

Liliana Isabel Pires dos Santos

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a)
seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Liliana Isabel Pires dos Santos

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a)
seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Liliana Isabel Pires dos Santos

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a)
seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Trabalho apresentado à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária

Porto, 2012

Resumo

Os hábitos inerentes à saúde oral devem ser desenvolvidos desde a infância pois as consequências da sua deterioração afetam, não só o estado físico como o estado psicológico e social. As crianças podem ser consideradas como modeladores de comportamentos de uma forma ativa, pela cobrança de comportamentos, e de uma forma passiva, através da necessidade que os adultos têm em melhorar os seus comportamentos de forma a fornecer melhores exemplos aos seus descendentes.

Com o presente estudo pretende-se avaliar o impacto de sessões de educação para a saúde oral em crianças do 1º ciclo, no(a) seu(sua) encarregado(a) de educação, no concelho de Estarreja, incluindo nos seus objetivos a caracterização da amostra, a avaliação da existência de alterações dos comportamentos em estudo, a avaliação da existência de relação entre a modificação dos comportamentos dos encarregados de educação e o que estes relatam sobre os seus educandos e a avaliação da relação entre algumas variáveis em estudo com os dados sociodemográficos recolhidos.

Foi desenvolvido um estudo observacional prospetivo do tipo coorte aplicado nos encarregados de educação das crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico do concelho de Estarreja.

A amostra final para o estudo era constituída por 66 indivíduos no grupo controlo (92,4% do género feminino e 7,6% do género masculino) com idades entre os 27 anos e os 67 anos de idade, e 109 indivíduos no grupo teste (89,9% do género feminino e 10,1% do género masculino) com idades entre os 24 anos e os 57 anos de idade.

Foram aplicados, de forma anónima, dois questionários (um pré-teste e outro pós-teste) utilizando os educandos dos encarregados de educação como meio de comunicação, com autorização escrita prévia.

Para realizar a análise estatística foi utilizado Microsoft Office Excel[®] e IBM[®] SPSS[®] Statistics vs. 20.0, tendo sido calculadas medidas estatísticas e testes não paramétricos ($\alpha=0,05$).

Foram observadas melhorias de comportamentos no grupo controlo quanto ao “momento(s) do dia em que realiza a escovagem” (de 16,1% para 37,5%) e no grupo teste no que respeita à “quantidade de pasta” (de 14,3% para 24,5%) no que respeita ao que os encarregados de educação relatam sobre si próprios. Foram observadas melhorias de comportamentos no grupo teste no que respeita à “quantidade de pasta” (de 18,8% para 32,4%) pelo que os encarregados de educação relatam sobre os seus educandos.

Os encarregados de educação relatam que os seus educandos e eles próprios vão, maioritariamente, com uma regularidade anual ao MD (grupo controlo: 39,7% e 58,9%, respetivamente; grupo teste: 48,4% e 47,1%, respetivamente) ou semestral (grupo controlo: 22,4% e 10,7%, respetivamente; grupo teste: 23,2% e 25%, respetivamente).

Verificou-se uma associação entre respostas dadas relativamente aos seus educandos e sobre os próprios, no grupo teste, no que se refere aos comportamentos incorretos na questão “o que utiliza” e na “quantidade de pasta” (no pós-teste) e quanto aos comportamentos corretos na questão “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” (nos dois momentos).

Existem menos alterações de comportamentos associadas ao género masculino e a idades superiores aos 51 anos.

Concluiu-se que aproximadamente 90% dos encarregados de educação são do género feminino nos dois grupos; ocorreram melhorias dos comportamentos nos dois grupos mas eram mais estatisticamente significativas no grupo teste observando-se um impacto positivo aquando da aplicação de sessões de educação para a saúde oral nos educandos dos indivíduos em estudo, como era esperado; e os indivíduos do género masculino e com idade superiores a 51 anos estão menos propensos a mudanças de comportamentos.

Para aumentar a participação dos encarregados de educação o preenchimento dos questionários deveriam ser presenciais, para aumentar a melhoria de comportamentos, as sessões de educação para a saúde oral deveriam ser realizadas com maior frequência, em grupos mais pequenos e englobar não só os educandos mas também os encarregados de educação (como momento de esclarecimento da informação transmitida aos

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

educandos) e para além de utilizar folhetos e pósteres, utilizar jogos didáticos alusivos ao tema.

Palavras-chave: alterações de comportamentos, crianças influenciam os pais, higiene oral, prevenção e promoção da saúde oral.

Abstract

The oral health habits should be developed since childhood because its deterioration affects not only the physical but also psychological and social aspects. Children can be considered as models for behavior on active and passive ways. The active way implies the levy of behaviors. The passive due to the need of their guardians have to improve their own behavior in order to provide a better example to their descendants.

The present study aims to assess the impact of education sessions for oral health in children in the elementary in his (her) education guardians, in Estarreja. The objectives are: to describe the studied groups, to assess changes in behavior, to evaluate the existence of a relationship between the change of guardian behaviors and what they report about their children and to evaluate the relationship between some variables in study and socio-demographic variables.

An observational prospective cohort was conducted in guardians of children attending the elementary in Estarreja.

The total sample for the study consisted of 66 guardians in the control group (92.4% females and 7.6% males) aged between 27 and 67 years old, and 109 guardians in the test group (89.9% female and 10.1% males) aged between 24 and 57 years old.

Participants (guardians) were asked to answer, anonymously, two questionnaires (one pre-test and one post-test) using the children as means of communication, with prior written consent.

In order to perform statistical analysis, Microsoft Office Excel[®] and IBM[®] SPSS[®] Statistics vs. 20.0 software programs were used to perform descriptive statistic analyses and evaluate differences among groups by nonparametric tests ($\alpha=0.05$).

There was a behavioral improvement in the control group on the "time of the day that performs tooth brushing" (from 16.1% to 37.5%) and in the test group on the "amount of toothpaste" (from 14.3% to 24.5%) regarding what guardians reported about

themselves. There was an improvement of behaviors in the test group regarding the "amount of toothpaste" (from 18.8% to 32.4%) that guardians reported about their children.

The guardians reported that their children and themselves visit once a year their dentist (control group: 39.7% and 58.9%, respectively; test group: 48.4% and 47.1%, respectively) or twice a year (control group: 22.4% and 10.7%, respectively; test group: 23.2% and 25%, respectively).

There was an association between responses given about their children and guardians, in the test group, in the case of incorrect behavior evaluated by the questions "what do you use" and "amount of toothpaste" (post-test); as well as in the correct behaviors evaluated by the question "eating foods rich in carbohydrates for rapid absorption" (pre-test and post-test).

It was observed a smaller change on behavior among males and 51 year-old or older different of the global answers.

It was concluded that nearly 90% of guardians are women in both groups; improvements behaviors occurred in both groups but were more statistically significant in the test group observing a positive impact upon the application of education sessions for oral health on study guardians children's, as expected, and male guardians and aged greater than 51 years are less likely to change their own behavior.

The participation of guardians in the questionnaires could increase if conducted in presence of the interviewer. In order to improve changes of oral health behaviors the educational sessions should be conducted more often, in smaller groups and including children and their guardians simultaneously (allowing time for clarification of information conveyed to children) and in addition, the use of flyers and posters, educational games related with the theme will have benefit.

Keywords: behavior changes, children influence guardians, oral hygiene, prevention and oral health promotion.

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Dedico aos meus pais e irmã por todo o apoio e
compreensão ao longo do meu trajeto académico.

"Há três métodos para ganhar sabedoria:
Primeiro, por reflexão, que é o mais nobre;
Segundo, por imitação, que é o mais fácil; e
Terceiro, por experiência, que é o mais amargo."

Confúcio

Agradecimentos

Aos meus pais, Margarida e Adérito, e minha irmã, Ana Margarida, por todas as palavras sábias, princípios e valores que me transmitiram ao longo do percurso académico e da vida em geral, assim como pelo financiamento do presente estudo, aos meus amigos por me apoiarem sempre e aos meus colegas de curso, por serem companheiros nesta aventura.

Ao Exmo. Sr. Professor Mestre José Frias Bulhosa, meu orientador, por toda a ajuda prestada na elaboração deste trabalho.

Ao Exma. Sra. Professora Doutora Conceição Manso, minha coorientadora, por toda a paciência demonstrada durante o desenvolvimento da análise estatística.

Ao Exma. Sra. Professora Doutora Sandra Gavinha, diretora clínica da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da FCS-UFP, por toda a disponibilidade dispensada ao longo do desenvolvimento deste estudo.

Ao Exmo. Sr. Professor Doutor Luís Martins, Diretor da FCS-UFP, pelos consumíveis fornecidos e o empréstimo do DataShow utilizados no desenvolvimento deste estudo.

A todos os docentes que fizeram parte do meu desenvolvimento enquanto pessoa e futura Médica Dentista, principalmente os de Medicina Dentária Preventiva, por terem feito crescer em mim a vontade de saber mais sobre esta área da Medicina Dentária.

Aos DIM's Paulo Vicente da A. Menarini Portugal – Farmacêutica SA, Vasco Gil e Iva Buinheira da AtralCipan, António Gameiro e Francisco Rebocho da Distrifarma e Ana Castro da Abbott Laboratórios, Lda., pelos consumíveis (espátulas de madeira), brindes (balões e diplomas de bom comportamento) e instrumentos (raspadores linguais, escovilhões dentário, palitos dentários, colutório, fio dentário, pastas dentífricas e escova dentária) utilizados na higienização oral utilizados na demonstrações efetuadas durante a sessão de educação para a saúde oral.

Siglas e Abreviaturas

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
ADA	American Dental Association
cm	Centímetros
cpod	Índice de classificação em cariados, perdidos e obturados por dente
CS	Centro de Saúde
DGIDC	Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
DGS	Direção Geral da Saúde
DIM	Delegado de Informação Médica
DP	Desvio padrão
EB 1	Escola Básica do 1º Ciclo
FCS-UFP	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa
FMDUP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISS	Instituto da Segurança Social
MCD	Meios Complementares de Diagnóstico
MD	Médico Dentista
ml	Mililitros
OMS	Organização Mundial da Saúde
p	Valor de prova
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
ppm	Partes por milhão
Q1	Primeiro quartil
Q3	Terceiro quartil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UF	Unidade Funcional
UFP	Universidade Fernando Pessoa
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
WHO	World Health Organization

Índices

Índice Geral

	pp.
Resumo	v
Abstract	viii
Siglas e Abreviaturas	xiii
Índices	xiv
Índice Geral	xiv
Índice de Figuras	xvii
Índice de Tabelas	xviii
I. Introdução	1
II. Desenvolvimento	3
II.1. Fase Conceptual	3
II.1.1. Prevenção e Promoção da Saúde Oral	3
II.1.1.1. Sessões de Educação para a Saúde Oral	6
II.1.1.2. Hábitos Alimentares	6
II.1.1.3. Origem da Cárie	7
II.1.1.4. Higiene Oral	9
II.1.1.4.1. Instrumentos	9
II.1.1.4.1.1. Escova Dentária, Pasta Dentífrica e Raspadores	10
Linguais	
II.1.1.4.1.2. Fio/Fita Dentário(a) e Escovilhão Dentário	12
II.1.1.4.1.3. Colutórios Fluoretados	13
II.1.1.5. Visitas ao MD	14
II.1.1.6. Cheque Dentista	15
II.1.2. Conhecimentos sobre Higiene Oral	17
II.1.3. Influência dos Encarregados de Educação nos Comportamentos das Crianças e Vice-Versa	17
II.2. Fase Metodológica	19
II.2.1. Tipologia de Estudo	19
II.2.2. População Alvo	19

II.2.3. Amostra	20
II.2.4. Tipo de Amostragem	21
II.2.5. Locais de Colheita de Dados	21
II.2.6. Critérios de Inclusão	22
II.2.7. Critérios de Exclusão	22
II.2.8. Plano Operacional	22
II.2.9. Autorizações	23
II.2.10. Recursos	23
II.2.10.1. Materiais	23
II.2.10.2. Humanos	24
II.2.10.3. Financeiros	24
II.2.11. Recolha de Informação	25
II.2.11.1. Métodos	25
II.2.11.1.1. Questionário	25
II.2.11.1.2. Variáveis do Estudo	26
II.2.11.1.3. Codificação	27
II.2.12. Metodologia da Análise Estatística	29
II.3. Resultados	30
II.3.1. Caracterização da Amostra	30
II.3.2. Caracterização do Questionário	36
II.3.2.1. Primeira Parte	36
II.3.2.2. Segunda Parte	43
II.3.2.3. Primeira Parte vs. Segunda Parte	49
II.3.3. Relação entre Variáveis	50
II.4. Discussão dos Resultados	53
III. Conclusão	60
Bibliografia	62
Apêndices	69
Apêndice I - “Comissão de Ética”	70
Apêndice II - “Documentos Enviados às Escolas”	72
Apêndice III - “Pedido ao Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde”	85
Apêndice IV - “Autorização dos Encarregados de Educação”	87

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Apêndice V - “Questionário – Pré-teste”	90
Apêndice VI - “Questionário – Pós-teste”	97
Apêndice VII - “Planificação da Recolha de Dados e da Sessão”	103
Apêndice VIII - “Sessão de Educação para a Saúde Oral – Dentinhos Malandros”	110
Apêndice IX - “Folheto – Como Cuidar da Minha Boca”	121
Apêndice X - “Póster – Cárie Dentária”	124
Apêndice XI - “Póster – Lavar os Dentes”	126
Apêndice XII - “Tabelas”	128

Índice de Figuras

	pp.
Figura 1 - Mapa do Concelho de Estarreja com limitação das freguesias.	19

Índice de Tabelas

	pp.
Tabela 1 - Tabela de frequências da devolução das autorizações.	30
Tabela 2 - Tabela de frequências da aceitação da autorização.	30
Tabela 3 - Tabela de frequências da validação dos questionários.	31
Tabela 4 - Tabela de frequências da escola que os educandos frequentam.	31
Tabela 5 - Distribuição do que é utilizado pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	31
Tabela 6 - Tabela de frequências do género dos educandos.	32
Tabela 7 - Tabela de frequências da idade dos educandos.	32
Tabela 8 - Tabela de frequências do género dos encarregados de educação.	33
Tabela 9 - Tabela de frequências da idade dos encarregados de educação.	33
Tabela 10 - Tabela de frequências da escolaridade dos encarregados de educação.	34
Tabela 11 - Tabela de frequências da situação profissional dos encarregados de educação.	34
Tabela 12 - Tabela de frequências da profissão dos encarregados de educação.	35
Tabela 13 - Tabela de frequências do número de escovagens diárias realizadas pelos encarregados de educação.	36
Tabela 14 - Tabela de frequências do(s) momento(s) do dia em que os encarregados de educação realizam a sua higiene oral.	37
Tabela 15 - Tabela de frequências do tempo de escovagem dispensados pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	37
Tabela 16 - Tabela de frequências do que é utilizado pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	37
Tabela 17 - Tabela de frequências dos movimentos utilizados na escovagem dentária pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	38
Tabela 18 - Tabela de frequências do tipo de pasta dentífrica utilizada pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	38
Tabela 19 - Tabela de frequências da quantidade de pasta dentífrica utilizada pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	39

Tabela 20 - Tabela de frequências da frequência semanal da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida dos encarregados de educação.	39
Tabela 21 - Tabela de frequências dos conhecimentos dos encarregados de educação relativamente à origem da cárie dentária.	40
Tabela 22 - Tabela de frequências da existência de visitas ao MD por parte dos encarregados de educação.	40
Tabela 23 - Tabela de frequências da idade da primeira visita ao MD por parte dos encarregados de educação.	40
Tabela 24 - Tabela de frequências do motivo da primeira visita ao MD por parte dos encarregados de educação.	41
Tabela 25 - Tabela de frequências da regularidade das visitas ao MD por parte dos encarregados de educação.	41
Tabela 26 - Tabela de frequências da existência de visitas ao MD, nos últimos meses, por parte dos encarregados de educação.	42
Tabela 27 - Tabela de frequências do motivo da visita ao MD, nos últimos meses, por parte dos encarregados de educação.	42
Tabela 28 - Tabela de frequências da atribuição de cheque dentista aos encarregados de educação.	42
Tabela 29 - Tabela de frequências do número de escovagens diárias que os encarregados de educação pensam que os seus educandos realizam.	43
Tabela 30 - Tabela de frequências do(s) momento(s) do dia que os encarregados de educação pensam que os seus educandos realizam a sua higiene oral.	43
Tabela 31 - Tabela de frequências do tempo de escovagem que os encarregados de educação pensam que os seus educandos dispensam na sua higiene oral.	44
Tabela 32 - Tabela de frequências do que os encarregados de educação pensam que os seus educandos utilizam na sua higiene oral.	44
Tabela 33 - Tabela de frequências dos movimentos utilizados na escovagem dentária que os encarregados de educação pensam que os seus educandos utilizam na sua higiene oral.	44

Tabela 34 - Tabela de frequências do tipo de pasta dentífrica que os encarregados de educação pensam que os seus educandos utilizam na sua higiene oral. 45

Tabela 35 - Tabela de frequências da quantidade de pasta dentífrica que os encarregados de educação pensam que os seus educandos utilizam na sua higiene oral. 45

Tabela 36 - Tabela de frequências da frequência semanal da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida que os encarregados de educação pensam que os seus educandos consomem. 46

Tabela 37 - Tabela de frequências da existência de visitas ao MD que os encarregados de educação indicam que os seus educandos realizam. 46

Tabela 38 - Tabela de frequências da idade da primeira visita ao médico que os encarregados de educação indicam que os seus educandos apresentavam. 47

Tabela 39 - Tabela de frequências do motivo da primeira visita ao MD que os encarregados de educação indicam que os seus educandos apresentavam. 47

Tabela 40 - Tabela de frequências da regularidade das visitas ao MD que os encarregados de educação indicam que os seus educandos apresentam. 48

Tabela 41 - Tabela de frequências da existência de visitas ao MD, nos últimos meses, por parte dos educandos, indicado pelos encarregados de educação. 48

Tabela 42 - Tabela de frequências do motivo da visita ao MD, nos últimos meses, por parte dos educandos, indicado pelos encarregados de educação. 49

Tabela 43 - Tabela de frequências da atribuição de cheque dentista às crianças indicado pelos encarregados de educação. 49

APÊNDICE 12 - “Tabelas” 128

Tabela 1a - Tabela de frequências da idade dos encarregados de educação. 129

Tabela 2a - Distribuição do número de escovagens diárias realizadas pelos encarregados de educação. 129

Tabela 3a - Distribuição do(s) momento(s) do dia em que os encarregados de educação realizam a sua higiene oral. 130

Tabela 4a - Distribuição do tempo de escovagem dispensado pelos encarregados de educação na sua higiene oral. 130

Tabela 5a - Distribuição do que é utilizado pelos encarregados de educação na sua higiene oral. 131

Tabela 6a - Distribuição dos movimentos utilizados pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	131
Tabela 7a - Distribuição do tipo de pasta dentífrica utilizada pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	131
Tabela 8a - Distribuição da quantidade de pasta dentífrica utilizada pelos encarregados de educação na sua higiene oral.	132
Tabela 9a - Distribuição da frequência semanal da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida dos encarregados de educação.	132
Tabela 10a - Distribuição dos conhecimentos dos encarregados de educação relativamente à origem da cárie dentária.	132
Tabela 11a - Valores de prova (p) do teste McNemar para as questões referentes aos encarregados de educação.	133
Tabela 12a - Tabela de frequências da idade da primeira visita ao MD por parte dos encarregados de educação.	133
Tabela 13a - Distribuição do número de escovagens diárias que os encarregados de educação pensam que as suas crianças realizam.	134
Tabela 14a - Distribuição do(s) momento(s) do dia que os encarregados de educação pensam que as suas crianças realizam a sua higiene oral.	134
Tabela 15a - Distribuição do tempo de escovagem que os encarregados de educação pensam que as suas crianças dispensam na sua higiene oral.	135
Tabela 16a - Distribuição do que os encarregados de educação pensam que as suas crianças utilizam na sua higiene oral.	135
Tabela 17a - Distribuição dos movimentos que os encarregados de educação pensam que as suas crianças utilizam na sua higiene oral.	135
Tabela 18a - Distribuição do tipo de pasta dentífrica que os encarregados de educação pensam que as suas crianças utilizam na sua higiene oral.	136
Tabela 19a - Distribuição da quantidade de pasta dentífrica que os encarregados de educação pensam que as suas crianças utilizam na sua higiene oral.	136
Tabela 20a - Distribuição da frequência semanal da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida que os encarregados de educação pensam que as suas crianças consomem.	136

Tabela 21a - Valor de prova (p) do teste McNemar para as questões referentes às crianças indicadas pelos encarregados de educação.	136
Tabela 22a - Valores de prova (p) do teste Cochran para as questões que permitem o estudo de alterações de comportamentos.	137
Tabela 23a - Valores de prova (p) do teste McNemar para as questões “o que utiliza”, “quantidade de pasta” e “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida”.	137
Tabela 24a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para número escovagens diárias versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	138
Tabela 25a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para momento(s) do dia em que realiza a escovagem versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	139
Tabela 26a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para tempo de escovagem versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	140
Tabela 27a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para o que utiliza na escovagem versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	141
Tabela 28a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para movimentos utilizados na escovagem dentária versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	142
Tabela 29a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para tipo de pasta versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	143
Tabela 30a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para quantidade de pasta versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	144
Tabela 31a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida vs. Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	145
Tabela 32a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para origem da cárie versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.	146

I. Introdução

Os cuidados com a saúde oral que cada indivíduo desenvolve ao nível dos hábitos de higiene oral, hábitos alimentares, visitas ao MD e o cheque dentista, devem ser desenvolvidos desde a infância para que se tornem adultos conscientes da importância da saúde oral no seu quotidiano, quer a nível da cavidade oral, quer a nível do bem-estar físico geral, psicológico e social.

“(…) a prevenção é a maneira mais econômica e eficaz de se evitar o aparecimento e desenvolvimento dessas doenças.” [patologias orais]

Dinelli, 2000 *cit. in* Santos, 2003

Desta forma, o MD deve ter em mente, quando lida com crianças, a importância das mudanças de comportamentos das mesmas e a possível influência nos comportamentos do seu núcleo familiar, na família alargada e até mesmo na comunidade em que se insere.

“(…) o trabalho educativo com crianças na fase escolar é mais produtivo, pois, estas são mais receptivas, aprendem mais rapidamente, facilitando o ensino de hábitos adequados, principalmente aqueles relacionados a saúde bucal.”

Lang, 1989 *cit. in* Santos, 2003

O objetivo deste trabalho é apresentar, com recurso a um estudo de coorte, a possibilidade de as crianças serem modeladores de comportamentos na sua família, na área da prevenção de patologias orais e promoção da saúde oral.

Tendo como formação académica anterior a licenciatura em enfermagem, sempre foi do meu interesse a prevenção primária direcionada a todas as áreas da saúde. Após alguma pesquisa, a possibilidade das crianças serem modeladores de comportamento despertou-me interesse para a sua verificação ou não, pelo que foi desenvolvida esta problemática para a realização da dissertação de final de curso para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada nas bases de dados “PubMed”, “SciELO”, “LILACS”, “B-On”, e ainda nos portais da “Science Direct”, “Univadis”, “Google Académico”, “Google Livros”, “DGS”, “ADA”, “AAPD”, “WHO”, “Sciverse Hub” e nas bibliotecas da UFP e FMDUP, utilizando as palavras-chave “dental caries”, “effectiveness”, “behaviour”, “brushing teeth”, “oral promotion”, “oral health education”, “educative intervention”, “oral health”, “knowledge”, “dental education” e “children influence on parents” e “cheque dentista”, resultando na recolha de artigos e outras referências bibliográficas em Português, Inglês e Espanhol publicadas entre 1992 e 2012. Apesar dos limites temporais aplicados, durante o desenvolvimento do trabalho, foram sendo necessárias informações extra as quais foram pesquisadas nos mesmos motores de busca.

Este estudo foi desenvolvido no concelho de Estarreja no ano letivo de 2011/2012, com o intuito de avaliar o “Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja”. Os objetivos do estudo incluíam a caracterização da amostra, a avaliação da existência de alterações dos comportamentos em estudo, a avaliação da existência de relação entre a modificação dos comportamentos dos encarregados de educação e o que estes relatam sobre os seus educandos e a avaliação da relação entre algumas variáveis em estudo com os dados sociodemográficos recolhidos.

Para a realização destas observações a amostra foi dividida em dois grupos, grupo controlo e grupo teste, para verificar se as alterações que poderiam ser observadas se deveriam à sessão de educação para a saúde oral ou se poderia dever-se a variáveis externas. Foi aplicado um questionário pré-teste, depois apresentada a sessão ao grupo teste e alguns meses depois aplicado um novo questionário aos dois grupos de encarregados de educação (questionário pós-teste).

Com este estudo pretende-se verificar a importância das crianças como modeladores de comportamento.

II. Desenvolvimento

II.1. Fase Conceptual

II.1.1. Prevenção e Promoção da Saúde Oral

“Health Promotion is the art and science of helping people discover the synergies between their core passions and optimal health, enhancing their motivation to strive for optimal health, and supporting them in changing their lifestyle to move toward a state of optimal health. Optimal health is a dynamic balance of physical, emotional, social, spiritual, and intellectual health. Lifestyle change can be facilitated through a combination of learning experiences that enhance awareness, increase motivation, and build skills and, most important, through the creation of opportunities that open access to environments that make positive health practices the easiest choice.”

O'Donnell, 2009

De acordo com Fejerskov (2004) *cit. in* DGS (2011), encontra-se implícito na nomenclatura de “promoção de saúde oral” a capacidade de entender o impacto da saúde oral nos indivíduos assim como nas sociedades, mas é fundamental demonstrar que a promoção da saúde oral traz benefícios para todos.

A saúde oral é parte integrante e fundamental da saúde geral, bem-estar e qualidade de vida, pois influencia a fala, a capacidade de comer assim como a capacidade de socializar, podendo, quando afetada, provocar algia, desconforto e até mesmo embaraço. Sendo este impacto subtil mas real, podendo ser considerada uma epidemia silenciosa (DGS, 2011).

Os objetivos da prevenção e promoção da saúde oral visam auxiliar cada indivíduo a aprender, apreender e aceitar a responsabilidade diária do autocuidado assim como da prevenção de doenças orais (Wilkins, 2005).

Segundo Ramos-Gomes (2002), durante muito tempo os programas de prevenção e promoção da saúde oral só eram desenvolvidos após a deteção da cárie dentária, mas

não nos podemos esquecer que já pode estar a desenvolver-se a doença cárie dentária muito antes de esta ser visível no exame clínico.

“Portugal, nos últimos 20 anos, tem desenvolvido programas de promoção da saúde e de prevenção das doenças orais assentes em estratégias universais (para toda a população), seletivas (para grupos risco) e indicadas (para os que têm doença) (...)”

DGS, 2008b

Segundo a AAPD (2010/2011) a promoção da saúde oral deve ser uma componente integrante dos cuidados pré-natais assim como nos cuidados prestados às crianças.

Na promoção e prevenção em saúde assim como na intervenção precoce, devem ser incentivados comportamentos proactivos, de forma a maximizar os ganhos de saúde em toda a comunidade (DGS, 2011), mas também deve ser incentivada a interação de forma didática entre palestrante e palestrando no decorrer das sessões de educação para a saúde oral, para que a motivação para a modificação de comportamentos seja mais efetiva.

A saúde oral pode ser integrada nas escolas, não só em sessões de educação para a saúde isoladas mas também nos seus programas educativos, como por exemplo no gabinete de psicologia (identificar problemas relacionados com a aparência dentária e autoestima), nas políticas de alimentação adequada e ambiente escolar saudável (campanhas para incentivar uma alimentação saudável e criação de locais para escovagem dentária) e inclusão do tema da saúde oral nas unidades curriculares, como por exemplo no estudo do meio e educação física (DGS, 2011).

Segundo o que foi publicado em DGS (2005), em Portugal foi desenvolvido o PNPSO com o objetivo de atuar ao longo do ciclo de vida dos indivíduos quer com diretrizes para serem aplicadas na habitação dos indivíduos, quer nos estabelecimentos de ensino, nomeadamente:

- ⇒ Durante a gravidez, quando a mulher está a cuidar da sua saúde, está inerentemente a cuidar da saúde do seu filho em desenvolvimento, daí ser importante contemplar os cuidados de saúde oral na programação de uma gravidez;
- ⇒ Os cuidados de higiene oral devem ser iniciados com a erupção do primeiro dente, sendo realizada com uma gaze, dedeira ou escova macia adequada para a idade da criança. Pode ser utilizada uma pasta dentífrica fluoretada, em quantidades reduzidas, até aos 3 anos de idade;
- ⇒ Entre os 3 e os 6 anos de idade, as crianças devem efetuar pelo menos 2 escovagens dentárias por dia, sendo que uma delas deve ser obrigatoriamente antes de deitar, devendo ser supervisionadas por um adulto. A escova deve ser macia e de tamanho adequado, a pasta dentária deve ser fluoretada e a quantidade adequada corresponde ao tamanho da unha do dedo mindinho da criança ou de uma ervilha;
- ⇒ A partir dos 6 anos de idade a frequência da escovagem dentária, o tipo de pasta dentária e a quantidade utilizada mantem-se a usada nas idades anteriores e a escova já pode ser macia ou média adequada à boca da criança;
- ⇒ Na adolescência os cuidados com a saúde oral são importantes pois encontram-se diretamente associados à estética, o que pode influenciar a capacidade de relacionamento com os outros;
- ⇒ É importante integrar nos projetos educativos dos estabelecimentos de ensino a educação para a saúde oral, incluindo 1 escovagem dentária nos jardins-de-infância;
- ⇒ No decorrer do 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico é importante que as mensagens de promoção da saúde que foram transmitidas às crianças no estabelecimento de ensino sejam coincidentes com as práticas dos mesmos, incluindo um bochecho quinzenal com uma solução fluoretada a 0,2% e a permissão de 1 escovagem dentária, sendo que esta deve ser monitorizada quanto à sua execução e efetividade;
- ⇒ A quando da presença de crianças e jovens com alto risco de cárie, estes devem ser submetidos a aplicação de selantes de fissuras e administração de suplementos de fluoreto de sódio (após os 3 anos de idade).

II.1.1.1. Sessões de Educação para a Saúde Oral

As sessões de educação para a saúde podem ser direcionadas para diversas áreas, sendo importantes para aumentar os conhecimentos dos indivíduos e podendo ser utilizadas como instrumentos motivadores levando a modificações de comportamento numa área específica.

As sessões de educação para a saúde podem ser desenvolvidas de duas formas distintas, em sala de aula com a turma toda reunida ou em pequenos grupos dentro de cada turma. Segundo Hawkins et al. (2000), as sessões efetuadas em pequenos grupos trazem mais benefícios para a modificação dos comportamentos do que as realizadas com a turma toda reunida, para a maioria das questões estudadas por ele, mas existiram duas questões em que as alterações de comportamentos foram similares, apesar de também existirem benefícios nas sessões com a turma toda reunida. Hawkins et al. (2000) também evidencia a importância da existência de múltiplas sessões para aumentar a eficácia destas.

Apesar de as sessões em grupos pequenos serem consideradas mais eficazes, estas são mais difíceis de implementar na tipologia do presente estudo devido à logística necessária.

Segundo Díaz et al. (2009), existem evidências científicas em como atividades com grupos grandes podem levar à melhoria de comportamentos, para tal deve-se recorrer a múltiplas sessões, com recurso não só a palestras mas também à construção de murais e envolver os visados em jogos didáticos e instrutivos.

II.1.1.2. Hábitos Alimentares

“Nutrition and oral health are closely interrelated.”

Nappo-Dattoma *cit. in* Wilkins, 2005

Esta relação é desenvolvida nos dois sentidos, pelo que só uma função mastigatória saudável e eficaz permite uma apropriada ingestão diatéctica de forma a manter um estado nutricional adequado e por outro lado uma alimentação correta fornece os nutrientes necessários para a manutenção da saúde dos tecidos e estruturas orais, assim como o desenvolvimento destas (como por exemplo dos dentes) (Nappo-Dattoma *cit. in* Wilkins, 2005).

Segundo Lima (2007), o Homem primitivo ingeria apenas alimentos naturais o que não permitia o desenvolvimento da cárie dentária, por apresentarem substâncias com ação anticariogénica e com ação mecânica durante a mastigação. Segundo este, os alimentos produzidos hoje em dia perdem essas capacidades devido à sua manipulação.

Uma má nutrição influencia o desenvolvimento de infeções, assim como aumenta a severidade das mesmas (Moynihan, 2004),

Segundo Nappo-Dattoma *cit. in* Wilkins (2005), as gorduras e os doces devem ser ingeridos com moderação: 2 a 3 porções de leite e derivados, assim como do grupo da carne, peixe e ovos, 3 a 5 porções de vegetais, 2 a 4 porções de fruta e 6 a 11 porções do grupo dos cereais e massa.

A distribuição destas porções deriva do facto de os alimentos cariogénicos estarem diretamente relacionados com a presença de hidratos de carbono, principalmente a sacarose (Lima, 2007), que é um dos fatores de risco da cárie dentária.

