Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Promoção da saúde bucal em escolares: desafios, estratégias e impactos em uma comunidade de São Luís, Maranhão

Oral health promotion in schoolchildren: challenges, strategies, and impacts in a community of São Luís, Maranhão

Promoción de la salud bucal en escolares: desafíos, estrategias e impactos en una comunidad de São Luís, Maranhão

Maria Wilma Lacerda Viana[1], Rodrigo Silva de Carvalho[1], Talita de Aguiar Oliveira[1], José Lacerda Neto[1], Raphael Lacerda Barbosa Nathasje[2], Aldifran Ferreira da Silva[1], Anna Lívia Serejo da Silva[1], Maria Raimunda Santos Garcia[1], Erika Martins Pereira[1], Maria do Carmo Lacerda Barbosa[1].

RESUMO

Objetivo: Desenvolver estratégias para a implantação de ações educativas e avaliação da saúde bucal em uma escola de educação básica do município de São Luís, Maranhão. **Métodos:** Projeto de pesquisa-intervenção do tipo quantitativo e qualitativo para avaliar os resultados das estratégias aplicadas. Na pesquisa quantitativa, a amostra foi aleatória simples de reposição, estimando-se duzentos e setenta alunos, a partir da qual se obteve a população de conveniência para a análise qualitativa. **Resultados:** A pesquisa mostrou que os pais/responsáveis se ressentem da ausência de atenção à saúde bucal na escola, apontaram as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos pelo Sistema Único de Saúde e os custos elevados na iniciativa privada. **Conclusão:** São necessárias medidas educativas de médio e longo prazo para reverter as condições precárias de saúde bucal encontradas na avaliação inicial, além do envolvimento da família e da comunidade escolar. A implantação da escovação na rotina escolar e a aproximação da unidade básica de saúde com a escola também são uma necessidade.

Palavras-chave: Saúde bucal, Promoção da saúde, Educação em saúde, Saúde escolar, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To develop strategies for implementing educational actions and assessing oral health in a basic education school in the city of São Luís, Maranhão. **Methods:** This was a quantitative and qualitative intervention study conducted to evaluate the outcomes of the strategies applied. In the quantitative phase, a simple random sample with replacement was used, with an estimated sample of 270 students; from this group, a convenience sample was obtained for the qualitative analysis. **Results:** The study showed that parents/guardians reported a lack of attention to oral health at school, difficulties in accessing dental services through Brazil's Unified Health System (SUS), and high costs in the private sector. **Conclusion:** Medium-

[1] Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís – MA.
[2] Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre – RS.

SUBMETIDO EM: 6/2026 | **ACEITO EM: 8/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

and long-term educational measures are needed to reverse the poor oral health conditions identified in the initial assessment, in addition to involving families and the school community. Incorporating toothbrushing into the school routine and strengthening the link between the primary health care unit and the school are also necessary.

Keywords: Oral health, Health promotion, Health education, School health, Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar estrategias para la implementación de acciones educativas y la evaluación de la salud bucal en una escuela de educación básica del municipio de São Luís, Maranhão. **Métodos:** Se trató de un estudio de intervención cuantitativo y cualitativo realizado para evaluar los resultados de las estrategias aplicadas. En la fase cuantitativa, se utilizó una muestra aleatoria simple con reemplazo, con una estimación de 270 escolares; a partir de este grupo se obtuvo una muestra de conveniencia para el análisis cualitativo. **Resultados:** El estudio mostró que los padres/tutores señalaron la falta de atención a la salud bucal en la escuela, las dificultades para acceder a los servicios odontológicos a través del Sistema Único de Salud (SUS) y los altos costos del sector privado. **Conclusión:** Se requieren medidas educativas a mediano y largo plazo para revertir las condiciones precarias de salud bucal identificadas en la evaluación inicial, además de la participación de la familia y de la comunidad escolar. También es necesario incorporar el cepillado dental en la rutina escolar y fortalecer la articulación entre la atención primaria de salud y la escuela.

Palabras clave: Salud bucal, Promoción de la salud, Educación en salud, Salud escolar, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde no Brasil passou por inovações importantes, tendo como marco a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial, além do grande investimento na expansão da rede e dos recursos humanos vinculados a esse nível de atenção (PUCCA JUNIOR GA et al., 2020; TASCA R et al., 2020; MENDONÇA FF et al., 2023).

