



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Faculdade de Educação

Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro

**Avaliação dos efeitos de um programa de educação em saúde bucal para
pais de crianças com microcefalia pelo Zikavírus**

Rio de Janeiro

2022

Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro

Avaliação dos efeitos de um programa de educação em saúde bucal para pais de crianças com microcefalia pelo Zikavírus

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: **Educação inclusiva e processos educacionais.**

Orientadoa. Prof.^a Dra. Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

R484 Ribeiro, Eliane de Oliveira Aranha.
Avaliação dos efeitos de um programa de educação em saúde bucal para pais de crianças com microcefalia pelo Zikavírus / Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro. – 2022.
112 f.

Orientadora: Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação.

1. Microcefalia – Teses. 2. Educação em saúde bucal – Teses. 3. Zikavirus– Teses. I. Walter, Cátia Crivelenti de Figueiredo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

bs

CDU 37

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro

Avaliação dos efeitos de um programa de educação em saúde bucal para pais de crianças com microcefalia pelo Zikavírus

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Educação inclusiva e processos educacionais.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter - Orientadora
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof.^a Dr.^a Gimol Benchimol de Resende Prestes
Universidade do Estado do Amazonas – UEA

Prof.^a Dr.^a Débora Deliberato
Universidade Estadual Paulista – UNESP

Prof.^a Dr.^a Carolina Rizzotto Schirmer
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof.^a Dr.^a Annie Redig
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof.^a Dr.^a Lucinete Gadelha Da Costa
Universidade do Estado do Amazonas – UEA

Prof. Dr. Luiz Antonio Gomes Senna
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo...
Aos pais e às crianças com microcefalia pelo Zika vírus
E à minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre esteve e está presente em minha vida.

Aos meus pais, Fátima e Francisco (*in memoriam*), que sempre me apoiaram e me permitiram chegar até aqui.

Ao meu esposo, João Antônio, e filhos, João Bernardo, João Victor e Isabella, pela compreensão e ausência durante a realização deste trabalho.

A minha querida orientadora, Professora Doutora Cátia Walter, por ter acreditado na construção de tijolinho por tijolinho deste estudo, por ter me acolhido em seu colo nos dias difíceis, por ter me recebido em seu lar, pelo incentivo, conselhos, paciência e pela amizade construída. Tenho certeza de que alguém lá em cima nos aproximou e uniu. Gratidão.

Às “minhas” crianças com SCZ e seus pais pela dedicação, compromisso, parceria, empenho e amizade na construção deste estudo. Foi por elas e para elas.

Às amigas de caminhada do seminário de pesquisa: Stef, Carla, Gersa, Rita, Wilma e Claudinha pelos ouvidos, apoio e parceria. Que grupo unido formamos.

Ao grupo do LATECA, em especial: Professora Leila, Carol, Thaty, Raffa, Cândida, Gisele, Flavinha.

Às amigas imprescindíveis que fiz na caminhada do DINTER: Selma e Leni. Obrigada pelo colo nos momentos não tão fáceis e pela amizade construída nessa caminhada. Que trio unido formamos.

Aos meus colegas de doutorado do DINTER UEA/UERJ, pela superação e companheirismo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, nas pessoas do Prof. Dr. Senna, Prof. Dr.^a Rita Franjella, Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Mignot e demais corpo docente do programa.

À Coordenadora local do DINTER, Prof.^a Dr.^a Lucinete Gadelha por seu incentivo constante e disponibilidade.

À Universidade do Estado do Amazonas pela oportunidade de ter ingressado neste programa.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro pela acolhida.

Ao então Coordenador do Curso de Odontologia da UEA, Prof. Dr. Evandro e a Vice, Prof.^a Myriam pelo apoio.

Às mais que amigas que a disciplina de Clínica de Pacientes Especiais da UEA me deu, Keuly e Alessandra, pelo apoio incondicional de sempre.

À minha assistente de pesquisa, Eduarda Cândida, pelas horas e horas de tanta dedicação e carinho.

Ao Centro de Reabilitação onde as crianças são recebidas e cuidadas, na pessoa das Assistentes Sociais Andreza e Larissa, Fisioterapeuta Cris e todos os funcionários, pelo suporte e colaboração.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta Tese. O meu mais sincero. Obrigada!

Faça a diferença, estude, conquiste, dê a cada dia o seu melhor e não se esqueça de ser feliz.

Saulo Nóbrega

RESUMO

RIBEIRO, Eliane de Oliveira Aranha. Avaliação dos efeitos de um programa de educação em saúde bucal para pais de crianças com microcefalia pelo Zika vírus. 112f. Tese (Doutorado em Educação - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022).

Estudos têm apontado que crianças com microcefalia fazem parte de um grupo de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais. A alta incidência de doenças bucais pode ocorrer devido a alterações salivares, alimentação pastosa, ingestão constante de carboidratos, uso crônico de medicamentos, falta de habilidade em realizar a própria higiene bucal, movimentos indevidos dos músculos mastigatórios e da língua. Poucos estudos investigam a educação em saúde como proposta para prevenção dessas doenças. Assim, este estudo objetivou aplicar e analisar os efeitos de um programa de educação em saúde bucal para pais de crianças com microcefalia pelo Zika vírus, intitulado SORRIZIKA. O programa foi instituído e posto em prática em virtude das dificuldades encontradas pelos pais ao realizarem a higiene bucal das crianças e baseado nas especificidades delas. O estudo ocorreu em uma policlínica odontológica pública e em um centro de reabilitação onde as crianças são atendidas gratuitamente. Foi empregado o delineamento de caráter quase-experimental intrassujeito do tipo A-B-C, organizando-se em Linha de Base (Fase A), Intervenção (Fase B) e *follow-up* (Fase C). O estudo teve 3 participantes e seus pais. Para a coleta dos dados, realizou-se entrevistas semiestruturadas e filmagens das sessões de escovação. Estas foram analisadas, nas abordagens qualitativa e quantitativa, com o intuito de detectar o desempenho dos pais, no uso do programa de intervenção utilizando cartilha ilustrada, nas diferentes etapas do programa. Os resultados demonstraram que a implementação do programa foi eficaz na melhoria da condição bucal das crianças e que também houve aprimoramento no desempenho dos pais na realização da escovação utilizando sistemas de suporte e cartilha ilustrativa. Concluiu-se que o programa educativo em saúde bucal às crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZ) foi eficaz porque, além de ter se baseado na ciência, observou as especificidades inerentes a elas e as necessidades de seus pais.

Palavras-chave: Microcefalia pelo Zika vírus. Educação em Saúde Bucal. Cartilha.

ABSTRACT

RIBEIRO, Eliane de Oliveira Aranha. Evaluation of the effects of an oral health education program for parents of children with microcephaly due to Zika virus. 112p. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Studies have shown that children with microcephaly are part of a high risk group for developing oral diseases. A high incidence of oral diseases may occur due to salivary alterations, pasty diet, constant carbohydrates intake, long-term medication, lack of ability to perform oral hygiene itself, improper movements of the masticatory muscles and tongue. Few studies investigate health education as a proposal to prevent these diseases. Thus, this study aimed to apply and analyze the effects of an oral health education program for parents of children with microcephaly caused by the Zika virus, entitled SORRIZIKA. The program was instituted and put into practice due to the difficulties encountered by parents in performing oral hygiene of children and based on their specificities. The study took place in a public dental polyclinic and in a rehabilitation center where children are cared for free of charge. A quasi-experimental intra-subject A-B-C design was used, organized into Baseline (Phase A), Intervention (Phase B) and follow-up (Phase C). The study had 3 participants and their parents. For data collection, semi-structured interviews and filming of brushing sessions were carried out. Then these were analyzed, in the qualitative and quantitative approaches, in order to detect the performance of the parents, in the use of the intervention program using illustrated booklet, in the different stages of the program. The results showed that the implementation of the program was effective in improving the oral condition of children and that there was also an improvement in the performance of parents in brushing using support systems and illustrated booklet. It was concluded that the oral health educational program for children with Congenital Zika virus Syndrome (SCZV) was effective because, in addition to being based on science, it observed the specificities inherent to them and the needs of their parents.

Keywords: Microcephaly by Zika virus, Oral health education, Booklet.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Capa da Cartilha.....	41
Figura 2	Evidenciação de placa bacteriana.....	43
Figura 3	Imagens da cartilha.....	46
Figura 4	Aferição do perímetro cefálico de Vitória, Patricia e Lucas.....	54
Figura 5	Imagem inicial para identificação do participante Lucas.....	54
Figura 6	Utilização de abridores de boca.....	55
Figura 7	Acomodação da criança com auxílio das “almofadas da vovó”.....	55
Figura 8	Evidenciação de placa na primeira sessão de Linha de Base.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Casos notificados por região.....	19
Gráfico 2-	Estados com maior percentual de notificação.....	19
Gráfico 3-	IHOS inicial e final dos participantes Vitória, Patricia e Lucas.....	59
Gráfico 4-	Índice de placa de Vitória na fase de LB, intervenção e <i>follow up</i>	61
Gráfico 5-	Índice de placa de Patricia na fase de LB, intervenção e <i>follow up</i>	62
Gráfico 6-	Índice de placa de Lucas na fase de LB, intervenção e <i>follow up</i>	63
Gráfico 7-	Índice de placa dos participantes em LB, intervenção e <i>follow up</i>	64
Gráfico 8-	Soma da sequência das etapas da escovação da participante Vitória por sessão e pelo contexto do delineamento.....	65
Gráfico 9-	Soma da sequência das etapas da escovação da participante Patricia por sessão e pelo contexto do delineamento.....	67
Gráfico 10-	Soma da sequência das etapas da escovação do participante Lucas por sessão e pelo contexto do delineamento.....	68
Gráfico 11-	Desempenho do nível de suporte dos pais dos participantes por sessão de intervenção.....	70
Gráfico 12-	Desempenho do nível de suporte dos pais da participante Vitória por sessão de intervenção.....	70
Gráfico 13-	Desempenho do nível de suporte dos pais da participante Patricia por sessão de intervenção	71
Gráfico 14-	Desempenho do nível de suporte dos pais do participante Lucas por sessão de intervenção	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características dos participantes colhidas a partir do questionário inicial.....	39
Quadro 2	Critérios e códigos para o índice de placa.....	40
Quadro 3	Significado do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).....	40
Quadro 4	Condição bucal inicial (IHOS inicial).....	43
Quadro 5	Índice de fidedignidade inicial.....	43
Quadro 6	Ficha de registro da condição bucal durante a linha de base (avaliação do IHOS).....	44
Quadro 7	Número de sessões de capacitação realizadas pela pesquisadora junto aos pais.....	47
Quadro 8	Etapas e sessões do estudo para cada participante.....	47
Quadro 9	Definições das fases da escovação adequada ou inadequada.....	50
Quadro 10	Índice de fidedignidade inicial.....	51
Quadro 11	Índice de fidedignidade pós-intervenção.....	52
Quadro 12	Datas das Linhas de Base.....	52
Quadro 13	Dados relevantes sobre os participantes do estudo.....	54
Quadro 14	Descrição geral do exame clínico odontológico.....	57
Quadro 15	Registro da condição bucal antes da LB (avaliação do IHOS inicial).....	58
Quadro 16	Resultados e classificação da condição bucal inicial das crianças com SCZ na LB.....	58
Quadro 17	Análise do IHOS inicial.....	59
Quadro 18	Resultados e classificação da condição bucal pós intervenção das crianças com SCZ.....	59
Quadro 19	Distribuição percentual da classificação do IHOS inicial e final dos participantes.....	59
Quadro 20	Resultados da condição bucal (IHOS) na fase do follow-up das crianças com SCZ.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CR	Centro de Reabilitação
ES	Educação em Saúde
ESB	Educação em Saúde Bucal
HB	Higiene bucal
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificada
LB	Linha de base
MEI	Materiais Educativos Impressos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPAE	Público Alvo da Educação Especial
PcD	Pessoas com Deficiência
PC	Paralisia Cerebral
SB	Saúde Bucal
SCZ	Síndrome Congênita do Zíka Vírus
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ZIKV	Vírus ZIKA

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
1.1	Microcefalia pelo Zika Vírus.....	15
1.2	Educação versus saúde: relações e benefícios.....	20
1.3	Educação em saúde bucal para pais de crianças com microcefalia pelo ZIKV.....	24
1.4	Uso de cartilhas em programas de educação em saúde bucal.....	29
1.5	O processo de elaboração, construção e validação de material educativo em saúde bucal destinada aos pais de crianças com SCZ (Cartilha).....	33
2	METODOLOGIA.....	38
2.1	Tipo e delineamento do estudo.....	38
2.2	Local.....	38
2.3	Participantes.....	38
2.4	Instrumentos de medidas.....	39
2.5	Materiais e equipamentos.....	41
2.6	Procedimentos específicos do estudo.....	42
2.6.1	<u>Primeira Etapa (Avaliação)</u>	42
2.6.2	<u>Segunda Etapa (Linha de Base - LB)</u>	44
2.6.3	<u>Terceira Etapa (Intervenção/Capacitação)</u>	45
2.6.4	<u>Quarta Etapa: <i>Follow Up</i>.....</u>	47
2.7	Análise dos dados.....	47
2.7.1	Análise das Filmagens.....	48
2.8	Índice de fidedignidade.....	50
3	RESULTADOS.....	52
3.1	Análise do questionário inicial (entrevista)	52
3.2	Análise do exame clínico.....	54
3.3	Análise do IHOS objetivando averiguar a condição bucal na LB, na intervenção e no <i>follow up</i> com o SORRIZIKA.....	58

3.3.1	<u>Análise do IHOS antes da LB</u>	58
3.3.2	<u>Análise do IHOS pós-intervenção, <i>follow up</i></u>	59
3.4	Análise da sequência da escovação por participante e por condição de intervenção	60
3.5	Análise das filmagens da escovação mostrando o desempenho de cada participante por condição de intervenção	65
3.5.1	<u>Pelas etapas da sequência da escovação</u>	65
3.5.2	<u>Pelo nível de suporte oferecido aos pais (verbal, visual, de demonstração ou realização), devidamente registrado e as suas categorias</u>	71
4	DISCUSSÃO	74
4.1	Limitações do estudo	77
	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A - . TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
	APÊNDICE B - IMAGENS DA CARTILHA	93
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE VIDA DAS CRIANÇAS COM SCZ (ENTREVISTA PAIS)	95
	APÊNDICE D - FICHA UTILIZADA PARA EXAME BUCAL E AVALIAÇÃO DO IHOS INICIAL	97
	APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DA CARTILHA	98
	APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO IHOS	99
	APÊNDICE G - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO	100
	APÊNDICE H - DIÁRIO DE CAMPO IHOS	101
	APÊNDICE I - FICHA DO ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE INICIAL	102
	APÊNDICE J - QUESTIONÁRIO PÓS CAPACITAÇÃO	103
	APÊNDICE K - REGISTRO DO DESEMPENHO DO NÍVEL DE SUPORTE AOS PAIS	105
	APÊNDICE L - FOLHA DE REGISTRO DA SEQUÊNCIA DA ORIENTAÇÃO DA ESCOVAÇÃO AOS PAIS E CATEGORIZAÇÃO	106
	APÊNDICE M - REGISTRO DO ÍNDICE DE PLACA NAS ETAPAS DO PROGRAMA DE ESCOVAÇÃO POR PARTICIPANTE	108
	APÊNDICE N - SOMAS ACUMULADAS INDIVIDUALIZADAS DAS ETAPAS DA SEQUÊNCIA ESCOVAÇÃO	109
	APÊNDICE O - REGISTROS DOS RESULTADOS INDIVIDUAIS COMPLETOS DOS PARTICIPANTES POR NÍVEL DE SUPORTE	110
	ANEXO - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	111

INTRODUÇÃO

Os desafios encontrados durante minha formação serviram como alicerce para a construção da pessoa que hoje me tornei, embora a melhoria como ser humano seja uma busca constante. A educação sempre fez parte da minha vida profissional e ensinar a odontologia a cuidar dos “diferentes” é ter a esperança de ver um mundo menos cheio de desigualdades.

A constante busca para ser uma educadora melhor, sempre atrás de novos conhecimentos, veio através da concretização da admissão no curso do doutoramento sob orientação da Prof^a Dr^a Cátia Walter, que me trouxe um novo estímulo para a vida profissional e pessoal. Minha entrada no grupo de pesquisa do LATECA me proporcionou enveredar pela área da educação especial com pesquisa experimental, um campo do conhecimento que até então me era desconhecido.

Nesse ínterim, surge um pedido de parceria de um Centro de Reabilitação (CR): cuidar de um grupo de crianças com microcefalia pelo Zika vírus, cujo aumento vem sendo registrado em nosso estado do Amazonas. Contexto a partir do qual se originou este estudo, com as seguintes questões norteadoras: O que é a microcefalia pelo Zika vírus? Existem ações de educação em saúde bucal (ESB) aos pais e a essas crianças? Qual seria a melhor maneira de motivá-los para a realização da higiene bucal destas? Como poderia ser a participação do dentista na equipe multidisciplinar de cuidado a elas?

Na busca por resoluções para auxiliar os pais dessas crianças, outros colegas de profissão e as equipes multidisciplinares que lidam com elas, além de como uma oportunidade para efetivar um programa de educação em saúde bucal direcionado às especificidades delas, estimulando precocemente os pais e transmitindo conhecimentos, desenvolvi este estudo. O qual foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), sob o número 3.287.535 e teve como objetivo propor e avaliar os efeitos de um programa de educação em saúde bucal para pais de crianças com microcefalia pelo Zika vírus.

Para a organização deste material, os seguintes tópicos foram desenvolvidos: esta Introdução, com o intuito de contextualizar a trajetória da pesquisadora e do estudo; em seguida o Referencial Teórico versa sobre a microcefalia pelo Zika vírus e o tema da Educação versus a Saúde, através de uma exposição sobre a educação em saúde bucal para os pais das crianças com tal condição, posteriormente também se trata a respeito do uso de cartilhas em programas de educação em saúde bucal e do processo da elaboração da cartilha

do programa aqui proposto.

Após a discussão acima descrita, prosseguimos com a descrição da Metodologia utilizada, seguida dos Resultados encontrados, sua Discussão e, por fim, a Conclusão.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Microcefalia pelo Zika Vírus

A microcefalia é uma malformação cerebral grave caracterizada pela redução da circunferência da cabeça. As pessoas com esta desordem apresentam uma gama heterogênea de comprometimentos cerebrais, que afetam as funções motoras, visuais, auditivas e cognitivas (GILMORE, 2013). Tais condições resultam em baixa qualidade e expectativa de vida (FRANÇA et al., 2018; MACKENZIE et al., 2014).

As microcefalias têm etiologia complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e seu diagnóstico se dá principalmente pela medição do perímetro cefálico (PC), procedimento comum no acompanhamento clínico do recém-nascido visando à identificação de doenças neurológicas (OMS, 2016).

Kohashi et al. (2019) descrevem que cérebro da criança pode não ter evoluído corretamente durante a gravidez ou parou de crescer depois do nascimento, o que faz com que o perímetro cefálico seja menor. Também expõem uma recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde), cujas medidas durante as primeiras 24-48h de vida sejam feitas com os parâmetros de *InterGrowth*¹. Neles, a medida de referência para crianças que nasceram com 37 semanas de gestação será de 30,24cm para meninas e de 30,54cm para meninos.

Um aumento na taxa de microcefalia no Brasil tem sido associado ao recente surto do vírus Zika (ZIKV) (ZANLUCA et al., 2015). A etiologia do ZIKV ainda não foi bem estabelecida na ocorrência dessa malformação congênita, embora exista a possibilidade de um conjunto de condições desconhecidas até o momento que a estejam ocasionando (SÃO PAULO, 2015).

O ZIKV é um arbovírus, pertencente à família *Flaviviridae*, como os vírus da febre amarela, da dengue, dentre outros. Em seres humanos, o ZIKV foi reconhecido pela primeira vez na Nigéria, em 1953 (PETERSEN et al. 2016; MARTINS et al., 2018). A infecção pelo ZIKV é descrita atualmente pelos seguintes sintomas: febre baixa, dor nas articulações com possibilidade de edema, cefaleia universal e retro-orbital, exantemas com prurido, inclusive na face, tronco e membros. Os sintomas menos comuns são: dor abdominal, diarreia,

¹ INTERGROWTH-21st ou o Consórcio Internacional de Crescimento Fetal e Neonatal pro século 21 é uma rede global e multidisciplinar de 300 estudos clínicos e clínicos de 27 instituições em 18 países em todo o mundo.

constipação, fotofobia e conjuntivite, além de algumas pequenas úlceras na mucosa oral (OLIVEIRA, 2017).

O ZIKV pode interromper a embriogênese cerebral e resultar em microcefalia e outras anormalidades neurológicas (TANG et al., 2016). Sua transmissão pode ocorrer por via perinatal, pela transfusão de sangue, por via sexual e, principalmente, por meio vetorial, ou seja, pela picada do mosquito. (HAYES, 2009; FOY et al., 2011; MUSO et al., 2014; Oliveira, 2017).

Este vírus já foi encontrado na placenta, no líquido amniótico de fetos microcefálicos (SARNO et al., 2016) (MARTINES, 2016) e no sangue de recém-nascidos (CALVET et al., 2016; MLAKAR et al., 2016). O crescimento incomum dos casos de microcefalia fez com que a OMS decretasse emergência de saúde pública de interesse internacional em 1 de fevereiro de 2016 e a reconhecesse como síndrome: a Síndrome Congênita do ZIKV (SCZ).

Estudos sobre este surto demonstraram que a associação deste com a infecção pelo ZIKV, ao acometer mulheres grávidas, ocasiona a SCZ em crianças (BRASIL, 2016). Sendo constituída pela microcefalia, a ocorrência mais comum na síndrome, e por um conjunto de sinais e sintomas que variam de alterações físicas a desordens neurológicas, incluindo alterações oculares, auditivas, desproporção craniofacial, deformidades articulares e de membros, irritabilidade e convulsões, dentre outras (BRASIL, 2016).

Um processo para definição da síndrome foi estabelecido. Nesta diretriz constam o mapeamento e a análise das manifestações clínicas existentes, que podem abranger alterações neurológicas, auditivas, visuais e os achados de neuroimagem (COSTELLO et al., 2016). Existem diversos estudos em andamento com a finalidade de realizar uma melhor descrição da síndrome, bem como o acompanhamento das crianças já diagnosticadas. Novas informações sobre a patologia podem ser agregadas a qualquer momento.

Em se tratando do seu diagnóstico, a maior parte dos casos é clínico (OLIVEIRA, 2017), entretanto há relatos da descoberta durante o pré-natal, através do exame de ultrassom, mas a grande maioria é realizada após o nascimento pela medição do perímetro cefálico (OLIVEIRA et al., 2019). Ressalta-se que, com a epidemia, um dos desafios encontrados é o diagnóstico precoce da SCZ, em virtude das mudanças e das pesquisas que estão ocorrendo.

Não existe vacina direcionada para o vírus e tampouco exames que permitam a realização da sorologia específica para a presença do ZIKV no Brasil (OLIVEIRA, 2017). Com a chegada deste surto ao país, em maio de 2015, registrou-se um aumento significativo no número de crianças nascidas com microcefalia (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019; CAMPOS; BANDEIRA, 2015). Vale ressaltar que as grávidas, principalmente no primeiro

trimestre, fazem parte da população de risco para a infecção pelo ZIKV.

Com relação à epidemiologia, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), entre 2015 e 2019, o Brasil notificou 18.282 casos de suspeita de crianças com anomalias associadas ao ZIKV, sendo destes, 3.474 o número de casos confirmados (BRASIL, 2019). A Tabela 1 mostra os casos notificados de 2015 até o final de 2019, indicando o crescimento do número de crianças microcéfalas.

Tabela 1 - Distribuição de casos suspeitos possivelmente relacionados à infecção pelo ZIKV e outras etiologias infecciosas por região e Estados. Brasil 2015-2019

Região/Estados	Casos suspeitos notificados	
	n	%
Centro-Oeste	1399	7,7
Goiás	572	3,1
Mato Grosso	465	2,5
Mato Grosso do Sul	75	0,4
Nordeste	10403	56,9
Alagoas	798	4,4
Bahia	2733	14,9
Ceará	878	4,8
Maranhão	529	2,9
Paraíba	1198	6,6
Pernambuco	2970	16,2
Piauí	317	1,7
Rio Grande do Norte	655	3,6
Sergipe	325	1,8
Norte	1081	5,9
Acre	62	0,3
Amapá	40	0,2
Amazonas	166	0,9
Pará	160	0,9
Rondônia	138	0,8
Roraima	49	0,3
Tocantins	466	2,5
Sudeste	4765	26,1
Espírito Santo	513	2,8
Minas Gerais	1163	6,4
Rio de Janeiro	1214	6,6
São Paulo	1875	10,3
Sul	634	3,5
Paraná	79	0,4
Rio Grande do Sul	478	2,6
Santa Catarina	77	0,4
Brasil	18282	100

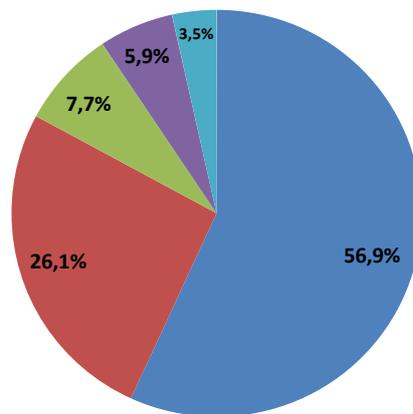
Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia).
Adaptado de Brasil, 2019.

Conforme a distribuição a partir destes dados, que pode ser visualizada no Gráfico 1, a

maioria dos casos notificados se concentrou na região Nordeste (56,9%) do país, seguida das regiões Sudeste (26,1%), Centro-Oeste (7,7%), Norte (5,9%) e Sul (3,5). Além disso, o Gráfico 2 mostra os cinco estados com maior número de casos notificados: Pernambuco (16,2%), Bahia (14,9%), São Paulo (10,3%), Rio de Janeiro (6,6%) e Paraíba (6,6%) (BRASIL, 2019).

