

Ana Margarida Pires dos Santos

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no
Concelho de Estarreja

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Ana Margarida Pires dos Santos

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no
Concelho de Estarreja

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Ana Margarida Pires dos Santos

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, 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

A prevenção e promoção da saúde oral assumem atualmente uma grande importância, tendo sido um tema já abordado em diversos estudos. É em idades mais precoces que se deve começar a atuar, dotando e capacitando as crianças com conhecimentos e instrumentos que lhes permitam a aquisição e manutenção de hábitos de saúde e higiene oral saudáveis.

Foi efetuado um estudo observacional prospetivo do tipo coorte em escolas do concelho de Estarreja no ano letivo 2011/2012, tendo como objetivo global de avaliar se sessões de educação para a saúde oral em Crianças do 1º Ciclo do ensino básico melhoravam o seu estado de saúde oral. Os objetivos deste estudo foram: a caracterização da amostra em estudo, avaliação da eficácia das sessões, a avaliação e promoção da saúde oral e a avaliação da possível relação entre algumas variáveis em estudo e os dados sociodemográficos e os índices aplicados (IHO-S e ICDAS).

A amostra em estudo foi constituída por 279 crianças distribuídas por dois grupos, controlo (124 crianças) e teste (155 crianças). Com idades entre os 6 e os 11 anos, no grupo controlo 48,4% pertenciam ao género feminino e 51,6% ao sexo masculino, enquanto no grupo teste 46% eram do sexo feminino e 51% do sexo masculino.

Em dois momentos distintos aplicaram-se dois questionários (pré-teste e pós-teste) e foi observada a cavidade oral das crianças (ICDAS e IHO-S). No grupo teste, entre as duas observações, foi realizada uma sessão de educação para a saúde oral. A análise estatística foi realizada com auxílio do Microsoft Office Excel[®] e do IBM[®] SPSS[®] Statistics vs. 20.0, calculando medidas estatísticas e testes não paramétricos ($\alpha=0,05$).

Verificaram-se melhorias nos comportamentos de ambos os grupos em relação ao “momento do dia em que realiza a escovagem dentária” de 27,4% para 39,8% (grupo controlo) e de 30,2% para 50% (grupo teste) e ao “tipo de pasta dentífrica” de 23,1% para 45,1% (grupo controlo) e de 38,9% para 50,7% (grupo teste). Verificaram-se melhorias nos comportamentos do grupo controlo no que respeita a “o que utiliza” de 39,3% para 48,8%. Verificaram-se melhorias nos comportamentos do grupo teste

quanto à “técnica de escovagem dentária” de 19,4% para 33,3% e quanto à “quantidade de pasta dentífrica” de 21,8% para 47,4%.

A maior parte das crianças indicou não saber com que regularidade se consultava com o médico dentista, mas daqueles que sabiam, 20,4% (grupo controlo) e 17,4% (grupo teste) efetuava consultas anuais, seguidos pelos que efetuavam consultas trimestrais (10,2% no grupo controlo e 12,1% no grupo teste).

A percentagem de crianças com higiene oral satisfatória diminuiu em ambos os grupos, embora aos 6 anos, no grupo teste, se verificasse um aumento.

Observou-se, no grupo teste, um comportamento mais favorável em relação ao grupo controlo pela diminuição da percentagem de restaurações provisórias com cárie em esmalte e a manutenção da percentagem de restaurações provisórias sem cárie. Em ambos os grupos foi verificada a diminuição de faces não seladas e não restauradas, o aumento das faces sãs e restauradas definitivamente, e da percentagem de dentes não erupcionados e de dentes extraídos por carie. Observou-se um comportamento desfavorável do grupo teste em relação ao grupo controlo pela diminuição da percentagem de caries em esmalte e pelo aumento da percentagem de restaurações definitivas com cárie em dentina em menos faces do que no grupo teste. No grupo teste foi verificada associação entre a quantidade incorreta de pasta utilizada e má higiene oral (pré-teste) e entre higiene oral satisfatória e frequentar o 4º ano de escolaridade (pós-teste).