Contudo, apesar dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade nas ações de saúde ainda carece de muitos investimentos, sobretudo no que se refere à saúde bucal da população em maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2024).

Historicamente, a saúde bucal brasileira ganhou maior institucionalidade em 2004 com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), cujo objetivo foi ampliar e garantir a atenção odontológica à população (BRASIL, 2024; PUCCA JUNIOR GA et al., 2020; FREIRE DEWG et al., 2021).

Nesse cenário, tem sido crescente o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações, considerando-se duas grandes dimensões da Gestão da Saúde Bucal (GSB) e do Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal (PABSB). A dimensão do PABSB considera a integralidade e a universalidade nas subdimensões de “promoção e prevenção” e de “diagnóstico e tratamento” durante o ciclo vital da criança, do adolescente, do adulto e do idoso (ALVES NE et al., 2023; FERREIRA RC et al., 2025).

A placa bacteriana ou filme bacteriano é inicialmente uma película transparente e viscosa. Seu acúmulo torna-se visível na forma de uma massa branca amarelada, composta principalmente por saliva, bactérias e resíduos alimentares. Caso esse biofilme persista, inicia-se o processo de desmineralização do esmalte, com a instalação da cárie dentária (BRASIL, 2024; BATISTA TRM et al., 2020).

A implantação de biofilmes em áreas específicas da cavidade bucal parece ser influenciada pela idade, nível socioeconômico, índice de massa corporal e condições de saúde bucal. Para evitar o desenvolvimento de muitas áreas de biofilme na boca, há necessidade de programas de higiene oral na escola (FASOULAS A et al., 2019; BRASIL, 2024).

A escovação é a forma mais amplamente usada e socialmente aceita de higiene oral. No entanto, para torná-la eficaz, deve ser supervisionada por profissional treinado, por se considerar a motivação fator fundamental para obter sucesso (BRASIL, 2018; PEREIRA MD et al., 2021; GRAY-BURROWS KA et al., 2025).

Entretanto, devido às diferenças socioeconômicas que atingem grande parte da população brasileira, o acesso aos serviços odontológicos ainda é difícil para populações situadas em comunidades pobres, em especial nas regiões Norte e Nordeste (AMARAL RC do et al., 2017; FREIRE DEWG et al., 2021; SILVA IL, VERA SAA, 2024).

Deste modo, mais pesquisas quantitativas e qualitativas devem ser realizadas para conhecer as condições de saúde bucal de populações em vulnerabilidade social, a fim de subsidiar políticas públicas nas escolas e tornar acessíveis métodos efetivos e de baixo custo, objetivando a higienização do meio bucal e a educação dos pais em relação à higiene doméstica (VENERI F et al., 2024; ALZAHRANI AY et al., 2024).

Neste contexto, esta pesquisa teve como objetivo analisar as condições de saúde bucal de escolares de uma comunidade do município de São Luís, Maranhão, Brasil, por meio da avaliação do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) antes e após ações educativas voltadas à técnica correta de escovação. Adicionalmente, buscou-se verificar a efetividade dessas ações, identificar a percepção de pais/responsáveis e escolares sobre a saúde bucal no ambiente escolar e propor adequações que favoreçam a incorporação da higiene oral na rotina dos estudantes.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo quantitativa, qualitativa e exploratória, com análise das condições da saúde bucal de escolares regularmente matriculados em uma unidade de educação básica localizada no município de São Luís, Maranhão.

Foram incluídos nesta pesquisa os escolares que estivesses cursando da 1º ao 9º ano do ensino fundamental, que estivessem regularmente matriculados e que os pais ou responsáveis tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos, os escolares que não participaram da etapa II deste estudo, após cinco tentativas de contato, e não foram incluídos aqueles que não assinam o TCLE.

Para a pesquisa quantitativa a amostra foi composta por alunos do 1º ao 9º ano do ensino fundamental. Considerando que cada turma possui em média 30 alunos, estimou-se um número de 600 alunos. A amostra foi calculada através da fórmula matemática de Cochran modificada para populações finitas, que considera o tamanho da população e nível de confiança, obtendo-se a quantidade de 270 alunos com nível de confiança de 95%. A seleção foi aleatória simples, de reposição (COCHRAN WG, 1977).