II.1.1.3. Origem da Cárie

“Nas últimas décadas, a cárie dentária tem diminuído significativamente, em especial na população infantil e juvenil portuguesa. Apesar desta evolução favorável, a cárie dentária tem uma elevada prevalência e constitui, ainda, um problema de saúde pública, com uma clara distribuição assimétrica, como os estudos exploradores tem revelado.”

DGS, 2008b

Segunda a OMS *cit. in* Resende (1999) a cárie dentária é "um processo patológico de origem externa, que sobrevém depois da erupção dos dentes e começa por um amolecimento dos tecidos duros originando a formação de uma cavidade".

As possíveis consequências da cárie dentária variam entre odontalgia, dificuldade mastigatória, abscesso dentário, perda de peças dentárias e podem até mesmo afetar órgãos à distância, tais como o coração, pulmões e globo ocular (Resende, 1999).

Apesar da crescente diminuição da cárie dentária, os fatores de risco associados às doenças orais coincidem com os associados com a maioria das doenças crónicas, isto é os estilos de vida (Sheiham, 2000, WHO, 2004 e Nicolau, 2003 *cit. in* DGS, 2008b), daí ser consensual considerar que as mudanças de comportamento requerem ações promoção e prevenção da saúde oral (Marmot 2005 *cit. in* DGS, 2008b).

São conhecidos os principais fatores que se encontram na origem da cárie dentária, existindo uma interação complexa entre eles (microrganismos, hábitos alimentares e suscetibilidade do hospedeiro) (Keyes, 1962 *cit. in* Lima, 2007), mais tarde Newbrum (1983) *cit. in* Lima (2007) inclui nesta tríade o tempo. Segundo Nappo-Dattoma *cit. in* Wilkins, (2005), a suscetibilidade do hospedeiro é constituída pela resistência das peças dentárias e pelas características da saliva. Para que o controlo destes fatores seja eficaz é necessário que exista remoção mecânica eficiente das bactérias e detritos alimentares das peças dentárias (escovagem dentária e utilização do fio dentário), diminuição da ingestão de alimentos cariogénicos e fortalecimento das peças dentárias (utilização de fluor e aplicação de selantes dentários) (Resende, 1999).

Existe, desde 2005 evidência científica da eficácia, na prevenção da cárie, da utilização de fluoretos através da administração tópica com uma concentração de 0,15% (WHO, 2003 *cit. in* DGS, 2008b).

II.1.1.4. Higiene Oral

“A higiene oral deve ser abordada no contexto da aquisição de comportamentos de higiene pessoal. As aprendizagens deverão relacionar os saberes com as vivências, dentro e fora da escola. A estrutura dos programas do ensino básico é suficientemente aberta e flexível (...). Deste modo, os conteúdos da saúde oral e da higiene oral podem ser associados ao desenvolvimento de hábitos de higiene pessoal e de vida saudável.”

DGS, 2005

No decorrer do leccionamento dos conteúdos programáticos das unidades curriculares do 1º ciclo do ensino básico são desenvolvidos conhecimentos na área da higiene pessoal, sendo abordada nesse momento a higiene oral, no entanto essa informação é fornecida como “matéria a estudar” e sem recurso a métodos mais didáticos/interativos, o que pode ser considerada uma estratégia menos motivadora para que ocorra modificação de comportamentos.

Segundo DGS (2005), no 1º ciclo do ensino básico é recomendado que se efetue uma das escovagens dentária no estabelecimento de ensino, sendo que esta deve ser orientada pelos professores, após terem tido formação, dada pela equipa de saúde escolar, sendo estimulada a autorresponsabilização da criança pela sua higiene oral, de manhã e à noite.

II.1.1.4.1. Instrumentos

Os instrumentos necessários para a realização de uma higiene oral eficaz e efetiva são:

- ⇒ Escova dentária;
- ⇒ Pasta dentífrica;
- ⇒ Raspador lingual
- ⇒ Fio/Fita dentário(a);
- ⇒ Escovilhão;
- ⇒ Colutórios fluoretados.

II.1.1.4.1.1. Escova Dentária, Pasta Dentífrica e Raspadores Linguais

“A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado constitui a principal medida de promoção da saúde oral sendo recomendado iniciá-la logo após a erupção do primeiro dente do bebé e executá-la, pelo menos, duas vezes por dia.”

DGS, 2008a

A escova dentária recomendada para que a escovagem dentária seja efetiva, deve apresentar um tamanho adequado para as dimensões da cavidade oral de quem a vai utilizar (por regra as embalagens indicam as idades a que se destinam), os filamentos devem ser de *nylon* apresentando extremidades arredondadas e textura macia (DGS, 2005), também devem estar adaptadas à destreza do indivíduo e disposição das peças dentárias no interior da cavidade oral (Tonya *cit. in* Wilkins, 2005). No momento em que se verifica o início da deformação dos filamentos, a escova dentária deve ser substituída, o que ocorre num período de 3 a 4 meses, caso seja efetuada uma utilização diária em dois momentos distintos do dia (DGS, 2005).

A pasta dentífrica recomendada é aquela que apresenta na constituição dosagem de 1000 a 1500 ppm de fluoretos. Até aos 6 anos de idade é recomendada a colocação da pasta dentária na escova dentária por um adulto, (DGS, 2005).

A quantidade necessária para cada escovagem dentária é a correspondente ao tamanho da unha do dedo mindinho da mão da criança ou de uma ervilha (Gonçalves, 2011), o também se aplica aos adultos.

A escovagem dentária é importante para que ocorra a remoção mecânica dos restos alimentares e bactérias das peças dentárias, sendo responsável pela manutenção da integridade destas assim como da saúde gengival e deve ser efetuada ao acordar após o pequeno-almoço e ao deitar, sempre que possível também deve ser feita após as refeições durante 2 a 3 minutos (Gonçalves, 2011 e DGS, 2005).

Os movimentos que se devem realizar durante a escovagem dentária manual, segundo Gonçalves (2011) e DGS (2005), são:

- ⇒ Inclinam a escova em direção à gengiva (cerca de 45°) e fazem pequenos movimentos vibratórios circulares, de modo a que os filamentos da escova limpem o sulco gengival;
- ⇒ Escovam 2 peças dentárias de cada vez (os correspondentes ao tamanho da cabeça da escova), fazendo aproximadamente 5 movimentos até aos 6 anos e 10 movimentos após esta idade nas superfícies dentárias abarcadas pela escova;
- ⇒ Começam a escovagem dentária pela superfície vestibular da peça dentária mais posterior de um dos maxilares e continuam a escovar até atingir a última peça dentária da extremidade oposta desse maxilar;
- ⇒ Com a mesma sequência, escovam as superfícies dentárias linguais ou palatinas;
- ⇒ Procedem do mesmo modo para fazer a escovagem dentária das peças dentárias do outro maxilar;
- ⇒ Escovam as superfícies oclusais das peças dentárias, com movimentos de vaivém e circulares;
- ⇒ Por fim podem escovar-se a língua com movimentos da região mais intraoral da mesma para a sua extremidade.

No final da escovagem dentária é aconselhado apenas remover o excesso de dentífrico cuspendo-o, no entanto pode ser necessário utilizar um pouco de água (DGS, 2005).

A escovagem da língua pode ser efetuada com o recurso aos filamentos da escova que são utilizados para a escovagem dentária das peças dentárias, a raspadores de linguais que vêm incorporadas em algumas escovas dentárias manuais ou até mesmo a raspadores linguais.

II.1.1.4.1.2. Fio/Fita Dentário(a) e Escovilhão Dentário

“A higienização dos espaços interdentários deve começar a ser feita por volta dos 9-10 anos, quando a criança começa a ter destreza manual para utilizar o fio dentário. A técnica deve ser claramente explicada e treinada.”

Diretiva Comunitária 2002/46/CE *cit. in* DGS, 2005

O fio/fita dentário(a) a utilizar devem ser encerados de forma a facilitar os movimentos (Gonçalves, 2011). Existem no mercado fio/fita dentário(a) simples ou com impregnação de fluoretos, de seda ou de *nylon* ou até podem possuir propriedade de expansão aquando do contacto com a saliva (Jahn e Wilkins *cit. in* Wilkins, 2005).

Os movimentos que se devem realizar durante a utilização do fio/fita dentário(a), segundo Gonçalves (2011) e DGS (2005), são:

- ⇒ Retirar cerca de 40 cm de fio (ou fita) do porta-fio;
- ⇒ Enrolar a quase totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão, deixando entre os dois dedos uma porção de fio, com aproximadamente 2,5 cm. É importante utilizar sempre fio limpo em cada espaço interdentário. Os polegares (no maxilar) e os indicadores (na mandíbula) ajudam a manuseá-lo;
- ⇒ Introduzir o fio, cuidadosamente, entre duas peças dentárias e curvá-lo à volta da peça dentária que se quer limpar, fazendo com que tome a forma de um “C”;
- ⇒ Executar movimentos curtos de vaivém na horizontal, desde o ponto de contacto entre as peças dentárias até ao sulco gengival, em cada uma das faces que delimitam o espaço interdentário;
- ⇒ Repetir este procedimento até que todos os espaços interdentários, de todas as peças dentárias, estejam devidamente limpos.

No caso das crianças, tem-se verificado uma melhoria do manuseamento do fio/fita dentário(a) quando se recorre a uma outra técnica, que consiste em dar um nó nas duas

pontas da porção de fio/fita dentário(a) selecionada em vez de enrolar as pontas nos dedos (Jahn e Wilkins *cit. in* Wilkins, 2005).

O fio/fita dentário(a) deve ser utilizado uma vez por dia, de preferência à noite antes de deitar, isto é na última higienização oral do dia (DGS, 2005) e regra geral é aconselhado que se realize antes da escovagem dentária (Jahn e Wilkins *cit. in* Wilkins, 2005).

Para a limpeza dos espaços interdentários pode ser necessário recorrer a um escovilhão dentário caso a dimensão do espaço seja grande. A sua utilização deve ser realizada fazendo movimentos de vaivém no interior do espaço interdentário. Os escovilhões dentários também são importantes na higienização dos aparelhos ortodônticos fixos (Gonçalves, 2011).

Para ser indicada a utilização de escovilhões dentários, tem que se ter em consideração que estes devem ser inseridos em espaços interdentários nos quais não seja necessário exercer uma força excessiva durante a sua introdução (Jahn e Wilkins *cit. in* Wilkins, 2005).

II.1.1.4.1.3. Colutórios Fluoretados

“Todas as crianças e jovens, que frequentam as escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico devem fazer o bochecho quinzenal com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2%.”

Davies, 2002 *cit. in* DGS, 2005

Os fluoretos, quando utilizados diariamente, auxiliam na prevenção da cárie dentária (AAPD, 2011a), os seus principais mecanismos de atuação são a inibição do metabolismo bacteriano, inibição da desmineralização e facilitação da remineralização dos cristais de hidroxiapatite (Featherstone, 2000).

Existem estudos que indicam que nas comunidades em que existe água fluoretada, a prevalência de cárie dentária decai mais de 50% (AAPD, 2011a).

Apesar das vantagens comprovadas dos fluoretos, existe uma contrapartida denominada fluorose dentária, que advém da ingestão/administração excessiva de fluoretos durante períodos de tempo prolongados em determinados momentos do ciclo de vida dos indivíduos (período de tempo em que as coroas dentárias se encontram em desenvolvimento) (AAPD, 2011a).

Todos os indivíduos a partir dos 6 anos de idade podem efetuar um bochecho com fluoreto de sódio a 0,2%, no caso de crianças escolarizadas esses bochechos podem ser quinzenais e efetuados na escola da seguinte forma, segundo DGS (2005):

- ⇒ Agitar o frasco que contem a solução e deitar 10 ml no copo e diluído em água;
- ⇒ Instruir as crianças que devem introduzir a solução na boca sem engolir;
- ⇒ Bochechar vigorosamente durante 1 minuto;
- ⇒ Após este período deve ser cuspida, tendo o cuidado de não a engolir;
- ⇒ Após o bochecho a criança deve permanecer 30 minutos sem comer nem beber.

II.1.1.5. Visitas ao MD

Segundo Ramos-Gomez (2002) e AAPD (2011b), a regularidade das visitas ao MD devem variar consoante o risco que o indivíduo apresenta, e a sua importância deve ser discutida com os pais das crianças assim como com os indivíduos adultos quando estes são os pacientes, sendo mais comumente recomendado de 6 em 6 meses.

Através desta regularidade podemos desenvolver procedimentos para manter os indivíduos sem cáries dentárias, remoção de detritos alimentares e bacterianos, como a formação de placa bacteriana ou até mesmo tártaro dentário, diminuindo a irritação das gengivas, aplicação de substâncias preventivas como por exemplo os selantes de fissuras ou a aplicação tópica de flúor, assim como a explanação de como executar os cuidados de higiene oral assim como a motivação para a execução dos mesmos (AAPD, 2011b).

II.1.1.6. Cheque Dentista

Os cheques dentista são uma das ferramentas a que o PNPSO recorre para alcançar os seus objetivos delineados no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e que em 2011 foi substituído pelo Plano B, tendo surgido para responder às dificuldades de implementação de alguma atividades no decorrer da aplicação do PNPSO.

O PNPSO assenta na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária, e para tal recorre-se a equipas de saúde oral, que permitem a prestação de cuidados médico-dentários a crianças escolarizadas e que se encontrem integradas nos programas de saúde oral que tenham desenvolvido cárie dentária, sendo necessário o seu tratamento assim como a prevenção na dentição definitiva.

Segundo DGS (2007), os cuidados contratualizados incluem 3 níveis de intervenção:

- ⇒ Diagnóstico médico dentário (registo do estado dentário de uma ficha própria para a contratualização podendo ser necessário recorrer a MCD);
- ⇒ Cuidados preventivos (instruções/reforço de instruções de higiene oral e motivação para a saúde oral, educação alimentar, aplicação de selantes de fissuras entre outras medidas preventivas);
- ⇒ Tratamento de lesões cariosas (tratamentos restauradores, endodônticos e exodontias).

Inicialmente o PNPSO apenas abrangia crianças e jovens a frequentar IPSS ou escolas públicas, mediante determinados critérios:

- ⇒ Ter 7 anos com os primeiros molares erupcionados, para tratamento ou proteção destes através da atribuição de 2 cheques dentista;
- ⇒ Ter 10 anos e com pré-molares erupcionados, para tratamento ou proteção destes através da atribuição de 2 cheques dentista;
- ⇒ Ter 13 anos e com segundos molares erupcionados, para tratamento ou proteção destes através da atribuição de 3 cheques dentista.

No decorrer do ano de 2008 o PNPSO foi alargado a mulheres grávidas em vigilância pré-natal no SNS e a indivíduos idosos beneficiários do complemento solidário que sejam utentes do SNS, visando a diminuição da incidência e prevalência de patologia orais nestes grupos através de cuidados médico-dentários no âmbito da prevenção, diagnóstico e do tratamento.

As grávidas têm direito até ao máximo de 3 cheques dentista permitindo o acesso ao diagnóstico, cuidados de prevenção e de tratamento mediante as necessidades encontradas, podem ser utilizados até 60 dias após o parto, o primeiro cheque dentista é atribuído no CS da UF onde a grávida está a ser seguida e os restantes dependem do plano de tratamento estabelecido pelo MD aderente.

Os idosos têm direito a um máximo de 2 cheques dentista por ano, para preparar a eventual aplicação de próteses dentárias assim como identificar e tratar outros problemas de saúde oral característicos desta faixa etária, a atribuição do primeiro cheque dentista é feita pelo CS da UF em que o indivíduo se encontra inscrito após comprovação da situação de beneficiário do complemento solidário para idosos emitido pelo ISS, o outro cheque dentista depende do plano de tratamentos estabelecido pelo MD aderente.

Em 2010, o PNPSO foi alargado a portadores de VIH/SIDA, devido ao risco acrescido que estes indivíduos apresentam nas áreas da saúde oral nomeadamente periodontite e perda de peças dentárias. Para que estes indivíduos façam parte deste programa é necessário que estejam a ser seguidos no CS da UF em que se encontram inscritos, têm direito a um máximo de 6 cheques dentista durante duas fases de utilização para o tratamento mínimo de 11 dentes, que passam a 9 caso existam tratamentos endodônticos no plano de tratamento delineado. O primeiro cheque dentista é atribuído pelo médico de família, os cheques dentista subsequentes dependem do plano de tratamento delineado, sendo que o terceiro tem que ser emitido pelo médico de família mediante o pedido de continuação dos tratamentos indicados.

Nas 4 situações que o PNPSO abrange, crianças, grávidas, idosos e portadores de VIH/SIDA, estes têm total liberdade de escolha do profissional de saúde oral, MD ou estomatologista, pelo qual pretende ser tratado, dentro da lista de aderentes.

II.1.2. Conhecimentos sobre Higiene Oral

“Tinanoff (1995) combined biological, social, and psychological variables into a risk model and obtained more clinically relevant results than did researchers utilizing models with single factors.”

Mattila *et al.*, 2000

Os conhecimentos sobre higiene oral e as suas consequências encontram-se intimamente relacionadas com alguns dados sociodemográficos dos indivíduos, como Mattila et al. (2000) defende, o grau de escolaridade da mãe influencia o valor de cpod que os seus filhos apresentam, assim como a ocupação e a idade destas e tal também se verifica em relação à idade do pai.

Ramos-Gomez (2002), também defende que comunidades carenciadas apresentam maior risco de desenvolvimento de cárie dentária.

No estudo desenvolvido por Péres et al. em 2003, foram observadas associações entre rendimento familiar, classe social, escolaridade do pai e da mãe com a ocorrência de cárie. No mesmo estudo foram analisados a associação dos dados antropométricos das crianças com a ocorrência de cárie dentária e apesar de não se ter observado essa associação, foram mantidas como variáveis de confusão o género.

II.1.3. Influência dos Encarregados de Educação nos Comportamentos das Crianças e Vice-Versa

“While previous research has focused on the unidirectional effect of parents on children, this new framework focuses on bidirectionality and circularity of effects among the three components of parent, child, and societal features.”

Umberson, 1992

Não foram encontrados estudos que incidissem sobre a influência das crianças nos seus progenitores, apesar de o contrário ser encontrado com relativa facilidade na área da saúde oral. No entanto no que diz respeito da tomada de decisão na hora de efetuar compras e na modificação de comportamentos relativamente ao Dengue esses estudos existem e é nesses que nos vamos basear.

Segundo Mattila et al. (2005), os pais influenciam os comportamentos dos filhos, tendo verificado que pais que não têm conhecimento da importância da saúde oral, desde a prevenção à promoção estão associados, mais frequentemente, a crianças com cárie dentária.

Segundo Huston (2002) *cit. in* De Mol (2008), a influência interpessoal é o processo pelo qual os envolvidos afetam e mudam os pensamentos, comportamento e emoções de uma forma mútua e Cook (2001) *cit. in* De Mol (2008) afirma que a capacidade de influenciar é fundamental para o desenvolvimento de uma relação.

McNeal (1992) *cit. in* Akinyele (2010) afirma que as crianças influenciam de forma direta e indireta a compra de uma grande variedade de itens, podendo-se conjecturar que tal também ocorre quando nos referimos aos instrumentos utilizados na higiene oral.

Segundo Mehrotra e Torges (1976) *cit. in* Akinyele (2010), o processo de socialização do consumidor é relacionado com habilidades, conhecimentos e atitudes presenciados no contexto familiar. Já Akinyele (2010) defende que este processo é uma via de dois sentidos em que a família influencia e é influenciada pelas crianças.

Akinyele em 2010 conclui com o seu estudo que a idade das crianças é o fator com mais influência nos comportamentos da família, sendo que a influência aumenta ao mesmo tempo que a idade aumenta.

Segundo Jayawardene et al. (2011) as escolas são instituições comunitárias chave no que diz respeito à prevenção e controle de patologias, ocorrendo uma melhoria dos comportamentos no controlo da Dengue, o que nos permite conjecturar os mesmos resultados relativamente aos cuidados de higiene oral.

II.2. Fase Metodológica

II.2.1. Tipologia de Estudo

O presente estudo classifica-se como observacional prospetivo, mais especificamente estudo de coorte, apresentando também uma componente descritiva.

II.2.2. População Alvo

O concelho de Estarreja (Figura 1) é constituído por 7 freguesias, Avanca e Pardilhó (a Norte), Beduído (sede do concelho), Canelas, Fermelã, Salreu (a Sul) e Veiros (ao Centro), numa área aproximada de 108 km², segundo Almeida (2006).



Figura 1 - Mapa do Concelho de Estarreja com limitação das freguesias.

Fonte: Município de Estarreja

O local foi escolhido pelo facto de nunca ter sido alvo de um estudo deste âmbito e ser uma região com grande diversidade social, ocupacional e nível de escolaridade da população adulta.

No que diz respeito à população, o concelho de Estarreja é constituído por um total de 26.997 indivíduos (20.808 indivíduos nas freguesias estudadas), segundo os dados dos censos de 2011 elaborados pelo INE, sendo que destes 14.551 se encontram na faixa etária entre os 25 e os 64 anos (11.108 indivíduos nas freguesias estudadas).

Neste concelho, o sector económico que emprega mais indivíduos é o sector secundário (atividades industriais transformadoras, construção e produção de energia) com 6.011 indivíduos, seguido do sector terciário (comércio, turismo, transportes e atividades financeiras), sendo a área económica mais significativa que a social com 3.188 e 2.120 indivíduos, respetivamente, e por último encontra-se o sector primário (agricultura, silvicultura, pescas, pecuária, caça e as indústrias extrativas) com 516 indivíduos, segundo o INE para o ano de 2001.

A nível das profissões existentes neste concelho, segundo o INE no ano de 2001, por ordem decrescente existem aproximadamente 25,09% “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices”, 17,11% “trabalhadores não qualificados”, 13,38% “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem”, 11,46% “trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores”, 8,87% “técnicos e profissões de nível intermédio”, 7,99% “pessoal administrativo”, 6,85% “representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos”, 5,12% “especialistas das atividades intelectuais e científicas”, 3,77% “agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta” e 0,36% “profissões das forças armadas”. A classificação baseia-se na “Classificação Portuguesa das Profissões 2010” (INE, 2011).

A população alvo deste estudo é constituída pelos encarregados de educação dos alunos do 1º ciclo do ensino básico do concelho de Estarreja (1141 alunos). Nestas freguesias existem 15 escolas do 1º ciclo do ensino básico.

II.2.3. Amostra

O estudo pretendia ser realizado em todas as escolas do 1º ciclo do ensino básico do concelho de Estarreja, distrito de Aveiro, incluindo o Jardim Escola João de Deus de Estarreja, o Agrupamento de Escolas de Pardilhó, o Agrupamento de Escolas de Estarreja e Agrupamento de Escolas de Avanca. No entanto no decorrer dos contactos com as referidas escolas e agrupamentos, o Agrupamento de Escolas de Avanca não aceitou nem autorizou a realização do estudo no seu agrupamento.

A amostra é constituída pelos encarregados de educação dos alunos do 1º ciclo do ensino básico do Jardim Escola João de Deus de Estarreja, do Agrupamento de Escolas de Pardilhó e do Agrupamento de Escolas de Estarreja, abrangendo as freguesias de Beduído, Canelas, Fermelã, Salreu, Veiros e Pardilhó (881 alunos). Nestas freguesias existem 12 escolas do 1º ciclo do ensino básico (Jardim Escola João de Deus de Estarreja, EB 1 Padre Donaciano de Abreu Freire, EB 1 do Agro, EB 1 da Póvoa de Cima, EB 1 de Santo Amaro, EB 1 de Canelas, EB 1 Terra do Monte, EB 1 das Ladeiras, EB 1 da Senhora do Monte, EB 1 do Pinheiro, EB 1 de Cabeças, EB 1 de Pardilhó), no entanto o estudo só foi aplicado apenas em 11 destas (as supra citadas com exceção da EB 1 de Cabeças), tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão, que serão abordados posteriormente.

O tamanho da amostra inicial era de 424 encarregados de educação (220 no grupo controlo e 204 no grupo teste), pelo que após a triagem dos encarregados de educação que autorizaram, e dos que respeitaram os critérios de inclusão e exclusão o número final foi de 175 encarregados de educação (66 do grupo controlo e 109 do grupo teste).

II.2.4. Tipo de Amostragem

Foi utilizada uma amostragem não probabilística, por conveniência, sendo que o dimensionamento da amostra inicial foi calculado como $n=384$ para 95% de confiança, considerando que a percentagem de pais que alteravam os seus comportamentos seria de 50%. Este tipo de amostragem e dimensionamento da amostra pode levar ao aparecimento de erros de cobertura, de resposta, de amostragem ou até mesmo de medida. Face à informação disponível, e ao acesso aos alvos do estudo, foi a opção possível.

II.2.5. Locais de Colheita de Dados

A colheita dos dados foi realizada utilizando os educandos dos indivíduos em estudo como meio de comunicação entres os investigadores e os encarregados de educação.

II.2.6. Critérios de Inclusão

Neste estudo foram utilizados como critérios de inclusão:

- ⇒ Turmas do 1º ciclo do ensino básico em que a sua composição apresenta pelo menos 2/3 de alunos do 2º e/ou 4º ano;
- ⇒ Encarregados de educação que apresentem autorização prévia para serem submetidos ao estudo.

II.2.7. Critérios de Exclusão

Como critérios de exclusão apresentam-se:

- ⇒ Encarregados de educação em que apenas foi devolvido um dos dois questionários;
- ⇒ Encarregados de educação que não entregaram nenhum dos questionários;
- ⇒ Encarregados de educação em que os educandos faltaram num e/ou em ambos os momentos de contactos com as respetivas escolas;
- ⇒ Encarregados de educação em que os filhos foram transferidos antes do final do estudo;
- ⇒ Questionários em que um foi preenchido por um individuo do género masculino e outro por um individuo do género feminino.

II.2.8. Plano Operacional

Foi criado um cronograma de atividades de forma a organizar as diferentes etapas do estudo e facilitar o seu desenvolvimento. Numa primeira fase foi desenvolvida a pesquisa bibliográfica, que decorreu durante o *ano letivo 2010-2011 e início do ano letivo de 2011-2012*, no final da etapa anterior foram definidos os objetivos do estudo e construídos os dois questionários que seriam aplicados no decorrer do estudo, assim como a base de dados para os mesmos. Durante o *primeiro semestre de 2012* iniciou-se a elaboração escrita do estudo. Entre *8 de Março e 20 de Abril de 2012* foram aplicados os questionários pré-teste nas escolas que constituem a amostra, seguido da exposição

da sessão de educação para a saúde oral ao educandos correspondentes ao grupo teste. O questionário pós-teste foi aplicado entre *7 de Maio e 14 de Junho*. A introdução dos dados nas bases estatísticas iniciou-se desde a receção dos primeiros questionários até à receção do último, posteriormente procedeu-se ao tratamento dos dados, elaboração da análise estatística e do capítulo material e métodos. De *Julho a Dezembro de 2012* foram elaborados os resultados e conclusões.

II.2.9. Autorizações

Este estudo só foi exequível devido a vários fatores, donde se destaca a disponibilidade dos agrupamentos, escolas, professores, alunos e encarregados de educação, no que diz respeito à população-alvo e ao orientador, à coorientadora e à diretora clínica da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da FCS-UFP.

Para atingir os objetivos do presente estudo foram obtidas autorizações para legitimar a aplicabilidade deste, ao Conselho Pedagógico e à Comissão de Ética (Apêndice I) da FCS-UFP e à DGIDC (Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular) do Ministério da Educação. Foi obtida autorização para atuar nas diferentes escolas através da diretora e dos presidentes das respetivas instituições de educação (Jardim Escola João de Deus de Estarreja, Agrupamento de Escolas de Estarreja e Agrupamento de Escolas de Pardilhó) através de correio eletrónico, contacto telefónico e/ou contacto pessoal com a entrega de documentos explicativos de todos os procedimentos a realizar (Apêndice II), isto é, a entrega, aos encarregados de educação através dos seus educandos, de autorizações e dos dois questionários em momentos temporais distintos (Apêndice IV).

II.2.10. Recursos

II.2.10.1. Materiais

Para a realização deste estudo foram necessários, para além da impressão dos questionários e canetas para o seu preenchimento, materiais inerentes à apresentação às crianças, da sessão de educação para a saúde oral (Apêndices III, VII e VIII) que

incluem: computador, DataShow, tela para projeção, ponteiro, colunas de som, modelo anatómico de uma boca, escova de dentes, pastas dentárias, fio dentários, escovilhões dentários, palitos dentários de silicone, raspadores de língua, e colutórios.

Para entregar no final das sessões de educação para a saúde oral foram necessários: folheto (Apêndice IX) e pôsteres (Apêndices X e XI) elaborados e posteriormente impressos e plastificados.

No final da apresentação também foram distribuídos pelos educandos balões e diplomas de bom comportamento.

II.2.10.2. Humanos

A realização do estudo não seria possível sem a colaboração dos professores das turmas selecionadas, assim como a colaboração uma colega, também aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FCS-UEP e a realizar um estudo na mesma área geográfica alvo, a quando da apresentação das sessões de educação para a saúde oral, sua elaboração assim como a elaboração do folheto e dos pôsteres, uma vez que as escolas abrangidas por ambos os estudos eram as mesmas, mesmo sendo estudos com objetivos distintos.

II.2.10.3. Financeiros

Um DataShow foi disponibilizado para a realização deste estudo, após pedido formal (Apêndice IV), para as instituições de ensino em que não existiam este equipamento.

As amostras de materiais utilizados na sessão de educação para a saúde oral foram, em parte, fornecidos por diversos laboratórios (no decorrer do Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas, 2011, posteriormente por contacto direto com os seus DIM e outros foram adquiridos por meios próprios, como o que concerne à impressão dos questionários.

II.2.11. Recolha de Informação

Foram desenvolvidos dois questionários, um de pré-teste e outro de pós-teste, tendo em consideração a revisão bibliográfica efetuada. A metodologia utilizada para a distribuição e a recolha dos questionários permitiu que estes fossem anónimos, respeitassem a confidencialidade e a privacidade dos dados, mediante a atribuição inicial de um código a cada encarregado de educação, que foi inserido em cada questionário.

II.2.11.1. Métodos

Os encarregados de educação de crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico do Jardim Escola João de Deus, Agrupamento de Escolas de Estarreja e Agrupamento de Escolas de Pardilhó do concelho de Estarreja responderam, de forma autoaplicada aos questionários. Estes foram previamente aplicados na Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da FCS-UFP, na unidade curricular de Odontopediatria I e II, de forma a serem testadas possíveis questões ambíguas e possíveis erros de construção das questões, pelo que posteriormente a esta aplicação os questionários foram corrigidos.

II.2.11.1.1. Questionário

Os questionários foram constituídos por questões fechadas, semiabertas e abertas, escalas, questões dicotómicas e não dicotómicas e questões contínuas, distribuídas por duas partes. Foram elaborados dois questionários, um para o pré-teste (Apêndice V) e outro para o pós-teste (Apêndice VI).

A primeira parte, do questionário do pré-teste, é constituída por 5 blocos de questões onde se questiona sobre o encarregado de educação, nomeadamente dados biográficos, dados sociodemográficos e dados sobre cuidados que tem com a sua saúde oral (cuidados de higiene oral, hábitos alimentares, visitas ao MD e cheque dentista). No 1º bloco questiona-se o género, a idade, situação profissional e a escolaridade; no 2º bloco questiona relativamente ao número de escovagens diárias, momento(s) do dia em que as escovagens ocorrem, tempo de escovagem, o que utiliza para fazer a sua higiene oral,

movimentos feitos durante a escovagem, tipo de pasta utilizada e quantidade de pasta colocada na escova; no 3º bloco questiona-se a frequência semanal de ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida; no 4º bloco questiona sobre a existência de alguma visita ao MD, com que idade foi a primeira vez ao MD, motivo dessa visita e regularidade com que visita o MD; no 5º bloco questiona-se sobre a origem da cárie dentária. A segunda parte do questionário é constituída pela repetição das questões dos blocos 2, 3 e 4, supra enunciados, mas questionando relativamente aos hábitos dos seus educandos.

No questionário do pós-teste, na primeira parte, são repetidos na sua totalidade os blocos 2, 3 e 5 do questionário pré-teste. No 1º bloco mantem-se o género, a idade e a situação profissional; no 4º bloco passa-se a questionar se visitou o MD nos últimos meses e o motivo para essa visita; passa a existir um 6º bloco onde se questiona se lhe foi atribuído o cheque dentista. A segunda parte é constituída pela repetição das questões dos blocos 2, 3, 4 e 6, supra enunciados mas relativamente aos hábitos dos seus educandos

II.2.11.1.2. Variáveis do Estudo

As variáveis dependentes deste estudo foram a situação profissional dos encarregados de educação assim como se os comportamentos dos encarregados de educação de crianças do 1º ciclo do ensino básico podem ser influenciados por sessões de educação para a saúde oral aplicadas aos seus educandos, avaliada através dos questionários construídos previamente incluindo os seguintes fatores: número de escovagens diárias, momento(s) do dia em que realiza a higiene oral, tempo de escovagem dentária, o que utiliza para a higiene oral, movimentos efetuados durante a escovagem dentária, tipo de pasta utilizada, quantidade de pasta utilizada, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida e o conhecimento da origem da cárie dentária dos encarregados de educação assim como a perceção que os encarregados de educação têm em relação aos comportamento dos seus educandos relativamente aos comportamentos supra citados com exceção da origem da cárie dentária que não existe.