Os resultados obtidos indicam que é possível a modificação de comportamentos e hábitos enraizados, embora não seja fácil. Conclui-se que, ainda que tenha existido uma melhoria nos comportamentos relacionados com saúde oral, não houve uma efetiva alteração positiva no IHO-S. Uma única sessão de esclarecimento parece não ser suficiente e que estas devem ser apresentadas de forma lúdica, em pequenos grupos e com o envolvimento prático das crianças.

Palavras-chave: higiene oral, promoção e prevenção de saúde oral, alterações de comportamentos.

Abstract

The prevention and oral health promotion currently assume great importance, since this issue has been addressed by several studies. Children at earlier ages should be targeted in order to provide tools and knowledge to enable them to acquire and maintain health habits and healthy oral hygiene.

It was performed an observational prospective cohort in elementary schools of Estarreja, academic year 2011/2012, with the overall objective to evaluate if sessions of education for oral health in children of elementary school improve the oral health status. The aims of this study were: to characterize the studied groups, to evaluate the effectiveness of the sessions, to evaluate and promote of oral health and to investigate possible relationship between some variables in study, demographic variables and indexes (IHO-S and ICDAS).

The study sample consisted of 279 children distributed by two groups: control (124 children) and test (155 children). Aged between 6 and 11 years, in the control group 48.4% were female and 51.6% male and in the test group 46% were female and 51% male.

Two questionnaires (pre-test and post-test) were applied at two different times, simultaneously the oral cavity of children (ICDAS and IHO-S) was observed. In the test group, it was performed a session of oral health education between the two observations. Statistical analysis was performed using Microsoft Office Excel[®] and IBM[®] SPSS[®] Statistics vs. 20.0 software programs, descriptive statistics and nonparametric tests were performed ($\alpha=0.05$).

There were improvements in the behaviors of both groups regarding the "time of the day of tooth brushing" from 27.4% to 39.8% (control group) and from 30.2% to 50% (test group) and the "type of toothpaste" from 23.1% to 45.1% (control group) and from 38.9% to 50.7% (test group). There were improvements in the behaviors in the control group regarding to "what do you use" from 39.3% to 48.8%. There was an improvement

in the behavior of the test group in "brushing technique" from 19.4% to 33.3% and in the "amount of paste" from 21.8% to 47.4%.

The majority of children reported not know how regularly visit the dentist, however, among those who knew, 20.4% (control group) and 17.4% (test group) had once a year appointments, followed by four times a year visits 10.2% (control group) and 12.1% (test group).

Overall, the percentage of children with satisfactory oral hygiene decreased in both groups, although it was observed an increasing in to 6 year-old of the test group.

The test group showed a more favorable response than the control group by the decreasing of the percentage of provisional restorations with enamel caries and the maintaining of the percentage of provisional restorations without caries. In both groups was found a decrease of unsealed faces and not restored; an increase of the healthy faces and definitively restored, and of the percentage of un-erupted teeth and the teeth extracted due to caries. It was observed an unfavorable behavior of the test group compared to the control group by the decreasing of the percentage of caries in enamel and the increasing percentage of final restorations with caries in dentin on less surfaces than in test group. In the test group there was an association between the incorrect amount of toothpaste used and poor oral hygiene (pre-test), and between an acceptable oral hygiene and the 4th graders (post-test).

This study indicates that it is possible to change behaviors and old habits, although can be a challenge. We conclude that, despite there was an improvement in oral health related behaviors, there wasn't an effective positive change in IHO-S index. One brief session is not enough and should be presented in a playful way, in small groups and with the practical involvement of the children.

Keywords: oral hygiene, prevention and promotion of oral health, behavioral changes

Dedico aos meus pais e irmã por todo o seu apoio, incentivo e compreensão ao longo deste trajeto académico.