Gráfico 1 - Casos notificados por Região

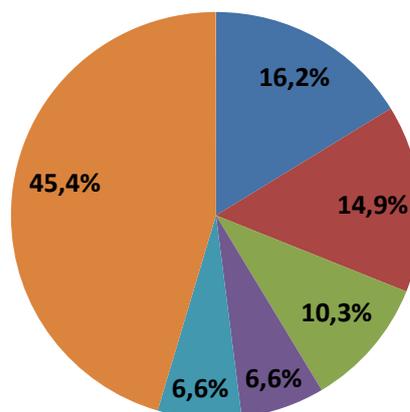
■ Nordeste ■ Sudeste ■ Centro-Oeste ■ Norte ■ Sul



Fonte: Brasil, 2019.

Gráfico 2 - Estados com maior percentual de notificação

■ Pernambuco ■ Bahia ■ São Paulo ■ Rio de Janeiro ■ Paraíba ■ Outros Estados



Fonte: Brasil, 2019

Importante salientar que não há cura, nem um tratamento único para a SCZ, há ações de suporte, envolvendo uma equipe multiprofissional, buscando uma melhor qualidade de

vida para as crianças acometidas. Esta equipe deve atuar em conjunto, debatendo ideias, conhecimentos e ações. O Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu diretrizes para os cuidados com estes indivíduos. Nesta acepção, emergiu este estudo, pois embora estas crianças sejam atendidas em um centro referenciado por uma equipe multidisciplinar, a odontologia não faz parte desta equipe.

Guedes et al. (2021) recomendam que estas ações sejam contínuas e que exista entrosamento entre os profissionais-família-criança para que as metas de cuidado sejam atingidas. De fato, as mães dessas crianças já entestam obstáculos diversos, assim como mães de outras crianças com condições crônicas (LIMA; SOUZA, 2021). Além do que, a SCZ ainda requer mais estudos, por ser uma síndrome relativamente nova e estar sendo investigada pelas mais diversas áreas do conhecimento.

Formenti (2015) diz que

A microcefalia causa impactos em diversos setores, principalmente nas famílias dessas pessoas, além de serviços públicos terem de se adaptar, algumas regras precisam ser estabelecidas para garantir que pais e cuidadores não tenham uma queda muito significativa nos rendimentos devido à rotina intensa no tratamento desses bebês. (FOMENTI, 2015).

Estas crianças necessitarão de cuidados pelo resto da vida. As sequelas da microcefalia são divergentes em cada indivíduo e a estimulação precoce é uma grande aliada para a melhoria do seu desenvolvimento e da sua qualidade de vida (LEITE; VARELLIS, 2016). Mesmo que o progresso da evolução de tais crianças seja bastante incerto, a intervenção precoce poderá auxiliar em seu desempenho funcional.

A existência de um número crescente de crianças com SCZ, acompanhadas no CR pela equipe multidisciplinar, foi o fato estimulador deste estudo. Destarte, ações preventivas e educativas de saúde bucal (SB) a essa população, que tem suas peculiaridades, podem contribuir no cuidado e na qualidade de vida delas. Urge assim, também, a necessidade de que medidas educativas sejam tomadas com a finalidade de controlar a epidemia do vírus.

1.2 Educação versus saúde: relações e benefícios

A educação é mais do que transmissão de conhecimentos, é uma mudança de atitude exteriorizada por mudanças de comportamento (MORAES, 1982). É um processo e, como tal, não acontece de uma hora para outra. É dinâmica e ocorre pela busca gradativa do conhecimento, o qual poderá ser enriquecido a partir da troca de informações e das

experiências pessoais (COSTA; ALBUQUERQUE, 1997). É a transformação do pensamento humano, algo complexo e multidimensional.

Tudo o que pode propiciar a mudança de comportamento, a busca por novos conhecimentos, o estímulo às descobertas, podemos chamar de ações educativas. As quais podem e devem colaborar na construção de um novo ser mais participativo no seu contexto social.

As transformações, quando efetivas, propiciam alterações favoráveis no comportamento das pessoas (VALARELLI et al., 2011). Além disso, a educação é item primordial para o êxito de um programa de saúde.

Pauleto et al. 2004 relatam que

A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal têm sido ressaltadas por diversos pesquisadores. O desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. (PAULETO et al., 2004).

Um processo educativo é fundamental para a modificação do comportamento e essencial à manutenção, aquisição e promoção da saúde (PETRY; PRETTO, 1999). Através dele, demonstra-se o quanto se pode intervir positivamente no dia a dia das pessoas e proporcionar a elas a oportunidade de melhores condições de vida. Conscientizar o sujeito da importância da sua participação atuante neste contexto é um dos papéis do educador.

Ribeiro et al. (2018) registram que a educação e a saúde são áreas que podem agir uma sobre a outra, impactando positivamente na vida da população. É considerável difundir mais ações nesta perspectiva de relação, uma vez que a convergência desses setores pode ser benéfica, a curto ou a longo prazo, para toda uma sociedade.

Os profissionais de saúde, como educadores, devem agir pedagogicamente, transmitindo em linguagem acessível orientações às pessoas, no sentido de fazê-las compreender e motivá-las a realizar e a seguir as instruções. Estas práticas podem ser vistas com mais frequência nos serviços de públicos de saúde e fazem com que as pessoas adotem novas condutas nas suas rotinas.

De Souza et al. (2021) afirmam que

Para promover a saúde por meio da educação em saúde é importante ter visão holística, valorizar a conscientização sobre os direitos e deveres no atendimento à saúde, desenvolver competências como a socialização, buscar o envolvimento por meio das relações interpessoais e promover a educação para a cidadania (DE SOUZA et al., 2021, p. 58).

Assim, pauta-se a relação entre a educação e a saúde como política pública, na atenção integral às pessoas com deficiência (PcD), sendo necessária no sentido de promover a

melhoria da qualidade de vida, a inclusão, a educação e a promoção da saúde dessas pessoas. Uma vez que existe uma relação de ambiguidade entre as duas, é dever do Estado estabelecer diretrizes neste sentido.

Além disso, a OMS relata que PcD recebem menos cuidados e ações preventivas de saúde do que as outras pessoas. Nesta perspectiva, é necessário que determinados paradigmas sejam rompidos e novas abordagens educativas sejam instituídas e direcionadas às peculiaridades desses sujeitos, baseadas nas suas imprescindibilidades e na realidade social em que vivem.

Colaborar para o envolvimento dos indivíduos que cuidam das PcD, demandando a participação deles em ações de promoção de saúde, integrando as áreas da educação e saúde, torna-se pertinente no sentido de poder proporcionar melhoria da sua qualidade de vida.

De acordo com Pintor et al. (2012),

É notória a dificuldade enfrentada por ambas as áreas para estabelecer um diálogo convergente que resulte no planejamento de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida dessas pessoas e, conseqüentemente, sua inclusão social e educacional (PINTOR et al., 2012, p. 203).

Então como poderia a educação beneficiar a área da saúde? É possível unificar as duas, visando incrementar mudanças na cultura de uma sociedade? Estariam as PcD incluídas nessa união? Qual seria a melhor metodologia para conectar as duas áreas? A resposta apesar de direta, é complexa: é educar para a saúde, é romper paradigmas, capacitando as pessoas para multiplicar saberes. Tornando-as conscientes das transições basilares que urge serem praticadas.

A educação em saúde (ES) é uma maneira a partir da qual se pode originar multiplicadores (indivíduos e/ou grupos), buscando melhorar junto à população as condições de saúde (DE MORAES, 2015). O conceito de ES está em sintonia com a promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida social e econômica, não focando somente no biológico (MACHADO et al., 2007). Ela pode ser um importante instrumento para modificar e proporcionar a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Para Falkenberg (2014), a ES engloba três principais participantes: os profissionais de saúde, os gestores e a população. Sabe-se, entretanto que essa tríade muitas vezes ainda não ocorre, quer seja por não ser considerada prioridade ou pela falta de planejamento das ações ou pela ingerência dos campos. Na realidade, embora nos últimos anos a evolução da ES tenha sido crescente, muito há de se construir para que os dois setores se aproximem mais, aspirando unir a teoria à prática, fortalecendo muito mais os âmbitos de atuação e os sujeitos.

Outrossim, é uma área complexa, com diversas ideias, de ambos os campos, com visões diferentes do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL; STRUCHINER, 1999). Ademais, tem sido utilizada para promover saúde das coletividades, tanto pelo método do autocuidado, através de um modelo vertical de transmissão de conhecimentos, objetivando à manutenção da saúde e a prevenção das doenças, quanto por empoderamento das pessoas, incentivando-as a buscar uma vida melhor (BUSS, 2000; MIALHE et al., 2009)

Como objetivo, a ES pretende proporcionar uma linguagem médica compreensível, utilizando uma metodologia simples para abordar os cuidados, as formas de prevenção e o tratamento de doenças, de modo a tornar os termos técnicos da saúde mais acessíveis (SILVA et al., 2019), fazendo com que as pessoas compreendam mais facilmente o propósito a ser almejado.

Para Alves (2005) educar para a saúde é mais que dar suporte aos cuidados, implica em ir além da assistência curativa, é agir na prevenção e na promoção da saúde. Reunir ações que integrem os campos da educação e saúde, convergindo no sentido de trazer benefícios à população, conscientizando-a sobre as mudanças tão necessárias, exigirá condutas e diálogos das duas áreas. Assim, pode ser que o emprego de ferramentas educativas possa facilitar o acesso das pessoas à saúde, podendo contribuir para tais mudanças.

Brandão (2001) cita a propositura educativa de Paulo Freire, na qual a educação popular em saúde (EPS) é

Uma educação que seja capaz de mudar a sociedade, favorecer o diálogo com teorias e práticas de um 'ouvir o outro' para educá-lo e para educar-se com ele, de levar em conta as representações dos sujeitos, sua trajetória de vida, experiências, saberes e culturas (BRANDÃO, 2001, p. 127).

Nesta conjuntura, além de aproximar os dois setores, percebe-se que o aprendizado será obtido por todos os sujeitos envolvidos no processo. Segundo Navarro (2000) e Balaia (2001), “a capacitação de pessoas para multiplicar conhecimentos sobre saúde e a semente da informação no campo comunitário se mostra eficiente, tanto para os sujeitos como o coletivo”.

Importante e necessária é a motivação da aquisição do conhecimento, para que se caminhe no sentido de estimular a realização das atividades que tenham sido implementadas, aspirando uma desenvoltura independente do sujeito, transformando sua realidade e o meio. Nesta acepção, pode-se perceber que tudo que leve a educação da população e se relacione à saúde será benéfico à sociedade como um todo. Ainda que este processo não seja visto ou notado imediatamente, uma semente há de ser plantada.

As adversidades existentes para o desenvolvimento da ES ainda são uma realidade. No entanto, com empenho das partes envolvidas, aspira-se promover a transformação e a multiplicação do conhecimento para a população, seja de maneira coletiva ou individual.

1.3 **ESB para pais de crianças com microcefalia pelo ZIKV**

No passado, a história descreve o dentista como um profissional que realiza atendimentos no sentido de sanar a dor ou a instalação de próteses, não se atentando a cuidados preventivos em saúde. Todavia, nos últimos anos, diante do quadro de SB da população do Brasil, a odontologia tem buscado educar a respeito dela e promovê-la, em que pese a orientação do paciente e o diagnóstico precoce serem extremamente relevantes para o controle da cárie dental e doença periodontal.

As ações de saúde, educativas e curativas, pretendem ofertar aos grupos humanos o mais alto grau de saúde, bem como proporcionar melhor qualidade de vida (EMMI; BARROSO, 2006). Sabe-se que o êxito deste processo está vinculado a participação efetiva da comunidade, concebendo à saúde novos padrões.

Assim, a promoção em SB emerge nesta área de atuação delineando um novo conceito junto à comunidade envolvida, em que o dentista tem o papel de auxiliar na prevenção, educando e promovendo saúde bucal, incitando na população tais cuidados.

A convergência da educação com a odontologia viabiliza o monitoramento da saúde, através da conscientização da situação presente e da possibilidade da resolução de problemas existentes (WARMLING et al., 2013).

As transformações sociais ocorridas evidenciam a responsabilidade da odontologia no processo de inclusão das PcD, apesar da carência de profissionais que se disponham a cuidar dessa parcela da população. Além disso, as famílias de alguns desses indivíduos não podem arcar com o custo de um tratamento particular e vão depender da assistência odontológica oferecida pelo serviço público (INODON, 2010). Isto faz com que o processo do acesso à prevenção e/ou atendimento seja mais complexo ainda, ao que se soma o fato de, na maioria das vezes, existir uma dependência das PcD para realização de sua higiene bucal, que varia em decorrência do nível do comprometimento de cada pessoa.

Como exemplo, podemos citar a pesquisa de Pereira et al. (2010), em que descrevem a deficiência motora como possível atribuição à dificuldade de realizar as atividades de vida

diária, incluindo a escovação. Teitelbaum et al. (2010) atribuem a precariedade da saúde bucal a pouca destreza manual, a pouca ou nenhuma abertura da boca ou até mesmo ao fato de não conseguirem cuspir a pasta. Também neste sentido, Tomita e Fagote (1999) citam o déficit intelectual ou motor como principal causa da dependência.

Apesar da mudança da terminologia, a odontologia ainda nomeia as PcD como pacientes especiais. Ou seja, é a mesma população, não obstante a nomenclatura.

As políticas públicas de saúde têm sido trabalhadas para facilitar o acesso a programas preventivos de motivação e ESB à população. Todavia, ainda existe uma lacuna na literatura quando se fala da avaliação destes programas, principalmente, quando se trata das PcD.

A SB de muitas pessoas em situação de incapacidade é ruim e o acesso a cuidados odontológicos é limitado (OPS, 2016), quer seja pelo número de profissionais especialistas, considerado pequeno diante do universo deste público, quer seja pelo ônus que isto pode representar à família. Os cuidados a essas pessoas são, via de regra, relegados a segundo plano, à medida em que as condições físicas, mentais, sociais e emocionais destas determinam outras prioridades (CASTRO et al., 2010).

Um outro ponto a ser aprimorado quando se trata destes indivíduos seria o trabalho integrado envolvendo uma equipe multidisciplinar capacitada para tal, pois este acompanhamento permitirá a implementação de ações preventivas educativas nas diversas áreas e possibilitará melhor condição de vida a elas.

É pertinente citar que, quando se fala de SB, é basilar instituir programas educativos que se adequem às necessidades da realidade vivida pelos pacientes e seus cuidadores, com o intuito de os manter sempre motivados.

Para que haja diminuição das doenças bucais são necessárias ações educativas direcionadas aos pais ou cuidadores (CRESCÊNCIO et al., 2018). Destarte, a consolidação de programas preventivos direcionados aos PcD e seus cuidadores permitirá transformar a sua saúde bucal. Tomita e Fagote (1999) já relatavam a necessidade da incorporação destas ações e a integralização da relação profissional-paciente-pais.

Segundo Walter et al. (2014),

A educação odontológica é um substrato da odontologia para bebês e a figura materna ou paterna que tem mais contato com a criança passa a ser o agente vetorial para a transmissão da educação (WALTER et al., 2014, p. 8).

Sabe-se que cuidados com a higiene oral representam um dos maiores desafios na assistência às PcD. Não somente pela falta de uma melhor instrução dos responsáveis por estas pessoas, como também pela ausência de medidas educativas e preventivas, em acordo com a realidade social, econômica e cultural (GARRIDO URRUTIA; ESPINOZA

SATANDER; ROMO ORMAZABAL, 2010).

Souza, Ferreira e Neto (2014) relatam que muitas vezes o desconhecimento dos pais a respeito da promoção de saúde bucal pode levar ao aumento de doenças na boca. Nesta direção, de acordo com Domingues et al. (2008), a genitora, por ser o centro do núcleo familiar, pode motivar e instigar todos os outros componentes acerca da saúde bucal, sendo sua atuação decisiva para o êxito de ações preventivas das pessoas que ela cuida.

O fato é que muitas vezes a saúde bucal é deixada em segundo ou terceiro plano, quer seja pelas dificuldades encontradas em realizar a higiene dos filhos ou porque os pais têm outras preocupações consideradas mais relevantes. Em vista disso, reitera-se a importância da educação com motivação aos pais e cuidadores de PcD, no sentido de transformar hábitos e comportamentos quando se trata de saúde bucal, levando-se em conta as características e particularidades inerentes de cada pessoa.

L'Abatte (1994) descreve que

A educação na área da saúde pode ser vista como um campo de práticas que ocorre nas relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. (L'ABATTE, 1994).

A ESB é a maneira pela qual as pessoas conhecem, compreendem e criam hábitos para realizar a higiene bucal (OLIVEIRA, 2018). Em algumas situações, como no caso de crianças e PPAE (Público Alvo da Educação Especial), as ações de promoção de saúde dependem da participação efetiva de seus pais ou cuidadores (MOURADIAN, 2001; LIMA et al., 2011). Portanto, a melhoria da condição bucal das crianças com SCZ depende da motivação e participação dos responsáveis.

Desse modo, toda ação educativa que pretende ser duradora deve analisar muito mais que a técnica, deve envolver a família, a realidade, as necessidades e as peculiaridades dessas crianças no contexto que elas vivem. Conscientizar e motivar os pais permitirá mudanças no que tange aos cuidados de SB, construindo hábitos perduráveis.

A família precisará conhecer as diferentes necessidades das crianças, precisará se fortalecer para buscar melhorias para elas e para a própria família (GONDIM; PINHEIRO; CARVALHO, 2009). Assim, é importante a saudável relação interpessoal de todos os profissionais envolvidos nestes cuidados (SANTOS et al., 2018).

Na maioria dos estudos, a presença e o comprometimento da mãe demonstram maior relevância para as mudanças construtivas no comportamento da família (MARCELINO; PARRILHA, 2007; CRESCÊNCIO et al., 2018).

A abordagem de uma criança com deficiência deve se basear na avaliação do efeito

psicossocial da doença e na importância das técnicas da criação de vínculo entre profissional-pais-criança, antes da instituição efetiva do tratamento (CORRÊA, 2002; DE SOUZA et al., 2011).

O odontólogo precisa ultrapassar a barreira da área técnica e atuar provocando o envolvimento e a participação da família em programas de educação em saúde bucal, pois sem a formação desse vínculo, o processo educativo pode não ter sucesso. A promoção da educação em saúde bucal para os pais dessas crianças poderá proporcionar a melhoria da qualidade de vida destes pacientes. Uma vez que, com as informações e conhecimentos oferecidos, poderá ser estabelecida a atenção integral ao indivíduo, proporcionando a prevenção em saúde através da educação.

Os pais e/ou responsáveis pelos cuidados das pessoas com deficiência pouco se sentem motivados ou têm conhecimento de como realizar uma higiene bucal satisfatória, o que muitas vezes leva a uma alta prevalência de doenças bucais (BIJELLA; BIJELLA, 1990). Com esta nova proposta de abordagem para educação em saúde, presume-se que haverá maior envolvimento dos cuidadores no sentido de promover a saúde bucal.

A participação dos pais na orientação de hábitos saudáveis de saúde aos seus filhos é importante e cria a possibilidade de formação de novos agentes multiplicadores (DE SOUZA et al., 2011; MASSONI; FORTE; SAMPAIO, 2013). Comumente, relaciona-se um menor conhecimento dos pais a um menor cuidado em relação à saúde bucal de seus filhos, isso provavelmente causará doenças como cárie e periodontal, as quais são consideradas multifatoriais, com forte relação com fatores ligados ao contexto social no qual o indivíduo se encontra inserido (CARDOSO et al., 2011; DE SOUZA et al., 2011) (FONSECA et al., 2010).

A falta de educação, motivação e interesse da família em relação à saúde bucal dessas crianças também potencializa a situação precária atual da mesma para esta parcela da população (CORRÊA, 2002; DE SOUZA et al., 2011). Na maioria das vezes, os cuidadores não possuem qualquer capacitação, fato que gera um desgaste tanto para o cuidado, quanto para o cuidador. Isto deveria repercutir em objeto de preocupação de toda a classe odontológica, assim como nos serviços oferecidos pelo SUS (LOPES, 2013).

Urge, desse modo, a edificação de hábitos culturais, tantos nos profissionais quanto nos pais, no sentido de primeiro educar para a saúde e em seguida tratar. Decerto, muitas vezes por ausência da percepção dos pais ou pela dificuldade do acesso ao dentista, o acesso a programas de educação em SB é quase inatingível, porém esta realidade deve ser modificada, com a conscientização de todos os envolvidos sobre a importância que isto pode representar

na evolução global destas crianças.

Sugere-se que a prevenção das doenças bucais nas PcD deve ser realizada por programas de educação e prevenção que tenham o apoio dos familiares e cuidadores. Muitas vezes, o uso de escovas dentais adaptadas, que ajudam na higienização, são recursos que auxiliam nos cuidados bucais. A assistência odontológica dedicada a estes pacientes não visa somente o emprego das técnicas odontológicas, é importante que aconteça uma boa interação entre o profissional, o paciente e a família/cuidador, para que se proporcione o cuidado integral do paciente (BRITO, 2006).

A promoção da ESB em crianças especiais pretende tornar possível a mudança de comportamentos e ações, instituindo e estabelecendo rotinas neste grupo de pacientes e seus cuidadores, promovendo melhoria da qualidade de vida deles. De acordo com a OMS, “Todas as crianças, inclusive aquelas com atrasos no desenvolvimento e complicações neurológicas, podem aprender e desenvolver habilidades. Os pais, cuidadores e professores podem auxiliar o desenvolvimento das crianças através do envolvimento em atividades cotidianas e no brincar” (ROSATI et al., 2017).

Também neste sentido, segundo Tesini e Fenton (1994), “o protocolo de prevenção para o paciente com necessidades especiais envolve três áreas: a educação do paciente e treinamento dos responsáveis; a integração dos cuidados da saúde bucal nas atividades de vida diárias e o cuidado preventivo periódico do profissional”.

As crianças com microcefalia fazem parte de um grupo de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais. O atraso no desenvolvimento devido à hipotonia muscular pode levar a atrasos secundários na aquisição de habilidades motoras (DA SILVA PEREIRA et al., 2017). Esta alta incidência de doenças bucais pode ocorrer devido a alterações salivares, alimentação pastosa, ingestão constante de carboidratos, uso crônico de medicamentos, falta de habilidade em realizar a própria higiene bucal e movimentos indevidos dos músculos mastigatórios e da língua. Estes são alguns dos fatores de risco que contribuem para a maior prevalência de doenças bucais nesta população (ZARVOS, 2018; STORHAUGH, HOLST, 1987; GUARÉ, CIAMPONI, 2003). Além disso, também apresentam alterações como: maloclusão², micrognatia,³ atraso na erupção dos dentes, bruxismo e traumatismo dentário (LEITE; VARELLIS, 2016).

Intervenções esclarecedoras, compreendendo educação, orientação, motivação e

² A maloclusão é o alinhamento anormal dos dentes e a maneira pela qual os dentes superiores e inferiores se encaixam (HENESSY, 2020).

³ A micrognatia é definida como um crescimento menor do que o normal da mandíbula, a glossoptose refere-se à retração da língua e a fissura palatina configura-se a uma abertura do palato (céu da boca) (COSTA et al., 2017).

treinamento dos responsáveis, pais e/ou cuidadores e professores, como explicar sobre o açúcar, sobre a escovação supervisionada e alguns cuidados, pretendem agir minimizando as doenças bucais (CHRISTENSEN, 2005). Diversos estudos discorrem sobre a complexidade quanto aos hábitos de higiene bucal das crianças com SCZ (SÁ; PONE, 2018; SANTOS et al., 2020; GOMES et al., 2019). Porém, poucos dissertam a respeito de programas educativos aos pais e/ou cuidadores dessas crianças.

Boa parte da necessidade de tratamento odontológico das pessoas com deficiência pode ser evitada. A realização de procedimentos odontológicos curativos e reabilitadores são onerosos, tanto para o Estado como para a família, razão pela qual é fundamental a entrega de ferramentas educacionais para a promoção da saúde e a inserção de intervenções preventivas (WATT et al., 2015).

Para um melhor desenvolvimento de crianças com SCZ, a indicação é que se inicie o mais breve possível o processo de estimulação de suas habilidades. A recomendação é que esta seja feita assim que o bebê seja considerado clinicamente estável. A promoção da estimulação precoce dos microcéfalos incentiva o equilíbrio do desenvolvimento dos sistemas orgânicos funcionais (áreas: motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, linguística, cognitiva, emocional e social) dependentes ou não da maturação do Sistema Nervoso Central (SNC) (SÁ; CARDOSO; JUCÁ, 2016).

Quando se fala em PcD, é relevante citar que se deve educar e motivar também os pais ou cuidadores, afinal a higiene bucal é realizada por estes na maioria dos casos e muitas vezes isto se torna mais difícil, em virtude da não colaboração da criança. Portanto, mostrar, motivar, capacitar os pais quanto aos métodos de escovação, direcionados a essas crianças, pode transformar mentes e comportamentos, modificando a sua realidade de saúde bucal, além de proporcionar ensinamentos e condutas que serão relevantes para suas vidas presente e futura, respeitando a individualidade de cada uma.

1.4 Uso de cartilhas em programas de educação em saúde bucal

A saúde bucal faz parte da saúde geral e favorece o bem-estar geral das pessoas. Neste contexto, surge a necessidade de uma postura mais concreta da odontologia, no sentido de promover um processo educativo mais palpável e acessível sobre hábitos preventivos de higiene bucal.

Em alguns ambientes, como escolas, hospitais e centro comunitários, a odontologia vem se inserindo com ações intituladas de promoção de saúde. Estas pretendem incitar hábitos saudáveis, evitando doenças (DE DEA et al., 2017).

