Na 5ª sessão foi realizada palestra sobre dieta, os pacientes receberam orientações sobre os alimentos cariogênicos e não cariogênicos. Em seguida, assistiram um vídeo educativo relacionado ao tema e às funções dos dentes. Realizaram escovação supervisionada e atividade de motivação: Boliche dos alimentos cariogênicos e não cariogênicos, atividade no Ipad: jogos *Turminha Dent Clean*® (Figuras 14, 15 e 16).

Figura 14 - Jogos do site www.dentclean.com.br

Figura 15 - Vídeo educativo

Figura 16 - Boliche alimentos cariogênicos e não cariogênicos

Para as comparações do PHP inicial e após 6 meses entre os grupos utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney e para a comparação do PHP em relação ao período estudado, dentro do mesmo grupo, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon. Os conceitos obtidos pelos questionários foram submetidos à análise estatística por meio do teste t , para a comparação inicial e após 6 meses entre os grupos. Ao final do estudo, para a avaliação do nível de conhecimento dentro do mesmo grupo, foi aplicado o teste t pareado. Em todos os testes foi adotado nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Foram avaliados 38 pacientes, sendo 17 do Grupo 1 (Controle) e 21 do Grupo 2 (experimental). A média das idades foi de 8 anos e 9 meses.

As Tabelas 1 e 2 apresentam a caracterização dos pacientes do Grupo 1 e 2 quanto ao gênero e o tipo de fissura.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes do Grupo 1 quanto ao gênero e o tipo de fissura

Grupo 1 (Controle)				
Gênero	n	Lábio	Lábio e Palato	Palato
Masculino	12	5	4	3
Feminino	5	1	2	2

Tabela 2 - Caracterização dos pacientes do Grupo 2 quanto ao gênero e o tipo de fissura

Grupo 2 (Experimental)				
Gênero	n	Lábio	Lábio e Palato	Palato
Masculino	11	3	5	3
Feminino	10	3	3	4

A Figura 17 apresenta o resultado do exame PHP inicial e após 6 meses para os 38 pacientes avaliados. Nota-se que houve melhora em relação à qualidade da higiene bucal.

Figura 17 - Resultado do exame PHP

Com relação ao exame PHP inicial, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Em relação ao exame PHP após 6 meses houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 3), demonstrando maior redução do índice no Grupo 2.

Tabela 3 - Comparação do exame PHP entre os grupos

PHP	Grupo 1		Grupo 2		p
	Média	dp	Média	dp	
Inicial	2,5	0,7	2,4	0,7	0,792
Após 6 meses	2,4	0,6	1,5	0,5	<0,001*

* Diferença estatisticamente significativa

Em relação ao período estudado, no Grupo 1 (controle) não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao exame PHP inicial e após 6 meses. No Grupo 2 (experimental), houve diferença estatisticamente significativa quando comparado o período inicial e após 6 meses (Tabela 4), demonstrando redução do índice PHP após 6 meses de implementação do programa.

Tabela 4 - Comparação do exame PHP dos grupos no início e após 6 meses

PHP	Início		Após 6 meses		p
	Média	dp	Média	dp	
Grupo 1	2,5	0,7	2,4	0,6	0,813
Grupo 2	2,4	0,7	1,5	0,5	<0,001*

* Diferença estatisticamente significativa

Em relação ao questionário, verificou-se que no início e após 6 meses não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, acerca dos conhecimentos em saúde bucal (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação do questionário entre os grupos

Questionário	Grupo 1		Grupo 2		p
	Média	dp	Média	dp	
Inicial	9,2	3,5	8,6	2,6	0,503
Após 6 meses	10,5	2,2	11,7	2,2	0,494

Para avaliação do nível de conhecimento, no Grupo 1 (controle) não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao período estudado inicial e após 6 meses. No Grupo 2 (experimental), houve diferença estatisticamente significativa quando comparado o período inicial e após 6 meses (Tabela 6) com aumento do nível de conhecimento para o Grupo 2.