As variáveis independentes foram: o género, a idade, profissão, escolaridade, 1ª visita ao MD, idade que apresentava e motivo para a mesma, regularidade das visitas ao MD, visita ao MD nos últimos meses e motivo para a mesma e a atribuição de cheque dentista relativamente aos encarregado de educação, assim como idade, escola que frequenta, tipo de escola, 1ª visita ao MD, idade que apresentava e motivo para a mesma, regularidade das visitas ao MD, visita ao MD nos últimos meses e motivo para a mesma e a atribuição de cheque dentista que os encarregados de educação relatam sobre os seus educandos.

II.2.11.1.3. Codificação

Para este estudo a situação profissional foi classificada em empregado (indivíduo que trabalha por conta de outrem), desempregado (indivíduo que se encontra desempregado ou que nunca trabalhou), reformado, trabalhador por conta própria e doméstico(a).

Em Portugal, desde 2011, existe a normalização de classificação das profissões segundo a “Classificação Portuguesa das Profissões 2010” (INE, 2011). Esta classificação baseia-se no posto de trabalho (tarefas e funções realizada por um indivíduo), na tarefa (atividade física ou intelectual executada por um indivíduo no seu posto de trabalho), na profissão (conjunto de postos de trabalho cujas principais tarefas e funções apresentam um elevado grau de afinidade e pressupõe conhecimentos semelhantes) e competência (capacidade para executar as tarefas e funções inerentes ao posto de trabalho) que se subdivide em nível de competências (depende da complexidade das tarefas e funções a executar na profissão) e competência especializada (engloba os conhecimentos requeridos, as ferramentas e máquinas usadas, os materiais trabalhados e os produtos e serviços produzidos).

Desta forma as profissões podem ser classificadas em:

- ⇒ Trabalhadores não qualificados;
- ⇒ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
- ⇒ Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;
- ⇒ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;

- ⇒ Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
- ⇒ Pessoal administrativo;
- ⇒ Técnicos e profissões de nível intermédio;
- ⇒ Especialistas das atividades intelectuais e científicas;
- ⇒ Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;
- ⇒ Profissões das forças armadas.

Para determinar a existência de melhoramento ou pioria dos comportamentos, foram codificados como comportamentos considerados corretos os seguintes:

- ⇒ Número de escovagens diárias: pelo menos duas vezes diárias;
- ⇒ Momentos do dia em que realiza a higiene oral: pelo menos depois do pequeno-almoço e antes de deitar;
- ⇒ Tempo de escovagem dentária: mais de dois minutos;
- ⇒ O que utiliza para a higiene oral: quando o indivíduo apresenta menos de 9 anos de idade: pelo menos escova dentária e pasta dentífrica e quando o indivíduo apresenta 9 ou mais anos de idade: pelo menos escova dentária, pasta dentífrica e fio dentário;
- ⇒ Movimentos efetuados durante a escovagem dentária: pelo menos movimentos verticais, horizontais e circulares;
- ⇒ Tipo de pasta utilizada: pasta dentífrica fluoretada;
- ⇒ Quantidade de pasta utilizada: 1/3 da escova dentária;
- ⇒ Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida: 1 ou 2 dias por semana ou em festividades ou menos;
- ⇒ Conhecimento da origem da cárie dentária: pelo menos défice de higiene oral e ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida.

II.2.12. Metodologia da Análise Estatística

As informações recolhidas através dos questionários foram introduzidas numa folha de cálculo do programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows (Microsoft®) e posteriormente importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows (IBM® SPSS® Statistics) vs. 20.0 onde foi desenvolvida a análise estatística.

Para caracterizar a amostra e os questionários foi desenvolvida uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudos. Foram calculadas as seguintes medidas estatísticas: frequências absolutas (número de casos válidos - n); frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); medidas de tendência central como a média, mediana e quartis; medidas de dispersão como o desvio padrão; assim como valores extremos (mínimo e máximo). Aplicaram-se testes estatísticos, nomeadamente o teste Qui-quadrado de independência para verificar associações/diferenças no padrão de frequências; Para além deste teste de hipóteses não paramétrico, foi também usado o teste de McNemar para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nas frequências de respostas entre o questionário de pré-teste e o questionário de pós-teste, e para testar a existência de relação entre as respostas que os encarregados de educação deram sobre os seus educandos e as suas foi utilizado o teste de Cochran (respostas dicotómicas) seguido do teste McNemar nas situações em que existiam diferenças estatisticamente significativas para detetar qual/quais diferiam entre si. A verificação de existência de normalidade na variável idade foi realizada através do teste de Shapiro-Wilk.

Para todos os testes foi utilizado um grau de confiança de 95%, isto é, a hipótese nula de cada teste foi rejeitada quando $p < 0,05$.

II.3. Resultados

II.3.1. Caracterização da Amostra

Foram entregues 424 pedidos de autorização aos encarregados de educação dos educandos selecionados para a amostra, sendo 220 no grupo controlo e 204 no grupo teste. No grupo controlo 1,4% dos educandos do foram transferidas entre a entrega dos pedidos e a recolha destes, 22,7% dos pedidos não foram devolvidos e os restantes 75,9% foram devolvidos. No grupo teste 7,8% dos pedidos não foram devolvidos e os restantes 92,2% foram devolvidos, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Tabela de frequências da devolução das autorizações.

Devolução da autorização	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Total [n (%)]
Não	50 (22,7)	16 (7,8)	66 (15,6)
Sim	167 (75,9)	188 (92,2)	355 (83,7)
Educando transferido	3 (1,4)	-	3 (0,7)
Total	220 (100)	204 (100)	424 (100)

Dos pedidos de autorização devolvidos, no grupo controlo, 82,6% foram aceites e 17,4% não foram aceites. No grupo teste 88,3% foram aceites e 11,7% não foram aceites (Tabela 2).

Tabela 2 - Tabela de frequências da aceitação da autorização.

Aceitação da autorização	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Total [n (%)]
Não	29 (17,4)	22 (11,7)	51 (14,4)
Sim	138 (82,6)	166 (88,3)	304 (85,6)
Total	167 (100)	188 (100)	355 (100)

Das autorizações obtidas acabaram por não serem contabilizados, no total 52,2%, no grupo controlo, devido o educando faltar no dia de contacto (5,1%), um ou os dois questionários não serem devolvidos (38,4%), questionários serem preenchidos por indivíduos diferentes (6,5%) e os educandos serem transferidos (2,2%), pelo que foram validados 47,8% dos questionários. No grupo teste, das autorizações obtidas acabaram por não serem contabilizados, 42,4% devido o educando faltar no dia de contacto (4,2%), um ou os dois questionários não serem devolvidos (29,6%) e questionários serem preenchidos por indivíduos diferentes (7,2%), pelo que foram validados 57,6% dos questionários (Tabela 3).

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 3 - Tabela de frequências da validação dos questionários.

Validação do questionário	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Total [n (%)]
Educando faltou	7 (5,1)	7 (4,2)	14 (4,6)
Questionário não entregue	53 (38,4)	37 (22,3)	90 (29,6)
Questionários preenchidos por pessoas diferentes	9 (6,5)	13 (7,8)	22 (7,2)
Educando transferido	3 (2,2)	-	3 (1)
Realizado	66 (47,8)	109 (65,7)	175 (57,6)
Total	138 (100)	166 (100)	304 (100)

Do grupo controlo fazem parte as escolas básicas do Agro (18,2%), Padre Donaciano de Abreu Freire (12,1%), das Laceiras (24,2%), da Póvoa de Cima (16,7%), de Santo Amaro (7,6%) e da Senhora do Monte (21,2%) totalizando 37,8% da amostra. Do grupo teste fazem parte as escolas básicas de Canelas (13,8%), do Pinheiro (8,3%), Terra do Monte (13,8%), Jardim Escola João de Deus (21,1%) e do Agrupamento de Escolas de Pardilhó (43,1%) totalizando 62,3% da amostra (Tabela 4).

Tabela 4 - Tabela de frequências da escola que os educandos frequentam.

Escola	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
EB 1 do Agro	12 (18,2)	-
EB 1 de Canelas	-	15 (13,8)
EB 1 Padre Donaciano de Abreu Freire	8 (12,1)	-
EB 1 das Laceiras	16 (24,2)	-
EB 1 do Pinheiro	-	9 (8,3)
EB 1 da Póvoa de Cima	11 (16,7)	-
EB 1 de Santo Amaro	5 (7,6)	-
EB 1 da Senhora do Monte	14 (21,2)	-
EB 1 Terra do Monte	-	15 (13,8)
Jardim Escola João de Deus de Estarreja	-	23 (21,1)
EB 1 de Pardilhó	-	47 (43,1)
Total	66 (100)	109 (100)

Como podemos verificar na Tabela 5 a totalidade do grupo controlo pertenciam a escolas públicas, enquanto o grupo teste era constituído por 78,9% de escolas públicas e 21,1% de escolas privadas. Detetaram-se diferenças significativas na distribuição de crianças por tipo de escola nos grupos de estudo (T. Qui-quadrado, $p < 0,001$).

Tabela 5 - Tabela de frequências do tipo de escola que os educandos frequentam.

Tipo de escola	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Escola pública	66 (100)	86 (78,9)
Escola privada	-	23 (21,1)
Total	66 (100)	109 (100)

Pode observar-se (Tabela 6) que a amostra de crianças é constituída 54,5% de meninas e 45,5% de meninos no grupo controlo enquanto no grupo teste as percentagens são, respetivamente, de 52,3% e 47,7%.

Tabela 6 - Tabela de frequências do género dos educandos.

Género	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Feminino	36 (54,5)	57 (52,3)
Masculino	30 (45,5)	52 (47,7)
Total	66 (100)	109 (100)
p	0,772	

Relativamente ao género dos educandos visados pela sessão de educação para a saúde oral, a amostra é representativa para o concelho de Estarreja para a faixa etária dos 5 aos 14 anos de idade (T. Qui-quadrado, $p=0,342$ no grupo controlo e $p=0,453$ no grupo teste).

A idade dos educandos (Tabela 7) sob responsabilidade dos encarregados de educação em estudo, varia entre os 6 anos e os 11 anos no grupo controlo com uma média de idade de aproximadamente 8 anos (DP=1,21 anos) e a mediana também se encontra nos 8 anos (Q1=7; Q3=9). No grupo teste as idades variam entre os 6 anos e os 10 anos com uma média de idades de aproximadamente 8 anos (DP=1,16) sendo que a mediana também se encontra nos 8 anos (Q1=7; Q3=9). Não havia diferenças significativas na idade dos educandos dos dois grupos ($p=0,231$).

Tabela 7 - Tabela de frequências da idade dos educandos.

Idade do educando (anos)	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
6	1 (1,5)	2 (1,8)
7	20 (30,3)	41 (37,6)
8	13 (19,7)	15 (13,8)
9	21 (31,8)	34 (31,2)
10	8 (12,1)	17 (15,6)
11	3 (4,5)	-
Total	66 (100)	109 (100)
Média (DP)	8,36 (1,21)	8,21 (1,16)
Mediana (Q1-Q3)	8 (7-9)	8 (7-9)
p	0,231	

Pode observar-se (Tabela 8) que a amostra de encarregados de educação é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino nos dois grupos correspondendo a

92,4% no grupo controlo e a 89,9% no grupo teste. Não se detetou diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0,576$).

Tabela 8 - Tabela de frequências do género dos encarregados de educação.

Género	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Feminino	61 (92,4)	98 (89,9)
Masculino	5 (7,6)	11 (10,1)
Total	66 (100)	109 (100)
p	0,576	

Não é possível verificar se a amostra de encarregados é representativa da população alvo de encarregados de educação, uma vez que se desconhece a percentagem de encarregados por género. No entanto, dado o desequilíbrio para o género feminino (90,9%), e não fazendo sentido comparar com a distribuição por género em Portugal, Portugal continental, Baixo Vouga ou mesmo Estarreja (51% de mulheres na faixa etária 25-69 anos, em todas as localizações mencionadas, INE), pode no entanto verificar-se que o valor elevado era esperado de acordo com as tarefas habitualmente atribuídas às mães/avós.

A idade dos encarregados de educação (Tabela 9 e Tabela 1a no Apêndice XII) varia entre os 27 anos e os 67 anos no grupo controlo com uma média de idades de aproximadamente 38 anos ($DP=6,57$) e a mediana encontra-se nos 37 anos ($Q1=34$; $Q3=42$). No grupo teste as idades variam entre os 24 anos e os 57 anos com uma média de idades de aproximadamente 38 anos ($DP=5,49$) sendo que a mediana também se encontra nos 38 anos ($Q1=35$; $Q3=41$).

Tabela 9 - Tabela de frequências da idade dos encarregados de educação.

Idade dos encarregados de educação (anos)	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
21 a 30	7 (10,8)	12 (11,1)
31 a 40	39 (60)	66 (61,1)
41 a 50	18 (27,7)	29 (26,9)
51 a 60	-	1 (0,9)
61 a 70	1 (1,5)	-
Total	65 (100)	108 (100)
Média (DP)	37,89 (6,57)	37,78 (5,49)
Mediana (Q1-Q3)	37 (34-42)	38 (35-41)
p	0,797	

Os encarregados de educação do grupo controlo (Tabela 10) possuem maioritariamente o correspondente ao 3º ciclo do ensino básico (27,3%) como escolaridade, enquanto no

grupo teste a maioria possui a escolaridade correspondente ao 2º ciclo do ensino básico (30,3%).

Tabela 10 - Tabela de frequências da escolaridade dos encarregados de educação.

Escolaridade	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Analfabeto(a)	1 (1,5)	-
1º Ciclo do ensino básico	10 (15,2)	6 (5,5)
2º Ciclo do ensino básico	9 (13,6)	33 (30,3)
3º Ciclo do ensino básico	18 (27,3)	23 (21,1)
Secundário	15 (22,7)	30 (27,5)
Curso médio ou superior	10 (15,2)	15 (13,8)
Mestrado ou doutoramento	1 (1,5)	1 (0,9)
Não respondeu/impercetível	2 (3)	1 (0,9)
Total	66 (100)	109 (100)
p	0,075	

No momento pré-teste a maioria dos encarregados de educação encontram-se empregados no grupo controlo e teste, 59,1% e 63,3%, respetivamente. Entre o momento do pré-teste e do pós-teste ocorreram alterações na situação profissional dos encarregados de educação, pelo que deixaram de existir estudantes no grupo controlo, mantiveram-se o número de trabalhadores por conta própria, aumentou o número de domésticas no grupo controlo, diminuiu o número de desempregados em ambos os grupos e ocorreu um aumento de empregados em ambos os grupos (Tabela 11).

Tabela 11 - Tabela de frequências da situação profissional dos encarregados de educação.

Situação profissional	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Empregado(a)	39 (59,1)	69 (63,3)	41 (62,1)	72 (66,1)
Desempregado(a)	22 (33,3)	32 (29,4)	19 (28,8)	29 (26,6)
Estudante	1 (1,5)	-	-	-
Doméstica(o)	3 (4,5)	5 (4,6)	5 (7,6)	5 (4,6)
Trabalhador por conta própria	1 (1,5)	3 (2,8)	1 (1,5)	3 (2,8)
Total	66 (100)	109 (100)	66 (100)	109 (100)
p	0,689		0,780	

Os encarregados de educação, no primeiro momento de contato, no grupo controlo, distribuem-se por ordem crescente em pessoal dos serviços e vendedores com 25,6%, especialistas das profissões intelectuais e científicas com 20,5%, pessoal administrativo e similares com 17,9%, operários, artífices e trabalhadores similares com 10,3%, técnicos e profissionais de nível intermédio e operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem com 7,7% em ambos e quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa e trabalhadores não qualificados

com 5,1% em ambos. No grupo teste a distribuição é a seguinte, pessoal dos serviços e vendedores com 23,6%, pessoal administrativo e similares com 19,4%, operários, artífices e trabalhadores similares com 16,7%, técnicos e profissionais de nível intermédio com 12,5%, trabalhadores não qualificados com 9,7%, quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa com 6,9% e especialistas das profissões intelectuais e científicas e operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem com 5,6% em ambos (Tabela 12).

Tabela 12 - Tabela de frequências da profissão dos encarregados de educação.

Profissão	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2 (5,1)	5 (6,9)
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	8 (20,5)	4 (5,6)
Técnicos e profissionais de nível intermédio	3 (7,7)	9 (12,5)
Pessoal administrativo e similares	7 (17,9)	14 (19,4)
Pessoal dos serviços e vendedores	10 (25,6)	17 (23,6)
Operários, artífices e trabalhadores similares	4 (10,3)	12 (16,7)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (7,7)	4 (5,6)
Trabalhadores não qualificados	2 (5,1)	7 (9,7)
Total	39 (100)	72 (100)
p	0,375	

Relativamente à profissão dos encarregados de educação visados, a amostra não é representativa para as profissões desenvolvidas no concelho de Estarreja (T. Qui-quadrado, $p < 0,001$).

Os grupos controlo e teste podem ser considerados equivalentes uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos no que concerne ao género dos educandos ($p=0,772$), à idade dos educandos ($p=0,231$), ao género dos encarregados de educação ($p=0,576$), à idade dos encarregados de educação ($p=0,797$), à situação profissional quer no pré-teste como no pós-teste ($p=0,689$ e $p=0,780$ respetivamente) e à profissão dos encarregados de educação ($p=0,375$), sendo que no que respeita ao grau de escolaridade dos encarregados de educação ($p=0,075$) essas diferenças existem.

II.3.2. Caracterização do Questionário

II.3.2.1. Primeira Parte

No que diz respeito às variáveis “número de escovagens diárias”, “momento(s) do dia em que realiza a escovagem”, “tempo de escovagem”, “o que utiliza”, “movimentos utilizados na escovagem dentária”, “tipo de pasta”, “quantidade de pasta”, “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” e “origem da cárie” foram desenvolvidas tabelas com a distribuição das respostas dadas (Tabelas 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a, 9a e 10a do Apêndice XII), que depois foram recodificadas em comportamentos corretos e incorretos.

No pré-teste, os encarregados de educação do grupo controlo possuem mais comportamentos corretos (71,9%) do que incorretos (28,1%), tal também ocorre no grupo teste mas com os seguintes valores 87,7% e 12,3%, respetivamente. No pós-teste ocorre um aumento dos comportamentos corretos nos dois grupos passando a 81% no grupo controlo e 88% no grupo teste (Tabela 13). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste em nenhum dos grupos ($p=0,238$ no grupo controlo e $p\approx 1,000$ no grupo teste) apesar de parecer existir uma tendência de aumento dos comportamentos corretos, como foi supracitado.

Tabela 13 - Tabela de frequências do número de escovagens diárias realizadas pelos encarregados de educação.

Número de escovagens diárias	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	18 (28,1)	13 (12,3)	12 (19)	13 (12)
Correto	46 (71,9)	93 (87,7)	51 (81)	95 (88)
Total	64 (100)	106 (100)	63 (100)	108 (100)

No pré-teste os dois grupos possuem mais encarregados de educação com mais comportamentos incorretos quanto aos momentos em que fazem a sua higiene oral, no entanto existe um aumento de comportamentos corretos do pré-teste para o pós-teste apesar de estes aumentos não ultrapassarem os 50% nos dois grupos (Tabela 14). No grupo controlo existem diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste no que respeita ao momento em que a higiene oral ocorre ($p=0,017$), tendo

ocorrido uma melhoria de comportamento correto de 16,1% para 37,5%. No grupo teste não se observam diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste, 28,4% comportamento correto, e o pós-teste com 38,5% ($p=0,118$).

Tabela 14 - Tabela de frequências do(s) momento(s) do dia em que os encarregados de educação realizam a sua higiene oral.

Momento(s) do dia em que realiza a escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	52 (83,9)	78 (71,6)	40 (62,5)	67 (61,5)
Correto	10 (16,1)	31 (28,4)	24 (37,5)	42 (38,5)
Total	62 (100)	109 (100)	64 (100)	109 (100)

Quanto ao tempo de escovagem (Tabela 15) existe uma ligeira melhoria de comportamentos no grupo controlo (de 13,6% para 13,8%) e uma melhoria de 13,9% para 16,8% no grupo teste. Estas alterações não foram estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste em nenhum dos grupos ($p=1,000$ no controlo e $p=0,607$ no grupo teste).

Tabela 15 - Tabela de frequências do tempo de escovagem dispensados pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

Tempo de escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	57 (86,4)	93 (86,1)	56 (86,2)	89 (83,2)
Correto	9 (13,6)	15 (13,9)	9 (13,8)	18 (16,8)
Total	66 (100)	108 (100)	65 (100)	107 (100)

No grupo controlo aumentou a percentagem de encarregados de educação com comportamentos corretos (13,6% para 18,2%) relativamente ao que deve ser utilizado durante a higiene oral (Tabela 16), tal também ocorreu no grupo teste (28,4% para 29,4%). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste em nenhum dos grupos ($p=0,508$ no grupo controlo e $p=1,000$ no grupo teste).

Tabela 16 - Tabela de frequências do que é utilizado pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

O que utiliza na escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	57 (86,4)	78 (71,6)	54 (81,8)	77 (70,6)
Correto	9 (13,6)	31 (28,4)	12 (18,2)	32 (29,4)
Total	66 (100)	109 (100)	66 (100)	109 (100)

Existe uma melhoria dos comportamentos, sobre os movimentos corretos a efetuar durante a escovagem dentária, entre o pré-teste e o pós-teste nos dois grupos correspondendo a um aumento de 18,2% para 20% no grupo controlo e de 20% para 22,4% no grupo teste (Tabela 17). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste em nenhum dos grupos ($p \geq 1,000$ no grupo controlo e $p = 0,678$ no grupo teste) apesar de existir um aumento dos comportamentos corretos, como foi supracitado.

Tabela 17 - Tabela de frequências dos movimentos utilizados na escovagem dentária pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

Movimentos utilizados na escovagem dentária	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	54 (81,8)	84 (80)	52 (80)	83 (77,6)
Correto	12 (18,2)	21 (20)	13 (20)	24 (22,4)
Total	66 (100)	105 (100)	65 (100)	107 (100)

Existe uma melhoria dos comportamentos, no que respeita ao tipo de pasta a ser utilizada, entre o pré-teste e o pós-teste nos dois grupos correspondendo a um aumento de 87,5% para 93,5% no grupo controlo e de 88,6% para 89,6% no grupo teste (Tabela 18). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste em nenhum dos grupos ($p = 0,375$ no grupo controlo e $p \geq 1,000$ no grupo teste) apesar de existir um aumento não significativo dos comportamentos corretos, como foi supracitado.

Tabela 18 - Tabela de frequências do tipo de pasta dentífrica utilizada pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

Tipo de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	8 (12,5)	12 (11,4)	4 (6,5)	11 (10,4)
Correto	56 (87,5)	93 (88,6)	58 (93,5)	95 (89,6)
Total	64 (100)	105 (100)	62 (100)	106 (100)

Quanto à quantidade de pasta colocada na escova dentária em cada escovagem, no grupo controlo ocorreu uma pioria dos comportamentos de 9,7% para 9,4% enquanto no grupo teste ocorreu uma melhoria dos comportamentos (14,3% para 24,5%). No grupo controlo não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos ($p \geq 1,000$). No grupo teste existem diferenças significativas na quantidade de pasta

utilizada ($p=0,022$), pelo que ocorreu uma melhoria significativa dos comportamentos passando de 14,3% no pré-teste para 24,5% no pós-teste (Tabela 19).

Tabela 19 - Tabela de frequências da quantidade de pasta dentífrica utilizada pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

Quantidade de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	56 (90,3)	84 (85,7)	58 (90,6)	80 (75,5)
Correto	6 (9,7)	14 (14,3)	6 (9,4)	26 (24,5)
Total	62 (100)	98 (100)	64 (100)	106 (100)

Quanto à ingestão semanal de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida em ambos os grupos existe uma melhoria dos comportamentos de 37,9% para 42,4% no grupo controlo e de 26,7% para 39,3% no grupo teste (Tabela 20). No grupo controlo não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos ($p=0,629$). No grupo teste no que concerne à frequência semanal de ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida, observando-se um $p=0,054$, pelo que o valor não mostra existir diferenças estatisticamente significativas mas tal pode dever-se ao tamanho da amostra, e essa melhoria observa-se pelo que se pode constatar na tabela de frequências.

Tabela 20 - Tabela de frequências da frequência semanal da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida dos encarregados de educação.

Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	41 (62,1)	74 (73,3)	38 (57,6)	65 (60,7)
Correto	25 (37,9)	27 (26,7)	28 (42,4)	42 (39,3)
Total	66 (100)	101 (100)	66 (100)	107 (100)

No grupo controlo existe uma melhoria dos conhecimentos sobre a origem da cárie dentária de 45,5% para 60,9%. No grupo teste ocorreu uma pioria dos conhecimentos sobre a origem da cárie dentária passando de 62,6% de encarregados de educação com conhecimentos corretos para 59,8%. No grupo controlo não se verifica diferenças estatisticamente significativas quanto à origem da cárie, no entanto o valor apresentado ($p=0,064$) indica que eventualmente, e para menor grau de confiança, podem existir diferenças – só que elas podem não ser detetadas/observadas devido ao tamanho da amostra. No grupo teste não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos ($p=0,556$) (Tabela 21).

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 21 - Tabela de frequências dos conhecimentos dos encarregados de educação relativamente à origem da cárie dentária.

Origem da cárie	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	36 (54,5)	40 (37,4)	25 (39,1)	43 (40,2)
Correto	30 (45,5)	67 (62,6)	39 (60,9)	64 (59,8)
Total	66 (100)	107 (100)	64 (100)	107 (100)

Tanto no grupo controlo como no grupo teste a maioria esmagadora já foi, por algum motivo ao MD, existindo apenas 7,6% e 3,7%, respetivamente, de encarregados de educação que nunca recorreram a este (Tabela 22).

Tabela 22 - Tabela de frequências da existência de visitas ao MD por parte dos encarregados de educação.

Alguma vez visitou o MD	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	5 (7,6)	4 (3,7)
Sim	61 (92,4)	103 (96,3)
Total	66 (100)	107 (100)

No grupo controlo a idade da primeira visita ao MD (Tabela 23 e Tabela 12a no Apêndice XII) varia entre os 2 anos de idade e os 39 anos de idade, sendo que a média da idade é de aproximadamente 12 anos de idade (DP=8,35) e a mediana encontra-se nos 9 anos de idade (Q1=6; Q3=14,25). No grupo teste a variação de idades da primeira visita ao MD é do 1 ano de idade e os 40 anos de idade, a média também se encontra nos 12 anos de idade (DP=7,76) no entanto a mediana encontra-se nos 11 anos de idade (Q1=6,75; Q3=16). Existe ainda uma grande percentagem de encarregados de educação que respondeu que não se lembra da idade que tinha quando foi pela primeira vez ao MD correspondendo a 37,7% no grupo controlo e 38,6% no grupo teste.

Tabela 23 - Tabela de frequências da idade da primeira visita ao MD por parte dos encarregados de educação.

Idade da 1ª visita ao MD (anos)	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
0 a 5	3 (4,9)	11 (10,9)
6 a 13	25 (41)	30 (29,7)
14 a 21	6 (9,8)	15 (14,9)
22 a 31 anos	2 (3,3)	4 (4)
Não se lembra	23 (37,7)	39 (38,6)
Total	61 (100)	101 (100)
Média (DP)	11,63 (8,35)	12,23 (7,76)
Mediana (Q1-Q3)	9 (6-14,25)	11 (6,75-16)

No grupo controlo, os motivos que mais levaram os encarregados de educação a recorrer ao MD pela primeira vez para uma consulta de rotina (37,7%) e por cárie dentária (37,7%) seguido da odontalgia (11,5). No grupo teste os três principais motivos são os mesmos mas com percentagens diferentes sendo, 32,4% correspondendo à cárie dentária, 31,4% correspondendo à odontalgia e 22,9% correspondendo a consultas de rotina (Tabela 24).

Tabela 24 - Tabela de frequências do motivo da primeira visita ao MD por parte dos encarregados de educação.

Motivo da 1ª visita ao MD	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Rotina	23 (37,7)	24 (22,9)
Ortodontia	1 (1,6)	-
Cárie dentária	23 (37,7)	34 (32,4)
Odontalgia	7 (11,5)	33 (31,4)
Rotina e odontalgia	1 (1,6)	1 (1)
Traumatismo	1 (1,6)	1 (1)
Rotina e cárie dentária	1 (1,6)	5 (4,8)
Cárie dentária e odontalgia	2 (3,3)	3 (2,9)
Rotina e aparelho ortodôntico	-	1 (1)
Odontalgia e exodontia	-	1 (1)
Não esfoliação dentária	-	1 (1)
Hipoplasia de esmalte	1 (1,6)	-
Não se lembra	1 (1,6)	1 (1)
Total	61 (100)	105 (100)

No grupo controlo a maioria dos encarregados de educação dizem que vão anualmente ao MD (58,9%), seguindo-se as visitas semestrais e em S.O.S. com a mesma frequência (10,7%). No grupo teste a maioria dos encarregados de educação diz que visitam o MD com uma regularidade anual (47,1%), seguido da semestral (25%) e das visitas em S.O.S. (13,5%) (Tabela 25).

Tabela 25 - Tabela de frequências da regularidade das visitas ao MD por parte dos encarregados de educação.

Regularidade das visitas ao MD	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Mensal	2 (3,6)	5 (4,8)
Trimestral	2 (3,6)	2 (1,9)
Semestral	6 (10,7)	26 (25)
Anual	33 (58,9)	49 (47,1)
Em S.O.S.	6 (10,7)	14 (13,5)
Decisão do MD	-	1 (1)
Só uma vez	-	1 (1)
Anual e em S.O.S.	-	1 (1)
Semestral e em S.O.S.	1 (1,8)	-
Em S.O.S. e mediante as possibilidades económicas	1 (1,8)	-
Nunca	-	1 (1)
Não sei	5 (8,9)	4 (3,8)
Total	56 (100)	104 (100)

Um grande número de encarregados de educação afirma ter visitado o MD nos últimos meses correspondendo a 41,5% no grupo controlo e 38,7% no grupo teste (Tabela 26).

Tabela 26 - Tabela de frequências da existência de visitas ao MD, nos últimos meses, por parte dos encarregados de educação.

Visita ao MD últimos meses	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	38 (58,5)	65 (61,3)
Sim	27 (41,5)	41 (38,7)
Total	65 (100)	106 (100)

O motivo da visita ao MD dos encarregados de educação (Tabela 27) nos últimos meses no grupo controlo foram, por ordem crescente, visita de rotina (60,7%) e odontalgia e traumatismo dentário com a mesma percentagem (10,7%). No grupo teste os motivos foram, por ordem crescente, a visita de rotina (65,9%), odontalgias (19,5%) e cárie dentária (7,3%).

Tabela 27 - Tabela de frequências do motivo da visita ao MD, nos últimos meses, por parte dos encarregados de educação.

Motivo da visita ao MD nos últimos meses	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Rotina	17 (60,7)	27 (65,9)
Ortodontia	1 (3,6)	-
Cárie dentária	1 (3,6)	3 (7,3)
Odontalgia	3 (10,7)	8 (19,5)
Apinhamento dentário	1 (3,6)	-
Destartarização/polimento	-	1 (2,4)
Rotina e odontalgia	-	1 (2,4)
Traumatismo	3 (10,7)	1 (2,4)
Exodontia	1 (3,6)	-
Prótese dentária	1 (3,6)	-
Total	28 (100)	41 (100)

Ocorreu uma maior atribuição do cheque dentista (Tabela 28) aos encarregados de educação do grupo teste do que ao grupo controlo (11,5% e 21,1%, respetivamente), apesar de não tem significado estatístico ($p=0,149$).

Tabela 28 - Tabela de frequências da atribuição de cheque dentista aos encarregados de educação.

Atribuição de cheque dentista	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	46 (88,5)	71 (78,9)
Sim	6 (11,5)	19 (21,1)
Total	52 (100)	90 (100)
p	0,149	

II.3.2.2. Segunda Parte

De seguida serão descritos os resultados relativos ao que os encarregados de educação relatam que os seus educandos efetuam e no que diz respeito às variáveis “número escovagens diárias”, “momento(s) do dia em que realiza a escovagem”, “tempo de escovagem”, “o que utiliza”, “movimentos utilizados na escovagem dentária”, “tipo de pasta”, “quantidade de pasta” e “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida”, foram desenvolvidas tabelas com a distribuição das respostas dadas (Tabelas 13a, 14a, 15a, 16a,17a, 18a, 19a e 20a do Apêndice XII), que foram recodificadas por forma a corresponderem a comportamentos corretos e incorretos.

Nos dois grupos ocorreu uma melhoria, que não se revelou significativa, dos comportamentos no que diz respeito ao número de escovagens diárias (Tabela 29) entre os dois momentos, ocorrendo uma melhoria de 73,8% para 79% no grupo controlo e de 83,2% para 85,6% no grupo teste ($p=0,774$ no grupo controlo e $p=0,607$ no grupo teste).