Como cada ano escolar possui duas turmas no turno da manhã do 1º ao 5º ano e no turno da tarde do 6º ao 9º ano, foram realizados sorteios para escolha do turno a ser avaliado. Em caso de ausência de alunos, desistência, ou de turmas menores que trinta alunos, estes foram substituídos por outro do turno oposto através de sorteio.

Após a realização da pesquisa quantitativa, realizou-se a pesquisa qualitativa considerando-se a percepção dos pais/responsáveis em relação às ações de saúde bucal desenvolvidas na escola. Para atingir esse objetivo, a análise dos dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (VALLE PRD, FERREIRA JL, 2025). Com os escolares, a análise foi realizada por meio de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi iniciada de 05 de março de 2024, conforme as etapas descritas a seguir:

Etapa I: Etapa de sensibilização e Desenvolvimento das ações educativas

Foram proferidas palestras de sensibilização e oficinas de educação em saúde bucal para os pais / responsáveis, professores e alunos durante três meses seguidos, ficando a equipe, nos intervalos, disponível para qualquer orientação adicional.

Durante as ações educativas realizou-se oficinas para ensino da técnica de escovação pelo “Método de Bass modificado”, utilizando macromodelos (boca e escova) e o fio dental. Durante esta etapa, os pais responderam a um questionário sociodemográfico.

Etapa II: Organização do cronograma

O exame clínico consistiu na identificação da condição de higiene bucal por meio do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S), proposto por Greene JC e Vermillion JR (1964), que foi realizado em dois momentos: Tempo inicial (T1) e Tempo final (T2).

Em T1 foram realizados os registros das áreas com maior incidência de biofilme, originando o primeiro registro IHO-S (controle negativo), em seguida a remoção do biofilme através da escovação, originando a condição Based Line (controle positivo).

Em seguida foi realizado o ensino da técnica de escovação pelo “Método de BASS Modificado”, treinamento e supervisão da escovação do paciente, e recomendação de prática na rotina diária. Para esse treinamento, foi utilizado macromodelos (boca e escova) e fio dental. Em seguida, os estudantes realizaram a escovação supervisionada utilizando as escovas concedidas pela Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS) com recomendação de prática na rotina diária.

Etapa III: Etapa de reavaliação

A reavaliação e novo registro do IHO-S T2 foram realizados após trinta dias da etapa I. A análise dos dados foi tabulada no Microsoft Office Excel® (versão 2019) (Redmond, WA, EUA) e analisada no SPSS (versão 26) (Chicago, IL, EUA).

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta (n) e relativa (%) e as numéricas em mediana e intervalo interquartil. A normalidade foi verificada a partir do teste de Shapiro-Wilk. Para comparar o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) entre os tempos T1 e T2, conforme o dente, arcada, escore geral e por gênero, foi aplicado o teste de Wilcoxon; entre esses tempos e a classificação do IHO-S foi aplicado o teste de Friedman; e, para comparar o IHO-S geral por gênero, foi realizado o teste de Mann-Whitney. Todas as associações estatísticas foram fixadas em um nível de significância de $p < 0,05$.

Após aprovação pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos do Hospital Universitário Presidente Dutra (HU/UFMA), sob CAAE 754354223.0.0000.5086 e parecer nº 6.682.643, segundo a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares. A coleta de dados foi iniciada após aprovação em 04 de março de 2024.

O projeto de pesquisa de campo foi aprovado e autorizado em 04 de agosto de 2023 pela Secretaria Municipal de Educação (SEMED), por meio do Núcleo de Estágio e Pesquisa (NEP). O Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi devidamente preenchido pelos pais ou responsáveis pelo menor antes do início da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise quantitativa

Nas etapas da Avaliação da Higiene Oral, a análise dos dados revelou que, dos 270 escolares do 1° ao 9º ano, a maioria era do gênero masculino (54,4%) com a idade entre 6 e 9 anos (52,8%), e do fundamental I (60,0%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização conforme faixa de idade, gênero e turma de escolares matriculados em uma comunidade do município de São Luís – MA (n = 270).