Tabela 6 - Comparação do questionário dos grupos no início e após 6 meses

Questionário	Início		Após 6 meses		p
	Média	dp	Média	dp	
Grupo 1	9,2	3,5	10,5	2,2	0,067
Grupo 2	8,6	2,6	11,7	2,2	<0,001*

* Diferença estatisticamente significativa

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Visando proporcionar uma melhor interpretação dos resultados obtidos neste trabalho, serão discutidos inicialmente os aspectos referentes à amostra bem como a metodologia aplicada para obtenção dos resultados. Posteriormente, serão realizadas considerações sobre os estudos obtidos mediante análise dos dados e comparando-os com outros trabalhos existentes na literatura.

Dos 46 pacientes que participaram da seleção da amostra, 38 fizeram parte do estudo. No grupo controle (Grupo 1), foram excluídos 6 pacientes por não terem comparecido a todas as sessões. No grupo experimental (Grupo 2), apenas 2 foram excluídos e neste grupo as atividades foram aplicadas na maioria dos pacientes. Houve grande dificuldade no recrutamento dos pacientes, assim como o estudo realizado por Bonow e Casalli (2002). Este processo levou cerca de 4 meses, embora um dos critérios de inclusão no estudo, tenha sido o paciente residir em Bauru ou regiões muito próximas. Por tratar-se de um estudo clínico longitudinal, a coleta de dados levou aproximadamente 10 meses, devido ao alto índice de faltas dos pacientes do grupo controle. Estes foram atendidos individualmente, e não receberam orientações específicas de educação em saúde bucal. Pode-se atribuir a maior frequência dos pacientes do grupo experimental, às atividades do Programa de educação em saúde bucal, considerando-se que as sessões eram mais interessantes pela diversidade do conteúdo aplicado e dos recursos utilizados, mesclando atividades de educação com atividades de motivação.

A metodologia proposta no estudo para o programa de educação em saúde bucal para pacientes com fissura de lábio e/ou palato incluiu o *Aplicativo Dent Clean*® associado às atividades de educação em saúde. Muitos materiais educativos para saúde bucal apresentam um fraco potencial motivador a fim de promover a adoção ou mudanças de hábitos e não despertam a curiosidade dos usuários em relação aos temas propostos. Além disso, apresentam um layout pouco chamativo, geralmente são redigidos com uma linguagem técnica de difícil compreensão e distantes das realidades sociais e do estilo de vida dos usuários (MIALHE et al., 2009).

A tecnologia pode ser associada à informação precisa aos indivíduos, e proporciona metodologia de aprendizagem ativa. Jogos de computador figuram entre alternativas educacionais eficazes na educação em saúde. Entretanto, devem-se levar em consideração os problemas relacionados à acessibilidade, em termos de qualidade dos locais que oferecem uso de computadores, ou conhecimento e habilidades dos usuários com computadores, sendo necessária a investigação rigorosa para avaliar as intervenções educativas e a aplicabilidade para o público alvo (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

Desta forma, por intermédio do *Aplicativo Dent Clean*[®], procurou-se obter atenção das crianças da amostra ao trabalho lúdico desenvolvido, despertando a curiosidade pela tecnologia inovadora utilizada. Também demonstrar para as crianças, a adequação do controle da placa bacteriana por meio de um mecanismo de inteligência artificial, desenvolvido sob parâmetros de análise visual e qualitativa de placa bacteriana evidenciada sobre a face vestibular dos dentes anteriores, que classifica automaticamente o índice de placa e desta forma, estimula e motiva as crianças para um resultado satisfatório. O *Aplicativo Dent Clean*[®] proporcionou também ao avaliador resultados automáticos do controle de placa bacteriana que beneficiam assim, a aplicação de um índice modificado em programas de educação em saúde bucal, de forma simples e extremamente interessante ao público alvo.

Os resultados deste estudo mostraram que em relação ao exame PHP inicial, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, ou seja, ambos apresentavam-se na mesma condição inicial em relação ao controle de placa bacteriana. Em contrapartida, verificou-se diferença estatisticamente significativa em relação ao exame PHP após 6 meses entre os grupos estudados, sendo o controle de placa bacteriana mais efetivo no Grupo 2. Em relação ao período estudado, no Grupo 1, não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação exame PHP inicial e após 6 meses, quando comparado ao Grupo 2, demonstrando a efetividade do programa de educação em saúde bucal. Estes achados confirmam os resultados relatados em outros estudos na literatura (SILVA; JORGE, 2000; SILVEIRA; OLIVEIRA; PADILHA, 2002; TOASSI; PETRY, 2002; AQUILANTE et al., 2003; YAZDANI et al., 2009; MORAES et al., 2011; SUSHANTH et al., 2011; YEKANINEJAD et al., 2012) e corroboram o que diz o estudo feito por Coscrato,

Pina e Mello (2010): "uma intervenção é eficaz quando atinge os resultados esperados".