Tabela 29 - Tabela de frequências do número de escovagens diárias que os encarregados de educação pensam que os seus educandos realizam.

Número escovagens diárias	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	16 (26,2)	17 (16,8)	13 (21)	15 (14,4)
Correto	45 (73,8)	84 (83,2)	49 (79)	89 (85,6)
Total	61 (100)	101 (100)	62 (100)	104 (100)

Nos dois grupos ocorreu uma melhoria não significativa do comportamento relativamente ao momento da higiene oral (Tabela 30), passando de 21,3% para 34,4% no grupo controlo e de 34,3% para 38% no grupo teste ($p=0,134$ no grupo controlo e $p=0,868$ no grupo teste)

Tabela 30 - Tabela de frequências do(s) momento(s) do dia que os encarregados de educação pensam que os seus educandos realizam a sua higiene oral.

Momento(s) do dia em que realiza a escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	48 (78,7)	69 (65,7)	42 (65,6)	67 (62)
Correto	13 (21,3)	36 (34,3)	22 (34,4)	41 (38)
Total	61 (100)	105 (100)	64 (100)	108 (100)

No grupo controlo existe uma pioria dos comportamentos no que respeita ao tempo de escovagem (Tabela 31) de 13,8% para 7,7% de crianças. Por outro lado no grupo teste existe uma ligeira melhoria dos comportamentos de 16,3% para 16,8% de crianças. Mas em ambos os grupos, as diferenças detetadas são não significativas ($p=0,219$ no grupo controlo e $p\cong 1,000$ no grupo teste)

Tabela 31 - Tabela de frequências do tempo de escovagem que os encarregados de educação pensam que os seus educandos dispensam na sua higiene oral.

Tempo de escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	56 (86,2)	87 (83,7)	60 (92,3)	89 (83,2)
Correto	9 (13,8)	17 (16,3)	5 (7,7)	18 (16,8)
Total	65 (100)	104 (100)	65 (100)	107 (100)

Existe uma melhoria não significativa dos comportamentos sobre o material que utilizam para a higiene oral (Tabela 32) entre os dois momentos, correspondendo a uma aumento de 47,7% para 52,3% no grupo controlo e de 50,5% para 51,9% no grupo teste ($p=0,375$ no grupo controlo e $p=0,815$ no grupo teste).

Tabela 32 - Tabela de frequências do que os encarregados de educação pensam que os seus educandos utilizam na sua higiene oral.

O que utiliza na escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	34 (52,3)	53 (49,5)	31 (47,7)	52 (48,1)
Correto	31 (47,7)	54 (50,5)	34 (52,3)	56 (51,9)
Total	65 (100)	107 (100)	65 (100)	108 (100)

No grupo controlo existe uma pioria dos comportamentos no que respeita aos movimentos utilizados na escovagem dentária (Tabela 33) de 17,2% para 16,9% de crianças. Por outro lado no grupo teste existe uma ligeira melhoria dos comportamentos de 24,3% para 25% de crianças. Estas ligeiras alterações são não significativas entre o pré-teste e o pós-teste nos dois grupos ($p\cong 1,000$ em ambos).

Tabela 33 - Tabela de frequências dos movimentos utilizados na escovagem dentária que os encarregados de educação pensam que os seus educandos utilizam na sua higiene oral.

Movimentos utilizados na escovagem dentária	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	53 (82,8)	81 (75,7)	54 (83,1)	81 (75)
Correto	11 (17,2)	26 (24,3)	11 (16,9)	27 (25)
Total	64 (100)	107 (100)	65 (100)	108 (100)

No grupo controlo existe uma pioria dos comportamentos no que respeita ao tipo de pasta utilizada de 87,1% para 86,4% de crianças. Por outro lado no grupo teste existe uma ligeira melhoria dos comportamentos de 87,9% para 88,5% de crianças. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste em nenhum dos grupos ($p \geq 1,000$ no grupo controlo e $p \geq 1,000$ no grupo teste) apesar de existir um aumento dos comportamentos corretos no grupo teste e uma pioria de comportamentos no grupo controlo, como foi supracitado (Tabela 34).

Tabela 34 - Tabela de frequências do tipo de pasta dentífrica que os encarregados de educação pensam que os seus educandos utilizam na sua higiene oral.

Tipo de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	8 (12,9)	12 (12,1)	8 (13,6)	12 (11,5)
Correto	54 (87,1)	87 (87,9)	51 (86,4)	92 (88,5)
Total	62 (100)	99 (100)	59 (100)	104 (100)

No grupo controlo existe uma pioria dos comportamentos no que respeita à quantidade de pasta utilizada de 14,1% para 10,9% de crianças. Por outro lado no grupo teste existe uma ligeira melhoria dos comportamentos de 18,8% para 32,4% de crianças. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste no grupo controlo ($p=0,754$) tendo ocorrido uma pioria dos comportamentos, como foi supracitado. No grupo teste existe uma melhoria dos comportamentos estatisticamente significativos, com um $p= 0,019$ (Tabela 35).

Tabela 35 - Tabela de frequências da quantidade de pasta dentífrica que os encarregados de educação pensam que os seus educandos utilizam na sua higiene oral.

Quantidade de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	55 (85,9)	78 (81,3)	57 (89,1)	71 (67,6)
Correto	9 (14,1)	18 (18,8)	7 (10,9)	34 (32,4)
Total	64 (100)	96 (100)	64 (100)	105 (100)

No grupo controlo existe uma pioria dos comportamentos no que respeita à ingestão semanal de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida passando de 23,1% para 21,2% de crianças. Por outro lado no grupo teste existe uma ligeira melhoria dos comportamentos de 17,1% para 24,3% de crianças. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste no grupo controlo ($p=0,774$) tendo ocorrido uma pioria dos comportamentos, como foi supracitado. No grupo teste

observa uma melhoria dos comportamentos no entanto sem significado estatístico, mas um $p=0,167$, caso o tamanho da amostra fosse aumentado, a melhoria de comportamentos poderia passar a ser estatisticamente significativa. (Tabela 36)

Tabela 36 - Tabela de frequências da frequência semanal da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida que os encarregados de educação pensam que os seus educandos consomem.

Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	50 (76,9)	87 (82,9)	52 (78,8)	81 (75,7)
Correto	15 (23,1)	18 (17,1)	14 (21,2)	26 (24,3)
Total	65 (100)	105 (100)	66 (100)	107 (100)

Tanto no grupo controlo como no grupo teste a maioria esmagadora dos encarregados de educação afirmam que os seus educandos já foram, por algum motivo, ao MD, existindo apenas 10,8% e 10,3%, respetivamente, de indivíduos que nunca recorreram a este (Tabela 37).

Tabela 37 - Tabela de frequências da existência de visitas ao MD que os encarregados de educação indicam que os seus educandos realizam.

Alguma vez visitou o MD	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	7 (10,8)	11 (10,3)
Sim	58 (89,2)	96 (89,7)
Total	65 (100)	107 (100)

No grupo controlo a idade da primeira visita ao MD variam entre os 2 anos de idade e os 9 anos de idade, sendo que a média da idade é de aproximadamente 6 anos de idade (DP=1,81) e a mediana encontra-se também nos 6 anos de idade (Q1=4,25; Q3=7). No grupo teste a variação de idades da primeira visita ao MD é do 0 ano de idade e os 8 anos de idade, a média também se encontra nos 6 anos de idade (DP=1,48) assim como a mediana (Q1=4,25; Q3=7). Existe ainda uma percentagem de encarregados de educação que respondeu que não se lembra da idade que o seu educando tinha quando foi pela primeira vez ao MD correspondendo a 12,7% no grupo controlo e 8,3% no grupo teste (Tabela 38).

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 38 - Tabela de frequências da idade da primeira visita ao médico que os encarregados de educação indicam que os seus educandos apresentavam.

Idade da 1ª visita ao MD (anos)	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
0	-	1 (1)
2	3 (5,5)	1 (1)
3	4 (7,3)	4 (4,2)
4	5 (9,1)	16 (16,7)
5	9 (16,4)	11 (11,5)
6	13 (23,6)	31 (32,3)
7	6 (10,9)	18 (18,8)
8	6 (10,9)	6 (6,3)
9	2 (3,6)	-
Não se lembra	7 (12,7)	8 (8,3)
Total	55 (100)	96 (100)
Média (DP)	5,6 (1,81)	5,6 (1,48)
Mediana (Q1-Q3)	6 (4,25-7)	6 (4,25-7)

No grupo controlo os motivos que mais levaram os encarregados de educação a recorrer ao MD, para cuidar da saúde oral dos seus educandos, pela primeira vez, por ordem crescente são (Tabela 39): para uma consulta de rotina (58,6%) e por cárie dentária (19%) seguido de consulta de rotina conjugada com a existência de cárie dentária (6,9%). No grupo teste os três principais motivos são os mesmos mas com percentagens diferentes, correspondendo a 60% para consulta de rotina, 14,7% devido a cárie dentária e 6,3% para consultas de rotina conjugadas com a cárie dentária.

Tabela 39 - Tabela de frequências do motivo da primeira visita ao MD que os encarregados de educação indicam que os seus educandos apresentavam.

Motivo da 1ª visita ao MD	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Rotina	34 (58,6)	57 (60)
Ortodontia	1 (1,7)	-
Cárie dentária	11 (19)	14 (14,7)
Odontalgia	1 (1,7)	4 (4,2)
Destartarização/polimento	-	1 (1,1)
Rotina e odontalgia	1 (1,7)	3 (3,2)
Rotina, cárie dentária e odontalgia	1 (1,7)	-
Traumatismo	2 (3,4)	-
Rotina e cárie dentária	4 (6,9)	6 (6,3)
Cárie dentária e odontalgia	-	3 (3,2)
Cheque dentista	-	1 (1,1)
Rotina e aparelho ortodôntico	-	1 (1,1)
Exodontia	-	2 (2,1)
Não esfoliação dentária	-	2 (2,1)
Rotina e patologia sistémica	1 (1,7)	-
Rotina e não esfoliação dentária	-	1 (1,1)
Rotina e destartarização/polimento	1 (1,7)	-
Não sei	1 (1,7)	-
Total	58 (100)	95 (100)

No grupo controlo os encarregados de educação indicam que a regularidade com que os seus educandos recorrem ao MD é, por ordem crescente, anual (39,7%), semestral (22,4%) e trimestral (13,8%). No grupo teste a regularidade altera-se para anual com 48,4%, semestral com 23,2% e em S.O.S. com 8,4% (Tabela 40).

Tabela 40 - Tabela de frequências da regularidade das visitas ao MD que os encarregados de educação indicam que os seus educandos apresentam.

Regularidade das visitas ao MD	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Mensal	3 (5,2)	5 (5,3)
Trimestral	8 (13,8)	6 (6,3)
Semestral	13 (22,4)	22 (23,2)
Anual	23 (39,7)	46 (48,4)
Em S.O.S.	2 (3,4)	8 (8,4)
Decisão do MD	-	1 (1,1)
Só uma vez	1 (1,7)	2 (2,1)
Anual e em S.O.S.	1 (1,7)	2 (2,1)
Semestral e em tratamento	1 (1,7)	-
Nunca	1 (1,7)	-
Não sei	5 (8,6)	3 (3,2)
Total	58 (100)	95 (100)

Mas de 50% dos encarregados de educação afirmam que os seus educandos recorreram ao MD nos últimos meses, correspondendo a 59,1% no grupo controlo e a 52,4% no grupo teste (Tabela 41).

Tabela 41 - Tabela de frequências da existência de visitas ao MD, nos últimos meses, por parte dos educandos, indicado pelos encarregados de educação.

Visita ao MD nos últimos meses	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	27 (40,9)	49 (47,6)
Sim	39 (59,1)	54 (52,4)
Total	66 (100)	103 (100)

Os motivos que levaram os encarregados de educação a levar os seus educandos, ao MD nos últimos meses foram, por ordem crescente, no grupo controlo consulta de rotina (59%), odontalgia (12,8%) e cárie dentária (7,7%), no grupo teste foram consulta de rotina (73,2%), odontalgia (8,9%) e consulta de rotina conjugada com cárie dentária (5,4%) (Tabela 42).

Tabela 42 - Tabela de frequências do motivo da visita ao MD, nos últimos meses, por parte dos educandos, indicado pelos encarregados de educação.

Motivo da visita ao MD nos últimos meses	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Rotina	23 (59)	41 (73,2)
Ortodontia	1 (2,6)	1 (1,8)
Cárie dentária	3 (7,7)	1 (1,8)
Odontalgia	5 (12,8)	5 (8,9)
Rotina e odontalgia	1 (2,6)	3 (5,4)
Rotina, cárie dentária e odontalgia	-	1 (1,8)
Rotina e cárie dentária	1 (2,6)	1 (1,8)
Cheque dentista	-	2 (3,6)
Rotina e aparelho ortodôntico	1 (2,6)	1 (1,8)
Rotina e exodontia	1 (2,6)	-
Rotina e cheque dentista	1 (2,6)	-
Patologia sistémica	1 (2,6)	-
Rotina, odontalgia e exodontia	1 (2,6)	-
Total	39 (100)	56 (100)

Ocorreu uma atribuição do cheque dentista aos educandos dos encarregados de educação em estudo de forma equiparada (46,8% e 47,6%, respetivamente), como se pode observar por um $p=0,916$, que indica que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo (Tabela 43).

Tabela 43 - Tabela de frequências da atribuição de cheque dentista às crianças indicado pelos encarregados de educação.

Atribuição de cheque dentista	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	33 (53,2)	55 (52,4)
Sim	29 (46,8)	50 (47,6)
Total	62 (100)	105 (100)
p	0,916	

II.3.2.3. Primeira Parte vs. Segunda Parte

No que respeita ao “número de escovagens diárias”, “momento(s) do dia em que se realiza a higiene oral”, “tempo de escovagem”, “movimentos utilizados para efetuar a escovagem dentária” e o “tipo de pasta dentária utilizada”, não existe associação estatisticamente significativas em nenhuma ligação entre as respostas dos encarregados de educação sobre si próprios e sobre os seus educandos (nos dois grupos e nos dois momentos avaliados), assim como na questão “quantidade de pasta” no grupo controlo nos dois momentos e no grupo teste no pré-teste (Tabela 22a do Apêndice XII).

Na questão “o que utiliza” (grupo controlo e teste nos dois momentos avaliados), “quantidade de pasta” (grupo teste no pós-teste) e “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” (grupo controlo e teste nos dois momentos avaliados), existem associações significativas (valores de p no teste de Cochran, variam entre $p < 0,001$ e $p = 0,021$) (Tabela 22a do Apêndice XII).

As associações significativas entre a resposta dos encarregados de educação e sobre os seus educandos na questão “o que utiliza”, detetadas pelo teste de Cochran são confirmadas pelo teste McNemar (grupo controlo: $p < 0,001$ no pré-teste e $p = 0,001$ no pós-teste; grupo teste $p = 0,001$ nos dois momentos), (Tabela 23a do Apêndice XII) significam que no grupo controlo existe uma relação entre os comportamentos corretos relatados pelos encarregados de educação sobre os seus educandos e os seus comportamentos incorretos relativamente a esta questão nos dois momentos, já no grupo teste a relação ocorre quando as duas respostas se encontram incorretas.

Na questão sobre a “quantidade de pasta” (Tabela 25a do Apêndice XII) verifica-se que apesar de no pré-teste não existirem diferenças significativas, estas desenvolveram-se no pós-teste (teste de McNemar, $p = 0,012$ no grupo teste), verificando-se uma relação entre comportamentos em ambas as respostas quando estes são incorretos.

Na questão sobre a “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” (Tabela 26a do Apêndice XII) existe uma relação entre as respostas fornecidas pelos encarregados de educação sobre si próprios e sobre os seus educandos quando as respostas correspondem a comportamentos corretos nos dois grupos nos dois momentos (teste McNemar, grupo controlo: $p = 0,022$ e $p = 0,003$ no pré-teste e pós-teste, respetivamente; no grupo teste: $p = 0,039$ e $p < 0,001$ no grupo teste para o pré-teste e pós-teste, respetivamente).

II.3.3. Relação entre Variáveis

No que diz respeito ao “número de escovagens dentárias diárias” (Tabela 24a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção do género masculino no grupo controlo,

o género feminino e 41 a 50 anos no grupo teste, que ocorre uma diminuição dos comportamentos corretos e ocorre uma manutenção dos comportamentos corretos no que respeita aos indivíduos com idade compreendida entre os 21 e os 30 anos no grupo teste e dos 61 a 70 anos no grupo controlo.

No que diz respeito ao “momento(s) do dia em que realiza a escovagem” (Tabela 25a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção do género masculino no grupo controlo, em que ocorre a manutenção dos comportamentos.

No que diz respeito ao “tempo de escovagem” (Tabela 26a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção do género masculino, dos 31 a 40 anos e 41 a 50 anos no grupo controlo e indivíduos com 51 a 60 anos no grupo teste, que ocorre uma manutenção dos comportamentos corretos e ocorre uma diminuição dos comportamentos corretos no que respeita aos indivíduos com idade compreendida entre os 21 e os 30 anos no grupo controlo e teste.

No que diz respeito ao “que utiliza” (Tabela 27a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção dos indivíduos com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos nos dois grupos, entre os 21 e os 30 anos e entre os 61 e os 70 anos no grupo controlo e entre os 41 e os 50 anos juntamente com os entre os 51 e os 60 anos no grupo teste, que ocorre uma manutenção dos comportamentos corretos e ocorre uma diminuição dos comportamentos corretos no que respeita ao género masculino no grupo teste.

No que diz respeito aos “movimentos utilizados na escovagem dentária” (Tabela 28a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção do género feminino e indivíduos dos 21 a 30 anos no grupo teste, que ocorre uma diminuição dos comportamentos corretos e ocorre uma manutenção dos comportamentos corretos no que respeita ao género masculino, aos indivíduos com idade compreendida entre os 31 e os 40 anos, entre os 41

e os 50 anos e entre os 61 e os 70 anos no grupo controlo e dos 51 a 60 anos no grupo teste.

No que diz respeito ao “tipo de pasta” (Tabela 29a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção do género masculino e indivíduos dos 41 a 50 anos no grupo teste, que ocorre uma diminuição dos comportamentos corretos e ocorre uma manutenção dos comportamentos corretos no que respeita aos indivíduos com idade compreendida entre os 21 e os 30 anos nos dois grupos, entre os 61 e os 70 anos no grupo controlo e dos 51 a 60 anos no grupo teste.

No que diz respeito ao “quantidade de pasta” (Tabela 30a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção do género feminino e indivíduos dos 21 a 30 anos e dos 41 a 50 anos no grupo controlo, que ocorre um aumento dos comportamentos corretos e ocorre uma diminuição dos comportamentos corretos no que respeita aos indivíduos com idade compreendida os 21 e os 30 anos e os 41 e os 50 anos no grupo teste.

No que diz respeito ao “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” (Tabela 31a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção do género masculino no grupo controlo e indivíduos dos 21 a 30 anos nos dois grupos, que ocorre uma diminuição dos comportamentos corretos e ocorre uma manutenção dos comportamentos corretos no que respeita aos indivíduos com idade compreendida entre os 61 e os 70 anos no grupo controlo e dos 51 a 60 anos no grupo teste.

No que diz respeito ao “origem da cárie” (Tabela 32a do Apêndice XII), ocorreu a mesma alteração de comportamento que ocorre no total relativamente ao género e à idade com exceção dos indivíduos dos 21 a 30 anos no grupo teste, que ocorre uma melhoria dos comportamentos corretos e ocorre uma manutenção dos comportamentos corretos no que respeita aos indivíduos dos 51 a 60 anos no grupo teste.

Relativamente à distribuição dos comportamentos relativamente às questões em que se pode avariar a alteração de comportamentos pelas variáveis situação profissional no momento pré-teste, profissão e escolaridade dos encarregados de educação (Tabelas 24a, 25a, 26a, 27a, 28a, 29a, 30a, 31a e 32a do Apêndice XII), ocorrem as mesmas alterações de comportamentos que ocorre o mesmo tipo de alterações que ocorre quando avaliadas as questões em que se pode avariar a alteração de comportamentos de forma individualizada, com exceção da variável profissão na questão “o que utiliza” no grupo teste (diminuem os comportamentos corretos), “quantidade de pasta” no grupo controlo (aumentam os comportamentos corretos), “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” no grupo controlo (diminuem os comportamentos corretos) e “cárie dentária” no grupo teste (aumentam os comportamentos corretos).

II.4. Discussão dos Resultados

Os encarregados de educação, na sua maioria (85,6%) autorizaram a realização do estudo (82,6% no grupo controlo e 88,3% no grupo teste), no entanto apenas 57,6% dos questionários foram considerados válidos (47,8% no grupo controlo e 65,7% no grupo teste), tal situação pode prender-se com o facto do preenchimento dos questionários ter ocorrido no domicílio de cada indivíduo, utilizado os seus educandos como meio de comunicação em vez de ter sido presencial.

Relativamente ao género dos educandos concluímos que representava a distribuição existente no concelho de Estarreja ($p=0,571$), tal já não se verificou relativamente às profissões desenvolvidas pelos encarregados de educação ($p<0,001$), não foi possível fazer os mesmos cálculos estatísticos relativamente ao género dos encarregados de educação uma vez que não existe uma base de dados nacional/regional/concelho que nos indique a distribuição dos encarregados de educação por género, no entanto já Massoni et al. (2010) no estudo que desenvolveu verificou que os responsáveis pelo acompanhamento das crianças ao atendimento médico-dentário é constituído em 67,3% por indivíduos do sexo feminino mais exatamente a mãe, já Ferreira et al. (2010) obteve 96% do sexo feminino no seu estudo desenvolvido no setor de Puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Nestas analogias temos que ter em consideração que os estudos anteriores são desenvolvidos no âmbito de consultas médicas, no entanto

podemos inferir que no que diz respeito aos cuidados de saúde quer de educação ainda se encontram muito relacionadas com o sexo feminino.

A distribuição da amostra por escola e por tipo de escola foi por conveniência, para diminuir a contaminação dos resultados, existindo diferenças significativas entre os dois grupos em estudo (controlo e teste), tendo cada escola ter pertencido na sua totalidade a apenas um dos grupos e a única escola privada foi introduzida propositadamente no grupo teste, no entanto no que concerne ao género dos educandos e dos encarregados de educação, à idade dos educandos e dos encarregados de educação, situação profissional e profissão dos encarregados de educação, verificou-se que não existem diferenças significativas, pelo que as comparações entre os dois grupos são feitas entre grupos equiparáveis. No que respeita ao grau de escolaridade, tal não se verifica, mas esta variável era de difícil controlo.

Seguidamente serão discutidas os resultados relativos às questões sobre os encarregados de educação.

Nas questões “número escovagens diárias”, “momento(s) do dia em que realiza a escovagem”, “tempo de escovagem”, “o que utiliza”, “movimentos utilizados na escovagem dentária”, “tipo de pasta” e “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” observam-se melhoria dos comportamentos nos dois grupos, na questão “quantidade de pasta” a melhoria só se verifica no grupo teste enquanto na questão “origem da cárie” a melhoria só ocorre no grupo controlo, apesar destas melhorias apenas na questão “momento(s) do dia em que realiza a escovagem” no grupo controlo e na questão “quantidade de pasta” no grupo teste estas apresentam significado estatístico.

Nas questões “momento(s) do dia em que realiza a escovagem” no grupo teste, “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” no grupo teste e “origem da cárie” no grupo controlo o valor de p apresenta um valor inferior a 0,200 e maior 0,050 o que nos demonstra que apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas, tal facto pode dever-se à dimensão reduzida da amostra.

Clarkson et al. (2009) no seu estudo demonstrou que ocorrem melhorias de comportamentos nos adultos relativamente ao aumento de indivíduos a realizar pelo menos 2 higienizações diárias e a higienização ter uma duração de pelo menos 2 minutos após intervenção direta nos adultos com $p < 0,05$.

Mais de 90% dos encarregados de educação dos dois grupos já foram ao MD, em que uma elevada percentagem não se recordava da idade que possuíam a quando da sua primeira visita ao MD, nas restantes respostas a maioria referia que essa visita ocorrera entre os 6 e os 13 anos de idade, faixa etária em que ocorre a erupção dentária definitiva, o motivo desta visita ao MD varia entre o grupo controlo e teste correspondendo a “rotina”, “cárie dentária” e “odontalgia”, ordenados por ordem decrescente, e “cárie dentária”, “odontalgia” e “rotina”, respetivamente.

Nos dois grupos a regularidade das visitas ao MD, corresponde na sua maioria a “anual”, “semestral” e em “S.O.S.”.

Uma percentagem inferior a 50% dos indivíduos visitou o MD nos últimos meses por “rotina”, “odontalgia” e “traumatismos dentários” no grupo controlo e “rotina”, “odontalgia” e “cárie dentária” no grupo teste, nos dois grupos mais de 50% dessas visitas deveram-se a consultas de rotina. No estudo desenvolvido por Silva em 2009, a maioria dos indivíduos tinham recorrido ao MD no último na sendo que os motivos mais frequentes incluíam a cárie dentária (43,6%), a odontalgia (23,1%) e rotina/reparações/manutenção (15,4%), o que certa forma vai de encontro com os resultados obtidos.

Apenas uma pequena percentagem dos encarregados de educação teve direito ao cheque dentista, tal pode pender-se com o facto de no caso dos adultos só serem distribuídos cheques dentista a grávidas, idosos e portadores de HIV/SIDA.

De seguida serão discutidos os resultados das questões sobre os educandos.

Nas questões “número escovagens diárias”, “momento(s) do dia em que realiza a escovagem” e “o que utiliza” observam-se melhoria dos comportamentos nos dois

grupos apesar das diferenças não apresentarem diferenças estatisticamente significativas.

Nas questões “tempo de escovagem”, “movimentos utilizados na escovagem dentária”, “tipo de pasta”, “quantidade de pasta” e “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” são relatadas melhoria no grupo teste e piorias no grupo controlo, mas só são verificadas diferenças significativas na questão “quantidade de pasta” no grupo teste

Nas questões “momento(s) do dia em que realiza a escovagem” e “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida”, ambas no grupo teste observa-se $0,050 < p < 0,200$ o que nos demonstra que apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas, tal facto pode dever-se à dimensão diminuta da amostra.

No estudo de Livny et al. (2008) observaram-se, após realização de programa de promoção da saúde oral diretamente nas crianças e respostas obtidas diretamente a partir destas, diminuição da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção, aumento de indivíduos que passaram a higienizar 2 vezes por dia e deixaram de existir indivíduos que não realizam qualquer higienização oral.

No estudo de Tai et al. (2009) podemos observar que, após um programa de promoção da saúde oral de 3 anos em que eram visadas as crianças e as suas mães, no grupo teste ocorre uma melhoria de comportamentos no que respeita a higienização diária de pelo menos 2 vezes por dia, número de visitas ao MD no último ano e do uso de pasta dentífrica fluoretada, os aumentos no que respeita ao número de higienizações diárias e ao tipo de pasta também ocorreu no grupo controlo, mas em menor percentagem, quanto às visitas ao MD houve uma diminuição, em todas as situações com um T. Qui-quadrado com $p < 0,001$.

Aproximadamente 90% dos encarregados de educação, dos dois grupos, relatam que os seus educandos já foram ao MD, em que a maioria ocorreu entre os 4 e os 8 anos de

idade, o motivo desta visita ao MD, por ordem decrescente são, em ambos os grupos, “rotina”, “cárie dentária” e “rotina associada a cárie dentária”.

No estudo de Almeida et al. (2003) foi possível observar que 58,3% das crianças com 12 anos e 17,8% nas com 6 anos fazem visitas anuais ao MD, informações obtidas diretamente das crianças.

Nos dois grupos a regularidade das visitas ao MD apresenta diferenças, pelo que no grupo teste predomina a “anual”, “semestral” e “trimestral”, no grupo teste predomina “anual”, “semestral” e em “S.O.S.”, com ordenação decrescente.

No estudo da DGS (2008b), resultados obtidos por resposta direta das crianças, afirma que a periodicidade da frequência de consultas de medicina dentária no último ano seria, com uma distribuição decrescente, semestral, anual, trimestral e finalmente mensal, apesar de aproximadamente 30% ter dito que tinham sido visitas ocasionais, apresentando uma percentagem superior a qualquer uma das outras respostas obtidas, isto a nível nacional, a nível da zona centro verifica-se a seguinte ordenação: anual, ocasional e mais que uma vez por ano. Relativamente ao motivo dessas consultas os resultados foram vigilância, tratamentos dentários e ortodontia (ordem decrescente).

Uma percentagem superior a 50% dos encarregados de educação relata que os seus educandos visitaram o MD nos últimos meses por “rotina”, “odontalgia” e “cárie dentária” no grupo controlo e “rotina”, “odontalgia” e “rotina associada a odontalgia” no grupo teste (ordenação decrescente).

Cerca de 50% dos encarregados de educação relata que os seus educando teve direito ao cheque dentista, o que pode ser interpretado de duas formas: ou existe uma percentagem significativa de crianças que apresentam as condições necessárias para que lhes sejam atribuídos os cheques dentista, o que pode demonstrar uma indesejável saúde oral e por outro lado pode ser interpretado como que um sucesso do programa do ministério da saúde para melhorar a saúde oral da população infantil.

No grupo teste, na questão “o que utiliza” (nos dois momentos) e na “quantidade de pasta” (no pós-teste), pode-se verificar uma associação entre o relato de comportamentos incorretos dos educandos e os comportamentos incorretos nos encarregados de educação, apesar dos comportamentos terem melhorado nas duas respostas em todas as situações, mas apenas com significado estatístico na questão da “quantidade de pasta”.

Há associação entre o relato de comportamentos corretos dos educandos com os comportamentos incorretos dos encarregados de educação no grupo teste nos dois momentos na questão “o que utiliza”, apesar dos comportamentos terem melhorado nas duas respostas nos dois momentos sem significado estatístico.

Quanto ao relato de comportamentos corretos dos educandos e os comportamentos corretos nos encarregados de educação nos dois grupos e nos dois momentos na questão “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida” observou-se associação, tendo ocorrido melhorias em todos sem significado estatístico.

Tanto as situações em que existe relação entre respostas fornecidas pelo encarregados de educação sobre si como sobre os seus educandos, quer sejam incorretas ou corretas permitem-nos inferir que no que respeita ao que utilizam na higienização oral, à quantidade de pasta utilizada e à ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida, o que os educandos executam influencia o que os encarregados de educação adotam.

Mais de 85% dos pais inseridos no estudo de Sawazaki (1997) afirmam que o facto de terem sido submetidos a orientação educativo-preventiva relativamente á cárie dentária faz com que ocorram alterações positivas na saúde oral dos seus filhos e 74,9% relata que tal também ocorre nos hábitos familiares, o que demonstra a importância de alargar as sessões de educação para a saúde oral aos encarregados de educação de forma a maximizar a mudança de comportamentos na área da saúde oral.

Nakama (1994) *cit. in* Sawazaki (1997) afirma que no decorrer do estudo que desenvolveu os pais relatam que os hábitos familiares na área da saúde oral, apesar das

orientações terem sido dadas aos pais, são influenciadas pelas crianças no sentido de serem melhoradas por representarem um importante grupo de pressão quer passivamente (pais alteram hábitos para beneficiar os filhos) quer ativamente (criança cobra a mudança de comportamentos dos pais).

Podemos observar que em muitas situações as respostas dos encarregados de educação do grupo de controlo do género masculino possuem diferentes alterações de comportamentos relativamente ao observado quando estudados os dois géneros juntos tal pode dever-se ao facto de muitas vezes as questões de higiene pessoal e oral assim como o acompanhamento das crianças aos serviços de saúde, nomeadamente o MD, estarem associadas a responsabilidade do género feminino e daí a influencia das crianças não ser tão visível.

Nos indivíduos que apresentam mais idade (idades superiores aos 51 anos de idade) apresentam tendência a manter os comportamentos que já possuíam anteriormente, podendo dever-se ao facto de com o aumento da idade os indivíduos encontram-se menos abertos a mudanças de comportamentos.

III. Conclusão

No decorrer das últimas décadas o enfoque destinado ao impacto que as crianças têm nos comportamentos das suas famílias, tem aumentado, apesar do seu estudo ter tido o seu maior foco de atenção a influência no consumo, quer diário, quer de objetos de maior importância como a compra de uma casa, não dando ênfase à sua importância no campo da saúde, mais especificamente na saúde oral, como se pode observar nos estudos de Jayawardene et al. (2012), Akinyele (2010), Rosa et al. (2008), Vieira (2004 e 2002), Labrecque (2001) e Levy (2004 *cit. in* Akinyele, 2010).