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	123	45,6
Masculino	147	54,4
Idade (anos)		
6 a 9	141	52,2
10 a 12	91	33,7
13 a 16	38	14,1
Turma		
Fundamental 1	162	60,0
Fundamental 2	108	40,0

Fonte: Viana MWL, et al., 2026.

Em relação à avaliação da saúde bucal, o estudo mostrou valores de mediana do IHO-S-1 (T1) indicativos de higiene bucal precária, sem melhora estatisticamente significativa quando comparado com o IHO-S-2 (T2), com exceção do dente 26 (p=0,020), podendo inferir-se que os primeiros molares superiores apresentaram menor quantidade de biofilme na avaliação final (**Tabela 2**).

Resultados semelhantes foram observados por Souza JGMV et al. (2016), ao avaliarem a higiene bucal de crianças atendidas em uma clínica odontológica universitária, reforçando que o acúmulo de biofilme e as limitações na execução da escovação constituem problemas frequentes na população infantil.

Tabela 2 - Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) na primeira (T1) e segunda (T2) avaliação de escolares matriculados em uma comunidade do município de São Luís – MA (n = 270).

Variáveis	T1	T2	Valor de p €
	Med (IQ 1º – 3º)	Med (IQ 1º – 3º)	
Dentes			
16	3 (2 – 3)	2 (2 – 3)	0,095
11	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,803
26	3 (2 – 3)	2 (2 – 3)	0,020
46	2 (1 – 2)	2 (1 – 2)	0,830
31	2 (1 – 2)	2 (1 – 2)	0,103
36	2 (1 – 2)	2 (1 – 2)	0,093
Arcada			
Superior	2,3 (2 – 2,7)	2,3 (1,7 – 2,7)	0,103
Inferior	1,7 (1,3 – 2,0)	1,7 (1,3 – 2,3)	0,182
Escore Geral	2,0 (1,6 – 2,3)	2,0 (1,5 – 2,5)	0,923

Fonte: Viana MWL, et al., 2026. €: Teste de Wilcoxon

Considerando-se o gênero dos escolares na determinação da mediana geral de IHO-S-1 e IHO-S-2, não houve redução significativa do valor do IHO-S entre os tempos avaliados (**Tabela 3**).

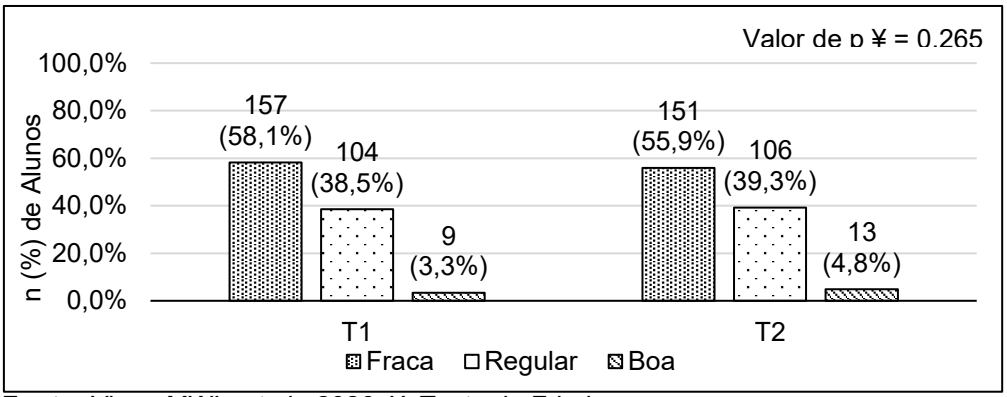
Tabela 3 - Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S), por gênero, na primeira (T1) e segunda (T2) avaliação de escolares matriculados em uma Comunidade do Município de São Luís – MA (n = 270).

Variáveis	T1	T2	Valor de p €
	Med (IQ 1º – 3º)	Med (IQ 1º – 3º)	
Gênero			
Feminino	2 (1,5 -2,3)	2 (1,3 -2,5)	0,904
Masculino	2 (1,6 -2,3)	2 (1,6 -2,5)	0,968
Valor de p µ	0,102	0,255	

Fonte: Viana MWL, et al., 2026. µ: Teste de Mann-Whitney; €: Teste de Wilcoxon.