“Aquilo que escuto eu esqueço,
Aquilo que vejo eu lembro,
Aquilo que faço eu aprendo”
Confúcio

Agradecimentos

Aos meus pais e irmã, por estarem sempre presentes pelos seus conselhos, apoio, carinho e incentivo ao longo desta etapa da minha vida.

Aos meus amigos pelo seu apoio e compreensão.

Ao Exmo. Professor José Frias Bulhosa, orientador neste estudo, pelo seu auxílio e disponibilidade.

À Exma. Sra. Professora Doutora Conceição Manso, coorientadora neste estudo, pela ajuda e paciência.

Aos professores do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, pelos conhecimentos e valores transmitidos para o exercício desta profissão.

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, brindes e instrumentos de higiene oral, utilizados nas demonstrações efetuadas durante a sessão de educação para a saúde oral.

Siglas e Abreviaturas

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
ADA	American Dental Association
CPOd	Índice de classificação em cariados, perdidos e obturados por dente
DGIDC	Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
DGS	Direção Geral da Saúde
DIM	Delegado de Informação Médica
DP	Desvio padrão
EB1	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
ICDAS	International Caries Detection and Assessment System
IHO-S	Índice de Higiene Oral Simplificado
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
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
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	vii
Siglas e Abreviaturas	xii
Índices	xiii
Índice Geral	xiii
Índice de Figuras	xvi
Índice de Diagramas	xvii
Índice de Tabelas	xviii
I. Introdução	1
II. Desenvolvimento	4
II.1. Fase Conceptual	4
II.1.1. Conhecimentos sobre Higiene Oral	4
II.1.2. Prevenção e Promoção da Saúde Oral	4
II.1.2.1. Sessões de Educação para a Saúde	5
II.1.2.2. Hábitos Alimentares	6
II.1.2.3. Higiene Oral: Instrumentos	7
II.1.2.3.1. Escova, Pasta Dentífrica e Fio/Fita Dentário(a)	8
II.1.2.3.2. Frequência e Técnicas	9
II.1.2.3.3. Colutórios Fluoretados	9
II.1.2.4. Origem da Cárie	10
II.1.2.5. Consultas com o Médico Dentista	11
II.1.2.6. Cheque Dentista	11
II.2. Fase Metodológica	12
II.2.1. Tipologia de Estudo	12
II.2.2. População Alvo	12
II.2.3. Amostra	13
II.2.4. Tipo de Amostragem	14
II.2.5. Locais de Colheita de Dados	14

II.2.6. Critérios de Inclusão	14
II.2.7. Critérios de Exclusão	15
II.2.8. Plano Operacional	15
II.2.9. Autorizações	15
II.2.10. Recursos	16
II.2.10.1. Materiais	16
II.2.10.2. Humanos	17
II.2.10.3. Financeiros	17
II.2.11. Recolha de Informação	17
II.2.11.1. Métodos	18
II.2.11.1.1. Questionário	18
II.2.11.1.2. Índices	19
II.2.11.1.2.1. Índice de Higiene Oral Simplificado – IHO-S	20
II.2.11.1.2.2. ICDAS (International Caries Detection and Assessment System)	21
II.2.11.1.3. Variáveis de Estudo	24
II.2.11.1.4. Codificação	25
II.2.12. Metodologia da Análise Estatística	27
II.3. Resultados	28
II.3.1. Caracterização da Amostra	28
II.3.2. Caracterização do Questionário	32
II.3.3. Caracterização dos Índices	40
II.3.4. Relação entre Variáveis	43
II.4. Discussão dos Resultados	45
III. Conclusão	52
Bibliografia	54
Apêndices	59
Apêndice I - “Comissão de Ética”	60
Apêndice II - “Documentos Enviados às Escolas”	62
Apêndice III - “Pedido ao Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde”	75
Apêndice IV - “Autorização dos Encarregados de Educação”	77
Apêndice V - “Questionário – Pré-teste”	80