Em resultado da efetivação deste estudo podem ser extraídas as seguintes conclusões:

⇒ As percentagens de 92,4 e de 89,9 para o género feminino no grupo controlo e teste, respetivamente, como esperado devido à distribuição habitual da tipologia de tarefas;

⇒ Apesar de terem sido observadas melhorias de comportamentos dos encarregados de educação em ambos os grupos, o grupo em que as melhorias tiveram mais significado estatístico foi no grupo teste, como era esperado, demonstrando um impacto positivo das sessões de educação para a saúde oral aplicadas aos educandos dos indivíduos em estudo;

⇒ Podemos especular que as melhorias ocorridas no grupo controlo podem ter origem em vários fatores externos como por exemplo:

✓ O simples facto das crianças terem contacto com um profissional de saúde, nesta situação o MD, pode levar à busca de informação sobre a temática dos questionários que preencheram;

✓ O programa curricular do 1º ciclo do ensino básico inclui o estudo da higiene corporal que inclui a higiene oral, e não temos acesso à calendarização da lecionação desta temática nas escolas estudadas;

✓ As visitas recentes ao MD, podem ter tido na sua constituição instruções e estratégias de motivação para uma correta higiene oral.

⇒ Os indivíduos do género masculino e com idade superiores a 51 anos estão menos predispostos a mudanças de comportamentos, provavelmente devido ao papel que

desempenham na família e de uma dificuldade crescente na obtenção de alterações de comportamento ao longo do ciclo da vida, respetivamente.

Uma das mais-valias deste estudo foi constatar que ocorreram mudanças de comportamentos, apesar de menores do que os esperados, situação que poderia ser colmatada com os seguintes procedimentos:

⇒ Para aumentar a correta participação dos encarregados de educação no estudo o preenchimento dos questionários, deveria passar a ser presencial, podendo aproveitar as reuniões marcadas pelos professores para entrega das classificações dos seus educandos quer finais quer intercalares;

⇒ A realização de sessões de educação para a saúde oral, direcionadas para os encarregados de educação pode potenciar as mudanças de comportamentos, uma vez que podem servir como local de esclarecimento de dúvidas/informações levadas pelos seus educandos para o seu núcleo familiar;

⇒ Com apenas uma sessão de educação para a saúde oral, ocorreram algumas melhorias de comportamentos, pelo que podemos expectar que com um aumento, com periodicidade estipulada, dessas sessões de educação para a saúde oral poderíamos potenciar essas melhorias observadas.

⇒ Para além de utilizar a distribuição de folhetos e pósteres, pensamos que a construção de jogos didáticos alusivos à temática, que poderiam ser utilizados durante as aulas relacionadas com o tema e até mesmo nos tempo de descanso ao longo de todo o ano letivo, poderia melhorar os conhecimentos de forma indireta.

Deste modo podemos enfatizar a importância da promoção e prevenção da saúde oral nas crianças e seu núcleo familiar, permitindo que sejam desenvolvidas aptidões e comportamentos corretos no que toca à saúde oral e higiene oral, uma vez que estas melhorias atuam não só a nível físico local, mas também a nível físico geral, a nível psíquico assim como a nível da qualidade de vida e bem-estar.

Bibliografia

Akinyele, S. T. (2010). The influence of children on family purchasing decisions in Ota, Nigeria. *CMR*, 4 (2), pp. 1-11.

Almeida, C. M. *et alii*. (2003). Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dent Health*, 20 (4), pp. 211-216.

Almeida, C. M., *et alii*. (2010). *Promoção da Saúde Oral: Contributos para a Organização e Aplicação de Programas*. Lisboa: Coisas de Ler.

Almeida, F. F. (2006). Carta Educativa do Município de Estarreja. [Em linha]. Disponível em <http://www.cm-estarreja.pt/pdf/Carta_Educativa_do_Municipio_de_Estarreja.pdf>. [Consultado em 01/07/2011].

Amann, G. e Cádima, C.. (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa, DGS.

AAPD. (2010/2011). *Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines*. Chicago, American Academy of Pediatric Dentistry.

AAPD. (2011a). Fluoride. [Em linha]. Disponível em <<http://digital.ipcprintservices.com/publication/?m=17245&l=1>>. [Consultado em 14/09/2012].

AAPD. (2011b). Regular dental visits. [Em linha]. Disponível em <<http://digital.ipcprintservices.com/publication/?m=17249&l=1>>. [Consultado em 14/09/2012].

Clarkson, J. E. *et alii*. (2009). How to Influence Patient Oral Hygiene Behavior Effectively. *J Dent Res*, 88 (10), pp. 933-937.

De Mol, J. e Buysse, A. (2008). The phenomenology of children's influence on parents. *Journal of Family Therapy*, 30 (2), pp. 163-193.

Diário da República, I Série. (2009). Portaria nº 301/2009 de 24 de Março. Lisboa, Diário da Republica Eletrónico.

Diário da República, II Série. (2008). Despacho nº 4324/2008, de 19 de Fevereiro. Lisboa, Diário da Republica Eletrónico.

Diário da República, II Série. (2010). Despacho nº 16159/2010, de 26 de Outubro. Lisboa, Diário da Republica Eletrónico.

Dias, M. S. A. (2009). *Estudo dos Factores de Risco em Saúde Oral em Crianças Escolarizadas*. Porto: Faculdade das Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa.

Díaz, J. F. A. *et alii*. (2009). Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria "Gerardo Medina". *Rev Ciências Médicas*, 13(2), pp. 80-9.

DGS. (2002). Manual de Boas Práticas em Saúde Oral – Para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades especiais. Lisboa, DGS.

DGS. (2005). Circular Normativa nº 01/DSE de 18/01/2005 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa, DGS.

DGS. (2006a). Bochechos Fluoretados – Como Fazer na Escola. Lisboa, DGS.

DGS. (2006b). Escovagem dos Dentes – Como Fazer. Lisboa, DGS.

DGS. (2006c). Fio Dentário – Como Utilizar. Lisboa, DGS.

DGS. (2006d). Higiene oral para Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais. Lisboa, DGS.

DGS. (2006e). Programa Nacional de Saúde dos Jovens – 2006/2010. Lisboa, DGS.

DGS. (2007). Circular Normativa nº 5/DSE de 15/02/2007 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Termos de Referência para a Contratualização em 2007. Lisboa, DGS.

DGS. (2008a). Circular Informativa nº 38/DSPPS/DCVAE de 17/12/2008 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Material de apoio à Promoção da Saúde Oral – Videograma “A escovagem é importante! A escovagem é fixe!”. Lisboa, DGS.

DGS. (2008b). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa, DGS.

DGS. (2008c). Saúde Oral das Pessoas Idosas. Lisboa, DGS.

DGS. (2008d). Saúde oral na mulher grávida. Lisboa, DGS.

DGS. (2008e). Saúde oral nas pessoas idosas. Lisboa, DGS.

DGS. (2009a). Circular Informativa nº 07/DSPPS/DCVAE de 26/03/2009 – Saúde Oral – Normalização de procedimentos para a emissão de cheques-dentista e documentos de referenciação para higienista oral. Lisboa, DGS.

DGS. (2009b). Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/2009 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos. Lisboa, DGS.

DGS. (2010). Norma da Direção-Geral da Saúde nº 002/2010 de 27/10/2010 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa, DGS.

DGS. (2011). Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 007/2011 de 25/03/2011 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Plano B. Lisboa, DGS.

Divisão de Saúde Escolar. (2005). Notícias nº 4 – Saúde Escolar. Lisboa, DGS.

Featherstone, J. D. B. (2000). The science and practice of caries prevention. *J Am Dent Assoc*, 131 (7), pp.887-899.

Ferreira, J. M. S. *et alii*. (2010). Conhecimento de pais sobre saúde bucal na primeira infância. *Pediatrics Moderna*, 46 (6), pp. 224-230.

Fortin, M.-F., Côté, J. e Filion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Canadá: Lusodidacta.

Gonçalves, S. e Santos, L. L. (2010). *Com o sorriso aprendo a fazer o exame da boca*. 2ª Ed.0 Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Gonçalves, S., Frias-Bulhosa, J. e Santos, L. L. (2011). *Com o sorriso aprendo a lavar os dentes*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Hawkins, R. J. *et alii*. (2000). Oral Hygiene Knowledge of high-risk Grade one children: an evaluation of two methods of dental health education. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28 (5), pp.336-343.

Infopédia – Enciclopédia e Dicionários Porto Editora. [Em linha]. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/>>. [Consultado em 02/06/2012].

Instituto Nacional de Estatística. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2>. [Consultado em 02/06/2012].

Instituto Nacional de Estatística. [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE>. [Consultado em 02/06/2012].

ISAVE – Instituto Superior de Saúde do Alto Ave. (2005). E se a minha escova cantasse...: um disco com flúor!. [CDROM]. Sacavém, Espacial. IBM PC e compatível.

Jayawardene, W. P. *et alii.* (2011). Children's influence on family decision-making: a restaurant study. *JBR*, 54 (2), pp. 173-6.

Labrecque, J. e Ricard, L.. (2001). Prevention of Dengue Fever: An Exploratory School-Community Intervention Involving Students Empowered as Change Agents. *J Sch Health*, 81 (9), pp. 566-73.

Lima, J. E. O. (2007). Cárie dentária: um novo conceito. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 12 (6), pp. 119-130.

Livny, A. *et alii.* (2008). Oral health promotion for schoolchildren – evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills. *BMC Oral Health*, 8 pp. 4.

Massoni, A. C. L. T. *et alii.* (2010). Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 10 (2), pp. 257-264.

Mattila, M.-L. *et alii.* (2000). Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. *J Dent Res*, 79 (3), pp. 875-881.

Mattila, M.-L. *et alii.* (2005). Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children?. *Acta Odontol Scand*, 63 (2), pp. 73-84.

Moynihan, P. e Petersen, P. E. (2004). Diet, nutrition and prevention of dental diseases. *Public Health Nutrition*, 7 (1A), pp. 201-226.

Município de Estarreja. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cm-estarreja.pt>>. [Consultado em 02/06/2012].

O'Donnell, M. P. (2009). Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating *Opportunitie*. *Am J Health Promot*, 24 (1), pp. IV.

OpenEpi Versão 2.3.1. Em linha]. Disponível em <<http://www.openepi.com/OE2.3/Menu/OpenEpiMenu.htm>>. [Consultado em 20/09/2011].

Péres, M. A. *et alii*. (2003). Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*, 6 (4), pp. 293-306.

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. [Em linha]. Disponível em <<https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/index.jsp>>. [Consultado em 16/08/2011].

Ramos-Gomez, F., Jue, B. e Bonta, Y. (2002). Implementing an Infant Oral Care Program. *J Calif Dent Assoc*, 30 (10), pp. 752-761.

Resende, C. e Pedroso, C. (1999). Rastreio da Cárie Dentária. *Saúde Infantil*, 21 (2), pp. 43-52.

Rosa, L. K. *et alii*. (2008). A influência do público infantil no comportamento de compra de seus pais. [Em linha]. Disponível em <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_TN_STO_073_519_11444.pdf>. [Consultado em 19/10/2011].

Santos, P. A., Rodrigues, J. A. e Garcia, P. P. N. S. (2003). Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras*, 6 (1), pp. 67-74.

Sawazaki, I., Nakama, L. (1997). Educação para a Saúde Bucal: trabalho em equipe e aspectos psicossociais. *Aust Dent J*, 18 (Especial), pp. 15-24.

Silva, B. D. M., Forte, D.S. (2009). Acesso a Serviço Odontológico, Percepção de Mães Sobre Saúde Bucal e Estratégias de Intervenção em Mogeiro, PB, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 9 (3), pp. 313-319.

Tai, B.-J. *et alii*. (2009). Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programme in Yichang City, China. *Community Dent Oral Epidemiol*, 37 (5), pp. 391-398.

Umberson, D. (1992). Book Reviews. *JMF*, 54(4), pp. 1002-1003.

Vieira, I. e Proença, J. F. (2002). A influência da criança no processo de compra familiar uma abordagem pelo estilo parental. *Estudos de Gestão – Portuguese Journal of Management Studies*, 7 (2), pp. 187-200.

Vieira, I. e Proença, J. F. (2004). O estilo parental e a influência da criança no comportamento de compra da mãe. *Revista de Gestão e Economia*, 8, pp. 43-50.

Wilkins, E. M. (2005). *Clinical Practice of the Dental Hygienist*. 9 Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

APÊNDICES

APÊNDICE I - “Comissão de Ética”

Ao cuidado da Comissão de Ética da
Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade Fernando Pessoa do Porto

Rua Carlos da Maia, 296

4200-150 Porto

Assunto: Pedido de Parecer Ético

Canelas, Outubro de 2010

Nós, Liliana Isabel Pires dos Santos com o número mecanográfico 18426, e Ana Margarida Pires dos Santos com o número mecanográfico 18100, vimos por este meio, junto de Vossas Excelências, solicitar Parecer Ético para a aplicação de questionários em escolas que leccionam o 1º Ciclo de escolaridade do Concelho de Estarreja.

Estes questionários serão efectuados no âmbito da unidade curricular Projecto de Pós-Graduação do Plano de Estudos do Curso de Medicina Dentária, com mestrado integrado, visando apurar o Impacto de Sessões de Educação para a Saúde nas crianças do 1º Ciclo visadas e no seu núcleo familiar (pai e/ou mãe), no Concelho de Estarreja.

Existirá um questionário aplicado às crianças e outro aplicado ao agregado familiar, em dois momentos distintos:

- 1º Momento – Antes da sessão de educação para a saúde;
- 2º Momento – 4 a 6 Meses após a sessão de educação para a saúde.

Junto envio um exemplar de cada questionário, devidamente identificado.

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Liliana Santos



Ana Santos

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

APÊNDICE II - “Documentos Enviados às Escolas”

Ao cuidado do Ex.mo Senhor Director do
Agrupamento de Escolas de Estarreja,
Professor Óscar Ferreira

Rua da Arrozinha, 14 - Apartado 25

3860 - 207 Estarreja

Assunto: Pedido para aplicação de um
estudo na área da Higiene / Saúde Oral em
alunos do 1º Ciclo

Porto, Abril de 2011

Ex.mo Senhor Director

Nós, Liliana Isabel Pires dos Santos e Ana Margarida Pires dos Santos, vimos por este meio, solicitar a Vossa Excelência, a colaboração do seu agrupamento de escolas num estudo de Higiene / Saúde Oral.

Este pedido insere-se no âmbito da unidade curricular Projecto de Pós-Graduação do Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto), para o estudo do Impacto de Sessões de Educação para a Saúde nas crianças do 1º Ciclo visadas e no seu núcleo familiar (pai e/ou mãe), no Concelho de Estarreja.

O estudo foi revisto pela Comissão de Ética da Faculdade acima referida e autorizado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e será realizado pelas alunas do ensino superior, supra citadas. O estudo consiste no preenchimento de questionários pelos alunos(as) e pelo seu núcleo familiar, na apresentação de uma sessão de Educação para a Saúde aos alunos(as) e na observação da boca e dos dentes dos alunos(as), utilizando materiais devidamente esterilizados.

Os dados obtidos são absolutamente confidenciais.

Existirá um questionário aplicado às crianças e outro aplicado ao agregado familiar em dois momentos distintos:

- 1º Momento – Antes da sessão de educação para a saúde;
- 2º Momento – 4 a 6 Meses após a sessão de educação para a saúde.

A realização deste estudo é muito importante para avaliar a saúde oral das crianças do Concelho de Estarreja assim como para a conclusão do Curso Superior das alunas, pelo que agradecemos a sua colaboração!

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Liliana Santos



Ana Santos

Ao cuidado do Ex.mo Senhor Director do
Agrupamento de Escolas de Estarreja,
Professor Óscar Ferreira

Rua da Arrozinha, 14 - Apartado 25

3860-207 Estarreja


Assunto: Pedido para a recolha de
informação sobre Hábitos de Higiene e
Saúde Oral em alunos do 1º Ciclo

Porto, Abril de 2011

Ex.mo Senhor Director

Eu, José Frias Bulhosa, docente da unidade curricular de Medicina Dentária Preventiva e comunitária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto), declaro que no âmbito dos estudos para a graduação em Medicina Dentária, as alunas Liliana Isabel Pires dos Santos, com o número mecanográfico 18426, e Ana Margarida Pires dos Santos, com o número mecanográfico 18100, estão a realizar um levantamento de dados sobre Hábitos de Higiene e Saúde Oral referentes a alunos do 1º Ciclo do Conselho de Estarreja, tendo nesse sentido interesse em recolher essa informação no seu agrupamento de escolas.

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Mestre José Frias Bulhosa

Ao cuidado da Ex.ma Senhora Directora do
Agrupamento de Escolas de Pardilhó,
Professora Lurdes Conceição Pereira

Rua Padre Garrido, Apartado 8

3870-464 Pardilhó

Assunto: Pedido para aplicação de um
estudo na área da Higiene / Saúde Oral em
alunos do 1º Ciclo

Porto, Abril de 2011

Ex.ma Senhora Directora

Nós, Liliana Isabel Pires dos Santos e Ana Margarida Pires dos Santos, vimos por este meio, solicitar a Vossa Excelência, a colaboração do seu agrupamento de escolas num estudo de Higiene / Saúde Oral.

Este pedido insere-se no âmbito da unidade curricular Projecto de Pós-Graduação do Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto), para o estudo do Impacto de Sessões de Educação para a Saúde nas crianças do 1º Ciclo visadas e no seu núcleo familiar (pai e/ou mãe), no Concelho de Estarreja.

O estudo foi revisto pela Comissão de Ética da Faculdade acima referida e autorizado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e será realizado pelas alunas do ensino superior, supra citadas. O estudo consiste no preenchimento de questionários pelos alunos(as) e pelo seu núcleo familiar, na apresentação de uma sessão de Educação para a Saúde aos alunos(as) e na observação da boca e dos dentes dos alunos(as), utilizando materiais devidamente esterilizados.

Os dados obtidos são absolutamente confidenciais.

Existirá um questionário aplicado às crianças e outro aplicado ao agregado familiar em dois momentos distintos:

- 1º Momento – Antes da sessão de educação para a saúde;
- 2º Momento – 4 a 6 Meses após a sessão de educação para a saúde.

A realização deste estudo é muito importante para avaliar a saúde oral das crianças do Concelho de Estarreja assim como para a conclusão do Curso Superior das alunas, pelo que agradecemos a sua colaboração!

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Liliana Santos



Ana Santos

Ao cuidado da Ex.ma Senhora Directora do
Agrupamento de Escolas de Pardilhó,
Professora Lurdes Pereira

Rua Padre Garrido, Apartado 8

3870-464 Pardilhó


Assunto: Pedido para a recolha de
informação sobre Hábitos de Higiene e
Saúde Oral em alunos do 1º Ciclo

Porto, Abril de 2011

Ex.mo Senhor Director

Eu, José Frias Bulhosa, docente da unidade curricular de Medicina Dentária Preventiva e comunitária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto), declaro que no âmbito dos estudos para a graduação em Medicina Dentária, as alunas Liliana Isabel Pires dos Santos, com o número mecanográfico 18426, e Ana Margarida Pires dos Santos, com o número mecanográfico 18100, estão a realizar um levantamento de dados sobre Hábitos de Higiene e Saúde Oral referentes a alunos do 1º Ciclo do Conselho de Estarreja, tendo nesse sentido interesse em recolher essa informação no seu agrupamento de escolas.

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Mestre José Frias Bulhosa

Ao cuidado da Ex.ma Senhora Directora do
Agrupamento de Escolas de Avanca,
Professora Elsa Moinheiro

Rua do Morgado, 120

3860-127 Avanca

Assunto: Pedido para aplicação de um
estudo na área da Higiene / Saúde Oral em
alunos do 1º Ciclo

Porto, Abril de 2011

Ex.ma Senhora Directora

Nós, Liliana Isabel Pires dos Santos e Ana Margarida Pires dos Santos, vimos por este meio, solicitar a Vossa Excelência, a colaboração do seu agrupamento de escolas num estudo de Higiene / Saúde Oral.

Este pedido insere-se no âmbito da unidade curricular Projecto de Pós-Graduação do Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto), para o estudo do Impacto de Sessões de Educação para a Saúde nas crianças do 1º Ciclo visadas e no seu núcleo familiar (pai e/ou mãe), no Concelho de Estarreja.

O estudo foi revisto pela Comissão de Ética da Faculdade acima referida e autorizado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e será realizado pelas alunas do ensino superior, supra citadas. O estudo consiste no preenchimento de questionários pelos alunos(as) e pelo seu núcleo familiar, na apresentação de uma sessão de Educação para a Saúde aos alunos(as) e na observação da boca e dos dentes dos alunos(as), utilizando materiais devidamente esterilizados.

Os dados obtidos são absolutamente confidenciais.

Existirá um questionário aplicado às crianças e outro aplicado ao agregado familiar em dois momentos distintos:

- 1º Momento – Antes da sessão de educação para a saúde;
- 2º Momento – 4 a 6 Meses após a sessão de educação para a saúde.

A realização deste estudo é muito importante para avaliar a saúde oral das crianças do Concelho de Estarreja assim como para a conclusão do Curso Superior das alunas, pelo que agradecemos a sua colaboração!

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Liliana Santos



Ana Santos

Ao cuidado da Ex.ma Senhora Directora do
Agrupamento de Escolas de Avanca,
Professora Elsa Moinheiro

Rua do Morgado, 120

3860-127 Avanca

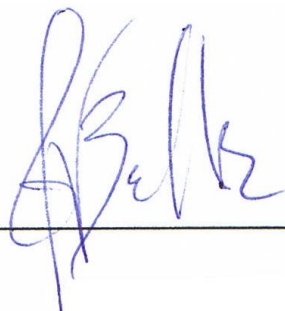
Assunto: Pedido para a recolha de
informação sobre Hábitos de Higiene e
Saúde Oral em alunos do 1º Ciclo

Porto, Abril de 2011

Ex.mo Senhor Director

Eu, José Frias Bulhosa, docente da unidade curricular de Medicina Dentária Preventiva e comunitária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto), declaro que no âmbito dos estudos para a graduação em Medicina Dentária, as alunas Liliana Isabel Pires dos Santos, com o número mecanográfico 18426, e Ana Margarida Pires dos Santos, com o número mecanográfico 18100, estão a realizar um levantamento de dados sobre Hábitos de Higiene e Saúde Oral referentes a alunos do 1º Ciclo do Conselho de Estarreja, tendo nesse sentido interesse em recolher essa informação no seu agrupamento de escolas.

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Mestre José Frias Bulhosa

Ao cuidado da Ex.ma Senhora Directora do
Jardim Escola João de Deus de Estarreja,
Professora Helena Santos

Av. do Hospital Agra - Salreu

3865-208 Estarreja

Assunto: Pedido para aplicação de um
estudo na área da Higiene / Saúde Oral em
alunos do 1º Ciclo

Porto, Abril de 2011

Ex.ma Senhora Directora

Nós, Liliana Isabel Pires dos Santos e Ana Margarida Pires dos Santos, vimos por este meio, solicitar a Vossa Excelência, a colaboração do seu agrupamento de escolas num estudo de Higiene / Saúde Oral.

Este pedido insere-se no âmbito da unidade curricular Projecto de Pós-Graduação do Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto), para o estudo do Impacto de Sessões de Educação para a Saúde nas crianças do 1º Ciclo visadas e no seu núcleo familiar (pai e/ou mãe), no Concelho de Estarreja.

O estudo foi revisto pela Comissão de Ética da Faculdade acima referida e autorizado pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e será realizado pelas alunas do ensino superior, supra citadas. O estudo consiste no preenchimento de questionários pelos alunos(as) e pelo seu núcleo familiar, na apresentação de uma sessão de Educação para a Saúde aos alunos(as) e na observação da boca e dos dentes dos alunos(as), utilizando materiais devidamente esterilizados.

Os dados obtidos são absolutamente confidenciais.

Existirá um questionário aplicado às crianças e outro aplicado ao agregado familiar em dois momentos distintos:

- 1º Momento – Antes da sessão de educação para a saúde;
- 2º Momento – 4 a 6 Meses após a sessão de educação para a saúde.

A realização deste estudo é muito importante para avaliar a saúde oral das crianças do Concelho de Estarreja assim como para a conclusão do Curso Superior das alunas, pelo que agradecemos a sua colaboração!

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Liliana Santos



Ana Santos

Ao cuidado da Ex.ma Senhora Directora da
Associação de Jardins Escolas João de Deus
de Estarreja Helena Santos

Av. do Hospital Agra - Salreu

3865-208 Estarreja


Assunto: Pedido para a recolha de
informação sobre Hábitos de Higiene e
Saúde Oral em alunos do 1º Ciclo

Porto, Abril de 2011

Ex.mo Senhor Director

Eu, José Frias Bulhosa, docente da unidade curricular de Medicina Dentária Preventiva e comunitária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto), declaro que no âmbito dos estudos para a graduação em Medicina Dentária, as alunas Liliana Isabel Pires dos Santos, com o número mecanográfico 18426, e Ana Margarida Pires dos Santos, com o número mecanográfico 18100, estão a realizar um levantamento de dados sobre Hábitos de Higiene e Saúde Oral referentes a alunos do 1º Ciclo do Conselho de Estarreja, tendo nesse sentido interesse em recolher essa informação no seu agrupamento de escolas.

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Mestre José Frias Bulhosa

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

APÊNDICE III - “Pedido ao Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde”

Ao cuidado do Diretor da Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade
Fernando Pessoa do Porto

Rua Carlos da Maia, 296

4200-150 Porto

Assunto: Pedido Material para Desenvolver
o Projeto de Pós-Graduação / Dissertação

Porto, Fevereiro de 2012

Ex.mo Senhor Prof. Doutor Luís Martins

Nós, Liliana Isabel Pires dos Santos com o número mecanográfico 18426, e Ana Margarida Pires dos Santos com o número mecanográfico 18100, vimos por este meio, junto de Vossa Excelência, solicitar material para a aplicação de questionários e observação da cavidade oral em escolas que lecionam o 1º Ciclo de escolaridade do Concelho de Estarreja.

Estes questionários e observações da cavidade oral serão efetuados no âmbito da unidade curricular Projeto de Pós-Graduação / Dissertação do Plano de Estudos do Curso de Medicina Dentária, com mestrado integrado, tendo como objetivo apurar o Impacto de Sessões de Educação para a Saúde nas crianças do 1º Ciclo visadas e no seu núcleo familiar (encarregado de educação), no Concelho de Estarreja.

O material que vimos solicitar é:

- Um projetor no dia da apresentação das sessões de educação para a saúde;
- Consumíveis, para a observação de cerca de 450 alunos em dois momentos distintos, ou seja aproximadamente 900 compressas e 450 pares de luvas de tamanho S e 450 pares de luvas de tamanho M.

Nota: todos os consumíveis não utilizados serão devolvidos à faculdade.

Sem mais assunto e com os melhores cumprimentos,



Liliana Santos



Ana Santo

APÊNDICE IV - “Autorização dos Encarregados de Educação”

Para o Encarregado de Educação

Ex.mo(a) Sr(a). Encarregado(a) de Educação

A Escola que o seu(sua) educando(a) frequenta foi selecionada para fazer parte de um estudo de saúde oral que Liliana Isabel Pires dos Santos e Ana Margarida Pires dos Santos pretendem realizar no âmbito da unidade curricular Projeto de Pós-Graduação do Plano de Estudos do Curso de Medicina Dentária, com mestrado integrado, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS – UFP – Porto).

O estudo foi revisto pela Comissão de Ética da Faculdade supra citada e autorizado pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e será realizado pelas alunas do ensino superior, supra citadas. O estudo consiste no preenchimento de questionários pelos alunos(as) e pelo núcleo familiar, na apresentação de sessões de Educação para a Saúde aos alunos(as) e na observação da boca e dos dentes dos alunos(as), utilizando materiais devidamente esterilizados.

Os dados obtidos são absolutamente confidenciais.

A realização deste estudo é muito importante para avaliar a saúde oral das crianças do Concelho de Estarreja assim como para a conclusão do Curso Superior das alunas, pelo que agradecemos a sua colaboração!

Liliana Santos

Ana Santos

Contacto telefónico: 969327363 / 918231030

Por favor preencha e devolva o destacável ao professor do seu(sua) educando(a).

Eu _____ Encarregado de Educação do aluno(a)
_____, **autorizo e aceito / não autorizo e não
aceito** (risque o que não interessa) a minha participação e a do(a) meu(minha) educando(a) no
estudo acima descrito, assim como a recolha de imagens durante o mesmo.

O encarregado de educação _____

APÊNDICE V - “Questionário – Pré-teste”



Este questionário vai servir para avaliar os cuidados que tem com a sua boca e do(a) seu(sua) educando(a). O Questionário é confidencial e só tem que responder o que costuma fazer! Marque com um **X** a(s) opção(ões) que mais têm a ver consigo.

Questionário – Sobre Encarregado de Educação

1. Os meus dados

1.1.Género: Masculino Feminino

1.2.Idade: ___ anos

1.3.Situação profissional:

Empregado Desempregado Reformado

Outra. Qual? _____

1.4.Profissão:

- Quadros superiores da AP, dirigentes e empresas
- Especialistas de profissões intelectuais e científicas
- Técnicos e profissionais de nível intermédio
- Pessoal administrativo e similares
- Pessoal dos serviços e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- Operários, artífices e trabalhadores similares
- Operadores de instalações, máquinas e trabalhadores da montagem
- Trabalhadores não qualificados
- Forças Armadas
- Doméstico/a
- Outra. Qual? _____

1.5. Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever (Antigo Ensino Primário)
- 2º Ciclo / 6º Ano (Antigo Ensino Preparatório)
- 3º Ciclo / 9º Ano (Antigo Curso Geral)
- Secundário / 12º Ano (Antigo Curso complementar)
- Curso Médio ou Superior
- Outra. Qual? _____

2. Como trato os meus dentes?

2.1. Quantas vezes por dia lava os seus dentes? _____ vezes

2.2. Quando é que lava os seus dentes? **[uma ou mais opções]**

- De manhã, antes do pequeno-almoço
- De manhã, depois do pequeno-almoço
- Antes do almoço
- Depois do almoço
- Antes do jantar
- Depois do jantar
- Antes de ir para a cama
- Nunca
- Outro. Qual? _____

2.3. Lava os dentes durante...

- Menos de 30 segundos
- Mais de 30 segundos e menos de 1 minuto
- Mais de 1 minuto e menos de 2 minutos
- Mais de 2 minutos
- Não sei
- Outro. Qual? _____

2.4. O que usa para lavar os dentes? **[uma ou mais opções]**

- Água
- Líquidos para bochechar
- Escova de dentes
- Pasta de dentes
- Fio dentário
- Outro. Qual? _____




2.5. Como usa a sua escova de dentes? [uma ou mais opções]

- Faço movimentos de cima para baixo e de baixo para cima (na vertical)
- Faço movimentos de um lado para o outro (na horizontal)
- Faço movimentos circulares
- Não sei
- Outra. Qual? _____

2.6. A sua pasta de dentes...

- Tem flúor
- Não tem flúor
- Não sei

2.7. Que quantidade de pasta usa?

- 
- 
- 
- Outra. Qual? _____

3. Os meus hábitos alimentares

3.1. Costuma comer alimentos e/ou bebidas doces (bolos, bolachas, chocolates, rebuçados, pastilha elástica, Bollycao®, Chipicao®, Coca-Cola®, sumos, refrigerantes, Compal®, 7UP®, ...) ...

- Todos os dias
- Cinco ou seis vezes por semana
- Três ou quatro vezes por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Só em aniversários ou outras festas
- Nunca
- Outra. Qual? _____

4. Sobre o Médico Dentista

4.1. Já alguma vez foi ao dentista? Sim Não

4.1.1. Se respondeu sim...

4.1.1.1. Que idade tinha na 1ª vez que foi? ____ anos Não me lembro

4.1.1.2. Porque é que foi? [uma ou mais opções]

- Para ver a saúde dos dentes (rotina)
- Porque temo aparelho de correção dos dentes (ortodontia)
- Porque tinha problemas nos dentes (cárie dentária)
- Porque me doíam os dentes (odontalgia)
- Outra. Qual? _____

4.2. Quantas vezes vai ao dentista?

- Todos os meses
- De 3 em 3 meses
- De 6 em 6 meses
- Uma vez por ano
- Nunca
- Não sei
- Outro. Qual? _____

5. Sobre a doença cárie dentária (“buraquinhos” que aparecem nos dentes)

5.1. Porque é que se estragam os dentes? [uma ou mais opções]

- Falta de lavagem
- Por se comerem muitos alimentos doces
- Por usar uma escova rija
- Por se comer muita fruta
- Porque é normal estragarem-se
- Não sei
- Outra. Qual? _____

Questionário – Sobre o(a) meu(minha) educando(a)

6. Como trata os dentes do(a) seu(sua) educando(a)? [uma ou mais opções]

6.1. Quantas vezes por dia lhe lava os dentes ou supervisiona a lavagem? _____ vezes

6.2. Quando é que lhe lava os dentes ou supervisiona a lavagem? **[uma ou mais opções]**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> De manhã, antes do pequeno-almoço | <input type="checkbox"/> De manhã, depois do pequeno-almoço |
| <input type="checkbox"/> Antes do almoço | <input type="checkbox"/> Depois do almoço |
| <input type="checkbox"/> Antes do jantar | <input type="checkbox"/> Depois do jantar |
| <input type="checkbox"/> Antes de ir para a cama | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | |

6.3. Lava-lhe ou supervisiona-lhe a lavagem dos dentes durante...

- Menos de 30 segundos
- Mais de 30 segundos e menos de 1 minuto
- Mais de 1 minuto e menos de 2 minutos
- Mais de 2 minutos
- Não sei
- Outro. Qual? _____

6.4. O que é que ele(a) usa para lavar os dentes? **[uma ou mais opções]**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Água | <input type="checkbox"/> Líquidos para bochechar |
| <input type="checkbox"/> Escova de dentes | <input type="checkbox"/> Pasta de dentes |
| <input type="checkbox"/> Fio dentário | |
| <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | |


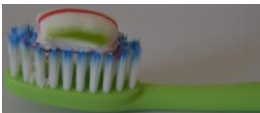

6.5. Como é que ele(a) usa a escova de dentes? **[uma ou mais opções]**

- Faço movimentos de cima para baixo e de baixo para cima (na vertical)
- Faço movimentos de um lado para o outro (na horizontal)
- Faz movimentos circulares
- Não sei
- Outra. Qual? _____

6.6. A pasta de dentes que ele(a) usa...

- | | | |
|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tem flúor | <input type="checkbox"/> Não tem flúor | <input type="checkbox"/> Não sei |
|------------------------------------|--|----------------------------------|

6.7. Que quantidade de pasta ele(a) usa?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ | | |

7. Os hábitos alimentares do(a) meu(minha) educando(a)

7.1. Costuma dar-lhe a comer alimentos e/ou bebidas doces (bolos, bolachas, chocolates, rebuçados, pastilha elástica, Bollycao®, Chipicao®, Coca-Cola®, sumos, refrigerantes, Compal®, 7UP®, ...) ...