Nesse sentido, intervenções lúdicas eficazes para a educação em saúde devem promover a aprendizagem evidenciada pelo aumento do nível de conhecimento e aspectos mais abrangentes, como a mudança de comportamentos e melhora na qualidade de vida (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010; WANDERLEY; NOSÉ; CORRÊA, 2011).

A avaliação prévia dos conhecimentos em saúde bucal dos pacientes, hábitos de higiene, dieta, são fundamentais para a elaboração de um plano de prevenção individual e personalizado (WANDERLEY; NOSÉ; CORRÊA, 2011). Desta forma, ressalta-se a importância da aplicação do questionário para avaliação do nível de conhecimento dos participantes sobre saúde bucal.

Em relação ao nível de conhecimento, no Grupo 1 não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao período inicial e após 6 meses. No Grupo 2, houve diferença entre o período inicial e após 6 meses, evidenciando que as atividades de educação em saúde bucal foram efetivas neste grupo. Quando o Grupo 1 foi comparado com o Grupo 2 verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao nível de conhecimento inicial e após 6 meses, assim como no estudo relatado por Aquilante et al. (2003). Por outro lado, D'Cruz e Aradhy (2013), avaliaram o nível de conhecimento em saúde bucal em três períodos: aos 3, 6 e 9 meses durante a realização de um programa de educação em saúde bucal, sendo realizadas sessões de reforço aos 3 e 6 meses e aplicação de um questionário nos três períodos. Os autores observaram que houve diferença estatisticamente significativa em relação ao nível de conhecimento no grupo que recebeu palestras de educação em saúde e orientação de escovação quando comparado ao grupo que recebeu somente palestra e ao grupo controle que não recebeu orientação.

O fato de não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos, em relação ao nível de conhecimento em saúde bucal, pode ser devido ao tempo de avaliação, e por ser o questionário uma medida de avaliação subjetiva. Acredita-se que se o estudo fosse realizado por um período de 12 meses, provavelmente a absorção e retenção dos conhecimentos teria sido maior no grupo experimental.

A redução nos índices de placa bacteriana e obtenção de níveis de conhecimento satisfatórios do grupo experimental nas avaliações demonstraram ser realmente efetivas tanto na educação quanto na motivação em saúde bucal e ainda estimularam a compreensão do assunto de maneira prazerosa, por meio de atividades teóricas e lúdicas seguindo o cronograma pedagógico. Entretanto, tanto a aprendizagem como a mudança comportamental devem ser avaliadas a longo prazo, a fim de determinar se há retenção do conhecimento e se este proporciona mudanças comportamentais duradouras que terão impacto na qualidade de vida dos indivíduos (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010; MARTIGNON; EKSTRAND, 2010; VAN DEN BRANDEN et al., 2013). Brukiene e Aleksejūniene (2009), em uma revisão sistemática, relataram resultados positivos apenas a curto prazo em até seis meses havendo uma tendência de recaída acerca dos conhecimentos e higiene bucal com o passar do tempo. Diante disto, é necessário que haja reforço contínuo da educação em saúde bucal para motivar constantemente o paciente, seja um ambiente onde as crianças permaneçam por um longo período como as escolas ou mesmo os de permanência sazonais como o ambiente hospitalar onde se desenvolveu o presente estudo.

Cada indivíduo processa as informações de forma distinta, dependendo de suas características psicológicas individuais e a influência social a que está exposta, portanto, não serão todos igualmente motivados a mudar seus comportamentos com base em um mesmo padrão de estratégia educativa elaborada pelo profissional de saúde (MIALHE et al., 2009). Assim, fica evidente o reforço contínuo e sistemático para educação e motivação em saúde bucal.