Apêndice VI - “Questionário – Pós-teste”	85
Apêndice VII - “Índices e Códigos de Apoio”	89
Apêndice VIII - “Planificação da Recolha de Dados e da Sessão”	94
Apêndice IX - “Sessão de Educação para a Saúde Oral – Dentinhos Malandros”	101
Apêndice X - “Folheto – Como Cuidar da Minha Boca”	112
Apêndice XI - “Póster – Cárie Dentária”	115
Apêndice XII - “Póster – Lavar os Dentes”	117
Apêndice XIII - “Tabelas”	119

Índice de Figuras

	pp.
Figura 1 - Mapa do Concelho de Estarreja com limitação das freguesias	13

Índice de Diagramas

Diagrama 1 - Classificação da cárie dentária no ICDAS, adaptado de	pp. 23
<i>International Caries Detection and Assessment System (ICDAS).</i>	

Índice de Tabelas

	pp.
Tabela 1 - Tabela de frequências da devolução dos pedidos de autorização.	28
Tabela 2 - Tabela de frequências da autorização de realização do estudo.	28
Tabela 3 - Tabela de frequências validação dos questionários.	29
Tabela 4 - Tabela de frequências de validação dos índices (ICDAS e IHO-S).	29
Tabela 5 - Distribuição de escolas que as crianças frequentavam.	30
Tabela 6 - Distribuição de frequências do tipo de escola frequentado pelas crianças.	30
Tabela 7 - Tabela de frequências de géneros.	31
Tabela 8 - Tabela de frequências das idades das crianças.	31
Tabela 9 - Tabela de frequências do ano escolar frequentado pelas crianças.	32
Tabela 10 - Tabela de frequências da existência de sessões de educação para a saúde oral.	32
Tabela 11 - Tabela de frequências de onde as crianças aprenderam os cuidados de higiene oral.	33
Tabela 12 - Tabela de frequências do número de escovagens dentárias diárias realizadas pelas crianças.	33
Tabela 13 - Tabela de frequências do(s) momento(s) do dia em que as crianças realizam a sua higiene oral.	34
Tabela 14 - Tabela de frequências do tempo despendido pelas crianças na escovagem dentária.	34
Tabela 15 - Tabela de frequências dos instrumentos que as crianças utilizam na sua higiene oral.	34
Tabela 16 - Tabela de frequências da técnica de escovagem que as crianças utilizam.	35
Tabela 17 - Tabela de frequências do tipo de pasta utilizada pelas crianças.	35
Tabela 18 - Tabela de frequências da quantidade de pasta dentífrica que as crianças utilizam.	35
Tabela 19 - Tabela de frequências da frequência semanal da ingestão de alimentos/bebidas doces.	36

Tabela 20 - Tabela de frequências dos conhecimentos das crianças em relação à origem da cárie dentária.	36
Tabela 21 - Tabela de frequências da existência de consultas com o Médico Dentista.	36
Tabela 22 - Tabela de frequências da idade das crianças na primeira consulta com o Médico Dentista.	37
Tabela 23 - Tabela de frequências do motivo da primeira consulta com o Médico Dentista.	38
Tabela 24 - Tabela de frequências da regularidade das consultas com o Médico Dentista.	38
Tabela 25 - Frequência de consultas com o Médico Dentista, nos últimos 4 meses.	38
Tabela 26 - Tabela de frequências do motivo da consulta com o Médico Dentista, nos últimos 4 meses.	39
Tabela 27 - Tabela de frequências da atribuição de cheque dentista.	39
Tabela 28 - Tabela de frequências do IHO-S.	40
Tabela 29 - Tabela de frequências do ICDAS.	41
APÊNDICE 14 - “Tabelas”	119
Tabela 1a - Tabela de distribuição do número de escovagens dentárias diárias realizadas pelas crianças.	120
Tabela 2a - Tabela de distribuição do(s) momento(s) do dia em que as crianças realizam a sua higiene oral.	121
Tabela 3a - Tabela de distribuição do tempo despendido pelas crianças na escovagem dentária.	122
Tabela 4a - Tabela de distribuição dos instrumentos que as crianças utilizam na sua higiene oral.	122
Tabela 5a - Tabela de distribuição da técnica de escovagem que as crianças utilizam.	122
Tabela 6a - Tabela de distribuição da quantidade de pasta dentífrica que as crianças utilizam.	123
Tabela 7a - Tabela de distribuição da quantidade de pasta dentífrica que as crianças utilizam.	123