As proporções de escolares classificados como possuindo higiene bucal fraca e regular na avaliação inicial (T1) foram semelhantes às da avaliação final (T2). A diminuição em torno de 6% na classificação do IHO-S do grupo classificado como fraco, quando comparada à inicial, não foi estatisticamente significativa (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Classificação do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) na primeira (T1) e segunda (T2) avaliação de escolares matriculados em uma comunidade do município de São Luís – MA (n = 270).



Fonte: Viana MWL, et al., 2026. ¥: Teste de Friedman.

Quando perguntado sobre as medidas educativas realizadas, a maioria dos escolares apresentaram as seguintes respostas: 92,2% (n=177) afirmaram que era a primeira participação em medidas educativas em saúde bucal; 85,4% (n=164) consideraram boa, legal ou ótima; 69,8% (n=134) relataram que não tiveram dificuldades durante a ação; entre os que referiram dificuldades 30,2 % (n=58) referiam dificuldade na técnica de escovação; 93,2% (n=179) gostariam de ter novas ações; e como sugestões de melhorias 46,2% (n=12) citaram a distribuição de materiais/medicação e aumento da frequência/continuidade das ações (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Percepção quanto às medidas educativas realizadas por escolares matriculados em uma comunidade do município de São Luís – MA (n = 192).

Variáveis	n	%
Já participou de outras medidas educativas		
Não, apenas do projeto de saúde bucal	177	92,2
Sim, já participou de outras medidas educativas	15	7,8
Considerações sobre a ação		
Boa, legal ou ótima	164	85,4
Contribuiu com aprendizagem	27	14,1
Criativa/interessante	23	12,0
Importante/Educativa	20	10,4
Dificuldades teve durante a ação		
Sim	58	30,2
Não	134	69,8
Dificuldades referidas		
Técnica de escovação	15	27,8
Técnica (escovação da língua)	11	20,4
Prévia (dentes moles/crescendo)	6	11,1
Técnica (dentes de trás)	6	11,1
Material (fio dental)	3	5,6
Técnica (face interna dos dentes)	3	5,6
Prévia (uso de aparelho)	2	3,7
Material (gosto do corante)	1	1,9
Material (muita pasta)	1	1,9
Material (pasta ardosa)	1	1,9
Material (segurar a escova)	1	1,9
Prévia (obturação)	1	1,9
Técnica (face posterior dos dentes)	1	1,9
Técnica (frequência da escovação)	1	1,9
Técnica (lateral dos dentes)	1	1,9
Gostaria de ter novas ações?		
Sim	179	93,2
Não/Indiferente	13	6,8
Sugestões para melhorar a ação*		
Distribuição de material/medicação	6	23,1
Mais frequência/continuidade	6	23,1
Melhores materiais	5	19,2
Maiores explicações	4	15,4
Mais dinamismo/organização	3	5,6
Melhor captação de alunos	2	7,7

Fonte: Viana MWL, et al., 2026. *Múltiplas respostas.

Os resultados encontrados demonstram que o período disponibilizado para a realização das ações educativas possivelmente não foi suficiente para promover a incorporação de novos hábitos e produzir melhora estatisticamente significativa do IHO-S entre os tempos T1 e T2. Embora a intervenção tenha incluído palestras, oficinas, demonstração da técnica de Bass modificada e escovação supervisionada, a literatura indica que mudanças clínicas relacionadas ao controle do biofilme dependem de repetição, reforço contínuo, acompanhamento sistemático e condições favoráveis para a manutenção do comportamento no cotidiano (ELSADEK YE et al., 2023).

Revisões sobre intervenções educativas em saúde bucal mostram que, apesar de frequentemente ampliarem o conhecimento e a motivação dos escolares, os efeitos sobre indicadores clínicos, como placa bacteriana e higiene oral, tendem a ser heterogêneos e, em curto prazo, nem sempre consistentes, especialmente quando não há acompanhamento intensivo e regular (SOUZA RS et al., 2014; ALVES NE et al., 2023; BRAMANTORO T et al., 2021).