Uma das funções do profissional de saúde é a prevenção, objetivando melhorar a qualidade de vida das pessoas. Muitas vezes os métodos escolhidos para educar em saúde são inadequados ou ineficazes, por não apresentarem linguagem ou conteúdo adequado à população a qual se deseja abranger ou por não conseguirem motivar adequadamente as pessoas envolvidas no processo. Destarte, a linguagem do método deve ser compreensível e as informações geradas precisam ser absorvidas pela população que se almeja educar, nem sempre isto é algo tangível ou tão fácil de alcançar. Por conseguinte, a busca para atingir a comunicação ideal entre as partes deve ser contínua, facilitando o método do aprendizado, aspirando sempre ao bem-estar da comunidade.

Promover saúde, implementando uma nova metodologia para o conhecimento, com um planejamento que permita o empenho na integração de saberes e práticas, contemporizando as relações dos seres e a individualidade, permite também a inclusão social (SECCO et al., 2017). Quando se trata de processos educativos, é importante que exista motivação das partes envolvidas, para que se crie, transforme ou modifique determinados comportamentos e hábitos. Muitas vezes, ajustes se fazem necessários nestes recursos, para que se consiga atingir a realidade da população.

Pauleto et al. (2004, p. 122) enfatizam “A importância de programas odontológicos educativos, que levantem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos, precisam ser valorizados”. Cabe ressaltar que, apesar da evolução do processo de educação em saúde com metodologia variada, muito ainda há que ser feito, principalmente no que tange ao âmbito PcD.

Neste sentido, de acordo com Secco et al. (2017), “O lúdico é uma estratégia cada vez mais utilizada para transmitir valores e impulsionar mudanças de comportamento na área da saúde”.

Conduzir ações que remodelam atitudes em benefício da própria pessoa também é papel do profissional de saúde. O laboro na educação com atividades lúdicas pode fazer com que a edificação do conhecimento seja um ato de entretenimento (HASSAN et al., 2011).

É meritório dizer que se deve cativar o sujeito, demonstrando o quanto o conhecimento pode modificar suas práticas e a sua vida para o bem, isso significa que, embora ensinar seja relevante, a motivação poderá significar a implementação do novo processo de instrução. Nesta direção, estudos descrevem a ludicidade como necessidade e não

só como diversão. Ela torna fácil o aprendizado, a socialização e a construção do conhecimento, dentre outros efeitos positivos (SANTOS, 1997, p.12).

Quando se trata da quebra de paradigmas na educação em saúde bucal, o uso de diferentes estratégias pode e deve ser utilizado, na perspectiva de romper ideias obsoletas, consolidando uma nova característica na maneira de ensinar e de o sujeito conseguir absorver o que lhe foi transmitido. Pesquisadores tem descrito o quanto o uso dos recursos lúdicos para as atividades de educação em saúde tem contribuído para aprimorar a visão sobre o significado de doença e saúde (NATASH; SANTOS; LEITE, 2016), ou seja, o quanto tais metodologias podem facilitar a compreensão e fixação das informações.

Os instrumentos educativos servem para aprimorar o saber, o autocuidado, a adesão ao tratamento, dentre outros, enquanto ao mesmo tempo auxiliam na fixação das orientações transmitidas oralmente (OLIVEIRA et al., 2014). O uso adequado destes artefatos, portanto, torna-se simplificador.

Dentro desta ludicidade, no intuito de proporcionar o aprendizado da ES, as cartilhas surgem como uma opção facilitadora, uma vez que, além de tecnicamente acessíveis, os componentes visuais auxiliam a memorizar os conhecimentos transmitidos e a elucidar o conteúdo. Ademais, a inclusão da família no uso deste material pode propiciar resultados ainda mais promissores.

Barros et al. (2015) dizem que,

As cartilhas educativas são instrumentos tecnológicos de baixo custo, dotados de informações didáticas e de fácil compreensão, que auxiliam o processo de humanização da assistência ao usuário, servindo de ferramenta de apoio laboral aos profissionais para favorecer o autocuidado, a autonomia e a qualidade de vida de seus utilizadores. Emerge como recurso pedagógico e possibilita a interação dialógica, criando espaços de discussão e construção de conhecimento. (BARROS et al., 2015).

Para Reberte et al. (2012), estes instrumentos são eficientes, impulsionando a participação do sujeito em atividades educativas. Além disso, consegue refletir a realidade vivida através da apresentação das imagens aproximando a informação.

Assim, mediante todo este contexto teórico, uma cartilha com a orientação de HB direcionada às especificidades e peculiaridades das crianças com SCZ foi delineada, com o intuito de clarificar a correta maneira da realização da HB das crianças pelos pais, com imagens lúdicas e linguagem acessível, adaptando as necessidades encontradas. Outrossim, a saúde vem se apropriando cada vez mais dessa forma de instrumento educativo, incentivando os indivíduos a se envolverem nos processos de mudanças de comportamento (DA SILVA et al., 2016; HAYES, 2003).

Inclusive, há na literatura trabalhos relatando que as cartilhas podem auxiliar na

criação de vínculos, ajudando na eficácia terapêutica e profilática (BARRETO, 2002). Neste contexto, o uso da cartilha para este estudo buscou associar todas estas informações. Estes materiais com desenhos são relevantes, pois tentam abranger em muitos pontos a realidade, a forma e o tamanho dos instrumentos retratados, aproxima os fatos e lugares, possibilita a visão imediata dos processos, além da troca de conhecimentos (REBERTE et al., 2012). Ou seja, o participante se sente o ator da cartilha, podendo inclusive interagir para validar conhecimentos.

Nesta conjuntura, emergiu a idealização e confecção de uma cartilha sobre orientações de higiene bucal, direcionada aos pais das crianças com SCZ, conectando as etapas descritas na literatura, com relação ao uso de cartilhas na educação em saúde, trazendo um diferencial: as peculiaridades existentes em relação a estas crianças e em suas famílias. A utilização e confecção de material educativo impresso (MEI) pretendeu descomplicar as informações para os cuidados em saúde, nortear as diretrizes sobre o tema proposto, motivar os participantes e contribuir na fixação do conteúdo.

Costa, Marinho e Abreu (2021) apontam que estes materiais devem ser elaborados com linguagem acessível e eficaz, com o intuito de facilitar a compreensão e conexão das pessoas envolvidas no processo. Da mesma maneira, neste estudo, a utilização da cartilha teve também como propósito motivar, a partir das práticas dos pais e cuidadores, condutas, atitudes e práticas relacionadas à correta higienização da boca, incentivando-os e buscando promover uma boa condição de saúde bucal às crianças, que são deles dependentes. Decerto, o MEI facilita o contato entre os profissionais e a população e auxilia a fixar as informações (THOMÉ et al., 2017). Baseado nestes propósitos, a produção da cartilha foi conduzida.

A odontologia dos dias de hoje apresenta uma visão mais globalizada da saúde, deixando de lado sua parte mais tecnicista e associando às suas atribuições a parte preventiva, inserindo a ESB nas suas atividades (BEZERRA; GOMES, 2010). Embora se saiba que ainda existe uma necessidade muito grande de ampliação no desenvolvimento e aplicação desta maneira de promover saúde.

Ressalta-se que o uso de cartilhas como prática educativa de ESB tem um baixo investimento financeiro, principalmente com o emprego de novas tecnologias, frente às possibilidades de melhoria de saúde bucal que esta pode proporcionar. A construção de uma cartilha com linguagem simples e não técnica facilitará aos pais o conhecimento sobre saúde bucal, além de guiar e servir como instrumento educador a outros que com ela igualmente tiverem contato.

Disseminar conhecimentos aos seus pacientes através de conversas e/ou palestras é

comum na odontologia, contudo o uso do MEI tem sido utilizado para reforçar o que já foi dito verbalmente, a fim de fixar o conteúdo e o autocuidado, pois muitos pacientes esquecem do que lhes foi apresentado apenas oralmente (MIALHE; DA COSTA SILVA, 2008).

Paiano (1995) observou que a utilização de cartilhas, slides e álbuns melhorou em quase 50% a saúde bucal na rede municipal de Rio do Sul em três anos. Contribuir com qualquer percentual, mesmo que seja mínimo, já nos permite dizer que haverá melhoria de cuidados de HB. Apesar de vivermos atualmente em um mundo repleto de muitas informações, nem sempre estas conseguem atingir todos os níveis sociais. Por conseguinte, a odontologia deve se preocupar em ampliar suas áreas de atuação, realizando programas educativos e preventivos, no sentido de promover e levar saúde bucal a grande parte da sociedade, incluindo as PcD.

Neste cenário, Pauleto et al. (2004) escrevem que “a educação em saúde, como prática social voltada para o coletivo, representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal no espaço público”. É notório citar que os programas educativos existentes não são na sua grande maioria direcionados a PcD, tornando meritório desenvolver práticas voltadas a essas pessoas e suas famílias, podendo com as cartilhas gerar independência, conhecimento e autonomia na área de saúde bucal. Destarte, este deva se tornar um plano de ação para atuação da ESB, ou seja, almejar a qualidade de saúde bucal de toda uma população.

Cabe ao profissional de saúde, cativar, ensinar, educar e motivar para modificar os hábitos de higiene bucal. Nesta perspectiva, quando se trata de PcD, respeitar as particularidades inerentes a elas e inserir adequadamente a ação de educação direcionada também a seus pais ou cuidadores. Pois embora existam inúmeras informações geradas diariamente sobre saúde bucal, ainda há uma grande lacuna sobre estes dados, no que tange à orientação da HB dessas pessoas.

O uso de uma cartilha de ESB pode despontar como um meio complementar ao conhecimento transmitido, com a finalidade de fixá-lo e promover a construção de novos hábitos. Para Emmons (2000), “a base para intervenções mais profícuas em saúde deve estar ancorada no reconhecimento biológico dos sujeitos e, modernamente, também em seu contexto social”. Assim, espera-se que a utilização da cartilha sirva a estes propósitos, intencionando facilitar e motivar a promoção de saúde bucal das crianças com SCZ, através de linguagem acessível e compreensiva.

1.5 O processo de elaboração, construção e validação de material educativo em saúde bucal destinada aos pais de crianças com SCZ (Cartilha)

A promoção da saúde bucal das PcD faz parte do planejamento das ações desenvolvidas pelo nosso sistema de saúde. Embora existam legislações e portarias, muito ainda há que ser feito quando se trata dessa população. O quadro de saúde bucal dessas pessoas ainda é considerado grave, reforçando a inevitabilidade do desenvolvimento de projetos e processos que facilitem o acesso aos serviços odontológicos preventivos e curativos das crianças com SCZ. Sabe-se que ações educativas e preventivas podem levar a um grande impacto positivo no quadro de saúde bucal e geral.

Quando se pensa em formar cidadãos conscientes da relevância do seu papel para a sociedade e para a melhoria da qualidade de vida de uma população, pode-se associar o pensamento ao SUS, uma vez que a educação e o cuidado permanente em saúde são diretrizes básicas deste. Diante disso, uma reflexão e questionamento foi gerado: “Como poderemos unificar as duas áreas, integrando conceitos, rompendo paradigmas e suplantando as dificuldades existentes, ainda mais quando se trata do PPAE?”.

De fato, este ainda é um desafio a ser superado. Conectar a prática educacional com a promoção da saúde, através ações que incentivem o aprendizado e a participação dos sujeitos, aproximando as áreas, é o que se almeja. Reibnitz et al. (2012) acreditam que,

Nesse sentido, deve-se pensar na educação não como mera reprodução do conhecimento, mas como um processo de emancipação dos sujeitos. E, para o alcance dessa emancipação, é necessário definir que tipo de educação se pretende para a área da saúde. Uma educação reduzida à transmissão dos conhecimentos prontos, limitada à formação profissional técnica, ou uma educação em que valores como participação, ética, solidariedade e esperança sejam também fundamentais. (REIBNITZ et al., 2012).

Estas práticas podem ser abordadas individual ou coletivamente, com o objetivo de contribuir no processo de ensino-aprendizagem (ASSUNÇÃO et al., 2013). Nessa perspectiva, como opção para disseminar a ciência, surge então a produção de materiais paradidáticos, que são uma alternativa para se difundir conhecimentos científicos de maneira simples e acessível.

O diálogo profissional de saúde-indivíduo pode acontecer presencialmente, com o emprego de cartilhas e manuais, mas é importante citar que a aplicação destas não exige a presença do profissional, podendo o sujeito operá-la conforme sua necessidade. Têm-se notado uma elevação na confecção de materiais educativos, que podem ser operados em diferentes cenários e finalidades. Estes são dispositivos complementares na educação dos

sujeitos e familiares e reforçam as orientações verbais transmitidas, fazendo com que o aprendizado seja proativo (ÁFIO et al., 2014).

Dentre os dispositivos educativos de educação em saúde, os materiais educativos impressos (MEIs) são facilitadores na transmissão de conhecimentos, elucidando as dúvidas e clarificando os temas. Um exemplo disso é a utilização das cartilhas, que auxiliam nas orientações e podem ser operadas sem a presença do técnico em saúde, além de promovê-la (BARROS et al., 2012; OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014). Outrossim, estudos os descrevem como uma ferramenta suplementar de orientações dirigidas aos cuidadores, em casos de incertezas (DAY, 2017; SANTOS, 2017).

Acrescido a isto, os MEIs contribuem para que a educação seja um processo contínuo, na medida em que representam um material de constante pesquisa para o indivíduo e sua família, em caso de dúvidas de apreensão (CRUZ et al., 2016). Pode-se dizer que, dentre as tecnologias para educar e comunicar em saúde, as cartilhas se sobressaem por serem práticas e viáveis (ROQUINI et al., 2021).

De acordo com Siddharthan et al. (2016), “as cartilhas são materiais impressos úteis para descrição de assuntos relacionados à saúde, sendo possível sua utilização como instrumento de promoção da saúde, facilitador do processo educativo”. Posto que já existem diversos materiais educativos em saúde bucal, a construção de uma cartilha a ser constituída por ações educativas de saúde bucal a crianças com a SCZ nasce com o propósito de preencher uma lacuna existente nos cuidados a elas.

Segundo Ribeiro e Walter (2019), ações direcionadas a estas crianças são poucas ou inexistentes. Reitera-se a isso a sua especificidade, afinal a abordagem com elas não poderá ser a mesma utilizada com outras crianças. Diante disso, constatamos a relevância da criação e desenvolvimento de uma cartilha nos moldes educacionais para a área da saúde bucal, com orientações aos pais de como realizar a higiene bucal de seus filhos.

Acredita-se que, com este material, será possível expandir o acesso preventivo à saúde bucal de outras crianças com a síndrome. Além disso, futuramente se pretende disponibilizar a cartilha na Internet, porque é sabido que os custos para impressão são altos e o acesso aos meios digitais tem crescido bastante.

Com relação à escolha do conteúdo da cartilha, este deve ser embasado em referências científicas, nas práticas e nas dificuldades existentes (CRUZ et al., 2016). Também deve ponderar o nível educacional e cultural da população-alvo (TELES et al., 2014). Pensando em ser algo facilitador, a construção e avaliação foram baseadas nos seguintes itens: conteúdo, linguagem, ilustrações, *layout* e *design* (MAINHEALTH, 2010), uma vez que nosso público

alvo já estava definido. A triagem do conteúdo é uma etapa importante, ele deve gerar interesse e, ao mesmo tempo, ser direto, com informações relevantes sobre o tema, não podendo ser longo (ECHER, 2005).

Nesta etapa de elaboração e concepção deste material, a primeira ideia foi pensada no sentido de o instrumento auxiliar os pais nos cuidados com higiene bucal, alicerçado na literatura. Em um segundo momento, em como esta cartilha poderia contribuir a torná-los mais participativos, buscando transformar, minimizar e modificar a alta incidência de doenças bucais nessas crianças.

Ressalta-se que, neste processo de elaboração, foram utilizadas pesquisas bibliográficas a fim de tornar o material educativo impresso de fácil compreensão (MAINHEALTH, 2010) e aplicado o teste de legibilidade de Flesch. Que pode classificar a leitura como “Muito Fácil”, “Fácil”, “Difícil” e “Muito Difícil”, bem como classifica as frases em voz ativa e passiva (MARTINS, 1996).⁴

No processo de construção, também foram pesquisadas a correta sequência de programas de higiene bucal e, em seguida, adequou-se à população do nosso estudo. Baseadas nas orientações e informações detalhadas repassadas pela pesquisadora sobre o conteúdo da cartilha, um desenhista especializado confeccionou as imagens, utilizando o aplicativo *Ibispaintx*. Os desenhos foram criados objetivando uma aproximação com o grupo da pesquisa e de fácil compreensão aos pais para motivá-los.

Portanto, a idealização, elaboração e confecção da cartilha foi feita fundamentada nas demandas encontradas durante o estudo. Dentre estas, podemos citar: avisar à criança sobre o início da escovação, como posicioná-la, como abrir e manter aberta a boca, qual material utilizar e a sequência de escovação.

Buscamos trazer o dia a dia dos pais para o material, pois sabemos que pessoas participantes de abordagens educativas normalmente adotam novas condutas quando estão mais perto da sua realidade. (Lima et al, 2014). Lembramos que, uma cartilha, para ser considerada útil, é fundamental que esta seja validada, certificando cientificamente o objeto do estudo.

Roquini et al., (2021) relatam que,

A elaboração de materiais educativos, seguida pelo processo de validação, tem a

⁴ O teste de facilidade de leitura Flesch, *Flesch Readability Formula*, desenvolvido por Flesch (1948), é a fórmula de facilidade de leitura, que usa apenas duas variáveis: o número de sílabas e o tamanho de sentenças para cada amostra de 100 palavras. Por este método, quanto maior a pontuação, mais fácil é o entendimento do texto analisado; logo, o grau de dificuldade do texto é diretamente proporcional ao tamanho de suas palavras e sentenças (MARTINS, 1996).

finalidade de direcionar, padronizar, sistematizar e dinamizar as orientações para efetivação do comportamento. Materiais educativos validados possuem maior probabilidade de possuírem conteúdo correto, didático e compreensível, o que confere maior possibilidade de sucesso na sua utilização na prática educativa. (ROQUINI et al., 2021).

Em relação a este aspecto, Echer (2005) também considera que este material seja aferido por profissionais e pelos participantes.

Polit e Beck (2001) analisam que

A validade de conteúdo busca verificar se os conceitos estão representados de maneira adequada, bem como se os itens de um instrumento são representativos dentro do universo de todo o produto; essa etapa pode ser realizada por consenso de especialistas. Já a validade aparente é uma forma subjetiva de validar um instrumento. (POLIT e BECK, 2001).

Neste estudo, a análise do conteúdo foi realizada por cinco técnicos da área de saúde bucal, que fizeram suas considerações a respeito do texto, imagens e design, assim como por dez pais de crianças com SCZ. Processou-se ponderações a respeito e algumas foram acolhidas. Realizou-se então o projeto piloto com a cartilha, a fim de se verificar, na prática, a utilização e a eficácia da mesma.

Portanto, alguns questionamentos sobre o uso da cartilha este estudo pretende responder: se o desenvolvimento dela, que foi construída e validada de acordo com as especificidades do público ao qual seu conteúdo se destina, produziu efeitos na formação dos conceitos e ações preventivas educacionais em saúde bucal em pais das crianças com SCZ; se a cartilha auxiliou os pais na abordagem do processo da escovação e se ela proporcionou alguma melhoria na qualidade de vida delas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo teve parecer favorável do Comitê de Ética, nos termos da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, pelo CEP/UEA, sob o número 3.287.535 (Anexo 1).

2.1 Tipo e delineamento do estudo

Para avaliação dos efeitos da implementação do SORRIZIKA (Programa de Educação em Saúde Bucal para pais de crianças com a síndrome do Zika vírus), utilizou-se o delineamento de caráter quase-experimental intrassujeito do tipo A-B-C, organizando-se em Linha de Base (LB) (Fase A), Intervenção (Fase B) e *follow-up* (Fase C). Este tipo de estudo pode ser aplicado em diversas áreas, inclusive educação e saúde, e permite uma maior interação entre os membros.

O delineamento intrassujeito realizou uma “avaliação individual e rigorosa dos efeitos das intervenções ou tratamentos, para cada participante, ou seja, a análise dos efeitos da(s) Variável(eis) Independente(s) em cada caso individual, além do que na fase da LB, os dados foram coletados sob circunstâncias naturais” (NUNES; WALTER, 2014). Ou seja, na etapa da LB, a pesquisadora não interferiu na fase da coleta dos dados. O estudo foi realizado com pais e crianças com SCZ. Assim, os dados foram coletados e analisados nas abordagens qualitativa e quantitativa, com as transcrições de sessões filmadas, de entrevistas semiestruturadas e através de categorizações feitas do desempenho da utilização do programa, que foi implementado e confrontado pela atividade do participante com ele mesmo.

2.2 Local

O exame bucal, imagens, filmagens, entrevista inicial e treinamento dos pais foram realizados em uma Policlínica Odontológica (PO) de uma universidade pública do Estado do Amazonas, em uma disciplina específica de pacientes especiais e em um Centro de

Reabilitação de crianças com SCZ. O estudo iniciou após a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Apêndice 1).

2.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram 3 crianças com SCZ e seus respectivos familiares, atendidos na disciplina acima referida, com a faixa etária de 3 a 5 anos e cadastrados no sistema da policlínica, indicados pela assistente social do CR e eram participantes ativos de outras terapias no referido Centro. O Quadro 1 apresenta uma descrição inicial dos participantes. Para facilitar a identificação, foram utilizados nomes fictícios, a saber: Vitória, Lucas e Patricia. Os responsáveis que estavam dentro deste critério foram convidados a participar da pesquisa.

A agente de intervenção foi a pesquisadora e uma assistente de pesquisa (uma acadêmica do 9^o período do curso de odontologia da citada universidade). A seleção da amostra foi não probabilística, ou seja, de sujeitos escolhidos por determinados critérios, mais especificamente a amostra intencional. Segundo Richardson (2012), nesta há uma seleção intencional, de acordo com características previamente estabelecidas, a partir de hipóteses formuladas pelo pesquisador.

Quadro 1 - Características dos participantes colhidas a partir do questionário inicial

Participante/ Idade	Gênero	Reside com	Quando foi o diagnóstico?	Medicamentos de que faz uso	Idade da primeira consulta ao dentista
Vitória (5a)	Feminino	Pais	4 meses após o nascimento	Rivotril (Anticonvulsivante)	5 anos
Lucas (3a)	Masculino	Pais	3 dias após o nascimento	Fenobarbital (Anticonvulsivante) Depaquene (Anticonvulsivante)	3 anos
Patricia (5a)	Feminino	Pais	3 meses após o nascimento	Fernobarbital (Anticonvulsivante)	5 anos

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

2.4 Instrumentos de medidas

- **Questionário de História de Vida das Crianças com SCZ**

No primeiro contato foi feita uma entrevista com os pais, utilizando um questionário (Apêndice 3). As variáveis identificaram os dados pessoais, diagnóstico com laudo, dados médicos, necessidades dos pais para superar as dificuldades gerais e de higiene bucal e as expectativas em relação à criança. A utilização de instrumentos, tais como questionários não padronizados pré e pós-intervenção e folha de registro de desempenho foram baseados nos de Walter (2006) e Marega (2008).

- **Índice de Higiene Oral Simplificada (IHOS)**

Em seguida, as crianças foram submetidas a um exame bucal inicial, para verificação da presença dos elementos dentários necessários à obtenção do índice de higiene oral simplificada (IHOS), por conseguinte os elementos foram corados e o IHOS inicial calculado. Tais dados foram registrados em fichas individualizadas (Apêndice 4). O IHOS é considerado simplificado, pois avalia somente as superfícies vestibular e lingual dos dentes, representando assim todos os segmentos da boca. Esta avaliação foi verificada em dois momentos, no início e no fim do estudo.

A variação do índice é de 0 a 3, em que (0) corresponde à ausência de placa, (1) a presença de placa até 1/3 da superfície, (2) a presença de placa até 2/3 da superfície e (3) a presença de placa em mais que 2/3 da superfície. O resultado é obtido com a soma do índice de placa, dividido pelo número de superfícies examinadas. Este índice é classificado como “Bom”, quando o resultado fica entre 0 a 0,6, “Regular” de 0,7 a 1,8 e “Fraco” de 1,9 a 3,0 (ANTUNES; PERES, 2006).

No Quadro 2 estão descritos os critérios e seus respectivos códigos e no Quadro 3 uma descrição dos valores. Uma folha individualizada para análise deste parâmetro foi instituída (Apêndice 6).

Quadro 2 - Critérios e códigos para o índice de placa

Critérios para placa	Código
Inexistência de placas e indutos	0
Placa cobrindo não mais que 1/3 da superfície ou apenas indutos generalizados.	1
Placa cobrindo mais que 1/3, mas não mais que 2/3 da superfície dental.	2
Placa cobrindo mais que 2/3 da superfície.	3
Dente-índice e substituto inexistente.	X

Fonte: adaptado de Marega, 2008.

Quadro 3 - Significado do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

Valores IHOS	Significado
0 – 0,6	Higiene Oral Boa
0,7 – 1,8	Higiene Oral Regular
1,9 - 3,0	Higiene Oral Fraca

Fonte: adaptado de Antunes; Peres, 2006.

Para a comparação do IHOS nos dois períodos, foi utilizado o teste de Wilcoxon, pareado com nível de significância de 5%⁵.

- **Protocolo de Observação**

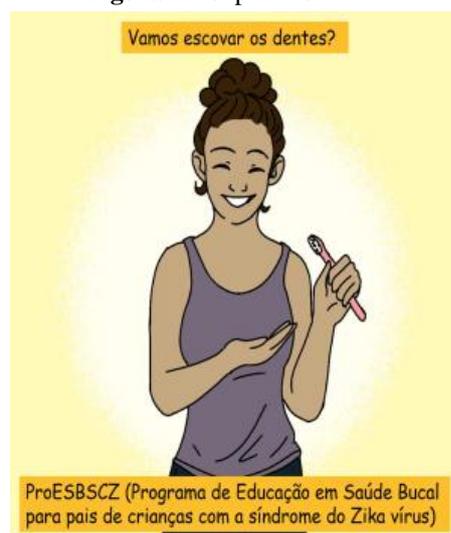
Foi feito um protocolo de observação para registrar as interações dos pais com as crianças em estágios pré e pós-intervenção, a partir dos registros realizados (Apêndice 7). Também houve um diário de campo para registro do IHOS, desenvolvido ao longo do processo, através de imagem e escrita organizado em pasta (Apêndice 8).