Tabela 8a - Tabela de distribuição da frequência semanal da ingestão de alimentos/bebidas doces.	123
Tabela 9a - Tabela de distribuição dos conhecimentos das crianças em relação à origem da cárie dentária.	124
Tabela 10a - Tabela de distribuição do valor do IHO-S.	124
Tabela 11a - Tabela de distribuição do valor do ICDAS.	125
Tabela 12a - Tabela do teste McNemar relativamente aos questionários.	126
Tabela 13a - Tabela do teste Wilcoxon relativamente ao IHO-S.	126
Tabela 14a - Tabela do teste McNemar relativamente ao IHO-S.	126
Tabela 15a - IHO-S versus Género, Idade e Ano Escolar.	126
Tabela 16a - Número de escovagens dentárias diárias realizadas pelas crianças versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	127
Tabela 17a - Momento(s) do dia em que as crianças realizam a sua higiene oral versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	127
Tabela 18a - Tempo despendido pelas crianças na escovagem dentária versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	128
Tabela 19a - Instrumentos que as crianças utilizam na sua higiene oral versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	128
Tabela 20a - Técnica de escovagem que as crianças utilizam versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	129
Tabela 21a - Tipo de pasta que as crianças utilizam versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	129
Tabela 22a - Quantidade de pasta dentífrica que as crianças utilizam versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	130
Tabela 23a - Frequência semanal da ingestão de alimentos/bebidas doces versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	130
Tabela 24a - Conhecimentos das crianças em relação à origem da cárie dentária versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.	131
Tabela 25a - Valores de prova (p) do T. Qui-quadrado para verificar a existência de associações.	131

I. Introdução

A saúde oral é uma importante parte integrante da saúde geral e está intimamente relacionada com o bem-estar, sendo um fator condicionante no estabelecimento das relações interpessoais, emocionais e sociais.

Considerando a DGS (2008) e a WHO (2003), a cárie dentária tem vindo ao longo das últimas décadas, a sofrer um decréscimo, verificando-se uma melhoria na saúde oral. No entanto, ainda se verifica a sua elevada prevalência, constituindo um problema de saúde pública.

“While there has been improvement in oral health of children in the last few decades, tooth decay remains one of the most common childhood diseases, in both industrialized and developing countries.”

WHO (2003)

Em Julho de 2008, foi publicado o Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais, pela DGS, cujos objetivos foram, entre outros, a avaliação da prevalência de cárie dentária na população escolar. Para a faixa etária dos 6 anos, os valores de CPOd foram de 2,10 na dentição temporária e de 0,07 na dentição permanente, sendo que nesta idade, a percentagem de crianças livres de cárie dentária em dentição temporária era de 51,7% e de 95,5% na dentição permanente.

Tendo em conta tudo isto, é então de extrema importância uma séria aposta na prevenção, pois “é muito mais fácil evitar o aparecimento dessas doenças do que tratá-las depois de instaladas ou mesmo limitar a extensão de seus danos” (Santos, 2003).

A existência dos hábitos e comportamentos de saúde oral apropriados na população depende dos conhecimentos da mesma a esse nível, uma vez que “para que cada indivíduo possa tomar conta da sua própria saúde oral, é necessário que adquira os saberes e as competências, adequadas à obtenção desse propósito” (DGS, 2007).