Nesse sentido, a ausência de melhora global significativa não deve ser interpretada como ineficácia absoluta das ações desenvolvidas, mas como indicativo de que intervenções pontuais têm alcance limitado quando aplicadas em populações escolares com histórico de pouca exposição prévia a programas de saúde bucal.

No presente estudo, 92,2% dos escolares relataram nunca ter participado de medidas educativas semelhantes, o que sugere que a ação representou uma primeira aproximação com o tema, insuficiente para consolidar habilidades motoras e hábitos diários de higiene. A escovação correta envolve destreza manual, compreensão da sequência de movimentos, atenção às superfícies de difícil acesso e repetição cotidiana; por isso, crianças em diferentes faixas etárias podem necessitar de supervisão continuada para transformar a informação recebida em prática efetiva.

Essa interpretação é coerente com estudos que apontam melhores resultados quando programas escolares envolvem escovação supervisionada frequente, participação de professores, cuidadores e profissionais da atenção primária, além de reforços periódicos ao longo do tempo (PEREIRA MD et al., 2021; GRAY-BURROWS KA et al., 2025; BRAMANTORO T et al., 2021).

Outro aspecto relevante refere-se às dificuldades técnicas relatadas pelos próprios escolares. Embora a maioria tenha avaliado positivamente as ações e demonstrado interesse em novas atividades, parte dos participantes mencionou dificuldades relacionadas à técnica de escovação, à higienização da língua, dos dentes posteriores, da face interna e ao uso do fio dental. Esses dados ajudam a explicar por que a motivação não se traduziu, no intervalo avaliado, em redução significativa do IHO-S. A mudança de comportamento em saúde bucal não depende apenas da transmissão de informações, mas também da capacidade de executar corretamente a técnica, da disponibilidade de materiais, da existência de rotina estruturada e do reforço nos ambientes familiar e escolar. Assim, a pequena redução observada na proporção de escolares classificados com higiene “fraca”, embora não significativa, pode sinalizar uma tendência inicial positiva, ainda insuficiente para modificar o indicador global dentro de trinta dias.

A baixa participação dos pais/responsáveis nas atividades e no preenchimento dos instrumentos também pode ter limitado o impacto da intervenção. A literatura destaca que o letramento em saúde bucal dos responsáveis, a supervisão da higiene no domicílio, o acesso a escova, dentifrício fluoretado e fio dental, bem como a possibilidade de acompanhamento odontológico regular, influenciam diretamente os hábitos das crianças.

Em contextos de vulnerabilidade social, nos quais há dificuldade de acesso aos serviços odontológicos pelo SUS e custos elevados na rede privada, a escola torna-se espaço estratégico, mas não suficiente de forma isolada. Portanto, os achados desta pesquisa reforçam que a melhora dos índices de higiene oral exige ações longitudinais, intersetoriais e integradas à Atenção Primária à Saúde, com participação da família, da equipe escolar e da equipe de saúde bucal, além da incorporação da escovação supervisionada como prática regular da rotina escolar (BRASIL, 2018; TASCA R et al., 2020; FREIRE DEWG et al., 2021; ALZAHRANI AY et al., 2024; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Análise qualitativa

Após a análise sistematizada dos dados, buscou-se identificar tendências e padrões relevantes até a construção dos significados a partir das mensagens organizadas, categorizando as informações. Os pais foram identificados pela letra P com suas respectivas numerações de forma a preservar a identidade dos entrevistados.

Identificação das Categorias

Procedeu-se a análise conjunta das categorias referentes aos questionários aplicados aos pais/responsáveis por serem as figuras principais na autorização do projeto de pesquisa para a avaliação da higiene oral dos escolares. Encontrou-se os seguintes resultados:

Categoria 1 – relacionadas à motivação para o aceite da ação na escola:

"As ações educativas são importantes. O tratamento é caro" (pais/responsáveis).

Categoria 2 – relacionadas às fragilidades apontadas:

"Necessário melhorar a comunicação com os pais" (pais/responsáveis).

Categoria 3 - relacionadas às sugestões para melhoria das ações:

"Aumentar a frequência das ações" (pais/responsáveis).