2.5 Materiais e equipamentos

- **Cartilha**

Na etapa da intervenção, a cartilha (Figura 1) foi apresentada aos pais, com a finalidade de ser uma facilitadora da orientação da higiene bucal de seus filhos.

Figura 1 - Capa da Cartilha



⁵ O teste de Wilcoxon ou teste dos postos sinalizados de Wilcoxon é um teste de hipóteses não paramétrico utilizado quando se deseja comparar duas amostras relacionadas, amostras emparelhadas ou medidas repetidas em uma única amostra, para avaliar se os postos médios populacionais diferem (i.e. é um teste de diferenças pareadas).

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Planejou-se o material educativo impresso dentro da seguinte sequência: idealização da cartilha (pesquisas e projeto); realização de um projeto piloto inicial; adequação e distribuição da cartilha; validação e, por fim, avaliação da eficácia. A cartilha (Apêndice 2) apresenta 16 páginas, composta de: capa, apresentação, orientações aos pais de como chamar a atenção da criança para a hora da escovação dos dentes, sequência orientada da técnica de higiene bucal confeccionada com imagens informativas, com materiais adaptados para a realização da mesma e duas páginas em branco para colocações que os responsáveis achem ser pertinentes

- **Outros materiais e equipamentos**

Notebook, impressora, espátulas de madeira para abertura de boca, escovas dentais comuns e/ou adaptadas, creme dental, evidenciador de placa (fucsina), câmera filmadora, tripé, computador, e atividades específicas adaptadas.

2.6 Procedimentos específicos do estudo

2.6.1 Primeira Etapa (Avaliação)

Pré linha de base: entrevista com os pais, utilizando um questionário de história de vida das crianças com SCZ (Apêndice 3). Em seguida, os exames clínicos das crianças foram realizados por um único examinador de cada vez, individualmente (pesquisadora e observador), utilizando-se de luz natural, pinças e espelhos clínicos, previamente esterilizados. Todos os dados foram anotados na ficha clínica da criança (Apêndice 4).

Para a avaliação inicial da condição bucal: o IHOS, de autoria de Greene e Vermillion (1964) e adaptado por Rodrigues (1987) foi o usado neste estudo. Ele pode ser utilizado em crianças com dentição decídua, que é o caso das crianças avaliadas. Tem como objetivo medir o acúmulo de placa dental bacteriana, de forma simplificada, em quatro faces da dentição decídua (dentes de leite). As superfícies selecionadas foram: vestibulares (frente do dente) do 54 (1° molar decíduo direito-posterior); do 61 (incisivo central superior esquerdo-dente da frente); do 82 (incisivo lateral inferior direito) e superfície lingual (de trás) do 75 (2° molar decíduo esquerdo). Se um destes dentes não estivesse na boca na hora do exame, ele seria

substituído pelo do lado.

Para esta avaliação, a pesquisadora passou uma bolinha de algodão, segurada por uma pinça clínica embebida em corante de placa bacteriana (fucsina 2%) nos dentes dos participantes. Este líquido colore a placa bacteriana e evidencia a mesma, para que ela seja vista a olho nu, conforme a Figura 2. Cada uma das faces citadas recebeu um código, para o cálculo dos critérios utilizados. Calculou-se o índice de placa pela soma dos códigos atribuídos, dividido pelo número de faces dentais examinadas.

Figura 2 - Evidenciação de placa bacteriana



Fonte: acervo da autora, 2021.

Uma análise descritiva dos resultados do IHOS foi feita, para registrar a condição bucal inicial, conforme descrito no Quadro 4. O cálculo do índice de fidedignidade também foi realizado nesta etapa do estudo, de acordo com o Quadro 5. Uma ficha foi elaborada para registro deste cálculo (Apêndice 9). A análise destes dados foi descrita nos resultados deste estudo.

Quadro 4 - Condição bucal inicial (IHOS inicial)

Participantes	IHOS inicial
Vitória	
Lucas	
Patricia	

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Quadro 5 - Índice de fidedignidade inicial

Participantes	Índices		Classificação H.O.	
	Pesquisadora	Observador	Pesquisadora	Observador
Vitória				
Lucas				
Patricia				

H.O: Higiene Oral

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Os participantes que após o exame clínico inicial necessitavam de tratamento odontológico curativo foram encaminhados para a realização do mesmo, na disciplina citada anteriormente.

2.6.2 Segunda Etapa (Linha de Base - LB)

A coleta da LB tinha sido iniciada em outubro de 2019, porém foi interrompida em virtude da Pandemia de COVID-19, posteriormente foi reiniciada em abril de 2021. Também em virtude da pandemia, ocorreu alteração do local das filmagens da LB e do número das sessões. Estas foram filmadas na policlínica odontológica (PO) e no centro de reabilitação (CR), onde as crianças realizam atividades semanais auxiliares para o desenvolvimento neuromotor das mesmas.

Foram realizadas três sessões de linha de base. Estas sucederam semanalmente, no turno vespertino, alternando um encontro no CR e outro na PO. Antes do início de cada sessão, foi realizada a coleta de IHOS dos participantes, para obtenção de um índice da condição bucal equilibrado, seguida de filmagens dos pais realizando a escovação das crianças sem a interferência da pesquisadora. Todas as sessões foram filmadas em um tempo de 3 minutos, com o objetivo de verificar a técnica de escovação e o nível de interação pais/criança e registrados (Apêndice 7). Isto foi redigido no diário de campo (Apêndice 8).

No decorrer do período da LB, os pais não receberam nenhuma orientação/instrução a respeito de como conduzir a escovação, somente foi verificado a maneira como eles realizavam o ato de escovar. O material utilizado (escovas dentais, creme dental, fio dental)

das crianças foi levado pelos pais, sem orientação da pesquisadora. Após haver indícios de constância na escovação das crianças pelos pais, houve o encerramento da LB de cada participante, conforme a descrição do Quadro 6. Uma análise minuciosa dos dados se encontra na seção dos Resultados.

Quadro 6 - Ficha de registro da condição bucal durante a linha de base (avaliação do IHOS)

		Fase 1 (Linha de base)		
Participantes	IHOS inicial	IHOS (1^o semana)	IHOS (2^o semana)	IHOS (3^o semana)
Vitória				
Lucas				
Patricia				

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

2.6.3 Terceira Etapa (Intervenção/Capacitação)

Após a LB, foi realizada a intervenção, utilizando um delineamento quase-experimental intrassujeito (TAWNEY; GAST, 1984), com a finalidade de comparar os efeitos de um programa de escovação. A intervenção da pesquisadora será a Variável Independente (VI) e o desempenho dos pais ao realizar o programa será a Variável Dependente (VD).

Nesta etapa, o cuidador recebeu formação diversificada e adaptada acerca das táticas do programa de higiene bucal para deficientes, através da apresentação de palestras, *slides*, vídeos, macromodelos, ensino *in vivo* com evidenciação de placa e treinamento com a cartilha desenvolvida para este estudo. Foi orientada a sequência da HB a ser seguida baseada nesta cartilha. Cada participante recebeu três sessões de capacitação com duração de uma hora. A formação individualizada para cada participante familiar ocorreu em horários previamente combinados, de acordo com a disponibilidade dos pais e da pesquisadora na policlínica odontológica e no centro de reabilitação.

A intervenção foi constituída pelo ensino do uso da cartilha com o programa de escovação, adaptado à realidade dessas crianças, baseado na técnica de escovação de Starkey e Fones⁶, que é a técnica mais indicada até seis anos. Também houve a combinação de várias técnicas, de acordo com as especificidades das crianças ou das dificuldades do responsável.

⁶ A técnica de Starkey e Fones é constituída pela posição de Starkey, que é indicada para crianças em idade pré-escolar e com pouca habilidade manual, a criança fica de costas para os pais e encosta a cabeça neles. A técnica de Fones, que por ser a mais simples, é recomendada para crianças menos hábeis, menos interessadas ou ainda quando se tem pouco tempo para o ensino. Nesta técnica, são recomendados movimentos circulares nas superfícies vestibulares, linguais e palatais dos dentes e nas superfícies oclusais e incisais são realizados movimentos anteroposteriores (GUEDES-PINTO, 2017).

As sessões de capacitação foram filmadas e auxiliaram a esclarecer dúvidas, adotar diretrizes adaptadas às especificidades de cada criança, orientações sobre o melhor tipo de escova e pasta, a importância de seguir a sequência que foi orientada na cartilha como, por exemplo, posicionar a criança, higienizar os dentes primeiro pela parte da frente e só depois a parte de trás.

Um material impresso foi ofertado a cada participante familiar, este material foi idealizado pela pesquisadora e recebeu a denominação de SORRIZIKA, conforme a Figura 3. Nesta etapa, foi mostrado à mãe, com a finalidade de fixar os passos, orientar dúvidas com relação às imagens e a sequência da higiene bucal da criança. Dicas verbais e de demonstração foram adicionadas, bem como técnicas para facilitar a abertura da boca, como as espátulas de madeira unidas.

Figura 3 - Imagens da cartilha



Mãe pegando a criança no colo, mãe posicionando a criança e usar escova com a cabeça pequena.

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Após a capacitação, foi realizada uma sessão de demonstração de escovação na criança participante, conforme orientado no treinamento, para fixação da sequência e suporte aos pais, se necessário.

Em seguida, foi aplicado um questionário pós-capacitação para que se obtivesse uma aferição do aprendizado dos pais e para validação da cartilha, com questões abertas e fechadas. Este foi constituído de oito questões a respeito de higiene bucal, da cartilha e da sequência da escovação (Apêndice 10). As respostas dos questionários se encontram no capítulo dos Resultados e um resumo do processo da capacitação se encontra na Quadro 7.

Quadro 7 - Número de sessões de capacitação realizadas pela pesquisadora junto aos pais

Sessão de Intervenção Individualizada	Propósito	Participante
1°	Conhecer melhor os pais e a criança, estabelecer vínculos para facilitar a comunicação e a motivação da HB. Início da formação adaptada e da apresentação da cartilha.	Vitória Patrícia Lucas
2°	Orientar a sequência da HB de acordo com a cartilha, dirimir dúvidas, dicas verbais.	Vitória Patrícia Lucas
3°	Fixar a sequência, demonstrar <i>in vivo</i> , aplicar o questionário.	Vitória Patrícia Lucas

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Portanto, esta etapa consistiu primeiro na capacitação, com a parte teórica do treinamento e seguida da prática, obedecendo a sequência da cartilha, prosseguindo com as sessões de intervenção conduzida pelas mães (escovação).

Um total de dez sessões foram realizadas e filmadas neste estudo para cada participante. É importante frisar que, na etapa da intervenção, não foi ministrada nenhum tipo de orientação pela pesquisadora ou assistente. Mas, ao término de cada sessão, foi oferecido suporte aos pais em caso de dúvidas ou algum ajuste. O *follow up* sucedeu após dois meses da intervenção. Uma descrição das etapas/sessões pode ser vista no Quadro 8.

Quadro 8 - Etapas e sessões do estudo para cada participante

Etapas	A			B					C	
	(LB)			(Intervenção)					(Follow up)	
Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Assim, o programa SORRIZIKA foi implementado junto aos pais pela pesquisadora, partindo das especificidades de cada criança com SCZ, objetivando ser um programa motivador na educação em saúde bucal.

Os dados foram então analisados mediante:

- o IHOS (para averiguar a condição bucal antes e depois da intervenção);
- o nível de suporte oferecido aos pais (verbal, visual, de demonstração ou realização) e devidamente registrado e as categorias (Apêndice 11);
- pelos passos da sequência da escovação (Apêndice 12).

2.6.4 Quarta Etapa: Follow Up

Dois meses após o término do período de intervenção descrito na etapa anterior, medidas de *follow up* foram realizadas. A pesquisadora se dirigiu ao encontro dos pais com as crianças no CR, para realização de filmagem do programa prescrito e para nova evidência da placa, com o objetivo de avaliar os efeitos do treinamento: se houve melhoria da condição bucal das crianças, se o índice de placa diminuiu e se o programa foi efetivamente implementado.

2.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa, mediante as folhas de registro em cada fase do período experimental. O uso da Variável Independente (VI) na fase da intervenção do estudo e das Variáveis Dependentes (VD) também foram averiguados. A VI utilizada no presente estudo foi a implementação de um programa de educação em saúde bucal para os pais de crianças com SCZ. As VD foram mensuradas a partir da coleta do IPOS, antes e depois da intervenção, bem como da sequência da escovação.

Foram consideradas algumas Variáveis Estranhas (VE) interferindo nas VDs, ao longo da intervenção, em que foi aplicada a VI. Como por exemplo os pais executarem a técnica correta de escovação apenas quando estiverem sendo filmados, as crianças podem não colaborar devido à deficiência e desinteresse dos pais com relação à higiene bucal.

2.7.1 Análise das Filmagens

Nas filmagens pudemos observar, identificar e descrever ou caracterizar como a cartilha (programa) estava sendo empregada pelos pais (variável dependente) e se houve necessidade de adequação. Para isto, foi instituída uma folha de registro com a sequência da cartilha. Nela, a escovação foi dividida em 12 fases (Apêndice 12). Também foi estabelecida uma folha para registro do desempenho do nível de suporte aos pais (Apêndice 11).

A verificação das filmagens foi realizada da seguinte maneira:

- a) Assistir toda a filmagem;
- b) de posse da folha de registro, observou-se novamente a fita, registrando a

ocorrência ou não do item avaliado da sequência da escovação, exemplificando: o primeiro item aferido foi examinar se a mãe avisava a criança que iria iniciar a escovação, dado que correspondia à primeira etapa do processo;

c) uma nova visualização da filmagem foi realizada com a finalidade de dirimir dúvidas ou preencher alguma lacuna que possa não ter sido observada na primeira visão. Esta nova vista também foi baseada nas mesmas etapas da sequência da escovação ocorridas. Por exemplo, a terceira etapa da sequência era verificar se a quantidade de pasta de dente na escova equivalia a um grão de arroz cru. Por ser um detalhe que deve ser visto minuciosamente, algumas vezes isto só foi possível ser analisado na segunda visualização da mesma filmagem.

Para a observação da filmagem, foram criadas cinco categorias: PC (pais realizam a sequência da escovação da cartilha corretamente sem auxílio); PI (pais realizam a sequência da escovação da cartilha de maneira incorreta); PP (pais executam a sequência com a ajuda da pesquisadora); P (sequência da escovação foi realizado pela pesquisadora); e N (o passo não foi realizado nem pelos pais e nem pela pesquisadora).

Uma categorização das fases sobre o que foi considerado adequado ou inadequado se encontra no Apêndice 12. Durante a análise, foram atribuídas notas para a execução dos passos:

- a) se os pais realizassem a sequência adequadamente (PA), recebiam a nota 4;
- b) se executassem inadequadamente (PI), recebiam 3. Por exemplo, quando a mãe não apoiava a cabeça da criança corretamente (etapa 5 da sequência da escovação), este passo foi considerado inadequado;
- c) se recebessem ajuda da pesquisadora (PAJ), a nota era 2. Para melhor ilustração, o tipo de ajuda mais ofertado pela pesquisadora foi o verbal, quando os pais esqueciam de realizar alguma etapa, mas poderia ter sido visual, de demonstração e o de realização da escovação;
- d) quando a pesquisadora realizava o passo sozinha (D), atribuíam-se 1; e
- e) se não houvesse a execução da sequência, o participante recebia a nota 0.

Associado a isso, quando a sequência da cartilha foi realizada de maneira adequada, os pais receberam elogios (parabéns pela dedicação, pelo esforço empreendido, pela paciência) e quando não foi seguida a sequência, foram auxiliados e corrigidos. Em paralelo, foi analisado o nível de suporte ofertado. Com relação este aspecto, foi dividido em cinco níveis: nenhum, visual, verbal, de demonstração ou de realização do processo.

Como critério de análise, observou-se, por exemplo, se a sequência da cartilha e as

fases eram obedecidas, se todos os elementos e todas as faces eram escovadas e não somente alguns. Além disso, a fase foi considerada inadequada quando se colocou muita pasta na escova ou esta foi colocada várias vezes durante a escovação, ou se não se posicionou a criança de maneira correta para a escovação. As definições operacionais de comportamentos definidos como corretos e incorretos se encontram no Quadro 9 e no Apêndice 12.

Quadro 9 - Definições das fases da escovação adequada ou inadequada

	Adequada	Inadequada
Fase 1	Avisar a criança que vai escovar os dentes	Não avisar
Fase 2	Usar uma escova com a cabeça pequena	Não usar escova com a cabeça pequena
Fase 3	Colocar pouca pasta na escova	Colocar muita pasta
Fase 4	Pegar a criança no colo	Não pegar a criança no colo
Fase 5	Sentar a criança apoiando a cabeça dela	Não apoiar a cabeça
Fase 6	Com a boca fechada, afastar os lábios e fazer movimentos em círculos escovando todos os dentinhos	Não realizar o movimento circular ou abrir a boca
Fase 7	Caso haja dificuldade os movimentos em círculos podem ser realizados enrolando gaze no dedo indicador	Usar outro material que não seja a gaze
Fase 8	Abrir a boca da criança e escovar a face oclusal dos dentes (parte de cima dos dentes)	Não abrir a boca da criança ou não começar com esta face
Fase 9	Escovar a face lingual(interna) dos dentes	Não escovar a face correta
Fase 10	Usar ou não espátulas de madeira para auxiliar a manter a boca aberta ou outro artifício	Não conseguir manter a boca aberta
Fase 11	Limpeza da língua	Não limpar a língua
Fase 12	Remoção do excesso de espuma da pasta	Não remover o excesso de espuma

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Através das filmagens, também se pôde observar se houve mudanças no IHOS, além da sequência da cartilha e da técnica da escovação.

Ao longo do estudo foi mantido um diário, no qual a pesquisadora fez anotações sobre as observações referentes ao desempenho dos pais, comentários, sugestões etc. Tais anotações tiveram por objetivo possibilitar informações adicionais que pudessem ajudar a compreender os resultados posteriormente.

2.8 Índice de fidedignidade

A avaliação interobservadores foi realizada em 25% das sessões de cada fase experimental, escolhidas aleatoriamente para este fim. A observadora principal foi uma finalista do curso de odontologia da PO, que sabia realizar os exames, os índices e analisar as filmagens, mas não tinha ciência dos objetivos do estudo. A pesquisadora foi o segundo observador. A concordância entre os observadores foi analisada pela técnica ponto a ponto.

O cálculo de fidedignidade (IF) foi feito dividindo o número de concordâncias pelo número de concordâncias somado ao de discordância, com o resultado desta divisão multiplicado por 100, por meio da seguinte fórmula (HERSEN E BARLOW, 1977):

$$IF = \frac{\text{Concordância}}{\text{Concordância} + \text{Discordância}} \times 100$$

Para o cálculo do índice de fidedignidade inicial, foi realizada uma avaliação de confiabilidade dos exames. Para isso, um segundo observador realizou os mesmos exames nos 3 participantes. Estes resultados estão descritos no Quadro 10. Apesar do acordo de 100% quanto à classificação final, houve uma pequena diferença nos índices numéricos.

Quadro 10 - Índice de fidedignidade inicial

Participantes	Índices IHOS inicial		Classificação H.O.	
	Pesquisadora	Observador	Pesquisadora	Observador
Vitória	2,75	2,50	H.O. fraca	H.O. fraca
Patricia	1,5	1,25	H.O. fraca	H.O. fraca
Lucas	2,25	2,5	H.O. fraca	H.O. fraca

H.O: Higiene oral

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

O cálculo do índice de fidedignidade também foi feito na fase pós-intervenção. Foi realizada uma nova avaliação de confiabilidade do IHOS. A pesquisadora e a observadora realizaram os mesmos exames nos 3 participantes. Estes resultados estão descritos no Quadro 11 a seguir. Apesar do acordo de 100% quanto à classificação final, houve uma pequena diferença nos índices numéricos.

Quadro 11 - Índice de fidedignidade pós-intervenção

Participantes	Índices IHOS pós-intervenção		Classificação H.O.	
	Pesquisadora	Observador	Pesquisadora	Observador
Vitória	0,5	0,5	H.O. boa	H.O. boa
Patricia	0,25	0,5	H.O. boa	H.O. boa
Lucas	0,5	0,75	H.O. boa	H.O. boa

H.O: Higiene oral

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

3 RESULTADOS

A coleta dos dados deste estudo teve início ao final de 2019, entretanto, como já foi citado anteriormente, foi interrompida em virtude do período avalassador relacionado à Pandemia de COVID-19, que a cidade de Manaus, o Brasil e o mundo têm se encontrado desde o início de 2020, tendo sido retomadas apenas em abril de 2021.

As três sessões de LB foram iniciadas em abril de 2021, no CR onde os participantes fazem acompanhamento em dias e turnos variados, de acordo com o dia de atendimento dos participantes. Cada sessão durou cerca de 3 minutos e todas foram filmadas pela pesquisadora e estão descritas no Quadro 12. A fim de facilitar a compreensão, os participantes foram classificados por nomes fictícios: Vitória, Patricia e Lucas.

Quadro 12 - Datas das Linhas de Base

Filmagens da LB				
	Participante Vitória	Participante Patricia	Participante Lucas	Duração da Filmagem
LB 1	05/04/21	06/04/21	07/04/21	3 min/ CR
LB 2	12/04/21	13/04/21	14/04/21	3 min/CR
LB 3	19/04/21	20/04/21	22/04/21	3 min/CR

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

A seguinte sequência dos resultados será descrita: a) Análise do questionário inicial sobre as características gerais dos participantes; b) Análise do exame clínico; c) Análise do IHOS, objetivando averiguar a condição bucal na LB, na intervenção e no *follow up* com o SORRIZIKA; d) Análise da sequência da escovação por participante e por condição de intervenção; e) Análise das filmagens da escovação, mostrando o desempenho de cada participante por condição de intervenção. A seguir, os dados referentes aos comportamentos dos pais foram colocados em gráficos, para facilitar a visualização e a análise.

3.1 Análise do questionário inicial (entrevista)

Para que obtivéssemos um conhecimento prévio da família e das crianças envolvidas no estudo, um questionário inicial foi aplicado, com o objetivo de adquirir informações mais fidedignas e significativas sobre os participantes. Dados socioeconômicos, gravidez, pré-natal, condições de saúde geral e bucal foram coletados.

Todos os participantes deste estudo foram encaminhados pela Assistente Social do CR, local onde as crianças realizam seus acompanhamentos pela equipe multidisciplinar. O objetivo do encaminhamento foi incluir as crianças com SCZ para o atendimento odontológico, uma vez que a odontologia ainda não faz parte desta equipe. Uma análise detalhada com dados relevantes para a construção do perfil dos participantes do estudo se encontra no Quadro 13.

Quadro 13 - Dados relevantes sobre os participantes do estudo

	Vitória	Patricia	Lucas
Qual deficiência apresenta?	SCZ	SCZ, PC	SCZ, Epilepsia, Visão monocular
Característica peculiar?	Perímetro cefálico diminuído	Perímetro cefálico diminuído	Perímetro cefálico diminuído
Forma de alimentação?	Pastosa	Pastosa	Pastosa
Alteração sensorial?	Não	Não	Sim (Visão)
Coordenação motora?	Não	Não	Não
Independente?	Não	Não	Não
Oralizado?	Não	Não	Não
Alfabetizado?	Não	Não	Não

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Com relação à deficiência da criança, todos (n = 3; 100%) apresentam a SCZ como patologia de base. Entretanto, 66,66% (n = 2) da amostra têm outras patologias associadas: 33,33% (n = 1) paralisia cerebral (PC); e 33,33% (n = 1) epilepsia e visão monocular. Todos os participantes (n=3; 100%) têm o perímetro cefálico (tamanho da cabeça) diminuído. Com relação à alimentação, todos 100% (n = 3) se alimentam com comida pastosa, ou seja, não mastigam.

Analisando as alterações sensoriais, 33,33% (n = 1) manifestam deficiência visual, que também é uma característica da síndrome, e 66,66% (n = 2) têm acuidade visual normal. Em se tratando da coordenação motora, nenhum dos participantes avaliados tem. Ou seja, 100% (n = 3) não andam, nem se locomovem sozinhos.

Todas as crianças deste estudo, 100% (n = 3), são completamente dependentes de seus pais para realização de atividades de vida diária. Nenhum deles é oralizado, 100% (n = 3), e também não são alfabetizados, nem frequentam creches ou escolas.

32 Análise do exame clínico

Após o preenchimento do TCLE, do questionário, do exame físico para aferição do perímetro cefálico (Figura 4) e das fotografias iniciais para identificação das crianças (Figura 5), partiu-se para a realização do exame clínico odontológico inicial.

Figura 4 - Aferição do perímetro cefálico de Vitória, Patricia e Lucas



Fonte: acervo da autora, 2021.

Figura 5 - Imagem inicial para identificação do participante Lucas



Fonte: acervo da autora, 2021.

Como essas crianças têm distúrbios neurológicos, elas não foram colaboradoras para esta abordagem. Todas ficaram no colo dos pais, 100% (n = 3), todas apresentaram resistência ao exame e choraram. O que pode ser considerado um comportamento “normal”, tanto pela faixa etária, como pelo medo do desconhecido, já que nenhum deles havia ido ao dentista antes. Ademais, o cenário, equipamentos e pessoas ao redor era algo novo para eles.

Alguns métodos auxiliares foram utilizados para realização dos exames, tais como: abridores de boca confeccionados com espátulas de madeira (Figura 6), “almofadas da vovó” para melhor acomodação na cadeira (Figura 7), contenção física com um dos pais segurando a criança e o outro ajudando a conter a cabeça.

Figura 6 - Utilização de abridores de boca



Fonte: acervo da autora, 2021.

Figura 7 - Acomodação da criança com auxílio das “almofadas da vovó”



Fonte: acervo da autora, 2021.