Alterar hábitos numa população implica facultar-lhe a informação apropriada em idades mais precoces, como a idade escolar, na qual, as crianças estão abertas à aprendizagem e à incorporação de conhecimentos, podendo este investimento refletir-se em adolescentes e adultos com hábitos e comportamentos saudáveis. Segundo Díaz et al. (2009), para alcançar resultados concretos através da promoção da saúde, deve-se agir em idades suscetíveis de mudanças.

Após uma pesquisa realizada, a qual incidiu sobre variados temas, este foi o que mais me despertou interesse, tendo sido esta a problemática utilizada para o desenvolvimento da tese de dissertação para a aquisição do grau de Mestre em Medicina Dentária. Para tal, foi efetuado um estudo centrado na população de crianças que frequenta o 1º ciclo do ensino básico das escolas do concelho de Estarreja no ano letivo 2011/2012.

Primeiramente iniciou-se com a pesquisa bibliográfica sobre o tema. Apesar de definido um limite temporal, no decorrer do desenvolvimento do trabalho escrito, foram efetuadas pesquisas em relação a determinados tópicos sobre os quais não existia a informação requerida nas referências bibliográficas já pesquisadas.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada nas bases de dados “PubMed”, “SciELO”, “LILACS”, “B-On”, “Science Direct”, e ainda nos portais da “Univadis”, “Google Académico”, “Google Livros”, “DGS”, “ADA”, “AAPD”, “WHO”, “ICDAS” e nas bibliotecas da UFP e FMDUP, utilizando as palavras-chave “children”, “dental caries”, “effectiveness”, “behaviour”, “brushing teeth”, “oral promotion”, “oral health education”, “ICDAS”, “Greene & Vermilion index”, “educative intervention”, “oral health”, “knowledge”, “dental education” e “cheque dentista”, resultando na recolha de artigos e outras referências bibliográficas em Português, Inglês e Espanhol publicadas entre 1999 e 2012.

O trabalho de campo foi efetuado em escolas do concelho de Estarreja no ano letivo 2011/2012, com o objetivo de avaliar o “Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo do Concelho de Estarreja”. Foi realizado um estudo observacional prospetivo do tipo coorte com os objetivos de caracterizar a amostra em estudo, a avaliação da eficácia das sessões referidas anteriormente, a avaliação e

promoção da saúde oral, incluindo hábitos de higiene oral e conhecimentos sobre o tema e a avaliação da possível relação entre algumas variáveis em estudo e os dados sociodemográficos e os índices aplicados.

A hipótese a testar é de que após a sessão de educação para a saúde oral os indivíduos em estudo passarão a ter mais comportamentos corretos, assim como se verificará uma melhoria no que diz respeito aos dados provenientes da observação intraoral (IHO-S e ICDAS).

II. Desenvolvimento

II.1. Fase Conceptual

II.1.1. Conhecimentos sobre Higiene Oral

Uma vez que os hábitos comportamentais, e os conhecimentos sobre saúde e higiene oral estão intimamente relacionados com o meio social e familiar em que o indivíduo está inserido, deve haver uma preocupação da parte dos educadores em transmitir conhecimentos e hábitos saudáveis à sociedade.

“Knowledge is usually derived from information and the information, when believed translates into an action.”

Prasad et al. (2010)

Considerando Díaz et al. (2009), em grande parte da população, o nível insuficiente de conhecimentos sobre saúde oral e a higiene oral deficiente continua a ser um problema. Segundo a DGS (2000), até aos dias de hoje, as estratégias utilizadas nesta área foram o trabalho com crianças e jovens, uma vez que se pretende que através do reforço da proteção dentária, da adequação de comportamentos e da transmissão de conhecimentos e motivação, estes aumentem as suas defesas contra a cárie dentária.

II.1.2. Prevenção e Promoção da Saúde Oral

“A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o CPOD não ultrapasse o valor de 1,5.”