Na análise da Categoria 1, relativa às motivações dos pais sobre o desenvolvimento das ações educativas, houve unanimidade em reconhecer a importância da escovação para a manutenção da higiene oral:

"Há necessidade de melhoria no atendimento deles" (P1a);

"A criança precisa ter a consciência de ter os dentes sempre limpos para melhorar a saúde como um todo" (P2a); "Achei muito bom e ótimo para incentivar minha filha que não gostava de escovar os dentes e agora ela já vai sem eu mandar e ainda ensina o irmão" (P3a);

"Muito importante, bom demais, pois eu já tentei fazer o tratamento como ele, mas ele era muito criança e é muito caro" (P4a);

"Maior conscientização da higiene bucal, orientação sobre a escovação após as refeições, pois muitas vezes a gente esquece e com a orientação a gente consegue ter uma melhor conscientização e importância da higiene oral não só das crianças que estão participando, mas para a família também" (P5a);

"Aprender a escovar os dentes após as 3 refeições" (P6a); "Aprender como cuidar melhor, escovar os dentes corretamente" (P7a);

"Muito bom, assim eles ganham conhecimento e se conscientizam e desenvolvem habilidades necessárias para a saúde bucal" (P8a);

"Os alunos aprendem mais sobre a higienização e os cuidados da boca" (P9a).

Apesar da consciência dos pais/responsáveis expressa em todas as falas, o acesso ao dentista é uma realidade distante, considerando também o alto custo na iniciativa privada. Está evidente no cotidiano dos usuários do SUS, conforme a literatura, que a integralidade nas ações em saúde bucal ainda carece de muitos investimentos para a população em maior vulnerabilidade social (ANTUNES JLF, NARVAI PC, 2010; BRASIL, 2018; FREIRE DEWG et al., 2021).

É consenso que a escovação é a forma mais amplamente usada e socialmente aceita de higiene oral; contudo, a grande vulnerabilidade social que atinge a população brasileira e o acesso aos serviços odontológicos pelo SUS ainda dificultam o cuidado em comunidades pobres, em especial nas regiões Norte e Nordeste (FREIRE DEWG et al., 2021; SILVA IL, VERA SAA, 2024).

Neste sentido a implementação do Programa Saúde na Escola é uma necessidade premente. Na Categoria 2, relativa às fragilidades apontadas nas falas, foram representativas desta carência:

"A criança precisa de mais orientação para aprender a escovar os dentes" (P1a);

"Até agora não observei fragilidade" (P2a);

"Não há fragilidades" (P3a);

"Aumentar a frequência e melhorar a comunicação com os pais" (P4a);

"A demora em iniciar as ações, pensei até que não iam iniciar este ano" (P5a);

"Faltou a criança manter a disciplina de escovação" P6a);

"A falta de um dentista diariamente na escola" (P7a)

"No meu ponto de vista é o acompanhamento, porque só é feito uma vez" (P8a);

"Baixa frequência das ações educativas" (P9a).

Na Categoria 3 relacionadas às sugestões para melhoria das ações obteve- se as seguintes expressões:

"Aumentar a frequência das ações" (P1a);

"Nenhuma" (P2a) e (P3a);

"Poderia aumentar a frequência, já que a maioria não tem muita condição e a comunicação, pois ano passado teve um projeto e eu não fiquei sabendo" (P4a);

"Nenhuma proposta" (P5a);

"Doação de Kit de pasta e escova" (P6a);

"Mais especialistas na área" (P7a);

"Se tivesse uma clínica odontológica que as crianças pudessem ter o tratamento dentário gratuito e facilitado" (P8a);

"Necessário mais ações como estas" (P9a).

A análise do conteúdo expresso na categoria 2 demonstra que está em sincronia com o que foi expresso na categoria 3. O projeto precisaria aumentar a frequência das ações para que os resultados esperados fossem alcançados, pois a comunidade escolar se ressente da falta da assistência odontológica. Foi também proposta a melhoria da comunicação com os pais/responsáveis. Essa percepção dos pais/responsáveis está de acordo com o que aponta a literatura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

As ações de prevenção de doenças e promoção da saúde podem ser operacionalizadas em qualquer nível de atenção, podendo também ser executadas em contextos intersetoriais como escolas, trabalho e comunidade. Contudo, a APS/ESF é reconhecida como o nível com maior capacidade para realização dessas ações por estar mais próxima das comunidades, sendo, portanto, uma estratégia central e equitativa em saúde entre populações em vulnerabilidade social (TASCA R et al., 2020; NÓBREGA SM et al., 2021).