- Todos os dias
- Cinco ou seis vezes por semana
- Três ou quatro vezes por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Só em aniversários ou outras festas
- Nunca
- Outra. Qual? _____

8. Sobre o Médico Dentista

8.1. Já alguma vez levou o(a) seu(sua) educando(a) ao dentista? Sim Não

8.1.1. Se respondeu sim...

8.1.1.1. Que idade tinha na 1ª vez que ele(a) foi? ____ anos Não me lembro

8.1.1.2. Porque é que foi? **[uma ou mais opções]**

- Para ver a saúde dos dentes (rotina)
- Porque tem aparelho de correção dos dentes (ortodontia)
- Porque tinha problemas nos dentes (cárie dentária)
- Porque lhe doíam os dentes (odontalgia)
- Outra. Qual? _____

8.2. Quantas vezes leva o(a) seu(sua) educando(a) leva ao dentista?

- Todos os meses
- De 3 em 3 meses
- De 6 em 6 meses
- Uma vez por ano
- Nunca
- Não sei
- Outro. Qual? _____

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE VI - “Questionário – Pós-teste”



Este questionário vai servir para avaliar os cuidados que tem com a sua boca e do(a) seu(sua) educando(a). O Questionário é confidencial e só tem que responder o que costuma fazer! Marque com um **X** a(s) opção(ões) que mais têm a ver consigo.

Questionário – Sobre Encarregado de Educação

1. Os meus dados

- 1.1. Género: Masculino Feminino
- 1.2. Idade: ___ anos
- 1.3. Situação profissional:
- Empregado Desempregado Reformado
- Outra. Qual? _____

2. Como trato os meus dentes?

- 2.1. Quantas vezes por dia lava os seus dentes? _____ vezes
- 2.2. Quando é que lava os seus dentes? [uma ou mais opções]
- De manhã, antes do pequeno-almoço De manhã, depois do pequeno-almoço
- Antes do almoço Depois do almoço
- Antes do jantar Depois do jantar
- Antes de ir para a cama Nunca
- Outro. Qual? _____
- 2.3. Lava os dentes durante...
- Menos de 30 segundos
- Mais de 30 segundos e menos de 1 minuto
- Mais de 1 minuto e menos de 2 minutos
- Mais de 2 minutos
- Não sei
- Outro. Qual? _____

2.4. O que usa para lavar os dentes? **[uma ou mais opções]**

- Água Líquidos para bochechar
 Escova de dentes Pasta de dentes
 Fio dentário
 Outro. Qual? _____

2.5. Como usa a sua escova de dentes? **[uma ou mais opções]**

- Faço movimentos de cima para baixo e de baixo para cima (na vertical)
 Faço movimentos de um lado para o outro (na horizontal)
 Faço movimentos circulares
 Não sei
 Outra. Qual? _____

2.6. A sua pasta de dentes...

- Tem flúor Não tem flúor Não sei

2.7. Que quantidade de pasta usa?



- Outra. Qual? _____

3. Os meus hábitos alimentares

3.1. Costumo comer alimentos e/ou bebidas doces (bolos, bolachas, chocolates, rebuçados, pastilha elástica, Bollycao®, Chipicao®, Coca-Cola®, sumos, refrigerantes, Compal®, 7UP®, ...) ...

- Todos os dias
 Cinco ou seis vezes por semana
 Três ou quatro vezes por semana
 Uma ou duas vezes por semana
 Só em aniversários ou outras festas
 Nunca
 Outra. Qual? _____

4. Sobre o Médico Dentista

- 4.1. Nos últimos 4 meses, foi ao dentista? Sim Não

4.1.1. Se respondeu sim, porque foi? **[uma ou mais opções]**

- Para ver a saúde dos dentes (rotina)
- Porque temo aparelho de correção dos dentes (ortodontia)
- Porque tinha problemas nos dentes (cárie dentária)
- Porque me doíam os dentes (odontalgia)
- Outra. Qual? _____

5. Sobre a doença cárie dentária (“buraquinhos” que aparecem nos dentes)

5.1. Porque é que se estragam os dentes? **[uma ou mais opções]**

- Falta de lavagem
- Por se comerem muitos alimentos doces
- Por usar uma escova rija
- Por se comer muita fruta
- Porque é normal estragarem-se
- Não sei
- Outra. Qual? _____

6. Nos últimos 4 meses teve direito ao Cheque Dentista?

- Não Sim Não sei

Questionário – Sobre o(a) meu(minha) educando(a)

7. Como trata os dentes do(a) seu(sua) educando(a)?

7.1. Quantas vezes por dia lhe lava os dentes ou supervisiona a lavagem? _____ vezes

7.2. Quando é que lhe lava os dentes ou supervisiona a lavagem? **[uma ou mais opções]**

- De manhã, antes do pequeno-almoço De manhã, depois do pequeno-almoço
- Antes do almoço Depois do almoço
- Antes do jantar Depois do jantar
- Antes de ir para a cama Nunca
- Outro. Qual? _____

7.3. Lava-lhe ou supervisiona-lhe a lavagem dos dentes durante...

- Menos de 30 segundos
- Mais de 30 segundos e menos de 1 minuto
- Mais de 1 minuto e menos de 2 minutos
- Mais de 2 minutos
- Não sei
- Outro. Qual? _____

7.4. O que é que ele(a) usa para lavar os dentes? **[uma ou mais opções]**

- Água
- Líquidos para bochechar
- Escova de dentes
- Pasta de dentes
- Fio dentário
- Outro. Qual? _____




7.5. Como é que ele(a) usa a escova de dentes? **[uma ou mais opções]**

- Faço movimentos de cima para baixo e de baixo para cima (na vertical)
- Faço movimentos de um lado para o outro (na horizontal)
- Faz movimentos circulares
- Não sei
- Outra. Qual? _____

7.6. A pasta de dentes que ele(a) usa...

- Tem flúor
- Não tem flúor
- Não sei

7.7. Que quantidade de pasta ele(a) usa?

- 
- 
- 
- Outra. Qual? _____

8. Os hábitos alimentares do(a) meu(minha) educando(a)

8.1. Costuma dar-lhe a comer alimentos e/ou bebidas doces (bolos, bolachas, chocolates, rebuçados, pastilha elástica, Bollycao®, Chipicao®, Coca-Cola®, sumos, refrigerantes, Compal®, 7UP®, ...) ...

- Todos os dias
- Cinco ou seis vezes por semana
- Três ou quatro vezes por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Só em aniversários ou outras festas
- Nunca
- Outra. Qual? _____

9. Sobre o Médico Dentista

9.1. Nos últimos 4 meses, levou o(a) seu(sua) educando(a) ao dentista? Sim Não

9.1.1. Se respondeu sim, porque o(a) levou? **[uma ou mais opções]**

- Para ver a saúde dos dentes (rotina)
- Porque tem aparelho de correção dos dentes (ortodontia)
- Porque tinha problemas nos dentes (cárie dentária)
- Porque lhe doíam os dentes (odontalgia)
- Outra. Qual? _____

10. O(A) seu(sua) educando(a) teve direito ao cheque dentista nos últimos 4 meses?

- Não Sim Não sei

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE VII - “Planificação da Recolha de Dados e da Sessão”

PLANIFICAÇÃO DA RECOLHA DOS DADOS E DA SESSÃO

Data e Duração: ano letivo de 2011-2012, de Março a Junho de 2012

Destinatários e Local: crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico do concelho de Estarreja e seus encarregados de educação.

Tema: aplicação de questionários; apresentação de uma sessão.

Investigadores e Auxiliares: alunas Liliana Santos e Ana Santos do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FCS da UFP do Porto.

Conteúdo: preenchimento de questionários; apresentação de uma sessão.

Objetivos Gerais: recolha de informação sobre a saúde e higiene oral dos questionários; esclarecer os conhecimentos sobre saúde e higiene oral que as crianças apresentam.

Objetivos Específicos: identificar hábitos de higiene oral existente nos encarregados de educação das crianças.

Estratégias: criar ambiente de comunicação aberta; utilizar uma linguagem adequada ao nível cognitivo das crianças, para uma melhor retenção dos conteúdos abordados; utilizar linguagem corporal adequada.

Descrição das Atividades: entrega dos questionários aos encarregados de educação das crianças; apresentação oral da sessão.

Recursos:

⇒ ***Para o preenchimento dos questionários:*** questionários impressos em papel; Canetas.

⇒ ***Para a apresentação da sessão:*** computador; DataShow; tela de projeção; ponteiro; colunas e som; modelo anatómico da boca; escova dentária; fio dentário;

pasta dentária; escovilhões dentários; palitos de silicone; raspadores linguais; colutórios; folhetos; pôsteres; balões; diplomas de “Bom Comportamento”.

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

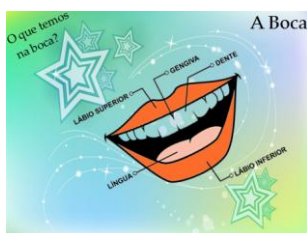
Durante toda a sessão são colocadas questões, pedidas demonstrações de como executam os cuidados de higiene oral e posteriormente são exemplificados e explicados os comportamentos corretos.



Apresentação das oradoras e introdução ao tema que se vai abordar.



Questionar as crianças sobre as funções que a cavidade oral (boca) pode desenvolver, nomeadamente: Comer; Rir; Gritar; Falar; Beijar; Sorrir. Com o intuito de demonstrar que quando não cuidamos da nossa cavidade oral (boca) as consequências podem afetar-nos a vários níveis como a mastigação e autoestima.



Questionar as crianças sobre o que constitui a cavidade oral (boca): Lábios (superior e inferior); Dentes; Língua; Gengiva.



Questionar as crianças sobre os tipos de dentes que temos na cavidade oral (boca) e suas funções: Incisivos (rasgar e prender); Caninos (perfurar e rasgar); Pré-molares (triturar); Molares (moer). Com o intuito de focar que cada um dos tipos de dentes tem uma função distinta na nossa alimentação.

Fazendo referência às diferenças existentes entre a dentição decídua e a dentição permanente.



Questionar as crianças sobre a constituição dos dentes: Coroa/Raiz; Esmalte/Dentina/Polpa; Gengiva; Ligamento Periodontal; Cimento. Fazendo alusão a que a polpa é o “coração do dente” e que quando a cárie a atinge, provocando odontalgias, é porque já esta instalada há algum tempo.



Questionar as crianças sobre porque devemos cuidar da cavidade oral (boca): Fortalecer os dentes; Evitar patologias dentárias; Evitar odontalgias; Evitar a halitose. Focando alguns acontecimentos que podem acontecer no seu dia-a-dia relacionado com estas situações.



Questionar as crianças sobre as doenças da boca que conhecem: Placa bacteriana; Cárie dentária; Tártaro. Explicando o que são as diferentes situações e como se desenvolvem.



Questionar as crianças sobre os cuidados que se devem ter para evitar estas patologias: Escovagem dentária; Lavagem da língua; Utilização do fio dentário; Visitas regulares ao Médico Dentista; Cuidados com a alimentação.



Questionar as crianças sobre como manusear o fio dentário. Pedir a uma das crianças que exemplifique no modelo anatómico da boca, seguido da demonstração dos movimentos corretos a executar.



Questionar as crianças sobre o que se deve utilizar na escovagem dentária: Pasta dentária; Escova dentária. Focar a importância de depois da higienização oral não bochechar com água, mas apenas cuspir todos os excessos.



Questionar as crianças sobre o manuseamento da escova durante a escovagem dentária e pedir a uma ou duas crianças para demonstrar, no modelo anatómico, como faz a sua escovagem dentária em casa seguido da demonstração dos movimentos corretos a efetuar. Salvaguardando a importância da escova ser a adequada para cada indivíduo.



Questionar as crianças sobre a quantidade de pasta dentária a ser utilizada (tamanho do dedo mindinho da criança ou de uma ervilha), momento em que a escova dentária deve ser substituída (de 3 em 3 meses ou quando os filamentos começam a ficar divergentes) e que a escova dentária é individual.



Questionar as crianças sobre como se deve lavar a língua e o que se pode utilizar para o realizar.



Questionar as crianças sobre qual a regularidade com que se deve visitar o Médico Dentista e a importância dessas visitas.



Questionar as crianças sobre o que fortalece os dentes: Leite e derivados; Fruta e Vegetais; Carne, Peixe e Ovos; Pão e Cereais. Salvaguardando que mesmo estes alimentos podem levar a doenças orais quando os seus restos não são removidos pela escovagem, dentária e pela utilização do fio dentário.



Questionar as crianças sobre o que pode prejudicar os dentes: Café; Tabaco; Doces; Refrigerantes. Salvaguardando que não é proibida a ingestão deste tipo de alimentos, mas que a sua ingestão deve ser moderada e quando ocorre é preferível que seja a quando das grandes refeições (almoço e jantar) e seguidas da higienização oral. Quanto ao tabaco e ao café foram salientadas as consequências mais visíveis a curto prazo para os dentes (pigmentação dentária e tártaro dentário)



Questionar as crianças quem deve efetuar cuidados de higiene oral.



Questionar as crianças sobre o que se deve utilizar na higienização oral durante todo o ciclo de vida: Bebês; Crianças; Jovens; Adultos; Idosos. Salientando os instrumentos que devem ser utilizados fazendo demonstração daqueles que não tinham sido abordados anteriormente na apresentação.



Incentivo para a higiene oral com imagens com animais e escovas dentárias.



Audição de música alusiva a tema desenvolvido durante a sessão.

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

**APÊNDICE VIII - “Sessão de Educação para a Saúde Oral – Dentinhos
Malandros”**



Dentinhos



Malandros



Para que serve?

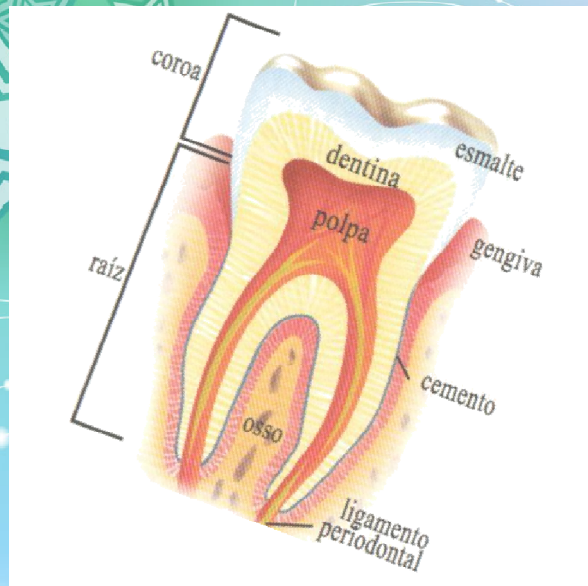


A Boca





O Dente



Porquê Ter Cuidados?

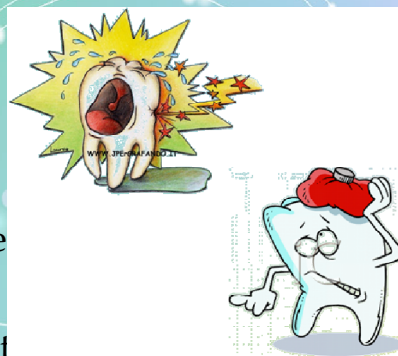
Para:

Manter os dentes fortes e

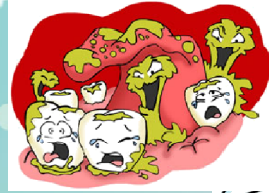
Não ter doenças nos dentes.

Que os dentes não doam!

Não ter mau hálito!



Doenças Dos Dentes



Placa Bacteriana

Cárie



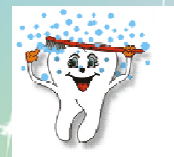
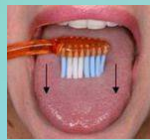
Tártaro

Como Evitá-las?

Escovar os dentes



Lavar a língua



Usar fio dentário

Ir ao Médico Dentista regularmente

Ter cuidado com a alimentação



O Fio Dentário

Como pegar no fio dentário?



Como usar o fio dentário?



O que usar?

Escovagem Dos Dentes



Escovagem Dos Dentes

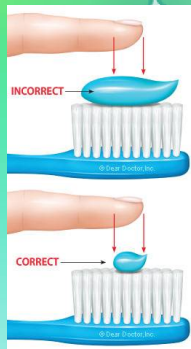
Os dentes devem ser lavados 3 vezes por dia, sempre depois das refeições

A escova de dentes deve ser trocada de 3 em 3 meses

O dentífrico deve ter flúor



Cuidados...



Lavagem Da Língua

Com a língua para fora o máximo possível, arrasta-se o raspador ou escova do fundo da boca até a ponta da língua

Repete-se várias vezes

O raspador de língua é só teu, assim como a escova de dentes



Médico Dentista

Visitas regulares de 6 em 6 meses



O Que Faz Bem?

Leite, Iogurtes e Queijo

Fruta e Vegetais

Carne, Peixe e Ovos

Pão e Cereais

O Que Faz Mal?

Café

Tabaco

Doces e Rebuçados

Refrigerantes

Pastilhas Elásticas

Fonte: ClipArt



Com O Quê?

Bebés	Crianças	Jovem	Adulto	Idoso
Dedeira	Escova	Escova	Escova	Escova
Compressa	Pasta	Pasta	Pasta	Pasta
	Bochechos	Fio Dentário	Fio Dentário	Fio Dentário
			Raspador de Língua	Raspador de Língua
				Escovilhão
				Escova Dura e Sabão

Vamos Cuidar Dos Nossos Dentes?



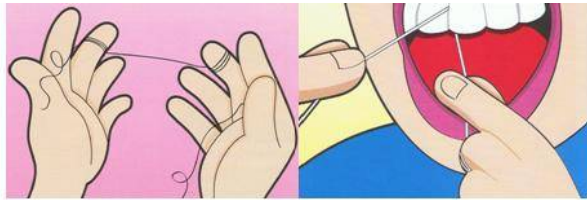
Claro!!!
Até Os Bichinhos O Fazem...

Então Vamos Lá!!!

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

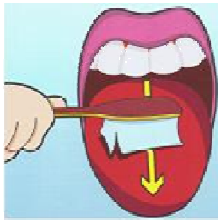
APÊNDICE IX - “Folheto – Como Cuidar da Minha Boca”

Fio dentário Escovilhão dentário Raspador de Língua

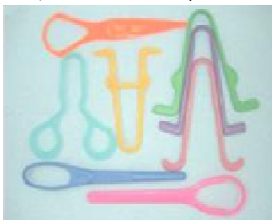


Ata as pontas do fio aos dedos médios de cada mão com a ajuda dos polegares, para os dentes de cima, e com os indicadores, para os dentes de baixo, passa entre os dentes com movimentos de vaivém

Os escovilhões são escovas próprias para escovar entre os dentes e o aparelho dos dentes



Lava bem a língua só com a escova ou com um raspador de língua!!!



O que devo fazer...



O que não devo fazer...



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

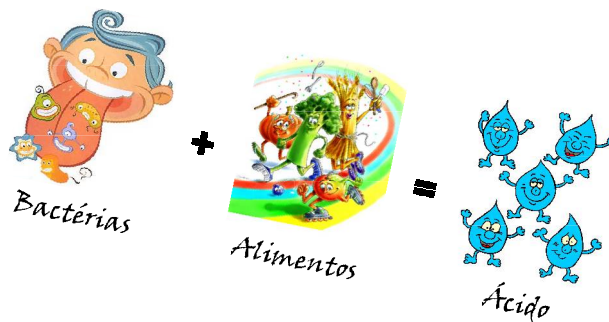
Como Cuidar Da Minha Boca



A Minha Boca...



A cárie Dentária...



Escovar os Dentes...

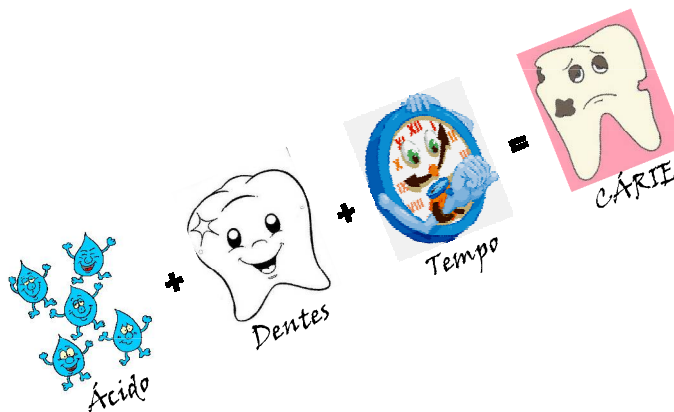
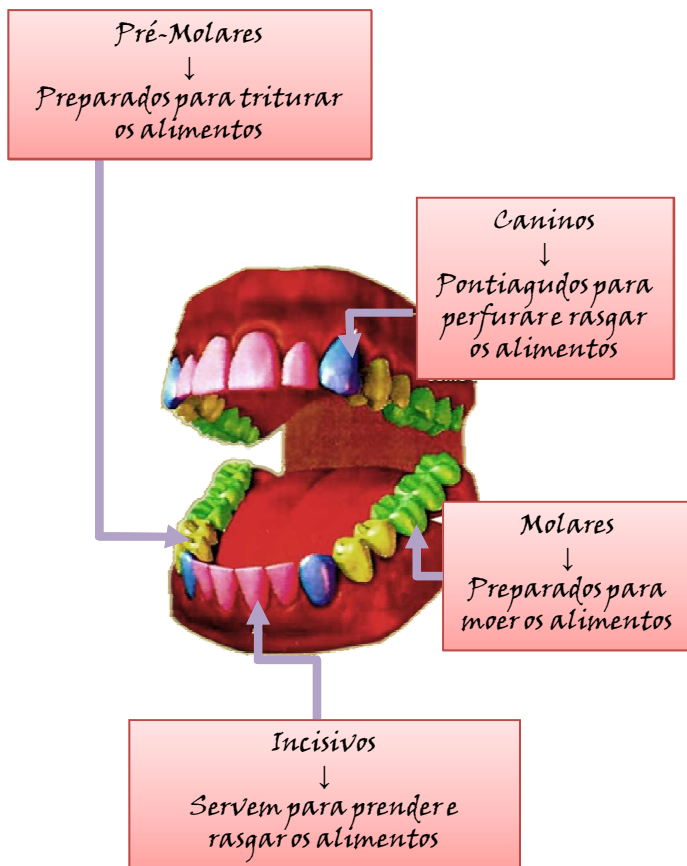
Pelo menos duas vezes por dia



À Noite

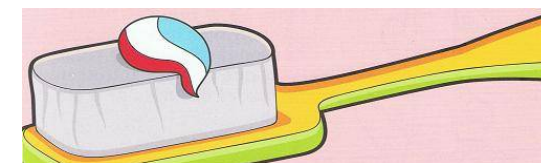
De Manhã

Para que servem os dentes...

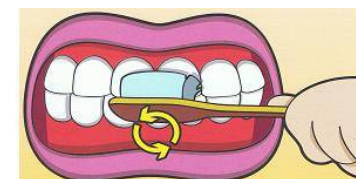


O que fazer para não ter doenças na boca???

- ✓ Escovar os dentes
- ✓ usar o fio dentário
- ✓ usar o escovilhão
- ✓ Lavar a língua
- ✓ Ter cuidado com o que se come e se bebe



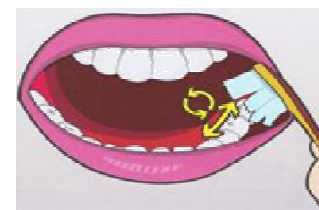
Quantidade de pasta dentífrica do tamanho de uma ervilha



Parte de fora dos dentes, com a escova inclinada para a gengiva e movimentos circulares



Parte de dentro dos dentes para cima e para baixo



Parte dos dentes que mastiga com movimentos de trás para a frente e circulares

Agora os dentes de baixo da mesma forma que os de cima!!!

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

APÊNDICE X - “Póster – Cárie Dentária”



Cárie Dentária

Como se forma?



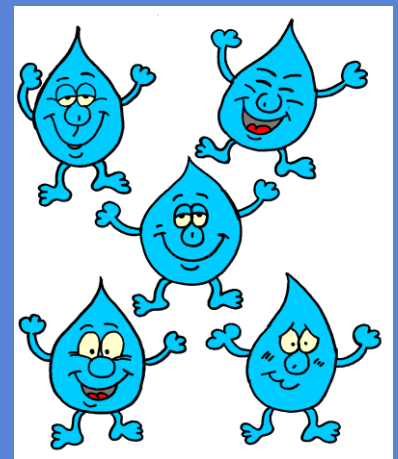
Bactérias

+

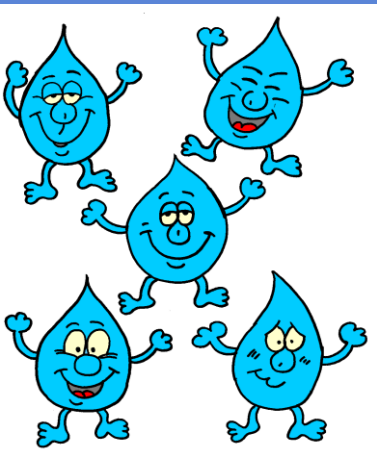


Alimentos

=

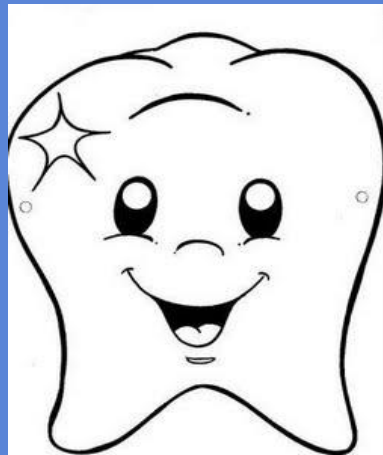


Ácido



Ácido

+



Dentes

+



Tempo

=

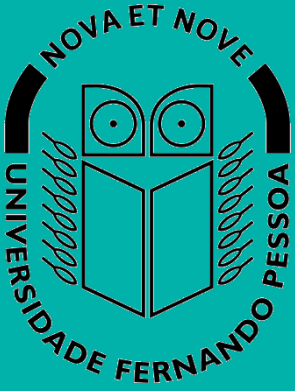


CÁRIE

Como posso proteger os meus dentes?

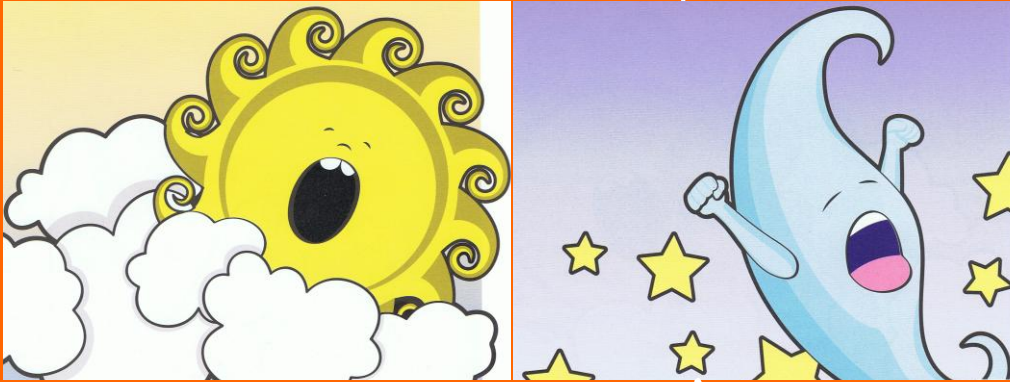


APÊNDICE XI - “Póster – Lavar os Dentes”



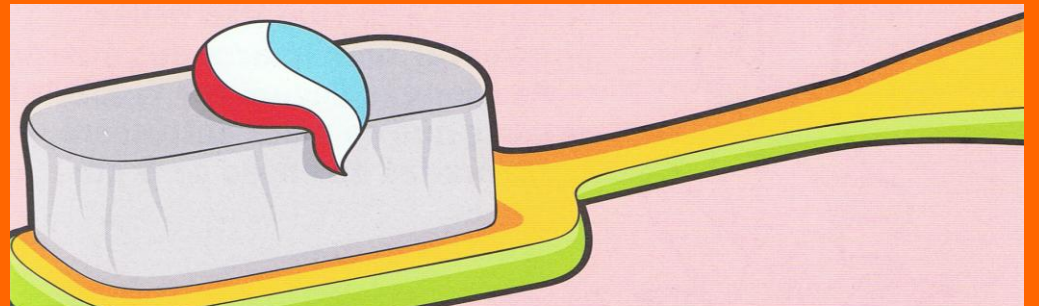
LAVAR OS DENTES

Pelo menos duas vezes por dia



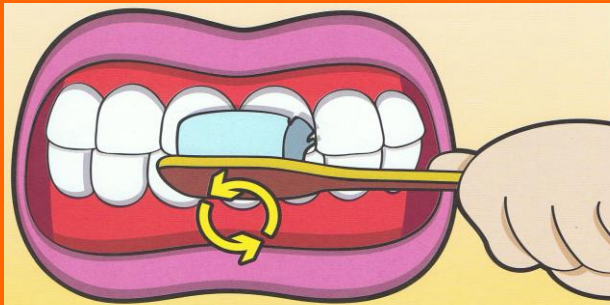
De Manhã

À Noite



Quantidade de pasta dentífrica do tamanho de uma ervilha

Escovar os Dentes



Parte de fora dos dentes, com a escova inclinada para a gengiva e movimentos circulares



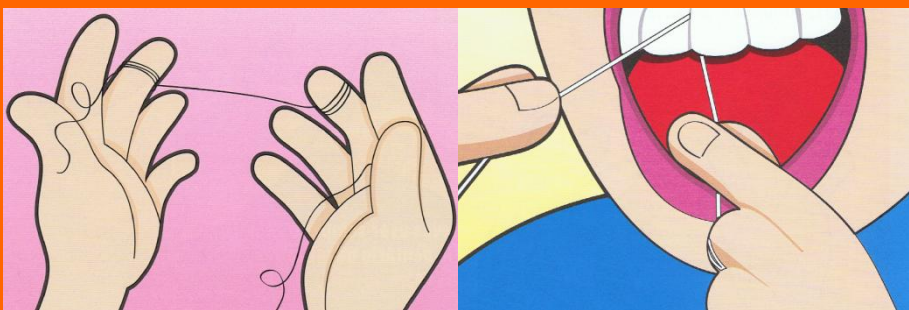
Parte de dentro dos dentes para cima e para baixo



Parte dos dentes que mastiga com movimentos de trás para a frente e circulares

Agora os dentes de baixo da mesma forma que os de cima!!!

Não esquecer entre os dentes e a língua!!!

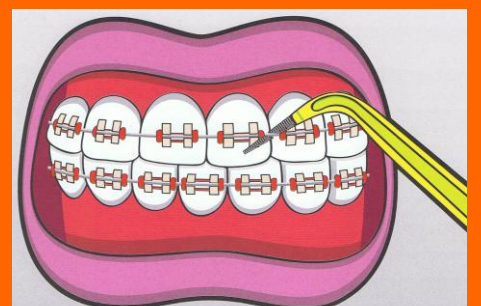


Ata as pontas do fio aos dedos médios de cada mão com a ajuda dos polegares, para os dentes de cima, e com os indicadores, para os dentes de baixo, passa entre os dentes com movimentos de vaivém



Lava bem a língua só com a escova ou com um raspador de língua!!!

Os escovilhões são escovas próprias para escovar entre os dentes e o aparelho dos dentes



APÊNDICE XII - “Tabelas”

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 1a - Tabela de frequências da idade dos encarregados de educação.