Motivar o paciente não é uma tarefa fácil. Neste estudo, o que despertou nas crianças do grupo experimental o interesse e a motivação para a mudança de hábitos foi o conjunto de ações lúdicas, associadas a uma metodologia pedagógica, um cronograma estrategicamente elaborado e principalmente às tecnologias direcionadas ao público infantil bem como os itens oferecidos aos pacientes no kit de higiene bucal, DVD e livro de atividades *Turminha Dent Clean*®.

Considerando que os pacientes com fissura de lábio e/ou palato apresentam alto risco de cárie, (HASSLÖF; TWETMAN, 2007; BRITTON; WELBURY, 2010; FREITAS et al., 2012b; KING; WONG; WONG, 2013) vale salientar que desenvolver uma estratégia para prevenção da saúde bucal no Hospital de Reabilitação de

Anomalias Craniofaciais/USP atendendo às necessidades destes indivíduos e aos princípios do Sistema Único de Saúde, incluindo ações interdisciplinares, com base nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, é de extrema importância para o contexto do processo reabilitador. Por isto, neste estudo, acompanhou-se o impacto de uma ação de saúde bucal por meio de um Programa de Educação contendo um aplicativo para o registro da performance de higiene do paciente e atividades de motivação odontológica. Procurou-se buscar um modelo de assistência aos indivíduos com fissura de lábio e/ou palato centrado na atenção integral à saúde, e não na doença. Buscou-se ferramentas adequadas para reabilitar o paciente para ser inserido na sociedade e para melhorar a qualidade dos serviços de saúde promovendo a humanização das práticas. Tais ações visam à redução de fatores de risco à cárie dentária e gengivite por meio do controle de placa bacteriana e manutenção da saúde bucal, possibilitando mudanças de hábitos. Ressalta-se, que no momento, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP precisa de programas integrais de educação em saúde bucal para pacientes com fissura de lábio e/ou palato.

A estratégia deste estudo foi mudar o comportamento de crianças com fissuras de lábio e/ou palato referente aos cuidados com a saúde bucal. Durante as atividades foram oferecidas condições para manutenção da saúde bucal, minimizando o número de problemas futuros, como cárie dentária e gengivite, desta forma reduzindo os custos com tratamentos curativos para o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/USP, além de ser um benefício que os pacientes levarão para o resto de suas vidas.

Sabe-se dos avanços na área de saúde bucal, entretanto, novas tecnologias e ferramentas inovadoras para promoção da saúde bucal são ainda incipientes na prática clínica, portanto mais estudos precisam ser realizados para aprimorar as ferramentas existentes e propiciar novas opções de educação e motivação em saúde bucal. De acordo com Valarelli et al. (2011), o ambiente que cerca as crianças molda suas atitudes fundamentais diante da vida. As atitudes e hábitos adquiridos durante as primeiras fases da vida serão carregados para as fases seguintes, quando se começa assumir a responsabilidade pelos próprios atos. A educação e motivação estabelecida na infância têm grande impacto sobre o desempenho da criança. Para o sucesso deste trabalho as inovações nas atividades propostas no