O exame clínico bucal permitiu uma análise da dentição, dos tecidos moles da boca,

presença de cárie e uma descrição da condição bucal geral das crianças. No Quadro 14 foi descrita uma caracterização geral da condição bucal inicial dos participantes.

Quadro 14 - Descrição geral do exame clínico odontológico

Participantes	Vitória	Patricia	Lucas
Tipo da dentição	Decídua	Decídua	Decídua
Atraso na erupção dentária	Não	Não	Sim
Anomalia dental	Não	Não	Não
Anomalia tecido mole	Não	Não	Não
Hábitos parafuncionais e deletérios (Qual?)	Sim (Bruxismo, Respirador bucal)	Sim (Bruxismo, Respirador bucal)	Sim (Respirador bucal)
Agnesia	Não	Não	Sim (62)
Cárie	Não	Não	Não

Decídua: Dentes temporários ou “de leite” e Agnesia: Falta do elemento dental.

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Todos os participantes apresentavam a dentição decídua (“dentes de leite”), o que é compatível com a faixa etária dos mesmos. Considerando a idade, os dentes decíduos iniciam a erupção aproximadamente aos 6 meses e concluem aos 30, portanto há um atraso na erupção em 33,33% (n = 1), o que pode ser justificado pelo uso dos anticonvulsivantes, que podem promover uma hiperplasia gengival, dificultando a erupção dos dentes.

Os elementos dentais de todas as crianças não apresentam alteração de forma, nem de cor. A língua, lábios, palato e gengiva (tecidos moles) têm aparência normal em todos os participantes e nenhum sinal patognômico que possa ser relacionado a SCZ. No que diz respeito aos hábitos parafuncionais, 66,66% (n = 2) manifestam bruxismo e 100% (n = 3) são respiradoras bucais, o que provavelmente está relacionado com a hipotonia dos músculos da face.

A agnesia está presente em 33,33% (n = 1), isto é, em uma das crianças analisadas. No que concerne à atividade de cárie, 100% (n = 3) não apresentaram a patologia. Índice este que demonstra a relevância da prevenção e da educação em saúde bucal precocemente, para manutenção da cavidade bucal íntegra. Estes dados são compatíveis com as metas da OMS para a cárie de 2010, que são de 90% de crianças sem cárie nesta faixa etária. Além do que, estes índices demonstram a relevância de programas de educação em saúde bucal e prevenção para os responsáveis destas crianças, já que elas são totalmente dependentes deles.

Conclui-se que, apesar da síndrome, o exame clínico odontológico de todas as crianças foi realizado na primeira consulta e contou-se com a colaboração dos pais para auxiliar na

contenção e posicionamento das mesmas. Foi a primeira vez que todos os participantes deste estudo foram ao dentista, independentemente das faixas etárias diferentes.

3.3 Análise do IHOS objetivando averiguar a condição bucal na LB, na intervenção e no *follow up* com o SORRIZIKA

3.3.1 Análise do IHOS antes da LB

O IHOS inicial foi coletado com a finalidade de quantificar e qualificar a condição bucal das crianças no começo do estudo. Para obtenção de um índice da condição bucal inicial equilibrado, este foi coletado durante três semanas consecutivas, antes do início das sessões de LB, conforme pode ser observado no Quadro 15.

Quadro 15 - Registro da condição bucal antes da LB (avaliação do IHOS inicial)

Participantes	IHOS Inicial	Condição Bucal (Antes da LB)		
		IHOS (1 ^o Semana)	IHOS (2 ^o Semana)	IHOS (3 ^o Semana)
Vitória	2,75	2,75	2,75	2,75
Patricia	1,5	1,5	1,5	1,5
Lucas	2,5	2,5	2,5	2,5

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

No Quadro 16 é possível verificar que 2 dos 3 participantes têm sua HB classificada como Fraca e apenas um como Regular. A média do IHOS foi de 2,25, como pode ser visto no Quadro 17, portanto a condição bucal do grupo é considerada Fraca, o que justificou a implementação de programas educativos de saúde bucal, visando instituir rotinas de HB e prevenção.

Quadro 16 - Resultados e classificação da condição bucal inicial das crianças com SCZ na LB

Participantes	IHOS inicial	Classificação H.O.
Vitória	2,75	H.O. fraca
Patricia	1,5	H.O. regular
Lucas	2,5	H.O. fraca

H.O: Higiene Oral

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Quadro 17 - Análise do IHOS inicial

IHOS/ ESCORES	Higiene Bucal	Participantes (n)	Média IHOS
0 a 0,6	Boa	-	-
0,7 a 1,8	Regular	1	1,5
1,9 a 3.0	Fraca	2	6,75
			2,25 (FRACO)

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

3.3.2 Análise do IHOS pós-intervenção, *follow-up*

Após a fase da intervenção e do *follow up*, os participantes passaram por novas avaliações da condição bucal para aferição, conforme o Quadro 18.

Quadro 18 - Resultados e classificação da condição bucal pós intervenção das crianças com SCZ

Participantes	IHOS pós-intervenção	Classificação H.O.
Vitória	0,5	H.O. boa
Patricia	0,25	H.O. boa
Lucas	0,5	H.O. boa

H.O: Higiene Oral

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

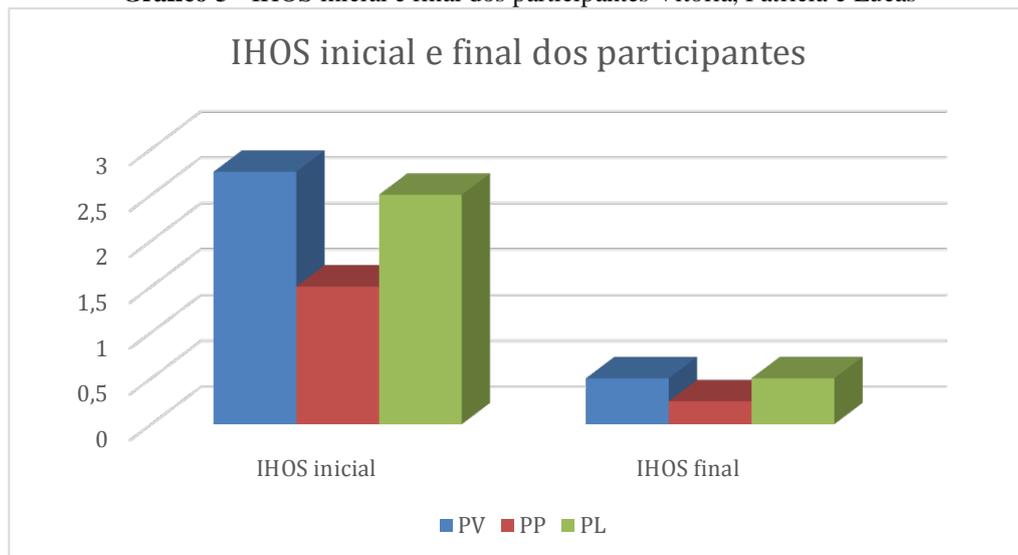
O IHOS foi comparado nos dois períodos (o inicial e pós-intervenção), utilizando-se o teste de Wilcoxon e pudemos observar que houve melhora dos índices, conforme demonstra o Quadro 19, com os participantes que apresentaram IHOS Fraco e Regular no início do estudo evoluindo para Bom em condição bucal.

Quadro 19 - Distribuição percentual da classificação do IHOS inicial e final dos participantes

IHOS INICIAL	N	%	FINAL	N	%
Bom			Bom	3	100
Regular	1	33,33	Regular		
Fraco	2	66,66	Fraco		
Total	3	100		100	

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

A comparação do IHOS nos dois períodos avaliados apresentou diferenças entre os índices nos dois momentos, com melhoria do índice (significância estatística: $z = 1,33$; $p < 0,001$), sugerindo efetividade na orientação das mães dos participantes. Um gráfico comparativo com estes resultados foi elaborado para facilitar o entendimento (Gráfico 3).

Gráfico 3 - IHOS inicial e final dos participantes Vitória, Patricia e Lucas

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Com relação ao IHOS na fase do *follow up*, após dois meses da realização da implementação do programa, os participantes foram avaliados novamente na sua condição bucal. Dois dos três participantes mantiveram sua condição bucal em Bom e um deles teve sua condição bucal alterada para Regular, conforme pode ser visto no Quadro 20.

Quadro 20 - Resultados da condição bucal (IHOS) na fase do *follow-up* das crianças com SCZ

Participantes	IHOS <i>follow up</i>	Classificação H.O.
Vitória	0,9	H.O. regular
Patricia	0,25	H.O. boa
Lucas	0,5	H.O. boa

H.O: Higiene Oral

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

3.4 Análise da sequência da escovação por participante e por condição de intervenção

Primeiramente, serão mostradas as análises dos participantes individualmente e posteriormente haverá uma análise conjunta dos três. Os registros individuais dos participantes devidamente tabulados foram incluídos em uma folha elaborada para este fim (Apêndice 13).

- **Participante Vitória**

A participante Vitória nunca tinha ido ao dentista antes e não apresentava cárie. Entretanto, o IHOS inicial mostrou a higiene oral como Fraca (2,75) na LB, com a presença de muito biofilme, conforme mostra a Figura 8.

Figura 8 - Evidenciação de placa na primeira sessão de Linha de Base

Fonte: acervo da autora, 2021.

Como a participante, além da SCZ, é neuropata, com severo comprometimento motor, dependente da mãe para realização das atividades de vida diárias e não é colaboradora na hora da higiene bucal, observou-se algumas vezes durante a LB a escova sendo mordida, em outras travava os dentes, em outras virava a cabeça para o lado oposto onde a mãe estava, fazendo com que ela interrompesse a escovação ou levando a uma dificuldade maior para realização

da HB.

Decerto este comportamento contribuiu para que o índice de higiene bucal da participante se mantivesse fraco durante toda a LB. Ademais, ainda neste momento, a mãe colocava a participante na cadeira de transporte para realizar a escovação, o que dificultava ainda mais o processo, pois havia o risco de aspiração da espuma e da própria saliva. A falta de apoio de cabeça também tornava mais difícil a realização do ato de escovar.

Após a capacitação e orientação aos pais de como conduzir a HB, já na primeira sessão de intervenção, teve início o processo de melhoria da higiene. Na primeira intervenção o índice de higiene tornou-se regular, com a participante ainda resistindo à escovação, porém a mãe iniciou os passos do programa que facilitaram a condução do processo. O fato do posicionamento correto da participante, por exemplo, colaborou para realização completa da higiene bucal.

A partir da segunda sessão de intervenção, os índices começaram a melhorar ainda mais, observando-se uma queda no índice de placa, tendo este se tornado Bom e mostrando a efetividade de uma boa higiene. Ressalta-se que, apesar da melhoria do índice, a participante ainda virava a cabeça algumas vezes e mordida a escova.

Provavelmente, o progresso da diminuição do índice tenha sido a capacitação do SORRIZIKA que a mãe recebeu e não pela colaboração da participante. Após dois meses da intervenção, a participante foi chamada na PO e foi realizado um novo IHOS. Foi, então, observado um resultado Regular, que é melhor que o resultado inicial que foi Fraco, porém pior que o índice Bom, que foi encontrado logo após o término da intervenção.

Assim, a participante apresentou melhor condição da higiene bucal do que antes da aplicação do SORRIZIKA, apesar de um pequeno retrocesso na fase do *follow up*, todavia não retornou ao índice Fraco encontrado na LB. No Gráfico 4 podemos observar o índice de placa da participante Vitória em cada fase do estudo e no *follow up*.

Gráfico 4 - Índice de placa da participante Vitória na fase de LB, intervenção e *follow up*

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

- **Participante Patricia**

A participante Patricia também nunca tinha ido ao dentista antes e também não apresentava cárie. O seu IHOS inicial mostrou a higiene oral como Fraca (1,75) e com a presença de pouco biofilme. A participante tem comprometimento do sistema neuromotor, não anda, não fala e não tem coordenação motora. A mãe é a responsável pelos cuidados de higiene da participante.

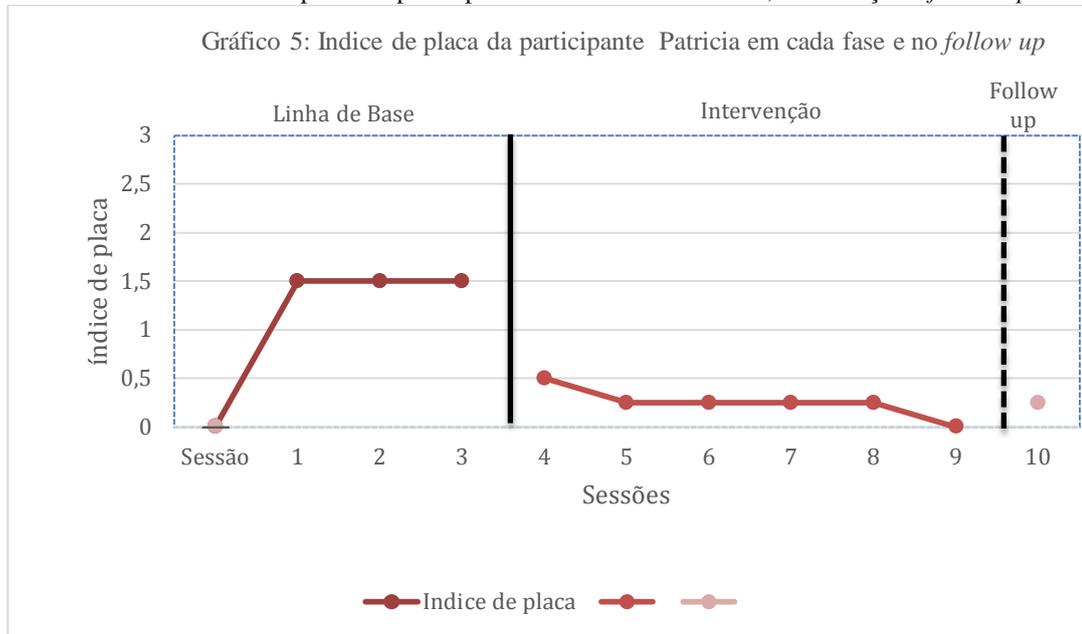
Apesar das alterações motoras e cognitivas, a participante Patricia demonstra colaboração na hora da higiene oral, sorri, aceita bem a escovação, transparecendo alegria na hora do ato. Não obstante, apresenta salivação excessiva na hora da escovação, talvez pelo fato de não conseguir deglutir com facilidade, ou pela quantidade de pasta que a mãe colocava na escova. Com relação ao posicionamento da participante, a mãe colocava esta deitada na cama, com a cabeça apoiada no travesseiro, dado este que tornava a cabeça instável, sem apoio para realização de uma boa HB. Informações estas que podem ser observadas inclusive nas sessões da LB. A colaboração da participante, apesar das intercorrências citadas, justifica o índice de higiene bucal regular.

Com a capacitação da mãe, já na primeira sessão de intervenção se pôde verificar o aperfeiçoamento da escovação, da quantidade de pasta utilizada e no posicionamento correto da criança, refletindo na diminuição do índice, tendo este se tornado Bom. Enfatiza-se aqui, que a participante sempre colaborou com a escovação e a melhoria do índice possivelmente se deveu ao processo de educação em saúde bucal oferecido à mãe através do SORRIZIKA.

Após dois meses da intervenção, a participante foi chamada na PO e foi realizado um

novo IHOS. O índice aferido se manteve bom, tal qual após a intervenção, significando que a mãe conseguiu manter o padrão de escovação com os critérios aprendidos. No Gráfico 5 é possível observar o índice de placa da participante Patricia em cada fase do estudo e no *follow up*.

Gráfico 5 - Índice de placa da participante Patricia na fase de LB, intervenção e *follow up*



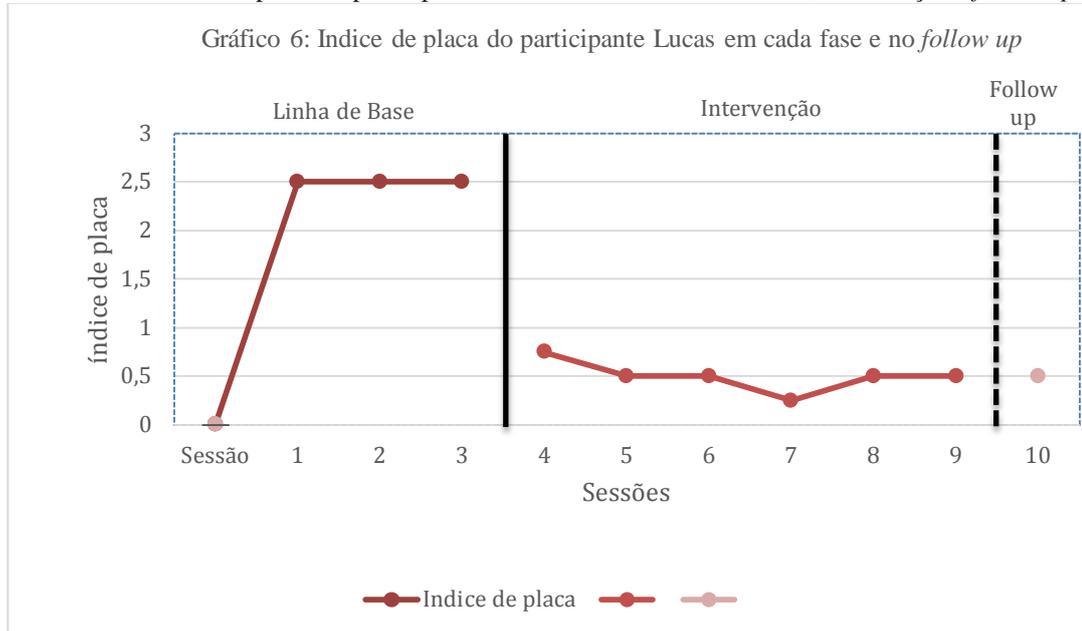
Fonte: elaborado pela autora, 2021.

- **Participante Lucas**

O participante Lucas teve sua primeira consulta odontológica com o início deste estudo. A condição bucal inicial foi aferida como Fraca (2,5), porém não apresentava cárie. Como os outros participantes, Lucas também tem SCZ, comprometimento do sistema neuromotor e, além disso, possui visão monocular.

Os cuidados relacionados à higiene corporal e bucal são feitos pela mãe, uma vez que a severa deficiência o impede de realizar tais atividades sozinho. O participante Lucas é colaborador, dentro da medida do possível e a mãe o coloca no colo para a realização da HB. A falta de conhecimento sobre a técnica de escovação, abertura e manutenção da boca aberta, dentre outros fatores, pode ter levado a um índice Fraco na LB.

Após a capacitação da mãe, pôde-se observar que, apesar das dificuldades inerentes do participante, houve melhoria da condução do processo da HB, tendo o IHOS se tornado Bom. Ressalta-se aqui a importância de um programa de educação em saúde bucal, pois muitas vezes o desconhecimento de como manejar a escovação perante a especificidade da criança pode interferir na condição de saúde bucal desta. Fato que pode ser verificado com o participante Lucas, que após as sessões de intervenção, aferiu-se o IHOS Bom e no *follow up* este índice se manteve, como é possível de se observar com o Gráfico 6.

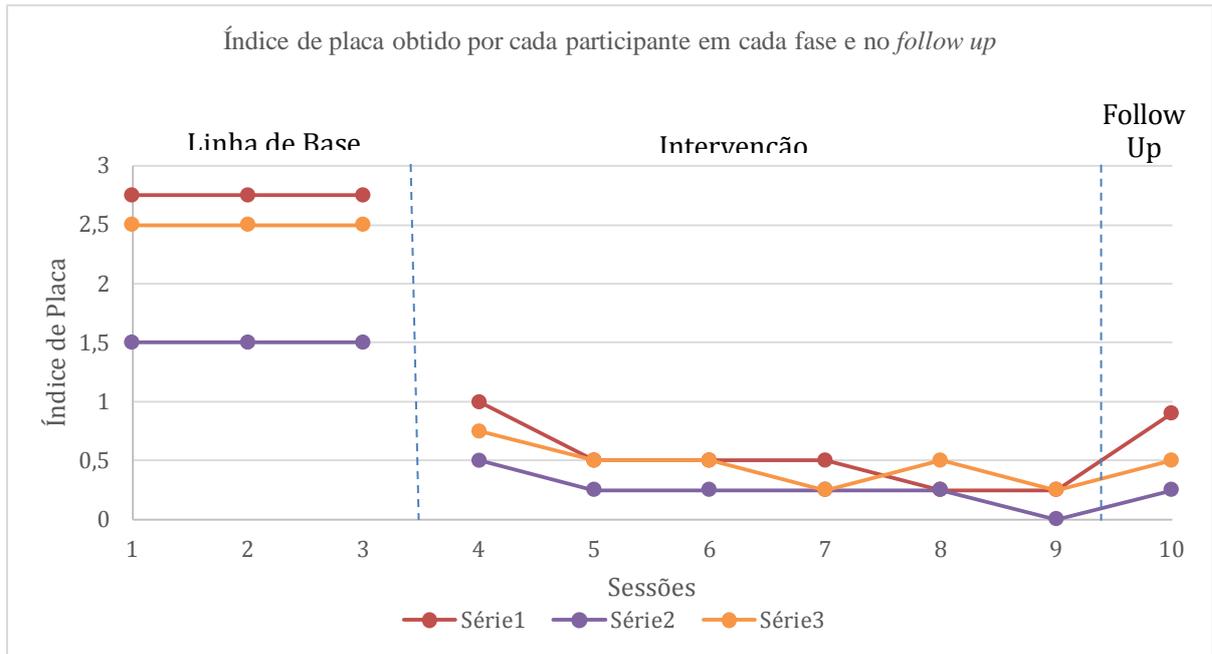
Gráfico 6 - Índice de placa do participante Lucas na fase de linha de base, intervenção e *follow up*

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

- **Conclusões da análise do IHOS**

Sintetizando as informações de cada participante e com base nos resultados expostos no Gráfico 7 a seguir, foi possível concluir que: a) Houve melhoria na condição bucal (IHOS) de todos os participantes, já após a primeira intervenção; b) a participante Patricia apresentou melhores índices, seguida do Lucas e da Vitória; c) a participante Vitória, que tinha o pior IHOS (2,75 = Fraco) no início do estudo, obteve índice Bom durante todo o processo de intervenção e no *follow up* apresentou uma condição Regular, a qual mesmo sendo Regular, é melhor do que a Fraca do início do estudo; e d) na fase do *follow up*, dois meses após a intervenção, todos os participantes apresentavam índices abaixo dos encontrados na linha de base, podendo se dizer que houve êxito após a fase de implementação do programa e na manutenção do mesmo.

Gráfico 7 - Índice de placa dos participantes na fase de LB, intervenção e *follow up*



Fonte: elaborado pela autora, 2021.

3.5 Análise das filmagens da escovação mostrando o desempenho de cada participante por condição de intervenção.

Todas as sessões de avaliação do programa de escovação executadas pela pesquisadora foram filmadas e analisadas, com o objetivo de observar se houve mudanças no comportamento dos pais dos participantes em relação à realização da HB. A trajetória dos mesmos será demonstrada a seguir, por gráficos que mostram o desempenho de cada etapa pelo responsável do participante. As somas acumuladas individualizadas das etapas da sequência de escovação se encontram no Apêndice 14.

Os dados foram então analisados: a) pelas etapas da sequência da escovação (Apêndice 12) e b) pelo nível de suporte oferecido aos pais (verbal, visual, de demonstração ou realização), devidamente registrado e as suas categorias (Apêndice 11).

3.5.1 Pelas etapas da sequência da escovação

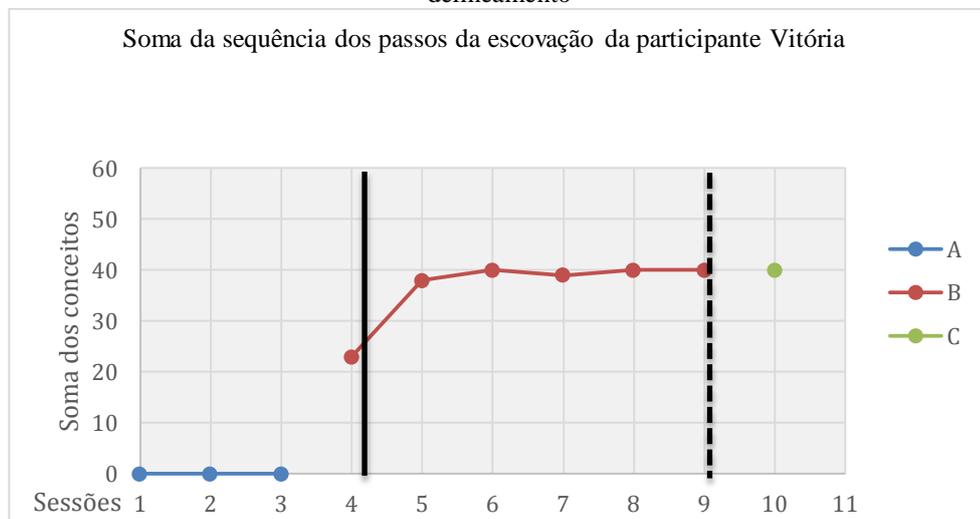
- **Participante Vitória**

Com o propósito de facilitar a leitura dos dados, as etapas escolhidas para aferir as

modificações no que concerne ao emprego do programa SORRIZIKA foram as seguintes: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11 e 12, uma vez que as etapas 7 e 10 podem ser consideradas como optativas. As notas das etapas foram somadas em cada sessão e colocadas de forma cumulativa nos gráficos, baseados em Marega (2008), e compõem o Apêndice 14.

O Gráfico 8 mostra a soma acumulada da Participante Vitória por sessão e pelo contexto do delineamento nas principais etapas do programa. Os resultados individuais completos podem ser encontrados no Apêndice 11.

Gráfico 8 - Soma da sequência das etapas da escovação da participante Vitória por sessão e pelo contexto do delineamento



Etapa realizada de forma adequada (EA = 4); Etapa realizada de forma inadequada (EI = 3), Etapa realizada pelos pais com ajuda da pesquisadora (EAP = 2); Etapa realizada pela pesquisadora (E = 1); Etapa não realizada nem pela pesquisadora nem pelos pais (N = 0), onde: A (linha de base), B (intervenção) e C (*follow up*).