Idade (anos)	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
24	-	1 (0,9)
26	-	1 (0,9)
27	2 (3,1)	3 (2,8)
28	1 (1,5)	1 (0,9)
29	3 (4,6)	4 (3,7)
30	1 (1,5)	2 (1,9)
31	1 (1,5)	2 (1,9)
32	3 (4,6)	3 (2,8)
33	3 (4,6)	1 (0,9)
34	6 (9,2)	6 (5,6)
35	3 (4,6)	9 (8,3)
36	6 (9,2)	10 (9,3)
37	6 (9,2)	9 (8,3)
38	6 (9,2)	4 (3,7)
39	5 (7,7)	15 (13,9)
40	-	7 (6,5)
41	1 (1,5)	5 (4,6)
42	4 (6,2)	6 (5,6)
43	3 (4,6)	6 (5,6)
44	2 (3,1)	3 (2,8)
45	3 (4,6)	2 (1,9)
46	1 (1,5)	2 (1,9)
47	2 (3,1)	3 (2,8)
48	-	1 (0,9)
50	2 (3,1)	1 (0,9)
57	-	1 (0,9)
67	1 (1,5)	-
Total	65 (100)	108 (100)
Média (DP)	37,89 (6,57)	37,78 (5,49)
Mediana (Q1-Q3)	37 (34-42)	38 (35-41)
p	0,797	

Tabela 2a - Distribuição do número de escovagens diárias realizadas pelos encarregados de educação.

Número escovagens diárias	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Uma vez	18 (28,1)	13 (12,3)	12 (19)	13 (12)
Duas vezes	36 (56,3)	80 (75,5)	36 (57,1)	81 (75)
Três vezes	8 (12,5)	13 (12,3)	13 (20,6)	13 (12)
Quatro vezes	2 (3,1)	-	2 (3,2)	1 (0,9)
Total	64 (100)	106 (100)	63 (100)	108 (100)
Média (DP)	1,91 (0,73)	2 (0,5)	2,08 (0,73)	2,02 (0,53)
Mediana (Q1-Q3)	2 (1-2)	2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-2)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 3a - Distribuição do(s) momento(s) do dia em que os encarregados de educação realizam a sua higiene oral.

Momento(s) do dia em que realiza a escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Antes do pequeno-almoço	2 (3,2)	2 (1,8)	-	2 (1,8)
Depois do pequeno-almoço	2 (3,2)	3 (2,8)	-	2 (1,8)
Depois do almoço	1 (1,6)	-	-	2 (1,8)
Depois do jantar	1 (1,6)	1 (0,9)	1 (1,6)	-
Antes de deitar	12 (19,4)	10 (9,2)	12 (18,8)	11 (10,1)
Antes do pequeno-almoço e antes de deitar	10 (16,1)	11 (10,1)	4 (6,3)	8 (7,3)
Depois do pequeno-almoço e antes de deitar	9 (14,5)	28 (25,7)	16 (25)	35 (32,1)
Depois do pequeno-almoço e depois do almoço	1 (1,6)	2 (1,8)	1 (1,6)	3 (2,8)
Depois do pequeno-almoço e depois do jantar	7 (11,3)	24 (22)	8 (12,5)	23 (21,1)
Depois do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar	6 (9,7)	6 (5,5)	5 (7,8)	5 (4,6)
Antes do pequeno-almoço e depois do jantar	4 (6,5)	4 (3,7)	1 (1,6)	5 (4,6)
Depois do almoço e depois do jantar	3 (4,8)	6 (5,5)	2 (3,1)	1 (0,9)
Antes e depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	-	-	1 (1,6)	1 (0,9)
Depois do almoço e antes de deitar	-	2 (1,8)	3 (4,7)	3 (2,8)
Antes do almoço e antes de deitar	-	1 (0,9)	-	-
Antes do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar	-	-	-	1 (0,9)
Depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	1 (1,6)	3 (2,8)	6 (9,4)	5 (4,6)
Antes do pequeno-almoço e antes do jantar	-	1 (0,9)	1 (1,6)	-
Antes do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	2 (3,2)	3 (2,8)	-	1 (0,9)
Antes e depois do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar	1 (1,6)	1 (0,9)	1 (1,6)	-
Antes do pequeno-almoço, antes do jantar e antes de deitar	-	1 (0,9)	1 (1,6)	-
Antes e depois do pequeno-almoço e antes de deitar	-	-	1 (1,6)	-
Depois do pequeno-almoço, antes do almoço e antes de deitar	-	-	-	1 (0,9)
Total	62 (100)	109 (100)	64 (100)	109 (100)

Tabela 4a - Distribuição do tempo de escovagem dispensado pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

Tempo de escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
< 30 segundos	4 (6,1)	4 (3,7)	2 (3,1)	7 (6,5)
≥ 30 segundos e < 1 minuto	29 (43,9)	44 (40,7)	25 (38,5)	33 (30,8)
≥ 1 minuto e < 2 minuto	16 (24,2)	33 (30,6)	23 (35,4)	35 (32,7)
≥ 2 minuto	9 (13,6)	15 (13,9)	9 (13,8)	18 (16,8)
Não sei	8 (12,1)	12 (11,1)	6 (9,2)	14 (13,1)
Total	66 (100)	108 (100)	65 (100)	107 (100)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 5a - Distribuição do que é utilizado pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

O que utiliza	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Escova de dentes	-	-	-	2 (1,8)
Fio dentário	1 (1,5)	-	-	-
Bochechos	1 (1,5)	1 (0,9)	3 (4,5)	-
Pasta dentífrica	3 (4,5)	3 (2,8)	1 (1,5)	2 (1,8)
Escova de dentes e pasta dentífrica	5 (7,6)	5 (4,6)	5 (7,6)	6 (5,5)
Água, escova de dentes e pasta dentífrica	33 (50)	49 (45)	33 (50)	49 (45)
Água, escova de dentes, fio dentário e pasta dentífrica	4 (6,1)	14 (12,8)	6 (9,1)	13 (11,9)
Água, escova de dentes, fio dentário, bochechos e pasta dentífrica	5 (7,6)	11 (10,1)	6 (9,1)	14 (12,8)
Água, escova de dentes, bochechos e pasta dentífrica	10 (15,2)	15 (13,8)	9 (13,6)	14 (12,8)
Água e escova de dentes	-	1 (0,9)	1 (1,5)	-
Água e pasta dentífrica	1 (1,5)	-	-	2 (1,8)
Escova de dentes, fio dentário e pasta dentífrica	-	4 (3,7)	-	2 (1,8)
Água, escova de dentes e bochechos	1 (1,5)	-	-	-
Escova de dentes, bochechos e pasta dentífrica	2 (3)	2 (1,8)	-	1 (0,9)
Escova de dentes, fio dentário, bochechos e pasta dentífrica	-	2 (1,8)	-	2 (1,8)
Bochechos e pasta dentífrica	-	1 (0,9)	-	-
Escova de dentes e fio dentário	-	1 (0,9)	-	-
Escova de dentes e bochechos	-	-	1 (1,5)	1 (0,9)
Água, escova de dentes, fio dentário, bochechos, pasta dentífrica e escovilhão	-	-	-	1 (0,9)
Água, escova de dentes, pasta dentífrica e escovilhão	-	-	1 (1,5)	-
Total	66 (100)	109 (100)	66 (100)	109 (100)

Tabela 6a - Distribuição dos movimentos utilizados pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

Movimentos utilizados na escovagem dentária	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Movimento vertical	8 (12,1)	18 (17,1)	11 (16,9)	14 (13,1)
Movimento horizontal	15 (22,7)	17 (16,2)	9 (13,8)	9 (8,4)
Movimento circular	9 (13,6)	19 (18,1)	12 (18,5)	16 (15)
Movimento vertical, horizontal e circular	12 (18,2)	21 (20)	13 (20)	24 (22,4)
Movimento vertical e horizontal	10 (15,2)	18 (17,1)	12 (18,5)	23 (21,5)
Movimento vertical e circular	8 (12,1)	7 (6,7)	5 (7,7)	16 (15)
Movimento horizontal e circular	1 (1,5)	4 (3,8)	-	2 (1,9)
Movimento circular e vibração	-	1 (1)	-	1 (0,9)
Não sei	3 (4,5)	-	3 (4,6)	2 (1,9)
Total	66 (100)	105 (100)	65 (100)	107 (100)

Tabela 7a - Distribuição do tipo de pasta dentífrica utilizada pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

Tipo de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Fluoretada	56 (87,5)	93 (88,6)	58 (93,5)	95 (89,6)
Não fluoretada	2 (3,1)	5 (4,8)	-	4 (3,8)
Não sei	6 (9,4)	7 (6,7)	4 (6,5)	7 (6,6)
Total	64 (100)	105 (100)	62 (100)	106 (100)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 8a - Distribuição da quantidade de pasta dentífrica utilizada pelos encarregados de educação na sua higiene oral.

Quantidade de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
2/6 da escova	6 (9,7)	14 (14,3)	6 (9,4)	26 (24,5)
4/6 da escova	39 (62,9)	61 (62,2)	38 (59,4)	65 (61,3)
5/6 da escova	-	-	-	1 (0,9)
6/6 da escova	17 (27,4)	22 (22,4)	20 (31,3)	14 (13,2)
Não sei	-	1 (1)	-	-
Total	62 (100)	98 (100)	64 (100)	106 (100)

Tabela 9a - Distribuição da frequência semanal da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida dos encarregados de educação.

Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Nunca	3 (4,5)	5 (5)	-	2 (1,9)
Festejos	22 (33,3)	22 (21,8)	28 (42,4)	40 (37,4)
1-2 dias/semana	29 (43,9)	51 (50,5)	32 (48,5)	44 (41,1)
3-4 dias/semana	5 (7,6)	16 (15,8)	5 (7,6)	10 (9,3)
5-6 dias/semana	2 (3)	1 (1)	-	3 (2,8)
Todos os dias	5 (7,6)	6 (5,9)	1 (1,5)	8 (7,5)
Total	66 (100)	101 (100)	66 (100)	107 (100)

Tabela 10a - Distribuição dos conhecimentos dos encarregados de educação relativamente à origem da cárie dentária.

Origem da cárie	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Défice de higiene oral	15 (22,7)	15 (14)	11 (17,2)	18 (16,8)
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono	6 (9,1)	7 (6,5)	1 (1,6)	9 (8,4)
Escova dura	-	2 (1,9)	-	-
Espontaneamente	5 (7,6)	6 (5,6)	3 (4,7)	6 (5,6)
Défice de higiene oral e ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono	30 (45,5)	63 (58,9)	38 (59,4)	63 (58,9)
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e genética	1 (1,5)	-	-	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e espontaneamente	1 (1,5)	-	2 (3,1)	-
Défice de higiene oral e espontaneamente	1 (1,5)	1 (0,9)	-	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, ingestão de fruta e genética	1 (1,5)	-	-	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e ingestão de fruta	-	-	1 (1,6)	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, escova dura, ingestão de fruta e espontaneamente	-	-	1 (1,6)	-
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e espontaneamente	-	-	1 (1,6)	1 (0,9)
Défice de higiene oral e genética	1 (1,5)	-	1 (1,6)	-
Medicação	1 (1,5)	-	1 (1,6)	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e genética	-	1 (0,9)	1 (1,6)	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e alimentação	-	1 (0,9)	-	1 (0,9)
Não administração de fluor em criança	-	1 (0,9)	-	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, tipo de bactérias e genética	-	1 (0,9)	-	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e acidez da saliva	-	1 (0,9)	-	-
Falta de cuidados em criança	-	-	-	1 (0,9)
Défice de higiene oral e falta de cálcio	-	-	1 (1,6)	-
Não sei	4 (6,1)	8 (7,5)	2 (3,1)	8 (7,5)
Total	66 (100)	107 (100)	64 (100)	107 (100)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 11a - Valores de prova (p) do teste McNemar para as questões referentes aos encarregados de educação.

	Controlo	Teste
	p	P
Número de escovagens - Pais - Pré-teste & Número de escovagens - Pais - Pós-teste	0,238	1,000
Momento(s) do dia em que realiza a escovagem - Pais - Pré-teste & Momento(s) do dia em que realiza a escovagem - Pais - Pós-teste	0,017	0,118
Tempo de escovagem - Pais - Pré-teste & Tempo de escovagem - Pais - Pós-teste	1,000	0,607
O que utiliza - Pais - Pré-teste & O que utiliza - Pais - Pós-teste	0,508	1,000
Movimentos utilizados - Pais - Pré-teste & Movimentos utilizados - Pais - Pós-teste	1,000	0,678
Tipo de pasta - Pais - Pré-teste & Tipo de pasta - Pais - Pós-teste	0,375	1,000
Quantidade de pasta - Pais - Pré-teste & Quantidade de pasta - Pais - Pós-teste	1,000	0,022
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida - Pais - Pré-teste & Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida - Pais - Pós-teste	0,629	0,054
Origem da cárie Pré-teste & Origem da cárie Pós-teste	0,064	0,556

Tabela 12a - Tabela de frequências da idade da primeira visita ao MD por parte dos encarregados de educação.

Idade da 1ª visita ao MD (anos)	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
1	-	1 (1)
2	1 (1,6)	-
3	-	2 (2)
4	2 (3,3)	5 (5)
5	-	3 (3)
6	7 (11,5)	4 (4)
7	4 (6,6)	7 (6,9)
8	4 (6,6)	3 (3)
9	4 (6,6)	2 (2)
10	2 (3,3)	3 (3)
11	-	3 (3)
12	4 (6,6)	4 (4)
13	-	4 (4)
14	1 (1,6)	-
15	1 (1,6)	3 (3)
16	1 (1,6)	4 (4)
17	1 (1,6)	1 (1)
18	2 (3,3)	2 (2)
19	-	2 (2)
21	-	3 (3)
22	-	1 (1)
23	-	1 (1)
25	1 (1,6)	-
26	1 (1,6)	-
27	-	1 (1)
30	-	1 (1)
33	-	1 (1)
38	1 (1,6)	-
39	1 (1,6)	-
40	-	1 (1)
Não se lembra	23 (37,7)	39 (38,6)
Total	61 (100)	101 (100)
Média (DP)	11,63 (8,35)	12,23 (7,76)
Mediana (Q1-Q3)	9 (6-14,25)	11 (6,75-16)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 13a - Distribuição do número de escovagens diárias que os encarregados de educação pensam que as suas crianças realizam.

Número escovagens diárias	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Zero vezes	1 (1,6)	-	-	-
Uma vez	15 (24,6)	17 (16,8)	13 (21)	15 (14,4)
Duas vezes	38 (62,3)	70 (69,3)	39 (62,9)	77 (74)
Três vezes	6 (9,8)	13 (12,9)	9 (14,5)	11 (10,6)
Quatro vezes	1 (1,6)	1 (1)	1 (1,6)	1 (1)
Total	61 (100)	101 (100)	62 (100)	104 (100)
Média (DP)	1,85 (0,68)	1,98 (0,58)	1,97 (0,65)	1,98 (0,54)
Mediana (Q1-Q3)	2 (1-2)	2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-2)

Tabela 14a - Distribuição do(s) momento(s) do dia que os encarregados de educação pensam que as suas crianças realizam a sua higiene oral.

Momento(s) do dia em que realiza a escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Antes do pequeno-almoço	2 (3,3)	-	-	2 (1,9)
Depois do pequeno-almoço	1 (1,6)	3 (2,9)	2 (3,1)	2 (1,9)
Antes do almoço	-	1 (1)	-	-
Depois do almoço	-	1 (1)	-	1 (0,9)
Depois do jantar	5 (8,2)	4 (3,8)	4 (6,3)	3 (2,8)
Antes de deitar	10 (16,4)	13 (12,4)	8 (12,5)	11 (10,2)
Antes do pequeno-almoço e antes de deitar	6 (9,8)	5 (4,8)	4 (6,3)	3 (2,8)
Depois do pequeno-almoço e antes de deitar	13 (21,3)	33 (31,4)	17 (26,6)	39 (36,1)
Depois do pequeno-almoço e depois do almoço	-	1 (1)	-	3 (2,8)
Depois do pequeno-almoço e depois do jantar	12 (19,7)	25 (23,8)	15 (23,4)	29 (26,9)
Depois do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar	4 (6,6)	6 (5,7)	2 (3,1)	7 (6,5)
Antes do pequeno-almoço e depois do jantar	2 (3,3)	1 (1)	1 (1,6)	2 (1,9)
Depois do almoço e depois do jantar	2 (3,3)	-	1 (1,6)	3 (2,8)
Depois do almoço e antes de deitar	-	3 (2,9)	-	-
Antes do almoço e antes de deitar	-	1 (1)	-	-
Antes e depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	-	-	-	1 (0,9)
Depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	-	3 (2,9)	-	-
Depois do almoço e antes de deitar	-	-	3 (4,7)	1 (0,9)
Depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	-	-	3 (4,7)	-
Antes do pequeno-almoço e antes do jantar	-	1 (1)	1 (1,6)	-
Antes do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	-	2 (1,9)	2 (3,1)	-
Antes e depois do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar	1 (1,6)	1 (1)	-	-
Antes e depois do pequeno-almoço e depois do jantar	2 (3,3)	-	-	-
Antes e depois do pequeno-almoço	1 (1,6)	-	-	-
Antes do pequeno-almoço, depois do almoço e antes do jantar	-	1 (1)	-	-
Depois do pequeno-almoço, antes do almoço e antes de deitar	-	-	-	1 (0,9)
Antes do pequeno-almoço e depois do almoço	-	-	1 (1,6)	-
Total	61 (100)	105 (100)	64 (100)	108 (100)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 15a - Distribuição do tempo de escovagem que os encarregados de educação pensam que as suas crianças dispensam na sua higiene oral.

Tempo de escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
< 30 segundos	8 (12,3)	5 (4,8)	4 (6,2)	6 (5,6)
≥ 30 segundos e < 1 minuto	24 (36,9)	40 (38,5)	19 (29,2)	34 (31,8)
≥ 1 minuto e < 2 minuto	19 (29,2)	34 (32,7)	32 (49,2)	35 (32,7)
≥ 2 minuto	9 (13,8)	17 (16,3)	5 (7,7)	18 (16,8)
Não sei	5 (7,7)	8 (7,7)	5 (7,7)	14 (13,1)
Total	65 (100)	104 (100)	65 (100)	107 (100)

Tabela 16a - Distribuição do que os encarregados de educação pensam que as suas crianças utilizam na sua higiene oral.

O que utiliza	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Água	-	1 (0,9)	-	-
Escova de dentes	-	1 (0,9)	1 (1,5)	2 (1,9)
Bochechos	-	1 (0,9)	-	-
Pasta dentífrica	1 (1,5)	3 (2,8)	-	3 (2,8)
Escova de dentes e pasta dentífrica	3 (4,6)	6 (5,6)	5 (7,7)	8 (7,4)
Água, escova de dentes e pasta dentífrica	46 (70,8)	64 (59,8)	40 (61,5)	57 (52,8)
Água, escova de dentes, fio dentário e pasta dentífrica	2 (3,1)	5 (4,7)	1 (1,5)	7 (6,5)
Água, escova de dentes, fio dentário, bochechos e pasta dentífrica	1 (1,5)	3 (2,8)	2 (3,1)	7 (6,5)
Água, escova de dentes, bochechos e pasta dentífrica	7 (10,8)	15 (14)	12 (18,5)	17 (15,7)
Água e escova de dentes	-	2 (1,9)	-	-
Escova de dentes, fio dentário e pasta dentífrica	-	1 (0,9)	-	1 (0,9)
Água, bochechos e pasta dentífrica	-	1 (0,9)	1 (1,5)	1 (0,9)
Água, escova de dentes e bochechos	1 (1,5)	-	-	2 (1,9)
Escova de dentes, bochechos e pasta dentífrica	2 (3,1)	3 (2,8)	3 (4,6)	-
Escova de dentes, fio dentário, bochechos e pasta dentífrica	1 (1,5)	1 (0,9)	-	1 (0,9)
Bochechos e pasta dentífrica	1 (1,5)	-	-	-
Água, escova de dentes e fio dentário	-	-	-	1 (0,9)
Escova de dentes e bochechos	-	-	-	1 (0,9)
Total	65 (100)	107 (100)	65 (100)	108 (100)

Tabela 17a - Distribuição dos movimentos que os encarregados de educação pensam que as suas crianças utilizam na sua higiene oral.

Movimentos utilizados na escovagem dentária	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Movimento vertical	13 (20,3)	13 (12,1)	13 (20)	10 (9,3)
Movimento horizontal	13 (20,3)	15 (14)	8 (12,3)	16 (14,8)
Movimento circular	6 (9,4)	19 (17,8)	11 (16,9)	13 (12)
Movimento vertical, horizontal e circular	11 (17,2)	26 (24,3)	11 (16,9)	26 (24,1)
Movimento vertical e horizontal	10 (15,6)	22 (20,6)	14 (21,5)	18 (16,7)
Movimento vertical e circular	5 (7,8)	4 (3,7)	4 (6,2)	18 (16,7)
Movimento horizontal e circular	5 (7,8)	4 (3,7)	2 (3,1)	3 (2,8)
Movimento circular e vibração	-	1 (0,9)	-	1 (0,9)
Movimento vertical, horizontal, circular e vibração	-	-	-	1 (0,9)
Não sei	1 (1,6)	3 (2,8)	2 (3,1)	2 (1,9)
Total	64 (100)	107 (100)	65 (100)	108 (100)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 18a - Distribuição do tipo de pasta dentífrica que os encarregados de educação pensam que as suas crianças utilizam na sua higiene oral.

Tipo de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Fluoretada	54 (87,1)	87 (87,9)	51 (86,4)	92 (88,5)
Não fluoretada	2 (3,2)	7 (7,1)	3 (5,1)	6 (5,8)
Não sei	6 (9,7)	5 (5,1)	5 (8,5)	6 (5,8)
Total	62 (100)	99 (100)	59 (100)	104 (100)

Tabela 19a - Distribuição da quantidade de pasta dentífrica que os encarregados de educação pensam que as suas crianças utilizam na sua higiene oral.

Quantidade de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
2/6 da escova	9 (14,1)	18 (18,8)	7 (10,9)	34 (32,4)
3/6 da escova	-	-	1 (1,6)	-
4/6 da escova	46 (71,9)	58 (60,4)	46 (71,9)	64 (61)
6/6 da escova	9 (14,1)	20 (20,8)	10 (15,6)	7 (6,7)
Total	64 (100)	96 (100)	64 (100)	105 (100)

Tabela 20a - Distribuição da frequência semanal da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida que os encarregados de educação pensam que as suas crianças consomem.

Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Nunca	-	1 (1)	2 (3)	4 (3,7)
Festejos	15 (23,1)	17 (16,2)	12 (18,2)	22 (20,6)
1-2 dias/semana	25 (38,5)	56 (53,3)	32 (48,5)	54 (50,5)
3-4 dias/semana	14 (21,5)	22 (21)	14 (21,2)	16 (15)
5-6 dias/semana	4 (6,2)	4 (3,8)	3 (4,5)	5 (4,7)
Todos os dias	7 (10,8)	5 (4,8)	3 (4,5)	6 (5,6)
Total	65 (100)	105 (100)	66 (100)	107 (100)

Tabela 21a - Valor de prova (p) do teste McNemar para as questões referentes às crianças indicadas pelos encarregados de educação.

	Controlo	Teste
	p	p
Número de escovagens - Crianças - Pré-teste & Número de escovagens - Crianças - Pós-teste	0,774	0,607
Momento(s) do dia em que realiza a escovagem - Crianças - Pré-teste & Momento(s) do dia em que realiza a escovagem - Crianças - Pós-teste	0,134	0,868
Tempo de escovagem - Crianças - Pré-teste & Tempo de escovagem - Crianças - Pós-teste	0,219	1,000
O que utiliza - Crianças - Pré-teste & O que utiliza - Crianças - Pós-teste	0,375	0,815
Movimentos utilizados - Crianças - Pré-teste & Movimentos utilizados - Crianças - Pós-teste	1,000	1,000
Tipo de pasta - Crianças - Pré-teste & Tipo de pasta - Crianças - Pós-teste	1,000	1,000
Quantidade de pasta - Crianças - Pré-teste & Quantidade de pasta - Crianças - Pós-teste	0,754	0,019
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida - Crianças - Pré-teste & Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida - Crianças - Pós-teste	0,774	0,167

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua)
Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 22a - Valores de prova (p) do teste Cochran para as questões que permitem o estudo de alterações de comportamentos.

	Pré-teste				Pós-teste			
	Controlo		Teste		Controlo		Teste	
	Cochran's Q	p	Cochran's Q	p	Cochran's Q	p	Cochran's Q	p
Número escovagens diárias	0,067	0,796	0,222	0,637	0,111	0,739	0,067	0,796
Momento(s) do dia em que realiza a escovagem	0,600	0,439	1,190	0,275	0,077	0,782	0,000	≅1,000
Tempo de escovagem	0,000	≅1,000	1,000	0,317	2,000	0,157	0,000	≅1,000
O que utiliza	14,235	<0,001	11,255	0,001	12,737	<0,001	11,077	0,001
Movimentos utilizados na escovagem dentária	0,143	0,705	1,471	0,225	1,000	0,317	0,400	0,527
Tipo de pasta	0,000	≅1,000	0,200	0,655	3,000	0,083	0,000	≅1,000
Quantidade de pasta	1,286	0,257	1,333	0,248	0,200	0,655	7,364	0,007
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono	6,231	0,013	5,333	0,021	9,800	0,002	14,222	<0,001

Tabela 23a - Valores de prova (p) do teste McNemar para as questões “o que utiliza”, “quantidade de pasta” e “ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida”.

	Pré-teste		Pós-teste	
	controlo	teste	controlo	teste
Número escovagens diárias - Pais & Número escovagens diárias - Crianças	≅1,000	0,815	≅1,000	≅1,000
Momento(s) do dia em que realiza a escovagem - Pais & Momento(s) do dia em que realiza a escovagem - Crianças	0,607	0,383	≅1,000	≅1,000
Tempo de escovagem - Pais & Tempo de escovagem - Crianças	≅1,000	0,508	0,289	≅1,000
O que utiliza - Pais & O que utiliza - Crianças	<0,001	0,001	0,001	0,001
Movimentos utilizados na escovagem dentária - Pais & Movimentos utilizados na escovagem dentária - Crianças	≅1,000	0,332	0,625	0,754
Tipo de pasta - Pais & Tipo de pasta - Crianças	≅1,000	1,000	0,250	≅1,000
Quantidade de pasta - Pais & Quantidade de pasta - Crianças	0,453	0,388	≅1,000	0,012
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida - Pais & Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida - Crianças	0,022	0,039	0,003	<0,001

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 24a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para número escovagens diárias versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

Número escovagens diárias		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	18 (30)	42 (70)	10 (10,5)	85 (89,5)	10 (17,2)	48 (82,8)	11 (11,3)	86 (88,7)
	Masculino	-	4 (100)	3 (27,3)	8 (72,7)	2 (40)	3 (60)	2 (18,2)	9 (81,8)
	Total	18 (28,1)	46 (71,9)	13 (12,3)	93 (87,7)	12 (19)	51 (81)	13 (12)	95 (88)
Idade (anos)	21 a 30 anos	1 (14,3)	6 (85,7)	2 (16,7)	10 (83,3)	-	7 (100)	2 (16,7)	10 (83,3)
	31 a 40 anos	12 (31,6)	26 (68,4)	7 (10,9)	57 (89,1)	9 (25)	27 (75)	6 (9,2)	59 (90,8)
	41 a 50 anos	5 (29,4)	12 (70,6)	3 (10,7)	25 (89,3)	3 (16,7)	15 (83,3)	4 (13,8)	25 (86,2)
	51 a 60 anos	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-
	61 a 70 anos	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-
	Total	18 (28,6)	45 (71,4)	13 (12,4)	92 (87,6)	12 (19,4)	50 (80,6)	13 (12,1)	94 (87,9)
Situação profissional	Empregado(a)	10 (25,6)	29 (74,4)	6 (9,1)	60 (90,9)	8 (21,6)	29 (78,4)	5 (7,4)	63 (92,6)
	Desempregado(a)	8 (38,1)	13 (61,9)	6 (18,8)	26 (81,3)	3 (14,3)	18 (85,7)	7 (21,9)	25 (78,1)
	Estudante	-	1 (100)	-	-	1 (100)	-	-	-
	Doméstica(o)	-	3 (100)	1 (20)	4 (80)	-	3 (100)	1 (20)	4 (80)
	Trabalhador por conta própria	-	-	-	3 (100)	-	1 (100)	-	3 (100)
	Total	18 (28,1)	46 (71,9)	13 (12,3)	93 (87,7)	12 (19)	51 (81)	13 (12)	95 (88)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1 (50)	1 (50)	-	5 (100)	1 (50)	1 (50)	-	5 (100)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1 (12,5)	7 (87,5)	-	4 (100)	2 (25)	6 (75)	-	4 (100)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	-	3 (100)	1 (12,5)	7 (87,5)	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (12,5)	7 (87,5)
	Pessoal administrativo e similares	1 (14,3)	6 (85,7)	2 (15,4)	11 (84,6)	-	6 (100)	2 (14,3)	12 (85,7)
	Pessoal dos serviços e vendedores	2 (20)	8 (80)	1 (5,9)	16 (94,1)	2 (22,2)	7 (77,8)	1 (5,9)	16 (94,1)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (8,3)	11 (91,7)	1 (25)	3 (75)	-	12 (100)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	-	3 (100)	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (25)	3 (75)
	Trabalhadores não qualificados	2 (100)	-	-	7 (100)	-	2 (100)	1 (14,3)	6 (85,7)
Total	9 (23,7)	29 (76,3)	6 (8,7)	63 (91,3)	8 (21,6)	29 (78,4)	6 (8,5)	65 (91,5)	
Escolaridade	Analfabético(a)	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-
	1º ciclo do ensino básico	4 (40)	6 (60)	-	6 (100)	1 (10)	9 (90)	2 (33,3)	4 (66,7)
	2º ciclo do ensino básico	3 (33,3)	6 (66,7)	2 (6,5)	29 (93,5)	3 (33,3)	6 (66,7)	3 (9,1)	30 (90,9)
	3º ciclo do ensino básico	6 (37,5)	10 (62,5)	3 (13)	20 (87)	4 (25)	12 (75)	3 (13)	20 (87)
	Secundário	3 (20)	12 (80)	6 (20)	24 (80)	2 (14,3)	12 (85,7)	3 (10)	27 (90)
	Curso médio ou superior	1 (10)	9 (90)	2 (14,3)	12 (85,7)	2 (20)	8 (80)	2 (14,3)	12 (85,7)
	Mestrado ou doutoramento	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)
	Não respondeu / impercetível	1 (50)	1 (50)	-	1 (100)	-	2 (100)	-	1 (100)
	Total	18 (28,1)	46 (71,9)	13 (12,3)	93 (87,7)	12 (19)	51 (81)	13 (12)	95 (88)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 25a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para momento(s) do dia em que realiza a escovagem versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

Momento(s) do dia em que realiza a escovagem		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	50 (86,2)	8 (13,8)	70 (71,4)	28 (28,6)	38 (63,3)	22 (36,7)	61 (62,2)	37 (37,8)
	Masculino	2 (50)	2 (50)	8 (72,7)	3 (27,3)	2 (50)	2 (50)	6 (54,5)	5 (45,5)
	Total	52 (83,9)	10 (16,1)	78 (71,6)	31 (28,4)	40 (62,5)	24 (37,5)	67 (61,5)	42 (38,5)
Idade (anos)	21 a 30 anos	6 (100)	-	10 (83,3)	2 (16,7)	3 (50)	3 (50)	8 (66,7)	4 (33,3)
	31 a 40 anos	31 (81,6)	7 (18,4)	45 (68,2)	21 (31,8)	29 (74,4)	10 (25,6)	41 (62,1)	25 (37,9)
	41 a 50 anos	15 (88,2)	2 (11,8)	21 (72,4)	8 (27,6)	7 (41,2)	10 (58,8)	16 (55,2)	13 (44,8)
	51 a 60 anos	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-
	61 a 70 anos	-	-	-	-	-	1 (100)	-	-
	Total	52 (85,2)	9 (14,8)	77 (71,3)	31 (28,7)	39 (61,9)	24 (38,1)	66 (61,1)	42 (38,9)
Situação profissional	Empregado(a)	32 (82,1)	7 (17,9)	49 (71)	20 (29)	23 (60,5)	15 (39,5)	42 (60,9)	27 (39,1)
	Desempregado(a)	17 (85)	3 (15)	25 (78,1)	7 (21,9)	16 (72,7)	6 (27,3)	22 (68,8)	10 (31,3)
	Estudante	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Doméstica(o)	2 (100)	-	3 (60)	2 (40)	-	3 (100)	3 (60)	2 (40)
	Trabalhador por conta própria	-	-	1 (33,3)	2 (66,7)	-	-	-	3 (100)
	Total	52 (83,9)	10 (16,1)	78 (71,6)	31 (28,4)	40 (62,5)	24 (37,5)	67 (61,5)	42 (38,5)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2 (100)	-	4 (80)	1 (20)	1 (50)	1 (50)	4 (80)	1 (20)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	5 (62,5)	3 (37,5)	3 (75)	1 (25)	4 (50)	4 (50)	2 (50)	2 (50)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	2 (66,7)	1 (33,3)	6 (66,7)	3 (33,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	5 (55,6)	4 (44,4)
	Pessoal administrativo e similares	4 (57,1)	3 (42,9)	11 (78,6)	3 (21,4)	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (50)	7 (50)
	Pessoal dos serviços e vendedores	10 (100)	-	11 (64,7)	6 (35,3)	6 (60)	4 (40)	10 (58,8)	7 (41,2)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	3 (100)	-	9 (75)	3 (25)	2 (66,7)	1 (33,3)	7 (58,3)	5 (41,7)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (100)	-	3 (75)	1 (25)	2 (66,7)	1 (33,3)	2 (50)	2 (50)
	Trabalhadores não qualificados	2 (100)	-	4 (57,1)	3 (42,9)	1 (100)	-	6 (85,7)	1 (14,3)
Total	31 (81,6)	7 (18,4)	51 (70,8)	21 (29,2)	23 (62,2)	14 (37,8)	43 (59,7)	29 (40,3)	
Escolaridade	Analfabético(a)	-	1 (100)	-	-	1 (100)	-	-	-
	1º ciclo do ensino básico	8 (100)	-	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (60)	4 (40)	4 (66,7)	2 (33,3)
	2º ciclo do ensino básico	9 (100)	-	25 (75,8)	8 (24,2)	7 (77,8)	2 (22,2)	22 (66,7)	11 (33,3)
	3º ciclo do ensino básico	16 (100)	-	16 (69,6)	7 (30,4)	13 (76,5)	4 (23,5)	15 (65,2)	8 (34,8)
	Secundário	9 (60)	6 (40)	23 (76,7)	7 (23,3)	10 (71,4)	4 (28,6)	16 (53,3)	14 (46,7)
	Curso médio ou superior	7 (70)	3 (30)	9 (60)	6 (40)	3 (30)	7 (70)	9 (60)	6 (40)
	Mestrado ou doutoramento	1 (100)	-	1 (100)	-	-	1 (100)	-	1 (100)
	Não respondeu / impercetível	2 (100)	-	-	1 (100)	-	2 (100)	1 (100)	-
	Total	52 (83,9)	10 (16,1)	78 (71,6)	31 (28,4)	40 (62,5)	24 (37,5)	67 (61,5)	42 (38,5)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 26a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para tempo de escovagem versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