programa dependem da habilidade do profissional. Portanto, o desenvolvimento de programas de educação e motivação para saúde bucal em crianças é indispensável para a busca de uma saúde bucal plena.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos para amostra estudada, e de acordo com a metodologia aplicada, foi possível constatar que o programa de educação em saúde bucal foi efetivo para crianças com fissura de lábio e/ou palato.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, N.; PUSHPANJALI, K. Feasibility of including APF application in a school oral health promotion program as a caries - preventive agent: a community intervention trial. **J Oral Sci**, v. 53, n. 2, p. 185-191, 2011.
- AL-DAJANI, M. Comparison of dental caries prevalence in patients with cleft lip and/or palate and their sibling controls. **Cleft Palate Craniofac J**, Pittsburgh, v. 46, n. 5, p. 529-531, Sept. 2009.
- ALVES, M. U.; VOLSCHAN, B. C. G.; HAAS, N. A. T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.
- AQUILANTE, A. G. et al. A Importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Rev Odontol UNESP**, Marília, v. 32, n. 1, p. 39-45, jan./jun. 2003.
- BARDAL, P. A. P. et al. Educação e motivação em saúde bucal – prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. **Dental Press J Orthod**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 95-102, maio/jun. 2011.
- BONOW, M. L. M.; CASALLI, J. de F. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 27, p. 390-394, set./out. 2002.
- BRITTON, K. F. M.; WELBURY, R. R. Dental caries prevalence in children with cleft lip / palate aged between 6 months and 6 years in the West of Scotland. **Eur Arch Paediatr Dent**, Leeds, v. 11, n. 5, p. 236-241, Oct. 2010.
- BRUKIENE, V.; ALEKSEJŪNIENE, J. An overview of oral health promotion in adolescents. **Int J Paediatr Dent**, v. 19, n. 3, p. 163-171, May. 2009.
- CASTILHO, A. R. F. de et al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 116-123, Mar./Apr. 2013.
- CASTILHO, A. R. F. de; NEVES, L. T. das; CARRARA, C. C. F. de. Evaluation of oral health knowledge and oral health status in mothers and their children with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, Pittsburgh, v. 43, n. 6, p. 726-730, Nov. 2006.
- CHACHRA, S. et al. The most effective and essential way of improving the oral health status education. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, Chandigarh, v. 29, n. 3, p. 216-221, July/Sept. 2011.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA DA SILVA, L. M. A efetividade do dentifrício fluoretado no controle da cárie dental: uma meta-análise. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 598-606, out. 2002.

CHENG, L. L.; MOOR, S. L.; HO, C. T. C. Predisposing factors to dental caries in children with cleft lip and palate: a review and strategies for early prevention. **Cleft Palate Craniofac J**, Pittsburgh, v. 44, n. 1, p. 67-72, Jan. 2007.

COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D.F. de. Use of recreational activities in health education: Integrative review of literature. **Acta Paul Enferm**, Guaíra, v. 23, n. 2, p. 257-263, 2010.

COUTO, J. L. do; COUTO, R. da S.; DUARTE, C. A. Motivação do paciente: avaliação dos recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 143-150, mar./abr. 1992.

D'CRUZ, A. M.; ARADHYA, S. Impact of oral health education on oral hygiene knowledge, practices, plaque control and gingival health of 13- to 15-year-old school children in Bangalore city. **Int J Dent Hygiene**, v. 11, p. 126-133, 2013.

FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 743-752, 2003.

FRANCHIN, V. et al. A importância do professor como agente multiplicador de Saúde Bucal. **Rev Abeno**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 102-108, jul./dez. 2006.

FRAZÃO, P. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 281-290, fev. 2012.

FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. A. La participación del personal auxiliar de odontología en los sistemas locales de salud. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 5, n. 2, feb. 1999.

FREITAS, J. A. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - part 1: Overall aspects. **J Appl Oral Sci**, Bauru, v. 20, n. 1, p. 9-15, Feb. 2012a.

FREITAS, J. A. et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - part 2: pediatric dentistry and orthodontics. **J Appl Oral Sci**, Bauru, v. 20, n. 2, p. 268-281, Mar./Apr. 2012b.

GAO, X. et al. Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental caries in preschool children: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, London, v. 14, n. 1, p. 118, Apr. 2013.

GARBIN, C. et al. Oral health education in schools: promoting health agents. **Int J Dent Hygiene**, Oxford, v. 7, n. 3, p. 212-216, Aug. 2009.

GITIRANA, V. F. D. et al. Avaliação de programa de educação odontológico escolar, em crianças de 4 a 5 anos de idade. **Rev biociênc**, Taubaté, v. 9, n. 4, p. 47-51, out./dez. 2003.

HASSLÖF, P.; TWETMAN, S. Caries prevalence in children with cleft lip and palate a systematic review of case-control studies. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 17, n. 5, p. 313-319, Sept. 2007.

HAZZA'A, A. M. et al. Dental and oral hygiene status in Jordanian children with cleft lip and palate: a comparison between unilateral and bilateral clefts. **Int J Dent Hyg**, Oxford, v. 9, n. 1, p. 30-36, Feb. 2011.

KING, N. M.; WONG, W. L.; WONG, H. M. Caries experience of chinese children with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, Pittsburgh, v. 50, n. 4, p. 448-455, July 2013.

MAFUVADZE, B. T.; MAHACHI, L.; MAFUVADZE, B. Dental caries and oral health practice among 12 year old school children from low socio-economic status background in Zimbabwe. **Pan Afr Med J**, Kampala, v. 14, p. 164, Apr. 2013.