CONCLUSÃO

Conclui-se que as condições iniciais de saúde bucal dos escolares eram precárias e que, no período avaliado, as ações educativas não produziram melhora estatisticamente significativa do IHO-S na análise global, embora tenham favorecido a motivação dos estudantes e evidenciado dificuldades técnicas na escovação. Os achados também demonstram a importância do envolvimento dos pais/responsáveis e a necessidade de maior aproximação entre a atenção primária à saúde e a escola, com implementação de ações educativas contínuas e incorporação da higiene oral na rotina escolar. Dessa forma, os resultados

reforçam que a promoção da saúde bucal no ambiente escolar deve ser compreendida como processo contínuo, intersetorial e longitudinal, e não apenas como ação educativa isolada. A articulação entre escola, família e equipe de saúde bucal da Atenção Primária pode contribuir para maior efetividade das práticas preventivas, para a consolidação de hábitos saudáveis desde a infância e para a redução das desigualdades de acesso ao cuidado odontológico, especialmente em comunidades socialmente vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. ALVES NE, et al. Programas de saúde bucal para os escolares: uma revisão integrativa. Revista de Saúde Coletiva da UEFS. 2023;13(1):e7722.
2. ALZAHRANI AY, et al. The influence of parental oral health literacy on children's oral health: a scoping review. J Clin Pediatr Dent. 2024;48(4):16-25.
3. AMARAL RC do, et al. A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas - Pará, Brasil. Revista Brasileira de Odontologia. 2017;74(1):18.
4. ANTUNES JLF, NARVAI PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Revista de Saúde Pública. 2010;44(2):360-365. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000002.
5. BATISTA TRM, et al. Fisiopatologia da cárie dentária: entendendo o processo carioso. Salusvita. 2020;(1):169-187.
6. BRAMANTORO T, et al. Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: a systematic review. PLoS ONE. 2021;16(8):e0256007.
7. BRASIL. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2018; 354p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2024.
9. COCHRAN WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons, 1977; 345p.
10. ELSADEK YE, et al. A systematic review of school-based student peer-led oral health interventions to promote the oral health of school children. BMC Oral Health. 2023;23(1):742.
11. FASOULAS A, et al. Detection of dental plaque with disclosing agents in the context of preventive oral hygiene training programs. Heliyon. 2019;5(7).
12. FERREIRA RC, et al. Indicadores para monitoramento dos serviços de saúde bucal na atenção primária: validação de conteúdo e mensurabilidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2025;30(2):e088702023.
13. FREIRE DEWG, et al. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021;30(3):e2020444.
14. GRAY-BURROWS KA, et al. Supervised toothbrushing programmes: understanding barriers and facilitators to implementation. Community Dent Oral Epidemiol. 2025;53(3):256-264.
15. GREENE JC, VERMILLION JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc. 1964;68:7-13.
16. MENDONÇA FF, et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. Saúde em Debate. 2023;47(137):13-30.
17. NÓBREGA SM, et al. Percepções e desafios de profissionais na execução do Programa Saúde na Escola. Sanare. 2021;20(1):44-52.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Genebra: OMS; 2022.
19. PEREIRA MD, et al. Ações intersetoriais entre a saúde e a educação: apontamentos para o Programa Saúde na Escola. Physis. 2021;31(2):e310224.
20. PUCCA JUNIOR GA, et al. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2020;14(1):29-43.
21. SILVA IL, VERA SAA. Escovação supervisionada em crianças. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2024;6(7):2986-2999.
22. SOUZA JGMV. Avaliação de higiene bucal de crianças atendidas na clínica odontológica da Universidade Paranaense, campus Cascavel-PR, Brasil. Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar. 2016;20(1):15-24.
23. SOUZA RS, et al. Dental health education: a literature review. Revista Odonto Ciência. 2014;29(1):18-26.
24. TASCA R, et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2020;44:e1.
25. VALLE PRD, Ferreira JL. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. Educação em Revista. 2025;41:e49377.
26. VENERI F, et al. Fluoride and caries prevention: a scoping review of public health policies. Ann Ig. 2024;36(3):270-280.