Tempo de escovagem		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	53 (86,9)	8 (13,1)	84 (86,6)	13 (13,4)	52 (86,7)	8 (13,3)	81 (84,4)	15 (15,6)
	Masculino	4 (80)	1 (20)	9 (81,8)	2 (18,2)	4 (80)	1 (20)	8 (72,7)	3 (27,3)
	Total	57 (86,4)	9 (13,6)	93 (86,1)	15 (13,9)	56 (86,2)	9 (13,8)	89 (83,2)	18 (16,8)
Idade (anos)	21 a 30 anos	6 (85,7)	1 (14,3)	10 (83,3)	2 (16,7)	6 (100)	-	10 (90,9)	1 (9,1)
	31 a 40 anos	34 (87,2)	5 (12,8)	56 (86,2)	9 (13,8)	34 (87,2)	5 (12,8)	54 (83,1)	11 (16,9)
	41 a 50 anos	15 (83,3)	3 (16,7)	25 (86,2)	4 (13,8)	15 (83,3)	3 (16,7)	23 (79,3)	6 (20,7)
	51 a 60 anos	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-
	61 a 70 anos	1 (100)	-	-	-	-	-	1 (100)	-
	Total	56 (86,2)	9 (13,8)	92 (86)	15 (14)	55 (85,9)	9 (14,1)	88 (83)	18 (17)
Situação profissional	Empregado(a)	34 (87,2)	5 (12,8)	59 (86,8)	9 (13,2)	33 (86,8)	5 (13,2)	56 (82,4)	12 (17,6)
	Desempregado(a)	19 (86,4)	3 (13,6)	26 (81,3)	6 (18,8)	20 (90,9)	2 (9,1)	25 (80,6)	6 (19,4)
	Estudante	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Doméstica(o)	3 (100)	-	5 (100)	-	2 (66,7)	1 (33,3)	5 (100)	-
	Trabalhador por conta própria	-	1 (100)	3 (100)	-	-	1 (100)	3 (100)	-
	Total	57 (86,4)	9 (13,6)	93 (86,1)	15 (13,9)	56 (86,2)	9 (13,8)	89 (83,2)	18 (16,8)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2 (100)	-	5 (100)	-	2 (100)	-	4 (80)	1 (20)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7 (87,5)	1 (12,5)	4 (100)	-	7 (87,5)	1 (12,5)	3 (75)	1 (25)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	2 (66,7)	1 (33,3)	9 (100)	-	2 (66,7)	1 (33,3)	8 (88,9)	1 (11,1)
	Pessoal administrativo e similares	7 (100)	-	13 (92,9)	1 (7,1)	7 (100)	-	13 (92,9)	1 (7,1)
	Pessoal dos serviços e vendedores	10 (100)	-	14 (82,4)	3 (17,6)	8 (80)	2 (20)	14 (82,4)	3 (17,6)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	2 (50)	2 (50)	7 (63,6)	4 (36,4)	3 (75)	1 (25)	9 (81,8)	2 (18,2)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (100)	-	4 (100)	-	3 (100)	-	2 (50)	2 (50)
	Trabalhadores não qualificados	1 (50)	1 (50)	6 (85,7)	1 (14,3)	1 (100)	-	6 (85,7)	1 (14,3)
	Total	34 (87,2)	5 (12,8)	62 (87,3)	9 (12,7)	33 (86,8)	5 (13,2)	59 (83,1)	12 (16,9)
Escolaridade	Analfabético(a)	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	1º ciclo do ensino básico	8 (80)	2 (20)	5 (83,3)	1 (16,7)	7 (70)	3 (30)	5 (83,3)	1 (16,7)
	2º ciclo do ensino básico	8 (88,9)	1 (11,1)	27 (81,8)	6 (18,2)	9 (100)	-	24 (75)	8 (25)
	3º ciclo do ensino básico	16 (88,9)	2 (11,1)	20 (90,9)	2 (9,1)	14 (77,8)	4 (22,2)	19 (86,4)	3 (13,6)
	Secundário	12 (80)	3 (20)	25 (83,3)	5 (16,7)	13 (92,9)	1 (7,1)	25 (83,3)	5 (16,7)
	Curso médio ou superior	9 (90)	1 (10)	14 (93,3)	1 (6,7)	10 (100)	-	14 (93,3)	1 (6,7)
	Mestrado ou doutoramento	1 (100)	-	1 (100)	-	-	1 (100)	1 (100)	-
	Não respondeu / impercetível	2 (100)	-	1 (100)	-	2 (100)	-	1 (100)	-
	Total	57 (86,4)	9 (13,6)	93 (86,1)	15 (13,9)	56 (86,2)	9 (13,8)	89 (83,2)	18 (16,8)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 27a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para o que utiliza na escovagem versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

O que utiliza na escovagem		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	52 (85,2)	9 (14,8)	70 (71,4)	28 (28,6)	50 (82)	11 (18)	68 (69,4)	30 (30,6)
	Masculino	5 (100)	-	8 (72,7)	3 (27,3)	4 (80)	1 (20)	9 (81,8)	2 (18,2)
	Total	57 (86,4)	9 (13,6)	78 (71,6)	31 (28,4)	54 (81,8)	12 (18,2)	77 (70,6)	32 (29,4)
Idade (anos)	21 a 30 anos	7 (100)	-	12 (100)	-	7 (100)	-	11 (91,7)	1 (8,3)
	31 a 40 anos	32 (82,1)	7 (17,9)	44 (66,7)	22 (33,3)	32 (82,1)	7 (17,9)	44 (66,7)	22 (33,3)
	41 a 50 anos	16 (88,9)	2 (11,1)	20 (69)	9 (31)	13 (72,2)	5 (27,8)	20 (69)	9 (31)
	51 a 60 anos	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-
	61 a 70 anos	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Total	56 (86,2)	9 (13,8)	77 (71,3)	31 (28,7)	53 (81,5)	12 (18,5)	76 (70,4)	32 (29,6)
Situação profissional	Empregado(a)	33 (84,6)	6 (15,4)	45 (65,2)	24 (34,8)	31 (79,5)	8 (20,5)	45 (65,2)	24 (34,8)
	Desempregado(a)	19 (86,4)	3 (13,6)	27 (84,4)	5 (15,6)	19 (86,4)	3 (13,6)	26 (81,3)	6 (18,8)
	Estudante	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Doméstica(o)	3 (100)	-	5 (100)	-	2 (66,7)	1 (33,3)	4 (80)	1 (20)
	Trabalhador por conta própria	1 (100)	-	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (100)	-	2 (66,7)	1 (33,3)
	Total	57 (86,4)	9 (13,6)	78 (71,6)	31 (28,4)	54 (81,8)	12 (18,2)	77 (70,6)	32 (29,4)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2 (100)	-	2 (40)	3 (60)	2 (100)	-	3 (60)	2 (40)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	5 (62,5)	3 (37,5)	2 (50)	2 (50)	5 (62,5)	3 (37,5)	2 (50)	2 (50)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	2 (66,7)	1 (33,3)	5 (55,6)	4 (44,4)	2 (66,7)	1 (33,3)	5 (55,6)	4 (44,4)
	Pessoal administrativo e similares	6 (85,7)	1 (14,3)	9 (64,3)	5 (35,7)	6 (85,7)	1 (14,3)	9 (64,3)	5 (35,7)
	Pessoal dos serviços e vendedores	10 (100)	-	13 (76,5)	4 (23,5)	8 (80)	2 (20)	13 (76,5)	4 (23,5)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	3 (75)	1 (25)	10 (83,3)	2 (16,7)	4 (100)	-	10 (83,3)	2 (16,7)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (100)	-	2 (50)	2 (50)	3 (100)	-	2 (50)	2 (50)
	Trabalhadores não qualificados	2 (100)	-	4 (57,1)	3 (42,9)	2 (100)	-	4 (57,1)	3 (42,9)
Total	33 (84,6)	6 (15,4)	47 (65,3)	25 (34,7)	32 (82,1)	7 (17,9)	48 (66,7)	24 (33,3)	
Escolaridade	Analfabético(a)	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	1º ciclo do ensino básico	10 (100)	-	6 (100)	-	8 (80)	2 (20)	6 (100)	-
	2º ciclo do ensino básico	9 (100)	-	29 (87,9)	4 (12,1)	9 (100)	-	27 (81,8)	6 (18,2)
	3º ciclo do ensino básico	18 (100)	-	18 (78,3)	5 (21,7)	16 (88,9)	2 (11,1)	17 (73,9)	6 (26,1)
	Secundário	11 (73,3)	4 (26,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	12 (80)	3 (20)	17 (56,7)	13 (43,3)
	Curso médio ou superior	7 (70)	3 (30)	7 (46,7)	8 (53,3)	7 (70)	3 (30)	8 (53,3)	7 (46,7)
	Mestrado ou doutoramento	-	1 (100)	1 (100)	-	-	1 (100)	1 (100)	-
	Não respondeu / impercetível	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-
	Total	57 (86,4)	9 (13,6)	78 (71,6)	31 (28,4)	54 (81,8)	12 (18,2)	77 (70,6)	32 (29,4)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 28a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para movimentos utilizados na escovagem dentária versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

Movimentos utilizados na escovagem dentária		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	49 (80,3)	12 (19,7)	73 (77,7)	21 (22,3)	47 (78,3)	13 (21,7)	75 (78,1)	21 (21,9)
	Masculino	5 (100)	-	11 (100)	-	5 (100)	-	8 (72,7)	3 (27,3)
	Total	54 (81,8)	12 (18,2)	84 (80)	21 (20)	52 (80)	13 (20)	83 (77,6)	24 (22,4)
Idade (anos)	21 a 30 anos	7 (100)	-	9 (81,8)	2 (18,2)	5 (83,3)	1 (16,7)	11 (100)	-
	31 a 40 anos	30 (76,9)	9 (23,1)	50 (76,9)	15 (23,1)	30 (76,9)	9 (23,1)	47 (72,3)	18 (27,7)
	41 a 50 anos	15 (83,3)	3 (16,7)	23 (85,2)	4 (14,8)	15 (83,3)	3 (16,7)	24 (82,8)	5 (17,2)
	51 a 60 anos	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-
	61 a 70 anos	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Total	53 (81,5)	12 (18,5)	83 (79,8)	21 (20,2)	51 (79,7)	13 (20,3)	83 (78,3)	23 (21,7)
Situação profissional	Empregado(a)	30 (76,9)	9 (23,1)	53 (81,5)	12 (18,5)	29 (76,3)	9 (23,7)	53 (79,1)	14 (20,9)
	Desempregado(a)	19 (86,4)	3 (13,6)	25 (78,1)	7 (21,9)	18 (81,8)	4 (18,2)	24 (75)	8 (25)
	Estudante	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Doméstica(o)	3 (100)	-	5 (100)	-	3 (100)	-	5 (100)	-
	Trabalhador por conta própria	1 (100)	-	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (100)	-	1 (33,3)	2 (66,7)
	Total	54 (81,8)	12 (18,2)	84 (80)	21 (20)	52 (80)	13 (20)	83 (77,6)	24 (22,4)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	-	2 (100)	2 (40)	3 (60)	1 (50)	1 (50)	4 (80)	1 (20)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	6 (75)	2 (25)	3 (75)	1 (25)	5 (62,5)	3 (37,5)	3 (75)	1 (25)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	1 (33,3)	2 (66,7)	7 (77,8)	2 (22,2)	1 (33,3)	2 (66,7)	7 (77,8)	2 (22,2)
	Pessoal administrativo e similares	7 (100)	-	11 (84,6)	2 (15,4)	7 (100)	-	9 (64,3)	5 (35,7)
	Pessoal dos serviços e vendedores	9 (90)	1 (10)	10 (66,7)	5 (33,3)	9 (90)	1 (10)	12 (70,6)	5 (29,4)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	2 (50)	2 (50)	12 (100)	-	2 (50)	2 (50)	11 (91,7)	1 (8,3)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (100)	-	4 (100)	-	3 (100)	-	4 (100)	-
	Trabalhadores não qualificados	2 (100)	-	5 (83,3)	1 (16,7)	1 (100)	-	4 (80)	1 (20)
Total	30 (76,9)	9 (23,1)	54 (79,4)	14 (20,6)	29 (76,3)	9 (23,7)	54 (77,1)	16 (22,9)	
Escolaridade	Analfabético(a)	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	1º ciclo do ensino básico	9 (90)	1 (10)	5 (100)	-	8 (80)	2 (20)	6 (100)	-
	2º ciclo do ensino básico	8 (88,9)	1 (11,1)	27 (84,4)	5 (15,6)	7 (77,8)	2 (22,2)	29 (87,9)	4 (12,1)
	3º ciclo do ensino básico	15 (83,3)	3 (16,7)	19 (86,4)	3 (13,6)	15 (83,3)	3 (16,7)	16 (76,2)	5 (23,8)
	Secundário	13 (86,7)	2 (13,3)	24 (82,8)	5 (17,2)	12 (85,7)	2 (14,3)	20 (66,7)	10 (33,3)
	Curso médio ou superior	5 (50)	5 (50)	7 (46,7)	8 (53,3)	6 (60)	4 (40)	11 (73,3)	4 (26,7)
	Mestrado ou doutoramento	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)	-	-	1 (100)
	Não respondeu / impercetível	2 (100)	-	1 (100)	-	2 (100)	-	1 (100)	-
	Total	54 (81,8)	12 (18,2)	84 (80)	21 (20)	52 (80)	13 (20)	83 (77,6)	24 (22,4)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 29a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para tipo de pasta versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

Tipo de pasta		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	7 (11,9)	52 (88,1)	11 (11,7)	83 (88,3)	4 (6,9)	54 (93,1)	9 (9,5)	86 (90,5)
	Masculino	1 (20)	4 (80)	1 (9,1)	10 (90,9)	-	4 (100)	2 (18,2)	9 (81,8)
	Total	8 (12,5)	56 (87,5)	12 (11,4)	93 (88,6)	4 (6,5)	58 (93,5)	11 (10,4)	95 (89,6)
Idade (anos)	21 a 30 anos	2 (28,6)	5 (71,4)	4 (36,4)	7 (63,6)	2 (28,6)	5 (71,4)	4 (36,4)	7 (63,6)
	31 a 40 anos	3 (8,1)	34 (91,9)	4 (6,2)	61 (93,8)	-	35 (100)	3 (4,7)	61 (95,3)
	41 a 50 anos	3 (16,7)	15 (83,3)	4 (14,8)	23 (85,2)	2 (11,1)	16 (88,9)	4 (13,8)	25 (86,2)
	51 a 60 anos	-	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)
	61 a 70 anos	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-
	Total	8 (12,7)	55 (87,3)	12 (11,5)	92 (88,5)	4 (6,6)	57 (93,4)	11 (10,5)	94 (89,5)
Situação profissional	Empregado(a)	3 (7,9)	35 (92,1)	6 (9,1)	60 (90,9)	1 (2,9)	34 (97,1)	4 (6)	63 (94)
	Desempregado(a)	5 (23,8)	16 (76,2)	5 (16,1)	26 (83,9)	3 (13,6)	19 (86,4)	6 (19,4)	25 (80,6)
	Estudante	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-
	Doméstica(o)	-	3 (100)	-	5 (100)	-	3 (100)	-	5 (100)
	Trabalhador por conta própria	-	1 (100)	1 (33,3)	2 (66,7)	-	1 (100)	1 (33,3)	2 (66,7)
	Total	8 (12,5)	56 (87,5)	12 (11,4)	93 (88,6)	4 (6,5)	58 (93,5)	11 (10,4)	95 (89,6)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	-	2 (100)	1 (20)	4 (80)	-	2 (100)	1 (20)	4 (80)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	-	8 (100)	-	4 (100)	-	8 (100)	-	4 (100)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (11,1)	8 (88,9)	-	3 (100)	-	9 (100)
	Pessoal administrativo e similares	-	7 (100)	-	13 (100)	-	6 (100)	-	14 (100)
	Pessoal dos serviços e vendedores	-	10 (100)	2 (13,3)	13 (86,7)	-	9 (100)	2 (13,3)	13 (86,7)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	-	3 (100)	2 (16,7)	10 (83,3)	-	4 (100)	1 (8,3)	11 (91,7)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1 (33,3)	2 (66,7)	-	4 (100)	-	1 (100)	-	4 (100)
	Trabalhadores não qualificados	1 (50)	1 (50)	1 (14,3)	6 (85,7)	1 (50)	1 (50)	1 (14,3)	6 (85,7)
Total	3 (7,9)	35 (92,1)	7 (10,1)	62 (89,9)	1 (2,9)	34 (97,1)	5 (7,1)	65 (92,9)	
Escolaridade	Analfabético(a)	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)	-	-
	1º ciclo do ensino básico	3 (33,3)	6 (66,7)	-	6 (100)	2 (22,2)	7 (77,8)	3 (50)	3 (50)
	2º ciclo do ensino básico	-	9 (100)	5 (16,1)	26 (83,9)	-	8 (100)	4 (12,5)	28 (87,5)
	3º ciclo do ensino básico	1 (5,6)	17 (94,4)	3 (13,6)	19 (86,4)	-	17 (100)	2 (8,7)	21 (91,3)
	Secundário	1 (6,7)	14 (93,3)	1 (3,4)	28 (96,6)	1 (7,1)	13 (92,9)	1 (3,3)	29 (96,7)
	Curso médio ou superior	1 (10)	9 (90)	2 (13,3)	13 (86,7)	1 (10)	9 (90)	1 (7,1)	13 (92,9)
	Mestrado ou doutoramento	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)
	Não respondeu / impercetível	1 (100)	-	1 (100)	-	-	2 (100)	-	-
	Total	8 (12,5)	56 (87,5)	12 (11,4)	93 (88,6)	4 (6,5)	58 (93,5)	11 (10,4)	95 (89,6)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 30a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para quantidade de pasta versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

Quantidade de pasta		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	52 (91,2)	5 (8,8)	76 (85,4)	13 (14,6)	53 (89,8)	6 (10,2)	72 (75,8)	23 (24,2)
	Masculino	4 (80)	1 (20)	8 (88,9)	1 (11,1)	5 (100)	-	8 (72,7)	3 (27,3)
	Total	56 (90,3)	6 (9,7)	84 (85,7)	14 (14,3)	58 (90,6)	6 (9,4)	80 (75,5)	26 (24,5)
Idade (anos)	21 a 30 anos	7 (100)	-	9 (81,8)	2 (18,2)	6 (85,7)	1 (14,3)	10 (83,3)	2 (16,7)
	31 a 40 anos	30 (85,7)	5 (14,3)	53 (86,9)	8 (13,1)	34 (89,5)	4 (10,5)	45 (70,3)	19 (29,7)
	41 a 50 anos	18 (100)	-	21 (84)	4 (16)	16 (94,1)	1 (5,9)	24 (85,7)	4 (14,3)
	51 a 60 anos	-	-	-	-	-	-	-	1 (100)
	61 a 70 anos	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Total	56 (91,8)	5 (8,2)	83 (85,6)	14 (14,4)	57 (90,5)	6 (9,5)	79 (75,2)	26 (24,8)
Situação profissional	Empregado(a)	32 (88,9)	4 (11,1)	56 (87,5)	8 (12,5)	35 (92,1)	3 (7,9)	53 (80,3)	13 (19,7)
	Desempregado(a)	19 (90,5)	2 (9,5)	23 (85,2)	4 (14,8)	18 (85,7)	3 (14,3)	24 (75)	8 (25)
	Estudante	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Doméstica(o)	3 (100)	-	3 (75)	1 (25)	3 (100)	-	1 (20)	4 (80)
	Trabalhador por conta própria	1 (100)	-	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (100)	-	2 (66,7)	1 (33,3)
	Total	56 (90,3)	6 (9,7)	84 (85,7)	14 (14,3)	58 (90,6)	6 (9,4)	80 (75,5)	26 (24,5)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	2 (100)	-	5 (100)	-	2 (100)	-	5 (100)	-
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7 (87,5)	1 (12,5)	3 (75)	1 (25)	7 (87,5)	1 (12,5)	3 (75)	1 (25)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	1 (100)	-	9 (100)	-	3 (100)	-	9 (100)	-
	Pessoal administrativo e similares	6 (85,7)	1 (14,3)	11 (91,7)	1 (8,3)	7 (100)	-	8 (61,5)	5 (38,5)
	Pessoal dos serviços e vendedores	8 (88,9)	1 (11,1)	13 (81,3)	3 (18,8)	8 (80)	2 (20)	13 (76,5)	4 (23,5)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	4 (100)	-	9 (90)	1 (10)	4 (100)	-	9 (81,8)	2 (18,2)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2 (66,7)	1 (33,3)	4 (100)	-	3 (100)	-	3 (75)	1 (25)
	Trabalhadores não qualificados	2 (100)	-	4 (57,1)	3 (42,9)	2 (100)	-	5 (83,3)	1 (16,7)
Total	32 (88,9)	4 (11,1)	58 (86,6)	9 (13,4)	36 (92,3)	3 (7,7)	55 (79,7)	14 (20,3)	
Escolaridade	Analfabético(a)	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	1º ciclo do ensino básico	9 (90)	1 (10)	1 (33,3)	2 (66,7)	8 (88,9)	1 (11,1)	3 (60)	2 (40)
	2º ciclo do ensino básico	9 (100)	-	26 (89,7)	3 (10,3)	8 (88,9)	1 (11,1)	21 (67,7)	10 (32,3)
	3º ciclo do ensino básico	15 (93,8)	1 (6,3)	17 (81)	4 (19)	15 (88,2)	2 (11,8)	18 (78,3)	5 (21,7)
	Secundário	12 (85,7)	2 (14,3)	25 (89,3)	3 (10,7)	15 (100)	-	23 (76,7)	7 (23,3)
	Curso médio ou superior	9 (100)	-	14 (93,3)	1 (6,7)	10 (100)	-	14 (93,3)	1 (6,7)
	Mestrado ou doutoramento	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)
	Não respondeu / impercetível	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-
	Total	56 (90,3)	6 (9,7)	84 (85,7)	14 (14,3)	58 (90,6)	6 (9,4)	80 (75,5)	26 (24,5)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 31a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida vs. Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono de absorção rápida		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	39 (63,9)	22 (36,1)	66 (72,5)	25 (27,5)	34 (55,7)	27 (44,3)	59 (60,8)	38 (39,2)
	Masculino	2 (40)	3 (60)	8 (80)	2 (20)	4 (80)	1 (20)	6 (60)	4 (40)
	Total	41 (62,1)	25 (37,9)	74 (73,3)	27 (26,7)	38 (57,6)	28 (42,4)	65 (60,7)	42 (39,3)
Idade (anos)	21 a 30 anos	3 (42,9)	4 (57,1)	6 (50)	6 (50)	4 (57,1)	3 (42,9)	8 (66,7)	4 (33,3)
	31 a 40 anos	24 (61,5)	15 (38,5)	46 (78)	13 (22)	22 (56,4)	17 (43,6)	38 (59,4)	26 (40,6)
	41 a 50 anos	14 (77,8)	4 (22,2)	21 (75)	7 (25)	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (62,1)	11 (37,9)
	51 a 60 anos	-	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)
	61 a 70 anos	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-
	Total	41 (63,1)	24 (36,9)	73 (73)	27 (27)	38 (58,5)	27 (41,5)	64 (60,4)	42 (39,6)
Situação profissional	Empregado(a)	25 (64,1)	14 (35,9)	48 (75)	16 (25)	26 (66,7)	13 (33,3)	46 (68,7)	21 (31,3)
	Desempregado(a)	13 (59,1)	9 (40,9)	22 (73,3)	8 (26,7)	9 (40,9)	13 (59,1)	18 (56,3)	14 (43,8)
	Estudante	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-	-
	Doméstica(o)	2 (66,7)	1 (33,3)	2 (50)	2 (50)	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (20)	4 (80)
	Trabalhador por conta própria	-	1 (100)	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (100)	-	-	3 (100)
	Total	41 (62,1)	25 (37,9)	74 (73,3)	27 (26,7)	38 (57,6)	28 (42,4)	65 (60,7)	42 (39,3)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	-	2 (100)	3 (60)	2 (40)	1 (50)	1 (50)	3 (60)	2 (40)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7 (87,5)	1 (12,5)	2 (66,7)	1 (33,3)	7 (87,5)	1 (12,5)	4 (100)	-
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	2 (66,7)	1 (33,3)	6 (66,7)	3 (33,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	4 (44,4)	5 (55,6)
	Pessoal administrativo e similares	3 (42,9)	4 (57,1)	10 (71,4)	4 (28,6)	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (50)	7 (50)
	Pessoal dos serviços e vendedores	7 (70)	3 (30)	14 (87,5)	2 (12,5)	4 (40)	6 (60)	11 (64,7)	6 (35,3)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	2 (50)	2 (50)	7 (70)	3 (30)	3 (75)	1 (25)	9 (81,8)	2 (18,2)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2 (66,7)	1 (33,3)	4 (100)	-	3 (100)	-	3 (100)	-
	Trabalhadores não qualificados	1 (50)	1 (50)	4 (66,7)	2 (33,3)	1 (50)	1 (50)	4 (57,1)	3 (42,9)
	Total	24 (61,5)	15 (38,5)	50 (74,6)	17 (25,4)	26 (66,7)	13 (33,3)	45 (64,3)	25 (35,7)
Escolaridade	Analfabético(a)	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)	-	-
	1º ciclo do ensino básico	6 (60)	4 (40)	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (60)	4 (40)	3 (50)	3 (50)
	2º ciclo do ensino básico	4 (44,4)	5 (55,6)	20 (64,5)	11 (35,5)	4 (44,4)	5 (55,6)	19 (61,3)	12 (38,7)
	3º ciclo do ensino básico	13 (72,2)	5 (27,8)	16 (80)	4 (20)	11 (61,1)	7 (38,9)	16 (69,6)	7 (30,4)
	Secundário	7 (46,7)	8 (53,3)	23 (79,3)	6 (20,7)	8 (53,3)	7 (46,7)	17 (56,7)	13 (43,3)
	Curso médio ou superior	8 (80)	2 (20)	8 (61,5)	5 (38,5)	8 (80)	2 (20)	9 (60)	6 (40)
	Mestrado ou doutoramento	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)	-
	Não respondeu / impercetível	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-	-	2 (100)	-	1 (100)
	Total	41 (62,1)	25 (37,9)	74 (73,3)	27 (26,7)	38 (57,6)	28 (42,4)	65 (60,7)	42 (39,3)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no(a) seu(sua) Encarregado(a) de Educação, no Concelho de Estarreja

Tabela 32a - Classificação das respostas (incorreto/correto) para origem da cárie versus Género, Idade, Situação Profissional e Profissão.

Origem da cárie		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]	Incorreto [n (%)]	Correto [n (%)]
Género	Feminino	31 (50,8)	30 (49,2)	38 (39,6)	58 (60,4)	22 (37,3)	37 (62,7)	39 (40,6)	57 (59,4)
	Masculino	5 (100)	-	2 (18,2)	9 (81,8)	3 (60)	2 (40)	4 (36,4)	7 (63,6)
	Total	36 (54,5)	30 (45,5)	40 (37,4)	67 (62,6)	25 (39,1)	39 (60,9)	43 (40,2)	64 (59,8)
Idade (anos)	21 a 30 anos	4 (57,1)	3 (42,9)	6 (50)	6 (50)	2 (33,3)	4 (66,7)	5 (45,5)	6 (54,5)
	31 a 40 anos	20 (51,3)	19 (48,7)	23 (35,4)	42 (64,6)	15 (38,5)	24 (61,5)	25 (38,5)	40 (61,5)
	41 a 50 anos	11 (61,1)	7 (38,9)	9 (32,1)	19 (67,9)	8 (47,1)	9 (52,9)	11 (37,9)	18 (62,1)
	51 a 60 anos	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-
	61 a 70 anos	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)	-	-
	Total	36 (55,4)	29 (44,6)	39 (36,8)	67 (63,2)	25 (39,7)	38 (60,3)	42 (39,6)	64 (60,4)
Situação profissional	Empregado(a)	25 (64,1)	14 (35,9)	25 (36,8)	43 (63,2)	17 (44,7)	21 (55,3)	23 (33,8)	45 (66,2)
	Desempregado(a)	8 (36,4)	14 (63,6)	13 (41,9)	18 (58,1)	7 (33,3)	14 (66,7)	17 (54,8)	14 (45,2)
	Estudante	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)	-	-
	Doméstica(o)	1 (33,3)	2 (66,7)	2 (40)	3 (60)	-	3 (100)	3 (60)	2 (40)
	Trabalhador por conta própria	1 (100)	-	-	3 (100)	1 (100)	-	-	3 (100)
	Total	36 (54,5)	30 (45,5)	40 (37,4)	67 (62,6)	25 (39,1)	39 (60,9)	43 (40,2)	64 (59,8)
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1 (50)	1 (50)	-	5 (100)	-	2 (100)	1 (20)	4 (80)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	6 (75)	2 (25)	1 (25)	3 (75)	6 (75)	2 (25)	1 (25)	3 (75)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	3 (100)	-	1 (11,1)	8 (88,9)	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (11,1)	8 (88,9)
	Pessoal administrativo e similares	4 (57,1)	3 (42,9)	5 (35,7)	9 (64,3)	1 (14,3)	6 (85,7)	4 (28,6)	10 (71,4)
	Pessoal dos serviços e vendedores	6 (60)	4 (40)	10 (58,8)	7 (41,2)	7 (70)	3 (30)	9 (52,9)	8 (47,1)
	Operários, artífices e trabalhadores similares	2 (50)	2 (50)	6 (54,5)	5 (45,5)	1 (25)	3 (75)	5 (45,5)	6 (54,5)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (100)	-	1 (25)	3 (75)	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (25)	3 (75)
	Trabalhadores não qualificados	1 (50)	1 (50)	1 (14,3)	6 (85,7)	-	1 (100)	2 (28,6)	5 (71,4)
Total	26 (66,7)	13 (33,3)	25 (35,2)	46 (64,8)	18 (47,4)	20 (52,6)	24 (33,8)	47 (66,2)	
Escolaridade	Analfabético(a)	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	-	-
	1º ciclo do ensino básico	7 (70)	3 (30)	3 (60)	2 (40)	4 (40)	6 (60)	4 (66,7)	2 (33,3)
	2º ciclo do ensino básico	3 (33,3)	6 (66,7)	17 (51,5)	16 (48,5)	3 (33,3)	6 (66,7)	16 (50)	16 (50)
	3º ciclo do ensino básico	11 (61,1)	7 (38,9)	12 (54,5)	10 (45,5)	8 (44,4)	10 (55,6)	14 (63,6)	8 (36,4)
	Secundário	7 (46,7)	8 (53,3)	6 (20)	24 (80)	4 (28,6)	10 (71,4)	7 (23,3)	23 (76,7)
	Curso médio ou superior	7 (70)	3 (30)	2 (13,3)	13 (86,7)	5 (55,6)	4 (44,4)	1 (6,7)	14 (93,3)
	Mestrado ou doutoramento	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)	-	1 (100)
	Não respondeu / impercetível	1 (50)	1 (50)	-	1 (100)	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-
	Total	36 (54,5)	30 (45,5)	40 (37,4)	67 (62,6)	25 (39,1)	39 (60,9)	43 (40,2)	64 (59,8)