MALTZ, M.; JARDIM, J. J.; ALVES, L. S. Health promotion and dental caries. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 24, Suppl 1, p. 18-25, 2010.

MARTIGNON, S.; EKSTRAND, K. R. In: Controle da doença cárie baseado em educação em saúde bucal. PEDROSA, S. F. de. (Coord). **Pro - Odonto prevenção programa de atualização em odontologia e saúde coletiva**. Porto Alegre: Médica Panamericana, 2010. Ciclo 4, Módulo 1.

MIALHE, F. L. et al. Promoção e prevenção em saúde. In: PEREIRA, A. C. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Napoleão, 2009. p. 442-486.

MORAES, K. R. de et al. Motivação de higiene dental utilizando brinquedos com temas odontológicos. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 723-728, 2011.

NAIDU, R.; NUNN, J.; FORDE, M. Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers. **BMC Oral Health**, London, v. 12, p. 27, Aug. 2012.

- PASSALACQUA, A. et al. An assessment of oral health promotion programmes in the United Kingdom. **Eur J Dent Educ**, Copenhagen, v. 16, n. 1, p. e19-e26, 2012.
- PETERSEN, P. E. Global policy for improvement of oral health in the 21st century--implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 37, n. 1, p. 1-8, Feb. 2009.
- PODSHADLEY, A. G.; HALEY, J. V. A method for evaluating oral hygiene performance. **Public Health Rep**, Rockville, v. 83, n. 3, p. 259-264, Mar. 1968.
- SÁ, L. O.; VASCONCELOS, M. M. V. B. A Importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental: revisão de literatura. **Odontologia Clin Científ**, Recife, v. 8, n. 4, p. 299-303, out./dez. 2009.
- SAIED-MOALLEMI, Z. et al. School-based intervention to promote preadolescents' gingival health: a community trial. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 37, n. 6, p. 518-526, Dec. 2009.
- SALIBA, N. A. et al. Programa de educação em saúde bucal: a experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. **Odontol Clín-Científ**, Araçatuba, v. 2, n. 3, p. 197-200, 2003.
- SHENOY, R. P.; SEQUEIRA, P. S. Effectiveness of a school dental education program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices and status of 12- to 13-year-old school children. **Indian J Dent Res**, Ahmedabad, v. 21, n. 2, p. 21-24, Apr./Jun. 2010.
- SILVA, C. P. M. da; JORGE, A. O. C. Efeito de um programa educativo-preventivo na higiene bucal de escolares. **Rev biociênc**, Taubaté, v. 6, n. 2, p. 67-72, jul./dez. 2000.
- SILVEIRA, J. L. G. C.; OLIVEIRA, V. de; PADILHA, W. W. N. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, n. 2, p. 169-174, 2002.
- SUPRABHA, B. S. et al. Utility of knowledge, attitude, and practice survey, and prevalence of dental caries among 11- to 13-year-old children in an urban community in India. **Glob Health Action**, Höggeby, v. 6, p. 20750, Apr. 2013.
- SUSHANTH, V. H. et al. A peer group approach model of oral health promotion among orphans at Puduchery, South India. **J Int Soc Prev Community Dent**, v. 1, n. 2, p. 71-75, July/Dec. 2011.

TOASSI, R. F. C.; PETRY, P. C. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 634-637, out. 2002.

VALARELLI, F. P. et al. Importância dos programas de educação e motivação para saúde bucal em escolas: relato de experiência. **Odontol Clin Cient**, Recife, v. 10, n. 2, p. 173-176, abr./jun. 2011.

VAN DEN BRANDEN, S. et al. Effect evaluation of an oral health promotion intervention in preschool children. **Eur J Public Health**, Stockholm, 2013. In press.

WAGNER, Y.; GREINER, S.; HEINRICH-WELTZIEN, R. Evaluation of an oral health promotion program at the time of birth on dental caries in 5-year-old children in Vorarlberg, Austria. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 42, n. 2, p. 160-169, 2014.