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Neste gráfico, pode-se constatar a ausência de pontuação na LB, posto que a mãe ainda não tinha feito a capacitação e a sequência não foi analisada nesta fase. A mudança de comportamento começou a ser notada após a capacitação.

Na primeira sessão de intervenção, vemos a linha em ascensão, evidenciando que a mãe compreendeu o programa, apesar de algumas etapas ainda terem sido realizadas de forma inadequada (EI = 2, 3, 4, 6, 8 e 9), a saber: 2) Usar uma escova com a cabeça pequena, NÃO USAR escova grande; 3) Colocar pouca pasta na escova; 4) Pegar a criança no colo; 6) Com a boca fechada, afastar os lábios e fazer movimentos em círculos escovando todos os dentinhos; 8) Abrir a boca da criança e escovar a face oclusal dos dentes (parte de cima dos dentes) e 9) Escovar a face lingual (interna) dos dentes. Outras três etapas (1, 11 e 12) não foram realizadas nem pelos pais e nem pela pesquisadora (N = 0) representadas por: 1) Avisar a criança que vai escovar os dentes; 11) Limpeza da língua e 12) Remoção do excesso de

espuma da pasta.

Na segunda sessão de intervenção, observou-se a linha crescente, porém com duas etapas realizadas de forma inadequada (EI = 1 e 4), são elas: 1) Avisar a criança que vai escovar os dentes; e 4) Pegar a criança no colo. Porém nenhuma etapa foi esquecida.

Na terceira sessão, nota-se crescimento e pontuação máxima, tendo a mãe executado todas as etapas adequadamente. Nesta perspectiva, omprime-se a melhoria na execução do programa.

Na quarta sessão, a mãe esqueceu de avisar a participante do início da escovação (EI = 1), ocorrendo uma pequena queda na linha, porém todas as etapas do programa foram executadas. A partir da quinta sessão, verificou-se novamente a ascensão da linha, seguida de estabilidade, não havendo mais necessidade da intervenção da pesquisadora, pois mesmo sabendo que a participante não é colaboradora, o processo de educação em saúde bucal seguido pela mãe permitiu contornar todas as dificuldades existentes para a realização da escovação, como por exemplo, apoiar a participante no colo firmando a cabeça.

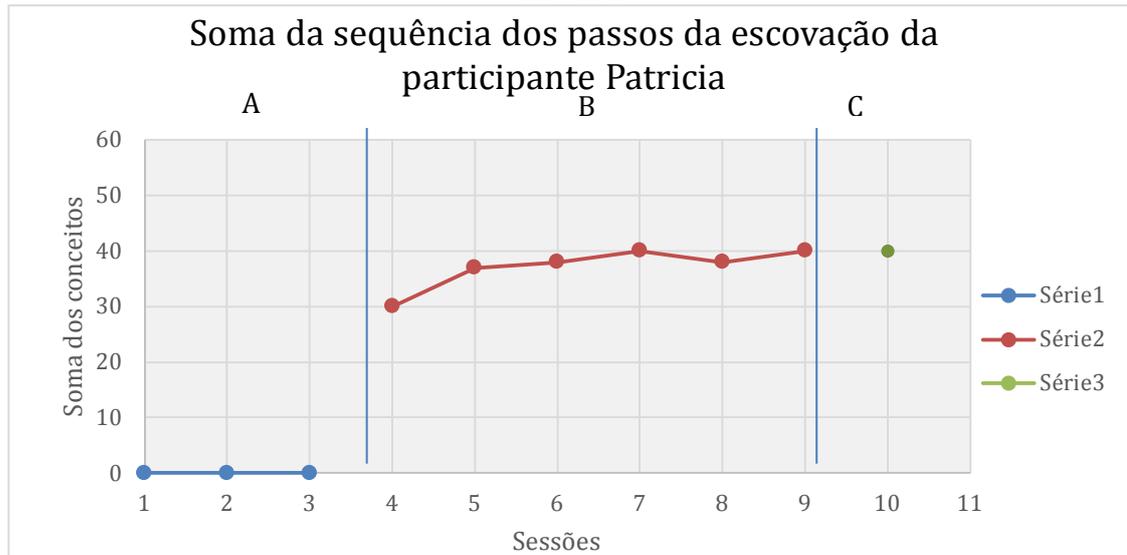
Esta estabilidade se manteve mesmo no *follow up*, após dois meses do término da intervenção. Percebeu-se que as dificuldades da condução da escovação, até então existentes, provavelmente eram devido à falta de conhecimento de como conduzir o processo da escovação, devido à peculiaridade da participante. A estimulação da mãe na realização do programa levará à manutenção de uma boa saúde oral da participante e da sua condição bucal, apesar das adversidades existentes para a realização do programa.

- **Participante Patricia**

As etapas utilizadas para analisar as modificações relacionadas ao emprego do programa SORRIZIKA foram as mesmas da participante Vitória: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11 e 12. As notas das etapas também foram somadas em cada sessão e colocadas de forma cumulativa nos gráficos.

O Gráfico 9 mostra a soma acumulada da participante Patricia por sessão e pelo contexto do delineamento nas principais etapas do programa. Os resultados individuais completos se encontram no Apêndice 12. A ausência de pontuação na LB se justifica por não haver interferência da pesquisadora nesta fase do processo.

Gráfico 9 - Soma da sequência das etapas da escovação da participante Patricia por sessão e pelo contexto do delineamento



Etapa realizada de forma adequada (EA = 4); Etapa realizada de forma inadequada (EI = 3), Etapa realizada pelos pais com ajuda da pesquisadora (EAP = 2); Etapa realizada pela pesquisadora (E = 1); Etapa não realizada nem pela pesquisadora nem pelos pais (N = 0), onde: A (linha de base), B (intervenção) e C (*follow up*).

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Constatou-se alteração no comportamento também após a capacitação. Na primeira sessão de intervenção, a linha subiu, porém os pais ainda executaram etapas de forma inadequada (EI = 4, 5, 6, 8, 9 e 12), a saber: 4) Pegar a criança no colo; 6) Com a boca fechada, afastar os lábios e fazer movimentos em círculos escovando todos os dentinhos; 8) Abrir a boca da criança e escovar a face oclusal dos dentes (parte de cima dos dentes); 9) Escovar a face lingual (interna) dos dentes; e 12) Remoção do excesso de espuma da pasta. Não foi realizada a Etapa 1) Avisar a criança que vai escovar os dentes.

Na segunda sessão de intervenção, houve um pequeno crescimento da linha, com algumas etapas ainda sendo realizadas de maneira inadequada (EI = 1, 4 e 12), trata-se de: 1) Avisar a criança que vai escovar os dentes; 4) Pegar a criança no colo; e 12) Remoção do excesso de espuma da pasta. Ressalta-se que, nesta, a mãe executou todas as etapas.

Na terceira sessão, a linha teve um pequeno decréscimo, pois a mãe esqueceu de realizar a primeira etapa, 1) Avisar a criança que vai escovar os dentes, tendo sido auxiliada pela pesquisadora para a realização da mesma.

Na quarta sessão, todas as etapas foram executadas e a linha chegou ao ponto máximo, com todas as etapas realizadas corretamente. Na quinta, houve necessidade de intervenção da pesquisadora, levando a linha a cair um pouco, em virtude de a mãe esquecer novamente de avisar a participante da Etapa 1) Avisar a criança que vai escovar os dentes.

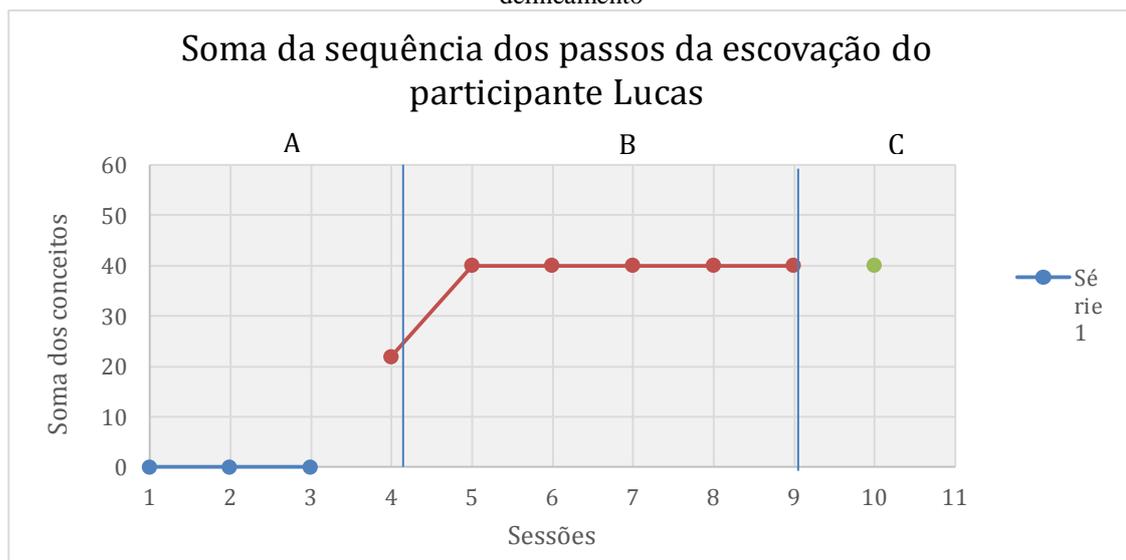
Na sexta sessão, a linha atingiu a pontuação máxima, com todas as etapas sendo

executadas, não havendo mais necessidade da intervenção da pesquisadora. A constância da manutenção das etapas corretamente se manteve no *follow up*, após dois meses do término da intervenção. A colaboração da participante na hora da escovação pode ter contribuído para o equilíbrio da realização do programa, além do interesse e da dedicação da mãe em participar da atividade da HB.

- **Participante Lucas**

Com relação às etapas avaliadas, permaneceram as mesmas dos outros participantes: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11 e 12. As notas das etapas também foram somadas em cada sessão e colocadas de forma cumulativa nos gráficos. O Gráfico 10 mostra a soma acumulada do participante Lucas por sessão e pelo contexto do delineamento, nas principais etapas do programa. A LB não tem pontuação, pois a pesquisadora não entrevistou nesta fase.

Gráfico 10 - Soma da sequência das etapas da escovação do participante Lucas por sessão e pelo contexto do delineamento



Etapa realizada de forma adequada (EA = 4); Etapa realizada de forma inadequada (EI = 3), Etapa realizada pelos pais com ajuda da pesquisadora (EAP = 2); Etapa realizada pela pesquisadora (E = 1); Etapa não realizada nem pela pesquisadora nem pelos pais (N = 0), onde: A (linha de base), B (intervenção) e C (*follow up*).

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Foram apuradas mudanças nas condutas após a capacitação. Na primeira sessão de intervenção, apesar de a linha ter sido crescente, algumas etapas foram realizadas de maneira inadequada (EI = 8 e 9), a saber: 8) Abrir a boca da criança e escovar a face oclusal dos dentes (parte de cima dos dentes); e 9) Escovar a face lingual (interna) dos dentes. Além disso, uma etapa foi realizada com intervenção da pesquisadora, EAP = 3) Colocar pouca pasta na escova (tamanho de um grão de arroz cru). Outras três etapas não foram realizadas nem pela mãe, nem pela pesquisadora (N = 0): 6, 11 e 12, são elas: 6) Com a boca fechada,

afastar os lábios e fazer movimentos em círculos escovando todos os dentinhos; 11) Limpeza da língua e 12) Remoção do excesso de espuma da pasta. Ao fim da sessão, a pesquisadora revisou todas as etapas do programa com a mãe, para ajudar sua fixação.

Na segunda sessão de intervenção, houve um crescimento da linha, mesmo com a realização da Etapa 3 de forma inadequada: 3) Colocar pouca pasta na escova (tamanho de um grão de arroz cru). Além de que, nas etapas 11 e 12, sendo 11) Limpeza da língua e 12) Remoção do excesso de espuma da pasta, ela tenha contado com a ajuda da pesquisadora.

Na terceira sessão, a linha continuou subindo, tendo apenas a Etapa 1) Avisar a criança que vai escovar os dentes, necessitando de auxílio da pesquisadora. A partir da quarta sessão de intervenção, ocorreu estabilidade do programa, mantendo-se até a sexta e no *follow up*. O participante é colaborador para a realização da HB e a mãe demonstra interesse na realização da escovação.

- **Conclusões da análise pelas etapas da sequência da escovação**

a) Todas as mães cometeram falhas na primeira sessão de intervenção, talvez por falta de fixação das etapas da sequência, apesar de conseguirem realizar muitas delas;

b) os resultados demonstram a importância da educação em saúde bucal, uma vez que após a capacitação houve melhoria, seguida de estabilidade, na sequência da escovação de todos os participantes conforme podem ser observados nos gráficos 7, 8 e 9 apesar de nas primeiras sessões tenham ocorrido alguns esquecimentos da sequência;

c) as etapas 3, 4, 6, 8 e 9 já eram realizadas pela mãe da participante Vitória, ainda que de maneira inadequada;

d) as etapas 4, 5, 6, 8, 9 e 12 já eram realizadas pela mãe da participante Patricia, ainda que de maneira inadequada;

e) as etapas 8 e 9 já eram realizadas pela mãe do participante Lucas, ainda que de maneira inadequada;

f) Na primeira sessão de intervenção, as mães das participantes Vitória e Patricia esqueceram de avisar as participantes sobre o início da escovação, tendo no final da sessão a pesquisadora reforçado sobre a importância da etapa; e

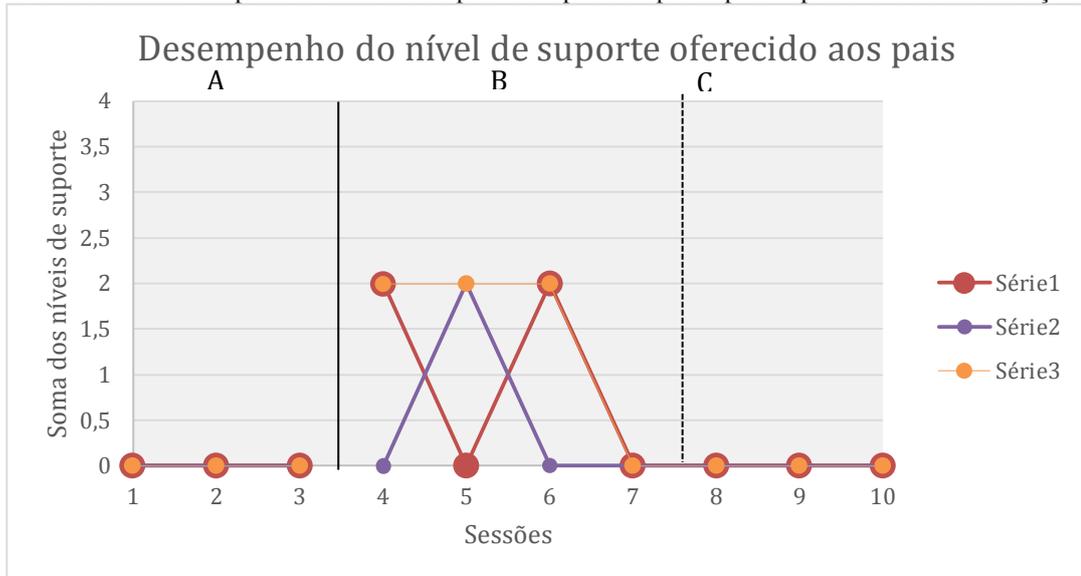
g) a cartilha impressa foi ofertada às mães dos três participantes durante a capacitação, isto pode ter contribuído para fixação das etapas do programa, facilitando sua implementação.

4.5.2 Pelo nível de suporte oferecido aos pais (verbal, visual, de demonstração ou realização), devidamente registrado e as suas categorias

Os registros dos resultados individuais completos dos participantes por nível de suporte se encontram no Apêndice 15. Com relação ao auxílio oferecido aos pais, foi possível

observar nas filmagens que todas as mães dos participantes receberam apenas um tipo de suporte durante todas as sessões de intervenção: o verbal, em pelo menos uma das sessões de intervenção, o que pode ser visto com o Gráfico 11. No tocante à categorização do suporte oferecido, todos os participantes tiveram a classificação obtida como Boa.

Gráfico 11 - Desempenho do nível de suporte dos pais dos participantes por sessão de intervenção



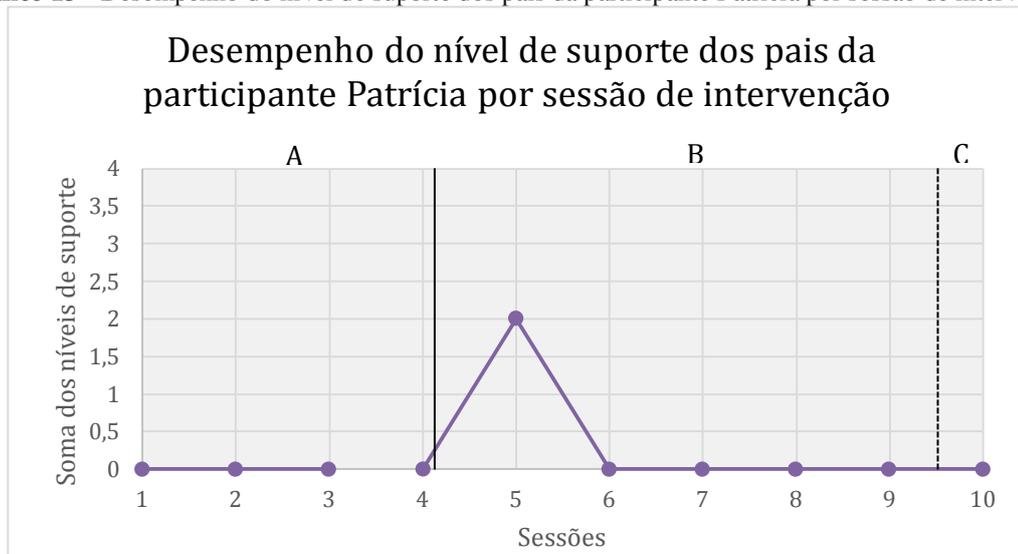
Fonte: elaborado pela autora, 2021.

A respeito da participante Vitória, as sessões em que houve suporte com intervenção verbal foram a quarta e a sexta (Gráfico 12); com referência à participante Patricia, foi a quinta (Gráfico 13); e ao participante Lucas a quarta, a quinta e a sexta (Gráfico 14).

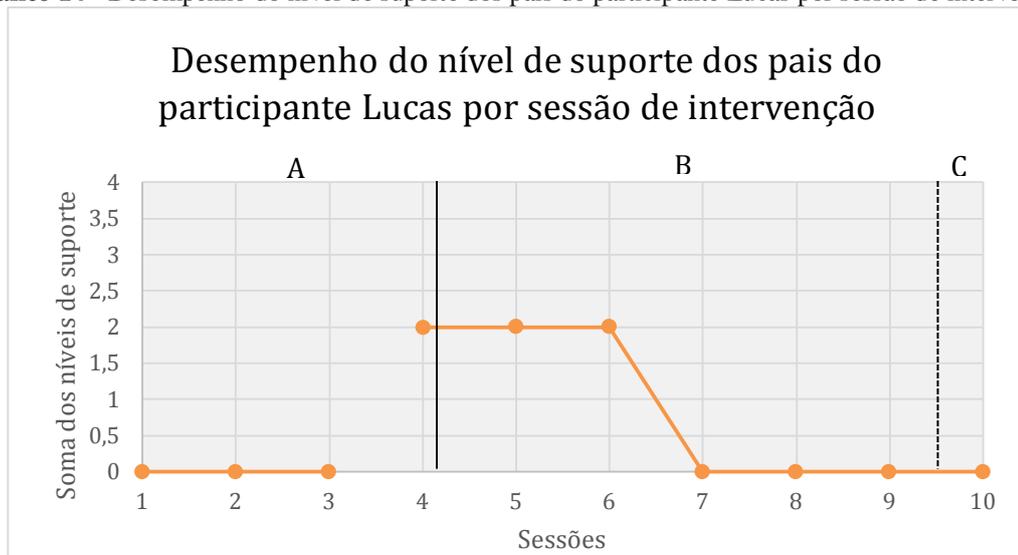
Gráfico 12 - Desempenho do nível de suporte dos pais da participante Vitória por sessão de intervenção



Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Gráfico 13 - Desempenho do nível de suporte dos pais da participante Patrícia por sessão de intervenção

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Gráfico 14 - Desempenho do nível de suporte dos pais do participante Lucas por sessão de intervenção

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

- **Conclusões da análise pelo desempenho do nível de suporte**

O suporte aplicado aos três participantes foi verbal e nas primeiras sessões de intervenção, o que provavelmente demonstra que as mães aprenderam a técnica e talvez tenham apresentado dificuldades na fixação das etapas nas sessões iniciais. No *follow up*, todos os participantes não receberam nenhum nível de suporte.

- **Outros resultados**

A equipe multidisciplinar do CR, percebendo a relevância do programa, solicitou nossa ida ao centro para que o programa fosse multiplicado a outros pais, pois muitos sabem que necessitam realizar a HB de seus filhos, porém devido às especificidades de suas crianças, muitas vezes não sabem como executar.

4 DISCUSSÃO

Este estudo surgiu em virtude do aumento do nascimento de crianças com SCZ e da necessidade de ações de suporte a essas crianças, envolvendo uma equipe multiprofissional, incluindo a odontologia. Os trabalhos de De Menezes et al. (2020), Floriani (2017), Hasue et al. (2017) e Torres; Tapia (2016) também relatam sobre a importância do acompanhamento dessas crianças por diversos profissionais.

Os resultados encontrados ressaltam a relevância da criação e instituição de programas de educação em saúde geral e bucal para pais de PcD e são compatíveis com os de Novaes et al. (2020); Marcelino; Parrilha (2007), dentre outros.

A ESB foi utilizada neste estudo, permitindo capacitar e tornar mais acessíveis programas educativos de saúde bucal, ampliando o número de pessoas beneficiadas através destas ações. As atividades de educação em saúde, aqui desenvolvidas com o emprego de cartilhas, inseriram o lúdico, influenciando em mudanças positivas do comportamento dos cuidadores dos participantes.

Compactuando com Mouradian (2001), Mattila et al., (2005), Castilho et al. (2013) e Lima et al. (2011), que relatam ser importante a participação dos pais para o êxito dessas ações, pois as crianças são deles dependentes. Ademais, as ações de promoção de saúde dependem da participação efetiva de seus pais ou cuidadores (MOURADIAN, 2001; LIMA et al., 2011). Portanto, a melhoria da condição bucal das crianças com SCZ depende da motivação e participação dos responsáveis.

O emprego da cartilha, com a sequência da escovação demonstrada em ilustrações coloridas, foi uma ferramenta eficiente para o ensino e compreensão da HB realizada pelos pais das crianças com SCZ, tornando mais fácil a fixação e execução deste processo. Todos os pais relataram ter aprendido sobre HB com a cartilha.

O estudo colaborou na implementação de programas educativos em saúde bucal para pais de três crianças com SCZ, empregando-se o delineamento quase-experimental intrassujeitos, aferindo os efeitos das variáveis (por cada etapa da sequência de escovação da cartilha) e com a aferição do IHOS pré, intervenção e no *follow up*. Todas as mães aprenderam a sequência e a técnica da escovação com o uso da cartilha, diminuindo o índice de placa das crianças. O IHOS pré e pós-intervenção serviu para avaliar individualmente a condição bucal de cada participante e a evidenciação auxiliou na motivação de suas mães para a remoção da placa bacteriana. Todavia, sugere-se a ampliação do programa a um número

maior de participantes.

Outro aspecto relevante observado no estudo foi a redução no IHOS entre as duas abordagens, sugestivo de que a orientação e a implementação realizada do SORRIZIKA foi efetiva. Ao conscientizar os cuidadores na realização da higienização bucal do paciente, promove-se melhoria na saúde, pois devido ao controle de biofilme, problemas como gengivite, doença periodontal e cárie são mais facilmente evitados, aumentando assim seu bem-estar e sua condição bucal.

Segundo Carvalho et al. (2004), problemas como cárie e doença periodontal são derivadas de problemas de ordem geral e local e podem se acentuar através do uso de medicação de rotina, como psicoativos e anticonvulsivantes, podendo interferir na saúde. Dessa forma, o controle mecânico efetivo da placa bacteriana contribui para a melhora da saúde geral e bucal desses pacientes. Mesmo com essas observações, foi possível constatar que ocorrem problemas que fogem do âmbito deste estudo e, principalmente, do consultório odontológico, como fatores psicológicos e limitações relacionadas diretamente ao cuidador que é responsável pelo paciente com PC.

Segundo Silva et al. (2005), quando lidamos com um paciente especial, lidamos também com seus familiares, que muitas vezes possuem ansiedades, angústias e problemas. Sendo assim, precisamos estar cientes de que a família que convive com uma PcD com limitações passa por mudanças drásticas em seu padrão de vida e em sua estrutura, ocorrendo uma mudança no funcionamento do próprio lar e, dessa forma, devemos esperar algumas atitudes dos pais relacionadas à rejeição ou, por outro lado, à superproteção.

Antes da implementação do programa, as mães até realizavam a HB, porém não adequadamente, nem de acordo com as particularidades que os participantes têm. A sua capacitação, com explicações esclarecedoras e fixação da sequência da cartilha, permitiu a aprendizagem das mesmas, tornando a escovação das crianças eficaz. Como efeito disso, um dos benefícios da promoção da saúde é a educação, pois assim os participantes criam habilidades e participam ativamente (FIGUEIRA; LEITE, 2008).

Em todos os participantes, as genitoras foram as que fizeram parte deste estudo, corroborando com os estudos de Costa; Albuquerque (1997) e Domingues et al. (2008), que citam a mãe como a mais representativa do núcleo familiar.