WANDERLEY, M. T.; NOSÉ, C.C.; CORRÊA, M. S. N. P. In: Educação e Motivação na Promoção da Saúde Bucal. CORRÊA, M. S. N. P. In: **Odontopediatria na primeira infância**, 3. ed., 1. reimpr. São Paulo: Santos, 2011. p. 477-502.

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

YEKANINEJAD, M.S. et al. Effect of a school-based oral health education program on Iranian children: results from a group randomized trial. **Eur J Oral Sci**, Copenhagen, v. 120, n. 5, p. 429-437, Oct. 2012.

APÉNDICE

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Silvio Marchioni, 3-20 – Bauru-SP – CEP 17012-230

Questionário

I. Dados pessoais

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

II. Questões sobre saúde bucal

1. Na sua opinião, quantas vezes por dia devemos escovar os dentes:
 - A. () pelo menos duas vezes
 - B. () pelo menos três vezes
 - C. () pelo menos uma vez
2. Devemos escovar nossos dentes:
 - A. () somente quando os pais mandam
 - B. () para ficar mais bonito
 - C. () após as refeições e antes de dormir
3. O que é cárie:
 - A. () é uma doença causada pela falta de higiene bucal
 - B. () é um buraco no dente causado pelo consumo de alimentos saudáveis
 - C. () não é uma doença
4. O que é placa bacteriana:
 - A. () é um aparelho usado para corrigir dentes tortos
 - B. () é uma camada bem fina de bactérias e açúcares que ficam grudadas nos dentes
 - C. () não sei
5. Para higienizar corretamente os dentes devemos utilizar todos os dias:
 - A. () somente escova e pasta
 - B. () escova, pasta e fio dental
 - C. () escova, pasta, fio dental e flúor
6. Qual a importância dos dentes de leite:
 - A. () não tem importância, pois eles caem e nascem os dentes permanentes
 - B. () servem para manter o espaço para os dentes permanentes nascerem
 - C. () não sei.
7. Quais os alimentos que podem provocar cáries:
 - A. () cariogênicos: doces, balas, pirulitos, chicletes
 - B. () não cariogênicos: frutas, verduras, legumes
 - C. () não cariogênicos: doces, balas, frutas e legumes
8. O que pode causar inflamação na gengiva?
 - A. () nada, pois a gengiva nunca inflama
 - B. () o consumo de doces
 - C. () o acúmulo de placa bacteriana, causado pela má higiene bucal

9. O flúor serve para:
- ☐ deixar os dentes mais brancos
 - ☐ fortalecer o esmalte dos dentes, prevenindo as cáries
 - ☐ combater o mau hálito
10. Qual a função do fio dental?
- ☐ serve para limpar a gengiva
 - ☐ serve para limpar o espaço entre os dentes, onde a escova não alcança
 - ☐ serve para limpar somente os dentes do fundo
11. São meios de prevenir a cárie:
- ☐ comer alimentos que grudam nos dentes
 - ☐ escovar os dentes apenas uma vez ao dia
 - ☐ escovar bem os dentes após comer doces e após as refeições
12. Quando devemos ir ao dentista?
- ☐ a cada 6 meses, para manutenção da saúde bucal
 - ☐ somente quando tiver dor de dente
 - ☐ não sei
13. Como deve ser o consumo de doces:
- ☐ nunca devemos comer doces
 - ☐ podemos comer moderadamente, e logo após escovar bem os dentes
 - ☐ nunca consumir no período da noite
14. A cárie pode gerar infecções em outras partes do corpo.
- ☐ verdadeiro
 - ☐ falso
 - ☐ não sei
15. Se perdermos um dente antes do tempo, o que pode acontecer:
- ☐ os dentes vizinhos podem ficar tortos, sendo preciso usar aparelho
 - ☐ nada, pois não tem problema perder um dente antes do tempo
 - ☐ não sei
16. Assinale com a letra “B” os alimentos que fazem bem para os dentes e com a letra “M” os que fazem mal para os dentes:
☐ frutas	☐ salgadinho-chips	☐ refrigerante	☐ alface	☐ carne
☐ queijo	☐ peixe	☐ bolacha	☐ bala	
☐ chocolate	☐ leite puro	☐ mel	☐ chiclete	

Gabarito do questionário

1. B 2. C 3. A 4. B 5. B 6. B
7. A 8. C 9. B 10. B 11. C 12. A
13. B 14. A 15. A
16. B M M B B
B	B	M	M	
M	B	M	M	

ANEXOS

ANEXO A

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS
CRANIOFACIAIS DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Programa de Educação em Saúde Bucal para Crianças com Fissura Labiopalatina

Pesquisador: Adriana Cristina Silveira Pereira Franco

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 10174312.8.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 639.305

Data da Relatoria: 29/04/2014

Apresentação do Projeto:

Participarão 60 crianças entre 5 e 8 anos, que frequentarem mensalmente o HRAC/USP para realizar profilaxia profissional, formando dois grupos, sendo que apenas um deles usará o kit interativo. As crianças serão avaliadas durante um ano, em três momentos: no 1º dia, aos seis e doze meses, no índice PHP no controle da placa bacteriana. Os pais preencherão um questionário com 12 questões sobre saúde bucal, também nos três momentos.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo avaliar a efetividade do uso de um kit interativo de motivação odontológica em saúde bucal e controle de placa bacteriana em pacientes com fissura labiopalatina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo são apresentados por constituírem importante contribuição ao conhecimento e a manutenção da saúde bucal no processo de reabilitação em pacientes com FLP, objetivando-se reduzir os custos do tratamento. Os riscos contidos no presente estudo são inerentes aos projetos deste tipo. Uma vez realizados a partir das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, obedecendo as normas de biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

Continuação do Parecer: 639.305

que os riscos são próximos a zero.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi solicitada a alteração do título do projeto de pesquisa: "Uso de Kit Interativo para Educação em Saúde Bucal de Crianças com Fissura Labiopalatina" para " Programa de Educação em Saúde Bucal para crianças com fissura Labiopalatina "

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constatou-se a apresentação dos termos obrigatórios.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Comunicação aceita da alteração do título da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer do relator em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Ressaltamos que, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado" e por informar ao CEP as emendas, ou seja, "todos os fatos relevantes que alterem o curso normal dos estudos por ele aprovados e, especificamente, nas pesquisas na área da saúde, dos efeitos adversos e da superioridade significativa de uma intervenção sobre outra ou outras comparativas" (alterações que envolva métodos, critérios éticos, mudança de pesquisadores/entrevistadores e instrumental), tais emendas devem ser entregues na Seção de Apoio a Pesquisa do SVAPEPE, bem como anexadas na Plataforma Brasil. O CEP avaliará e emitirá o parecer das emendas.

O pesquisador também fica responsável pela entrega dos relatórios semestrais e final, bem como notificá-los pela Plataforma Brasil.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação do trabalho.

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA

CEP: 17.012-900

UF: SP

Município: BAURURU

Telefone: (14)3235-8421

Fax: (14)3234-7818

E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: "Kit Interativo para Educação em Saúde Bucal de Crianças com Fissura Labiopalatina", realizada por: Adriana Cristina Silveira Pereira Franco nº do Conselho: 68.158, sob orientação do Dra. Thais Marchini de Oliveira, nº do Conselho: 65047, a ser realizada no setor de odontopediatria do HRAC/USP, que tem como objetivo avaliar o efeito de um Kit interativo de motivação odontológica e controle de placa bacteriana, em pacientes com fissura labiopalatina. A avaliação será realizada pelo pesquisador, por meio do índice PHP (evidenciação de placa bacteriana por meio da aplicação de um corante), no primeiro dia, 6 e 12 meses. Após a avaliação do índice PHP, os pacientes e seus pais preencherão um questionário composto de 12 questões acerca dos seus conhecimentos sobre saúde bucal, nos mesmos períodos determinados para o índice PHP. As crianças não terão riscos em participar da pesquisa. Os pais não terão gastos para realizar o exame em seus filhos.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC/USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 10 do Código de Ética Odontológica).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa
ou responsável

Adriana Cristina Silveira Pereira Franco

*CAMPO A SER PREENCHIDO PELO REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR OU INCAPAZ

Nome do Pesquisador Responsável: Adriana Cristina Silveira Pereira Franco
Endereço Institucional: Rua: Rua Silvio Marchione, 3-20
Cidade: Bauru Estado: SP CEP: 17012-900
Telefone: 32358141 E-mail: adrianafranco@usp.br