Um grande contratempo ocorreu durante este estudo: a Pandemia de COVID-19. Ela fez com que a duração do período do estudo fosse alterada para cerca de quase dois anos, pois o mesmo teve início em 2020, foi interrompido, tendo sido retomado ao início de 2021 e concluído em setembro do mesmo ano.

As sessões de LB e de intervenção apresentaram tempo em minutos similares, cerca de três para cada participante. O período da capacitação também foi similar para cada família (3 sessões de uma hora cada). Com relação ao local das sessões, no começo seria apenas a policlínica odontológica, mas adequações precisaram ser realizadas em virtude do contexto pandêmico, já citado anteriormente, e o CR foi inserido para realização das sessões.

Por meio da análise do questionário, delineamos o perfil das crianças e dos seus pais, bem como pudemos descobrir que ainda não tinham realizado nenhuma ida ao dentista, além de perceber as dificuldades existentes dos pais para realização da HB das crianças em virtude da deficiência e a vontade e o interesse em aprender sobre como cuidar melhor delas.

Queiróz et al. (2004) descrevem que conhecer a família dos participantes é substancial quando se fala de cuidados e êxitos em saúde, dado corroborado neste estudo, com o delineamento do perfil dos participantes.

Com relação ao fato de nenhum participante ter realizado consulta odontológica antes, isto pode ser uma associação entre o fator de haver poucos especialistas em PcD e ao custo elevado que este tratamento pode representar no orçamento familiar. Dados também validados por Marra; Misato (2008) e Tanaca; Sonohara (2005). Os quais demonstram a importância de programas educativos preventivos, que apresentam baixos investimentos e cujos benefícios poderão ser observados a curto e a longo prazo.

As mães participantes deste estudo apresentaram dificuldades para realização da HB das crianças com SCZ. Hartiwg et al. (2015), Queiróz et al. (2014), Pimentel et al. (2013), Meurman (2010), Pereira et al. (2010), Teitebaum et al. (2010) e Abreu; Paixão; Resende (1999) relataram que PcD e seus cuidadores têm esses obstáculos, quer seja pelo atraso motor e/ou mental ou pelas adversidades com as quais os cuidadores se deparam (TANI et al., 2012). Além disso, a ausência de medidas educativas e preventivas, em acordo com a realidade social, econômica e cultural deles (GARRIDO URRUTIA; ESPINOZA SATANDER; ROMO ORMAZABAL, 2010) faz com que este desafio seja ainda maior.

Pudemos observar neste estudo que a aquisição de conhecimentos pode modificar o comportamento dos familiares, levando à promoção de uma boa saúde bucal das crianças com SCZ, através do emprego da cartilha e da instrução de hábitos adaptados às suas especificidades, incentivando-os na realização da HB. Paiano (1995) também observou que a utilização de cartilhas, *slides* e álbuns melhorou em quase 50% a saúde bucal na rede municipal de Rio Grande do Sul em três anos e Garcia et al. (2013) relataram sobre como tais programas podem ajudar as famílias, motivando-as.

4.1 Limitações do estudo

Em fase de fechamento deste estudo, intenciona-se delinear algumas limitações encontradas ao longo do seu desenvolvimento, bem como realizar algumas recomendações e sugestões para a estruturação e desenvolvimento de futuras investigações.

A Pandemia de COVID-19 foi um dos grandes entraves durante a sua realização, uma vez que, em virtude desta, foi necessária uma interrupção por cerca de um ano, mais especificamente durante o período de *lockdown*, tendo sido retomado somente um ano depois.

Apesar da pandemia e dos resultados positivos, pode-se constatar que existe a necessidade da realização de novos estudos, com um aumento do número de participantes e um espaço de tempo maior, pois foi inevitável a redução da população aqui tratada.

Inicialmente havia um planejamento com 5 participantes.

Sabe-se também que, destarte este estudo tenha tido um foco regional, pode ser amplamente aplicável em outras regiões, pois auxiliará na educação de outros pais de crianças com SCZ. Relevante citar que são poucos os estudos sobre educação em saúde bucal com este público, cabe colocar então que, independente de todas as limitações, os bons resultados permitirão uma nova abordagem neste campo de estudo.

Por fim, mesmo com todas as dificuldades encontradas, notou-se que, como bem descrito na literatura, programas de educação em saúde bucal similares ao SORRIZIKA, porém em outra população, podem colaborar na melhoria da qualidade de vida das crianças com SCZ.

CONCLUSÃO

Constatou-se que os três participantes apresentavam inicialmente uma higiene oral fraca (100%), o que representou a necessidade da implementação do programa de educação em saúde bucal intitulado SORRIZIKA para os pais dessas crianças, com as peculiaridades direcionadas a elas, no sentido de favorecer a realização da sua higiene bucal, melhorando essa condição.

Por meio da análise das filmagens, verificou-se o desempenho dos pais nas etapas da escovação prescritas no SORRIZIKA, tendo este se mostrado efetivo, com a diminuição do IHOS nos participantes avaliados. O IHOS se tornou Bom pós-intervenção nos três participantes e no *follow up* assim se manteve em dois (66,66%) e Regular (33,33%) em um. Cabe ressaltar que nenhum dos participantes voltou a ter um índice Fraco, como no início do estudo.

Portanto, conclui-se que a proposta de um programa de educação em saúde bucal para pais de crianças com SCZ pode contribuir para a correta HB dessas crianças, auxiliando e motivando os seus familiares e beneficiando as crianças com a melhoria da qualidade de vida delas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; PAIXÃO, Helena Heloísa; RESENDE, Vera Lúcia Silva. Controle de placa bacteriana em portadores de deficiências físicas: avaliação de pais e responsáveis. **Arq. odontol**, p. 27-37, 1999.

ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**. v. 15, n. 1, p. 158-65, jan-fev 2014.

AKOUR, Amal et al. Impact of a pharmacist-provided information booklet on knowledge and attitudes towards oral contraception among Jordanian women: an interventional study. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 22, n. 6, p. 459-464, 2017.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurélio. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.

ASSUNÇÃO, Ana Paula Ferreira de et al. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 11, 2013.

BALAIA, J.D.P. Fundamentação teórica de um programa participativo de promoção/educação para a saúde. **Investigação e debate em serviço social**, v. 11, p. 26-30, 2001.

BARROS, Edaiane Joana Lima et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 95-101, 2012.

BARRETO, R. A. O lúdico em odontopediatria: contribuições psicológicas. Corrêa MSNP. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos, p. 319-22, 2002.

BEZERRA, Thiago; GOMES, Josely. O lúdico e as atividades de educação em saúde bucal: um estudo de caso na unidade de saúde da família do km 06-Natal/RN. **CONNEPI-CIÊNCIAS DA SAÚDE**, v. 6, 2010.

BIJELLA, Maria Francisca Thereza Borro; BIJELLA, Vitoriano Truvijo. Educação e prevenção em saúde bucal do pré-escolar. **Revista Gaucha de Odontologia**, v. 38, n. 6, p. 445-9, 1990.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. Brasiliense, 1981.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Protocolo de vigilância e**

resposta à ocorrência de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika. Situação epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios de 2015 a 2019. Ministério da Saúde 2019.

BRITO, Pricila Capossi. Prevenção e motivação da saúde bucal de pacientes portadores de necessidades especiais. **Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais.** São Paulo, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.

CALVET, Guilherme et al. Detection and sequencing of Zika virus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. **The Lancet infectious diseases**, v. 16, n. 6, p. 653-660, 2016.

CAMPOS, Gubio S.; BANDEIRA, Antonio C.; SARDI, Silvia I. Zika virus outbreak, bahia, brazil. **Emerging infectious diseases**, v. 21, n. 10, p. 1885, 2015.

CARDOSO, Andreia Medeiros Rodrigues et al. O acesso ao cuidado em saúde bucal para crianças com deficiência motora: perspectivas dos cuidadores. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 4, p. 593-599, 2011.

CASTILHO, Aline Rogéria Freire de et al. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. **Jornal de pediatria**, v. 89, p. 116-123, 2013.

CASTRO, Alessandra Maia de et al. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. **Rev Odontol UNESP**, v. 39, n. 3, p. 137-42, 2010.

CHRISTENSEN, Gordon J. Special oral hygiene and preventive care for special needs. **The Journal of the American Dental Association**, v. 136, n. 8, p. 1141-1143, 2005.

CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires. Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos. In: **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos.** Santos, 2002.

COSTA, I. C. C.; ALBUQUERQUE, A. J. Educação para a Saúde: Odontologia Preventiva e Social. **Natal: Ed. da UFRM**, p. 223-249, 1997.

COSTELLO, Anthony et al. World Health Assembly. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, p. 406-406A, 2016.

CRESCÊNCIO, Maria Cláudia Celestino et al. Análise do conhecimento de pais ou

responsáveis sobre a saúde bucal dos filhos com necessidades especiais. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 30, n. 2, p. 144-156, 2018.

CRUZ, Flávia Oliveira de Almeida Marques da et al. Validação de manual educativo para pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02706.pdf. Acesso em: 08 nov. 2018.

DA SILVA, José Ronaldo Soares et al. Using therapeutic toys to facilitate venipuncture procedure in preschool children. **Pediatric nursing**, v. 42, n. 2, p. 61, 2016.

DA SILVA PEREIRA, Sângela Maria et al. Zika Vírus e o futuro da Odontologia no atendimento a pacientes com microcefalia. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 9, n. 1, p. 58-66, 2017.

DAY, Carolina Baltar. Efeito da intervenção educativa share na sobrecarga de cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral: ensaio clínico randomizado. 2017. 98f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

DE DEA, Bruna Elisa et al. Perfil da saúde bucal de pacientes e acompanhantes do hospital universitário Santa Terezinha e elaboração de cartilha em promoção de saúde bucal. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, 2017.

DE MENEZES, Priscila Correia Bezerra et al. Síndrome congênita do Zika vírus—um novo desafio ao odontopediatra: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 3, p. e2544-e2544, 2020.

DE MORAES, Fernanda Cassioli et al. Proposta de ação educativa para a formação de multiplicadores em saúde. **Revista de Ciência Veterinária e Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 78-86, 2015.

DE NOVAES, Luana Eugênia Silva et al. Estudo relacionado ao Zika Vírus e a Microcefalia: evidências científicas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 38, p. e1705-e1705, 2020.

DE SOUZA, Karoline Costa et al. Políticas públicas e educação em saúde nos projetos de extensão na universidade. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e58010414379-e58010414379, 2021.

DE SOUZA, Samanta Pereira et al. Qualidade de vida do cuidador e saúde bucal do indivíduo com necessidade especial. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 2, p. 257-262, 2011.

DOMINGUES, Sidney Marcel; DE CARVALHO, Antônio Carlos Duarte; NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal e cuidado odontológico: Representações sociais de mães usuárias de um

serviço público de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 2008; 18(1): 66- 78, <https://doi.org/10.7322/jhgd.19867>.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757. set-out. 2005.

EMMI, Danielle Tupinambá.; BARROSO, Regina Fátima. A biodiversidade amazônica na promoção de saúde bucal: elaboração de evidenciador de placa dental utilizando os corantes de açaí e urucum e a análise comparativa de sua eficácia em relação aos corantes sintéticos. In: Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Ministério da Saúde, 2006. Edição comemorativa cinco anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 68-70.

EMMONS, Karen M. Health behaviors in a social context. **Social epidemiology**, v. 137, p. 173, 2000.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FIGUEIRA Taís Rocha; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* Campinas, v.56, n.1, p.27-32, 2008. Disponível em:

<<http://www.revistargo.com.br/ojs/index.php/revista/article/viewArticle/6>>. Acesso em 05 Abr. 2016.

FLORIANI, Marlei Adriana Beyer. O efeito zika vírus e suas implicações na educação infantil. **Maiêutica-Pedagogia**, v. 5, n. 1, 2017.

FONSECA, Alexandre Luiz Affonso et al. Análise qualitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 2, p. 208-216, 2010.

FORMENTI, Lígia. **Microcefalia trará “geração de sequelados”**, diz médica. *Exame.com*, dez.2015. Disponível em:

<<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/microcefaliatrarageracaodesequeladosdizmedica>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

FOY, Brian D. et al. Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. **Emerging infectious diseases**, v. 17, n. 5, p. 880, 2011.

FRANÇA, Giovanny Vinícius Araújo de et al. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em nascidos vivos no Brasil: descrição da distribuição dos casos notificados e confirmados em 2015-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017473, 2018.

GARCIA, Patrícia Petromilli Nordi Sasso; CORONA, Silmara Aparecida Milori; VALSECKI JR, A. Educação e Motivação: I. Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 27, n. 2, p. 393-403, 2013.

GARRIDO URRUTIA, Constanza; ESPINOZA SANTANDER, Iris; ROMO ORMAZÁBAL, Fernando. Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). **Revista Española de Salud Pública**, v. 84, n. 4, p. 409-416, 2010.

GILMORE, Edward C.; WALSH, Christopher A. Genetic causes of microcephaly and lessons for neuronal development. **Wiley Interdisciplinary Reviews: Developmental Biology**, v. 2, n. 4, p. 461-478, 2013.

GONDIM, Kamilla de Mendonça; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo. Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral. 2009.

GREENE, John G.; VERMILLION, Jack R. The simplified oral hygiene index. **The Journal of the American Dental Association**, v. 68, n. 1, p. 7-13, 1964.

GUARÉ, Renata de Oliveira; CIAMPONI, Ana Lúcia. Dental caries prevalence in the primary dentition of cerebral-palsied children. **The Journal of clinical pediatric dentistry**, v. 27, n. 3, p. 287-292, 2003.

GUEDES, Anna Tereza Alves et al. Continuidade da estimulação neuropsicomotora de crianças com síndrome congênita do Zika. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

HARTWIG, Andreia Drawanz et al. Recursos e técnicas para a higiene bucal de pacientes com necessidades especiais. **Revista da AcBO-ISSN 2316-7262**, v. 4, n. 3, 2015.

HASUE Renata Hydee et al. A síndrome congênita do vírus Zika: importância da abordagem multiprofissional. **Fisioter. Pesqui.** vol.24 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/00000024012017>.

HAYES, Edward B. Zika virus outside Africa. **Emerging infectious diseases**, v. 15, n. 9, p. 1347, 2009.

INODON. Manual Técnico: Prevenção Clínica. Como aplicar e ensinar a prevenção das doenças bucais. 2010.

KOHASHI, Bruna Satiko de Oliveira et al. Abordagem preventiva e educativa em paciente odontológico com microcefalia associada ao Zika virus: relato de caso. **Arch. Health Invest**, p. 33-38, 2019.

L'ABBATE, Solange. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481- 490, out./dez. 1994.

LEITE, Cristine Nobre; VARELLIS, Maria Lúcia Zarvos. Microcefalia e a Odontologia Brasileira/Microcephaly and brazilian dentistry/Microcefalia y la odontología brasileña. **JOURNAL HEALTH NPEPS**, v. 1, n. 2, 2016.

LIMA, Maria Alzete de et al. Virtual guide on ocular self-examination to support the self-care practice for people with HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 285-291, 2014.

LIMA, Célia Mara Garcia de et al. Experiências do familiar em relação ao cuidado com a saúde bucal de crianças. **Rev Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.19, n.1,2011.

IMA, Tiago Jessé Souza de; SOUZA, Luana Elayne Cunha de. O suporte social como fator de proteção para as mães de crianças com Síndrome da Zika Congênita. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3031-3040, 2021.

LOPES, Ariane Rodrigues do Carmo. Conhecimentos sobre saúde bucal de cuidadores de idosos: uma revisão de literatura. 2013.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007.

MACKENZIE, John S. et al. The global outbreak alert and response network. **Global public health**, v. 9, n. 9, p. 1023-1039, 2014.

MAINEHEALTH. A Guide to creating and evaluating patient materials: guidelines for effective print communication. 2010.

MARCELINO, Gislene; PARRILHA, Vinícius Alves. Educação em saúde bucal para mães de crianças especiais: um espaço para a prática dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2007.

MAREGA, Tatiane et al. O ensino de escovação e promoção da saúde bucal em crianças pré-escolares com autismo. Tese de Doutorado.Universidade de São Carlos.2008.

MARRA, Pinkie Seabra; MIASATO, José Massao. A saúde bucal do paciente especial e sua relação com o nível sócio-econômico dos pais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 65, n. 1, p. 27, 2008.

MARTINS, Teresa B. F. et al. Readability formulas applied to textbooks in brazilian portuguese. 1996.

MASSONI, Andreza Cristina de Lima Targino; FORTE, Franklin Delano Soares; SAMPAIO,

- Fábio Correia. Percepção de pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 34, n. 4, p. 193-197, 2013.
- MARTINES, Roosecelis Brasil. Notes from the field: evidence of Zika virus infection in brain and placental tissues from two congenitally infected newborns and two fetal losses—Brazil, 2015. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 65, 2016
- MARTINS, Renata Soares et al. Descrição dos casos de síndrome congênita associada à infecção pelo ZIKV no estado de São Paulo, no período 2015 a 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017382, 2018.
- MATTILA, Marja-Leena et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children?. **Acta Odontol Scand.** 2005; 63:73-84.
- MEURMAN, P. K.; PIENIHÄKKINEN, K. Factors associated with caries increment: a longitudinal study from 18 months to 5 years of age. **Caries Research**, v. 44, n. 6, p. 519-524, 2010.
- MIALHE, Fábio Luiz; DA COSTA SILVA, Cristiane Maria. Estratégias para a elaboração de impressos educativos em saúde bucal. **Arquivos em odontologia**, v. 44, n. 2, 2008.
- MLAKAR, Jernej et al. Zika virus associated with microcephaly. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 10, p. 951-958, 2016.
- MORAES, Ney; BIJELLA, Vitoriano Truvijo. Educação odontológica do paciente. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 36, n. 3, p. 300-307, 1982.
- MOURADIAN, Wendy E. The face of a child: children's oral health and dental education. **Journal of dental education**, v. 65, n. 9, p. 821-831, 2001.
- MUSSO, Didier et al. Potential for Zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia, November 2013 to February 2014. **Eurosurveillance**, v. 19, n. 14, p. 20761, 2014.
- NAVARRO, Maria Fernanda. Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, p. 13-28, 2000.
- NATASH, Yasmyny; SANTOS, Débora de Souza; LEITE, Ingrid Martins Lúcio. Saúde e doença: percepção de adolescentes que vivenciaram o lúdico como estratégia de educação em saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1822-1827, 2016.
- NUNES, Leila Regina d'Oliveira de Paula; WALTER, Cátia Crivelenti de Figueiredo. Pesquisa experimental em educação especial. **Novas trilhas no modo de fazer pesquisa em Educação Especial**, p. 27-52, 2014.

OLIVEIRA, Garithuzy Macedo. O uso de atividades educativas para empoderamento de estudantes em relação à saúde bucal. 2018.

OLIVEIRA, Poliana Soares de et al. Experiências de pais de crianças nascidas com microcefalia, no contexto da epidemia de Zika, a partir da comunicação do diagnóstico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00226618, 2019.

OLIVEIRA, Sheyla Costa de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Development and validation of an educational booklet for healthy eating during pregnancy. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, p. 611-620, 2014.

OLIVEIRA, Wender Antonio. Zika Vírus: histórico, epidemiologia e possibilidades no Brasil. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 6, n. 1, 2017.

OPS, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Situación Mundial de la Discapacidad; 2013 [revisado en Feb 2016]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/Discapacidad/Docentes/Situacion%20Mundial%20de%20la%20Discapacidad.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Screening, assessment and management of neonates and infants with complications associated with Zika virus exposure in utero: rapid advice guideline. WHO 2016: 1-15.

PAIANO, João A. A. Brasil viável. *Jornal ABOPREV* (Piracicaba) v.6, jan./mar., p.6, 1995.

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 121-130, 2004.

PEREIRA, Luciana Macedo et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatos**, v. 16, n. 31, p. 92-99, 2010.

PETERSEN, Lyle R. et al. Zika virus. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 16, p. 1552-1563, 2016.

PETRY, Paulo C.; PRETTO, Salete Maria. Educação e motivação em saúde bucal. In: **ABOPREV**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

PIMENTEL, Elizangela Lins Cavalcanti et al. Caries experience in young children with congenital heart disease in a developing country. **Brazilian oral research**, v. 27, p. 103-108, 2013.

PINTOR, Nelma Alves Marques et al. Educação e saúde: um diálogo necessário às políticas de atenção integral para pessoas com deficiência. 2012.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, Juliana Sene et al. Condição dentária e hábitos de higiene bucal em crianças com idade escolar. **Revista Biociências**, v. 7, n. 1, 2001.

QUEIROZ, Faldryene de Sousa et al. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, p. 396-401, 2014.

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura; GOMES, Ana Luisa Zaniboni. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.1, p. 101-108, 2012.

REIBNITZ, Kenya Schmidt et al. Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36, p. 68-75, 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2012.

RIBEIRO, Eliane de Oliveira Aranha; WALTER, Cátia Crivelenti de Figueiredo. Reflexões sobre educação em saúde bucal para crianças com microcefalia pelo zika vírus pela visão do cirurgião dentista. Anais do X Seminário Redes. UERJ. 2019.

RIBEIRO, Kelen Gomes et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2018.

RODRIGUES, Célia Regina Martins Delgado. Simplificação do índice de cárie, do índice gengival e do índice de higiene bucal, nas faixas etárias de 4 a 6 e de 7 a 10 anos correlação entre os índices. 1987.

ROQUINI, Gabriel Rios et al. Construção e validação de cartilha educativa para promoção da adesão a antidiabéticos orais. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

ROSATI, Ana Elise Garcia Lopes Chaves et al. 16 recomendações para estimulação de crianças com microcefalia. Disponível em: <<http://www.crechesegura.com.br/16-recomendacoes-estimulacao-mi-crocefalia/>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

SÁ, Fabiane Elpídio; CARDOSO, Kátia Virgínia Viana; JUCÁ, Renata Viana Brígido de Moura. Microcefalia e vírus zika: do padrão epidemiológico à intervenção precoce. **Revista de Fisioterapia e Saúde Funcional**, v. 5, n. 1, 2016.

SANTOS, Leidiane Silva et al. A participação da família no trabalho de reabilitação da criança com microcefalia. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 4, n. 2, p. 189, 2018.

SANTOS, Naiana Oliveira dos. Construção e validação de protocolo de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral. 2017. 247f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SANTOS, Santa Marli P. dos (Org.). O lúdico na formação do educador. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Informe técnico 01 – Vigilância das microcefalias relacionadas à infecção pelo vírus zika. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2015.

SARNO, Manoel et al. Zika virus infection and stillbirths: a case of hydrops fetalis, hydranencephaly and fetal demise. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 10, n. 2, 2016.

SECCO, Andressa et al. Cartilha de passatempos como veículo de educação em saúde bucal. **Revista Conexão UEPG**, v. 13, n. 1, p. 196-203, 2017.

SIDDHARTHAN, Trishul et al. Implementation of patient-centered education for chronic-disease management in Uganda: an effectiveness study. **PloS one**, v. 11, n. 11, 2016.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. 1999.

SILVA, Maria Isabel; PELAZZA, Bruno Bordin; SOUZA, Janeth Helta. Educação e Saúde. 2019.

SOUSA, Ilana Freire; FERREIRA, Danyege Lima Araújo; NETO, José Machado Moita. Sensibilização de pais de crianças com necessidades especiais. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 2353-2368, 2014.

STORHAUG, Kari; HOLST, Dorthe. Caries experience of disabled school -age children. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 15, n. 3, p. 144-149, 1987.

TANAKA, Flávia; MACIEL, Sandra Mara; SONOHARA, Marly Kimie. Comportamentos dos pais e condições de saúde bucal em crianças especiais-saúde bucal de crianças especiais. **JBP Rev Ibero-Americana de Odontopediatria Odontologia Bebê**. p. 342-348, 2005.

TANI, Hideaki et al. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: A large-scale multi-site survey. **BMC Oral Health**, v. 12, n. 1, p. 1-6, 2012.

TAWNEY, James W.; GAST, David L. Single subject research in special education. Toronto: Charles E. Merrill Publishing Company, 1984.

TANG, Hengli et al. Zika virus infects human cortical neural progenitors and attenuates their growth. **Cell stem cell**, v. 18, n. 5, p. 587-590, 2016.

TEITELBAUM, Ana Paula et al. Ação de dentifrícios experimentais sobre a saúde bucal de crianças com síndrome de Down. **IJD. International Journal of Dentistry**, v. 9, n. 3, p. 128-135, 2010.

TELES, Liana Mara Rocha et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 977-984, 2014.

TESINI, David A.; FENTON, Sanford J. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. **Dental Clinics of North America**, v. 38, n. 3, p. 483-498, 1994.

THOMÉ, Lilian Cristina Caldeira; BOTELHO, Nara Macedo; DA COSTA TEIXEIRA, Renato. Desafios de discentes e gestantes na assistência pré-natal: processo de construção de cartilha educativa. **IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n. 1, 2017.

TOMITA, Nilce Emy; FAGOTE, Bruno Ferrarezi. Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1/2, p. 45-50, 1999.

TORRES, Veridiana; TAPIA, Letícia. Escola Inclusiva: o aluno com microcefalia, o que a Escola pode fazer? 2016.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica Educação e Pesquisa. Educação e Pesquisa. São Paulo, p. 443-466, 2005.

VALARELLI, Fabrício Pinelli et al. Importância dos programas de educação e motivação para saúde bucal em escolas: relato de experiência. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 10, n. 2, p. 173-176, 2011.

WATT, Richard G.; LISTL, Stefan; PERES, Marco; HEILMAN, Anja. Social inequalities in oral health: from evidence to action. UK: International Centre for Oral Health Inequalities Research and Policy; 2015 [revisado em Feb 2016].

WALTER, Cátia Crivelenti de Figueiredo. Avaliação de um program de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo. 2006. 137f. Tese (Doutorado em ciências humanas) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

WALTER, Luiz Reynaldo de Figueiredo et al. Manual de odontologia para bebês. 1 ed. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2014.

WARMLING, Alessandra M. Ferreira et al. Contribuições das atividades complementares na formação. **Revista da ABENO**, v. 12, n. 2, p. 190-197, 2012.

ZANLUCA, Camila et al. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 110, n. 4, p. 569-572, 2015.

ZARVOS, Maria Lúcia. Microcefalia: um desafio (também) para a Odontologia Brasileira. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/todas-as-noticias/artigo-2>>.2018. Acesso em: 06 ago. 2018.

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1 Título do projeto: "AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS COM MICROCEFALIA PELO ZIKAVÍRUS".

2 Justificativa: A promoção da educação em saúde bucal para os cuidadores e pacientes especiais poderá proporcionar a melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Uma vez que com as informações e conhecimentos oferecidos poderá ser estabelecida a atenção integral ao paciente proporcionando através da educação, a prevenção em saúde.

3. Objetivos: Propor e avaliar os efeitos de um programa de educação em saúde bucal direcionado aos pais ou responsáveis de crianças com microcefalia pelo ZIKV, atendidos na disciplina de pacientes especiais do curso de odontologia da UEA.

4. O que será feito (procedimento): Orientações e educação de higiene bucal, evidencição de placa e exame clínico da condição bucal das crianças com microcefalia pelo zika vírus atendidos na disciplina de pacientes especiais do curso de odontologia da UEA.

5. Benefícios esperados que contemplem além do projeto, o sujeito da pesquisa: Com esta nova proposta de abordagem para educação em saúde, presume-se que haverá maior envolvimento dos cuidadores no sentido de promover a saúde bucal.

6. Informações: Durante todo o período do estudo o(a) Sr.(a) será acompanhado(a) pelo grupo de pesquisa que ficará à sua disposição para qualquer tipo de esclarecimentos que o(a) Sr.(a) necessite envolvendo informações mais aprofundadas do que está sendo estudado e do modo (metodologia) de como está sendo feito o estudo. Todas as informações coletadas serão sigilosas.

7. Aspecto legal: Este consentimento foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, Atende à Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde-Brasília-DF e suas complementares.

8. Confiabilidade: O(a) Sr.(a) terá direito à privacidade. Sua identidade (nome e sobrenome) não será divulgada. Porém o(a) Sr.(a) assinará o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser utilizados nesta pesquisa e apresentados em congressos e publicações.

9. Autonomia: Você, como responsável, terá toda autonomia para decidir se participa ou não da pesquisa ou se seu(sua) filho(a) participa ou não da pesquisa. Também, você terá toda liberdade para se retirar ou retirar seu(sua) filho(a) do estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Tanto a identidade do participante, quanto os dados fornecidos serão mantidos sob absoluta confidencialidade e, portanto, ninguém mais terá conhecimento sobre a participação.

I **ATENÇÃO:** A participação nesta pesquisa é voluntária, e não será oferecido qualquer tipo de gratificação em dinheiro ou em outra espécie pelas informações fornecidas.

Eu, _____, na condição legal de representante legal do participante: _____ após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

No presente documento (TCLE) serão obtidas as assinaturas do responsável pelo menor e dos pesquisadores, assim como em todas as páginas as rubricas do pesquisador, do sujeito da pesquisa ou do responsável pelo menor, se for o caso;

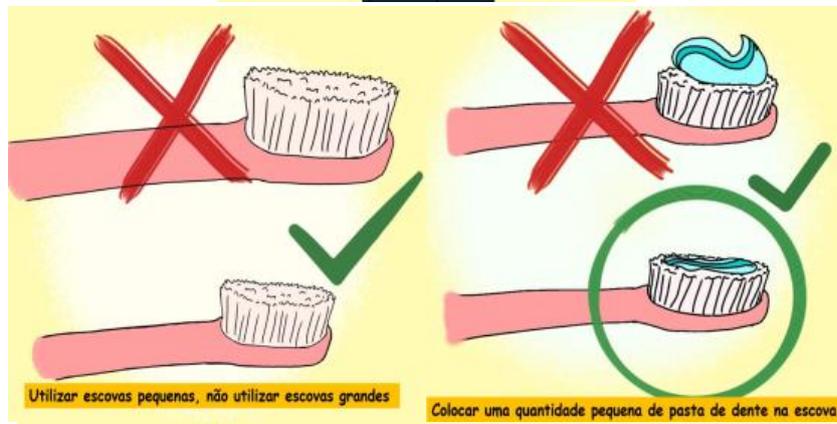
Manaus, ____ de _____ de 201 ____.

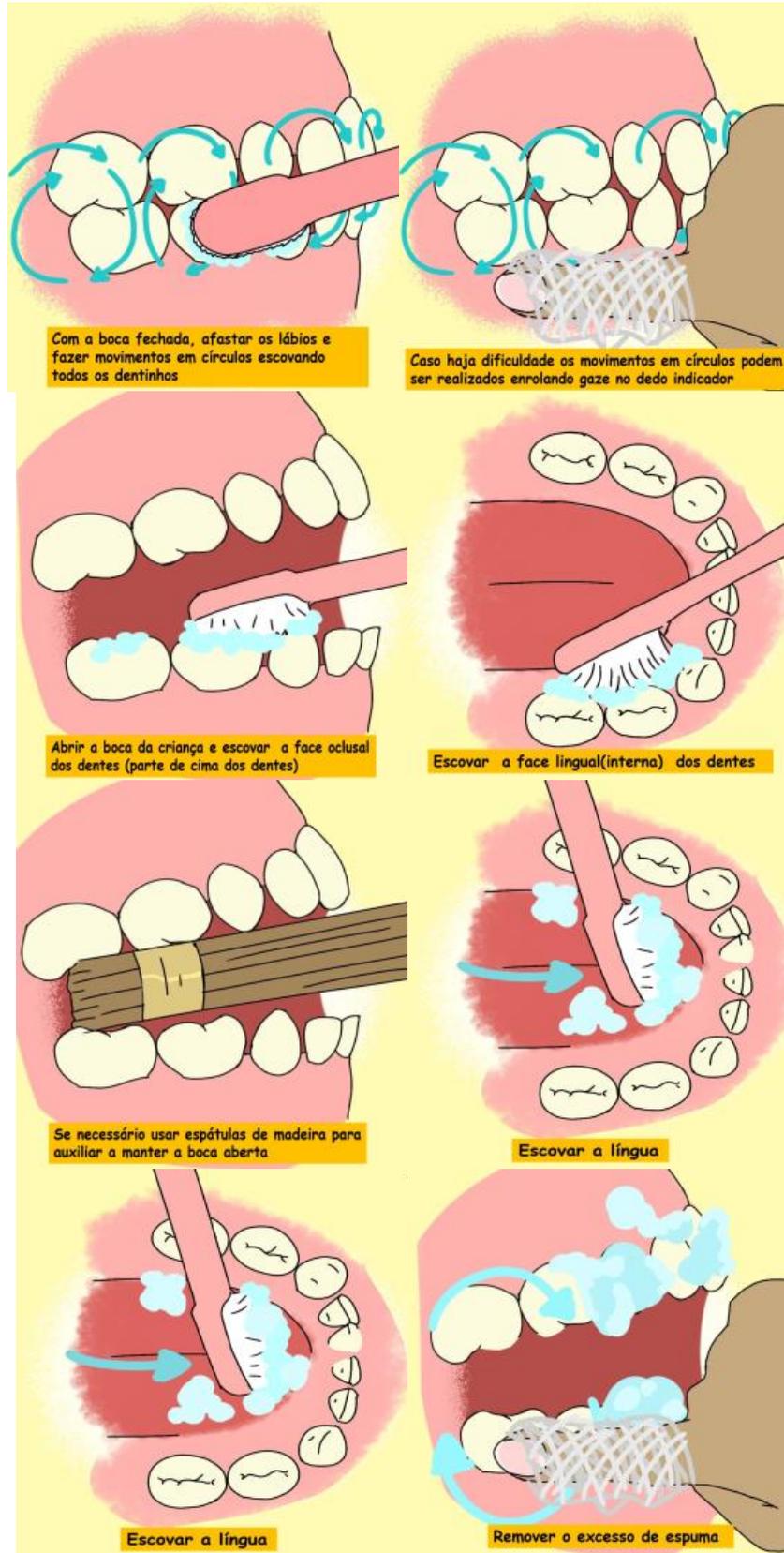
 ASSINATURA OU IMPRESSÃO
 DATILOSCÓPICA DO VOLUNTÁRIO DA
 PESQUISA OU REPRESENTANTE LEGAL

 ORIENTADORA
 Profa. Dra. Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter

 ORIENTANDA
 Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro
 Rua Barão de Indaiá, 1025, casa 274.
 Fone: 8144-3047
elijane.aranha@hotmail.com

APÊNDICE B – IMAGENS DA CARTILHA





**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE VIDA DAS CRIANÇAS COM SCZ
(ENTREVISTA PAIS)**



Questionário



Data: ___/___/___

1. DADOS:

Paciente: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: _____ Cidade: _____

Estado: _____

Telefone celular: _____ residencial: _____

Gênero: F () M ()

Recebe benefício? Sim () Não () Com quem reside? _____

Filiação: Mãe: _____

Pai: _____

Nome do Responsável: _____

Grau de parentesco do Responsável: _____

Profissão do Responsável: _____

Endereço do Responsável: _____

Indicado por: _____

2. DADOS FAMILIARES:

Residência: () Própria () Alugada () Outras

Na residência tem: Água: Sim () Não () Luz: Sim () Não () Esgoto: Sim () Não () Asfalto: Sim () Não ()

Condições de transporte: _____

Existe outro deficiente na família? Sim Não () Quantos? _____

Quem? _____

Que tipo de deficiência? _____

3. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DO PACIENTE:

Qual a patologia que torna o paciente especial? _____

Quando foi notado o problema? _____ Em que circunstâncias? _____

Existe alguma característica física peculiar? Sim Não () Qual? _____

4. HISTÓRIA MÉDICA:

Tem algum médico ou serviço assistente? Sim () Não () Médico ou serviço/Esp: _____

Outras Doenças: _____

Cardiopatias: () Sim () Não Qual? _____

Problemas sistêmicos: () Sim () Não Qual? _____

Alimentação: () Sim () Não () Não sabe Qual? _____

Medicamentos: () Sim () Não () Não sabe Qual? _____

Tomou ou toma algum medicamento? Sim () Não Qual? _____

Alterações sensoriais: Visão () Sim () Não Audição () Sim () Não Fala () Sim () Não

Coordenação motora: () Sim () Não Locomoção: () Sim () Não

Cadeirante: () Sim () Não

Potencial Residual: _____

A.V.D. () Totalmente dependente () Parcialmente dependente () Independente

5. HISTÓRIA ODONTOLÓGICA:

Com que idade fez a primeira visita ao dentista? _____

Foi realizado algum tratamento? () Sim () Não

Qual? _____

Cooperou com o tratamento? () Sim () Não Por que? _____

Estava com dor ou desconforto nesta ocasião? _____

Escova os dentes sozinho? () Sim () Não Por que? _____

Quem escova? _____ Quantas vezes escova? _____ Já foi orientado? () Sim () Não

Usa escova? () Sim () Não Usa fio dental? () Sim () Não

Alguma outra informação relevante: _____

6.PREFERÊNCIAS (preencher somente quando o paciente for criança ou tiver idade mental infantil)

Relacionamento entre os pais: Bom () Ruim () _____

Relacionamento do paciente com o pai: Bom () Ruim () _____

Relacionamento do paciente com a mãe: Bom () Ruim () _____

Relacionamento do paciente com os irmãos: Bom () Ruim () _____

Relacionamento do paciente com os outros familiares: Bom () Ruim () _____

Relacionamento do paciente com os amigos: Bom () Ruim () _____

Com quem o paciente se relaciona com mais frequência? _____

Quem cuida do paciente? _____

O que o paciente mais gosta de fazer? _____

O que o deixa mais irritado? _____

Como o paciente reage quando é contrariado? _____

O que o deixa mais tranquilo? _____

Como ele reage diante de estranhos? _____

Como ele reage diante de uma situação nova? _____

Como ele reage diante de profissionais da saúde? _____

Frequenta escola? Sim () Não () É alfabetizado? Sim () Não () _____

Conta fatos de forma compreensível? Sim () Não () Tem memória? Sim () Não () _____

Como demonstra o que quer e não quer? _____

É oralizado? Sim () Não ()

Usa sinais Sim () Não ()

Compreende o que lhe é falado? Sim () Não ()

Lê Sim () Não ()

Como ele reage diante de profissionais da saúde? _____

É uma pessoa: atenta () distraída () _____

Brinca com pessoas da sua idade? Sim () Não () Por que? _____

Sono: Calmo () Agitado () Tem insônia? Sim () Não () _____

Horário de maior agitação? Sim () Não () _____

Conclusão do CD quanto à importância que os responsáveis dão aos cuidados

bucais: _____

OBSERVAÇÕES: Reações ao ambiente, comportamento, Habilidades

personais _____

Manaus, ___/___/___.

Eu, _____

RG: _____

Responsável pelo(a) paciente _____

Declaro serem verdadeiras todas as informações fornecidas.

Assinatura do paciente ou responsável

APÊNDICE D – FICHA UTILIZADA PARA EXAME BUCAL E AVALIAÇÃO DO IHOS INICIAL

Anexo IV. Ficha utilizada para exame bucal e avaliação do IHOS

Nome da criança:		
Examinador:		
Data:		
Elemento	P/A	IHOS Inicial
1MSD(54)		
ICSE (61)		
ILID(82)		
2MIE(75)		
Outro/Qual?		
Total		

Legenda:

1MSD (54): 1º Molar Superior Direito

ISCE (61): Incisivo Central Superior Esquerdo

ILID(82): Incisivo Lateral Inferior Direito

2MIE(75): 2º Molar Inferior Esquerdo

P: Presente

A: Ausente

IHOS: Índice de higiene oral simplificado

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DA CARTILHA**Questionário para validação das imagens**

Nível de Escolaridade:

Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior

Conteúdo

1. O objetivo dessa imagem está claro para você?

Sim Não () Mais ou menos ()

2. Você entendeu o que situação da imagem significa?

Sim Não () Mais ou menos ()

3. Você teve dificuldade em compreender a imagem?

Sim Não () Mais ou menos ()

5. Você acha que falta alguma informação? Se sim qual?

Sim Não () Mais ou menos ()

Espaço para comentários / sugestões

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO IHOS

Instrumento de avaliação do IHOS					
Nome da criança:					
Data:					
Código	Vestibular 61	Vestibular 54	Vestibular 82	Lingual 75	IHOS
00					
01					
02					
03					
x					

APÊNDICE G – PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO**Apêndice 7. Protocolo (Folha) de registro de observação da interação pais/crianças sobre a HB**

Pré e Pós intervenção

Observador:

Nome da criança:

Data:

Local:

1. Pai/Mãe avisa a criança que vai escovar os dentes? () Sim () Não
2. Onde é realizada a escovação? Qual local e cômodo da casa?
3. Criança é colocada no colo? ? () Sim () Não
4. Criança aceita bem a HB? () Sim () Não
5. Existe uma sequência da HB? ? () Sim () Não
6. Usa escova de dentes? ? () Sim () Não
7. Usa pasta? ? () Sim () Não

Chart Title

APÊNDICE H – DIÁRIO DE CAMPO IHOS**|Apêndice 8. Diário de campo IHOS**

Criança:

Local:

Participante	IHOS	Data

Sujeitos envolvidos: _____

Observações: _____

APÊNDICE I – FICHA DO ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE INICIAL

Participantes	Índices		Classificação H.O.	
	Pesquisadora	Observador	Pesquisadora	Observador
E.G.M				
M.A.S				
D.R.C.H.				
V.E.S.G				
J.N.S				

Legenda: H.O: higiene oral

APÊNDICE J – QUESTIONÁRIO PÓS CAPACITAÇÃO**Questionário: Avaliação pós Capacitação da Sequência da cartilha de Higiene Bucal**

Nome:

Nome da criança:

Data:

1. O que é uma cartilha educativa sobre higiene bucal?

- a) um livro de figuras
- b) ~~um~~ manual explicativo impresso com a sequência e orientações sobre higiene bucal
- c) ~~um~~ livro paradidático com história
- d) um livro em quadrinhos

2. Qual o principal objetivo da cartilha?

- a) orientar aos pais e cuidadores a sequência correta da escovação e de alguns cuidados e alternativas facilitadoras da higiene bucal.
- b) todas as pessoas podem usar essa cartilha
- c) ~~ensinar~~ a escolher a escova dentes
- d) ensinar a escolher a pasta dental

3. Qual o objetivo dessa capacitação?

- a) ensinar a escovar os dentes
- b) mostrar que todos têm direito a saúde bucal
- c) ensinar a importância da saúde bucal para a saúde geral
- d) chamar os pais para conversar

4. Para que serve o corante usado nos dentes?

- a) evidenciar os dentes que precisam ser melhor escovados
- b) é um tipo de flúor
- c) é um tipo de pasta
- d) para mostrar a criança a cor

5. O que você achou da capacitação?

- a) muito bom (não tenho dúvidas)

- b) bom (entendi mas ainda tenho dúvidas)
- c) regular (estou com dificuldades e dúvidas)
- d) ruim (não compreendi nada)

6. Você acha que consegue utilizar a cartilha em casa?

- a) sim
- b) não
- c) talvez
- d) as vezes

7. A higiene bucal do seu filho (a) pode melhorar ~~com~~ o uso da cartilha?

- a) muito
- b) mais ou menos
- c) pouco
- d) não

8. Você pretende e saberia usar a cartilha em casa?

- a) sim
- b) não
- c) talvez _____

Assinatura: _____

APÊNDICE K – REGISTRO DO DESEMPENHO DO NÍVEL DE SUPORTE AOS PAIS

Apêndice 11. Registro do desempenho do nível de suporte aos pais |

Participante:

Responsável:

Tentativa	Nível de suporte	Pontuação	Data	Definição(categoria)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Legenda:

Nível de suporte	Pontuação	Definição(Categoria)
Nenhum	0	Excelente
Visual	1	Ótima
Verbal	2	Boa
Demonstrar	3	Regular
Realizar	4	Insatisfatória

Observações: _____

APÊNDICE L – FOLHA DE REGISTRO DA SEQUÊNCIA DA ORIENTAÇÃO DA ESCOVAÇÃO AOS PAIS E CATEGORIZAÇÃO

	Seqüência da escovação	1º filmagem	2º filmagem	3º filmagem	4º filmagem
1	Avisar a criança que vai escovar os dentes				
2	Usar uma escova com a cabeça pequena , NÃO USAR escova grande				
3	Colocar pouca pasta na escova (tamanho de um grão de arroz cru)				
4	Pegar a criança no colo				
5	Sentar a criança apoiando a cabeça dela				
6	Com a boca fechada, afastar os lábios e fazer movimentos em círculos escovando todos os dentinhos				
7	Caso haja dificuldade os movimentos em círculos podem ser realizados enrolando gaze no dedo indicador				
8	Abrir a boca da criança e escovar a face oclusal dos dentes (parte de cima dos dentes)				
9	Escovar a face lingual(interna) dos dentes				
10	Se necessário usar espátulas de madeira para auxiliar a manter a boca aberta ou outro artifício				
11	Limpeza da língua				
12	Remoção do excesso de espuma da pasta				

PC (pais realizam a seqüência da escovação da cartilha corretamente sem auxílio);
 PI (pais realizam a seqüência da escovação da cartilha de maneira incorreta);
 PP (pais executam a seqüência com a ajuda da pesquisadora);
 P (seqüência da escovação foi realizado pela pesquisadora);
 N (o passo não foi realizado nem pelos pais e nem pela pesquisadora).

DEFINIÇÕES

A fase será considerada adequada quando for completada

Fase 1: Avisar a criança que vai escovar os dentes

Inadequada: Não avisar

Fase 2: Usar uma escova com a cabeça pequena

Inadequada: **NÃO USAR** escova

Fase 3: Colocar pouca pasta na escova

Inadequada: Colocar muita pasta

Fase 4: Pegar a criança no colo

Inadequada: Não pegar a criança no colo

Fase 5: Sentar a criança apoiando a cabeça dela

Inadequada: Não apoiar a cabeça

Fase 6: Com a boca fechada, afastar os lábios e fazer movimentos em círculos escovando todos os dentinhos

Inadequada: Não realizar o movimento circular ou abrir a boca

Fase 7: Caso haja dificuldade os movimentos em círculos podem ser realizados enrolando gaze no dedo indicador

Inadequada: Usar outro material que não seja a gaze

Fase 8: Abrir a boca da criança e escovar a face oclusal dos dentes (parte de cima dos dentes)

Inadequada: Não abrir a boca da criança ou não começar com esta face

Fase 9: Escovar a face lingual(interna) dos dentes

Inadequada: Não escovar a face correta

Fase 10: Usar ou não espátulas de madeira para auxiliar a manter a boca aberta ou outro artifício

Inadequada: Não conseguir manter a boca aberta

Fase 11: Limpeza da língua

Inadequada: Não limpar a língua

Fase 12: Remoção do excesso de espuma da pasta

Inadequada: Não remover o excesso de espuma

APÊNDICE M – REGISTRO DO ÍNDICE DE PLACA NAS ETAPAS DO PROGRAMA DE ESCOVAÇÃO POR PARTICIPANTE

Apêndice 13. Registro do Índice de placa nas etapas do programa de escovação por participante

Participante V	IHOS (inicial)	Linha de base			Intervenção						Follow-up	
		1 ^o sessão	2 ^o sessão	3 ^o sessão	4 ^o sessão	5 ^o sessão	6 ^o sessão	7 ^o sessão	8 ^o sessão	9 ^o sessão	IHOS (final)	IHOS (follow-up)
	2,75(F)	2,75(F)	2,75(F)	2,75(F)	1(R)	0,5(B)	0,5(B)	0,5(B)	0,25(B)	0,25(B)	0,5(B)	0,9 (R)

Participante P	IHOS (inicial)	Linha de base			Intervenção						Follow-up	
		1 ^o sessão	2 ^o sessão	3 ^o sessão	4 ^o sessão	5 ^o sessão	6 ^o sessão	7 ^o sessão	8 ^o sessão	9 ^o sessão	IHOS (final)	IHOS (follow-up)
	1,5(R)	1,5(R)	1,5(R)	1,5(F)	0,5(B)	0,25(B)	0,25(B)	0,25(B)	0,25(B)	0(B)	0,25(B)	0,25(B)

Participante L	IHOS (inicial)	Linha de base			Intervenção						Follow-up	
		1 ^o sessão	2 ^o sessão	3 ^o sessão	4 ^o sessão	5 ^o sessão	6 ^o sessão	7 ^o sessão	8 ^o sessão	9 ^o sessão	IHOS (final)	IHOS (follow-up)
	2,5(F)	2,5(F)	2,5(F)	2,75(F)	0,75(R)	0,5(B)	0,5(B)	0,25(B)	0,5(B)	0,5(B)	0,5(B)	0,5 (B)

*B= Bom

*R= Regular

*F= Fraca

APÊNDICE N – SOMAS ACUMULADAS INDIVIDUALIZADAS DAS ETAPAS DA SEQUÊNCIA ESCOVAÇÃO

Somadas acumuladas individualizadas das etapas da sequência escovação										
Participant e L (etapas escovação)	A(LB)			B(Intervenção)						C(Follow- up)
	1 sessão	2 sessão	3 sessão	4 sessão	5 sessão	6 sessão	7 sessão	8 sessão	9 sessão	10 sessão
1	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4
2	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4
3	0	0	0	2	4	4	4	4	4	4
4	0	0	0	4	3	4	4	4	4	4
5	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4
6	0	0	0	0	4	4	4	4	4	4
8	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
9	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
11	0	0	0	0	2	4	4	4	4	4
12	0	0	0	0	2	4	4	4	4	4
Total	0	0	0	24	35	40	40	40	40	40

Participant e V (etapas escovação)	A(LB)			B(Intervenção)						C(Follow- up)
	1 sessão	2 sessão	3 sessão	4 sessão	5 sessão	6 sessão	7 sessão	8 sessão	9 sessão	10 sessão
1	0	0	0	0	3	4	3	4	4	4
2	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4
3	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
4	0	0	0	3	3	4	4	4	4	4
5	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4
6	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
8	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
9	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
11	0	0	0	0	4	4	4	4	4	4
12	0	0	0	0	4	4	4	4	4	4
Total	0	0	0	23	38	40	39	40	40	40

Participant e P (etapas escovação)	A(LB)			B(Intervenção)						C(Follow- up)
	1 sessão	2 sessão	3 sessão	4 sessão	5 sessão	6 sessão	7 sessão	8 sessão	9 sessão	10 sessão
1	0	0	0	0	3	2	40	4	4	4
2	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4
3	0	0	0	4	4	4	4	2	4	4
4	0	0	0	3	3	4	4	4	4	4
5	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
6	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
8	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
9	0	0	0	3	4	4	4	4	4	4
11	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4
12	0	0	0	3	3	4	4	4	4	4
Total	0	0	0	30	37	38	40	38	40	40

APÊNDICE O – REGISTROS DOS RESULTADOS INDIVIDUAIS COMPLETOS DOS PARTICIPANTES POR NÍVEL DE SUPORTE

Sessão	Nível de suporte										Categoria
	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o	
Participante V	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	Boa
Participante P	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	Boa
Participante L	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	Boa

Nível de suporte	Pontuação	Definição (Categoria)
Nenhum	0	Excelente
Visual	1	Ótima
Verbal	2	Boa
Demonstrar	3	Regular
Realizar	4	Insatisfatória

ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA MÃES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA PELO ZIKAVÍRUS

Pesquisador: Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09457619.8.0000.5016

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.287.535

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos, fora das áreas temáticas especiais. Na primeira versão o protocolo estava com pendências no cronograma (período de coleta de dados anterior a data de submissão do protocolo de pesquisa).

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora:

"Objetivo Primário:

Propor e avaliar os efeitos de um programa de educação em saúde bucal direcionado aos pais de crianças com microcefalia pelo ZIKV, atendidos na clínica de pacientes especiais em um curso de odontologia no Estado do Amazonas.

Objetivo Secundário:

Implementar um programa de educação em saúde bucal .

Verificar se o uso da CAA favorecerá a compreensão das crianças nas etapas da implementação do programa".

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com