DGS (2005)

Considerando O’Donell (2009), os estilos de vida podem ser alterados combinando experiências de aprendizagem com a finalidade de incrementar a consciência,

motivação e o desenvolvimento de competências que deem acesso a ambientes nos quais as práticas saudáveis de saúde sejam a escolha mais fácil.

“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 lifestyle to move toward a state of optimal health.”

O’Donell (2009)

Segundo Dinelli (2000) *cit. in* Santos (2003), a forma mais eficaz e menos dispendiosa do ponto de vista económico de evitar o aparecimento deste tipo de doenças é a prevenção, ocupando nela, a educação e motivação um lugar de especial relevo. Para que se consiga uma melhor contenção de gastos em doenças orais, é fulcral a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento atempado das mesmas (WHO, 2003).

Johnsen (1995) *cit. in* Mattila et al. (2000), afirma que é essencial haver uma prevenção precoce da cárie dentária e que essa é a chave para que uma criança se torne recetiva e cooperante nos anos seguintes, no que diz respeito à saúde oral.

II.1.2.1. Sessões de Educação para a Saúde

Na opinião de Díaz et al. (2009), é nas idades entre os 6 e 12 anos que ocorre o desenvolvimento da aprendizagem da conduta baseada na imitação e em que as crianças começam a ter a consciência daquilo que é bom e do que é mau. O autor considera então que estas são as idades apropriadas para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis, aumentando assim o impacto de ações de promoção de saúde, uma vez que segundo ele, “para lograr los resultados concretos a través de la promoción hay que actuar en edades susceptibles a los câmbios”.

“Schools are thought to be the most suitable environment to provide health information to children in order to achieve the goal of health education programme.”

El-Qaderi (2004).

É então importante que a informação prestada à criança no âmbito dos cuidados de saúde oral seja veiculada em idade escolar. Isto foi reforçado pela WHO (2003), referindo que o local ideal para a promoção da saúde oral é a escola.

Não obstante tudo isto, “na maioria das vezes, a mudança de hábito é muito difícil de ser atingida, em virtude de influências sociais, culturais e governamentais, que ocasionam uma verdadeira inversão de valores” (Santos, 2003).

“A mudança de comportamentos, não é fácil, depende de fatores sociais, culturais, familiares, entre muitos outros, e não apenas do conhecimento científico que as pessoas possuam sobre determinada matéria.”

DGS (2005)

É portanto necessário recorrer a estratégias que conduzam a uma alteração efetiva de comportamentos. Considerando a DGS (2005), as crianças devem ter uma participação ativa nas atividades. A eficácia das mesmas aumentará se efetuadas de uma forma continuada no tempo, suportando assim a mudança de comportamento e reforçando a sua manutenção. Visto que cada criança é um indivíduo diferente, esta será a melhor forma de se conhecer as situações, os obstáculos e de proceder à sua resolução.

Na perspetiva de Santos (2003), a continuidade da motivação no tempo é de extrema importância, uma vez que é ela que faculta a sedimentação de conhecimentos.

Hawkins et al. (2000) refere que a literatura atual favorece a educação para a saúde num formato de pequenos grupos, o qual permitirá a repetição e o reforço da informação transmitida, especialmente importante nas crianças muito pequenas.

II.1.2.2. Hábitos Alimentares

Referindo a DGS (2008), “uma alimentação saudável tem um impacto positivo na saúde em geral e na saúde oral em particular”.

“Healthy dietary behaviours are essential to growth and development and to maintain good oral health.”

WHO (2003)

A cariogenicidade da dieta é determinada pela presença de hidratos de carbono, principalmente a sacarose, sendo considerados o fator alimentar mais importante no desenvolvimento de cárie dentária, os quais servem de substrato para que os microrganismos da cavidade oral sintetizem polissacarídeos extracelulares com um importante papel na formação da placa bacteriana e, também, na produção de ácidos orgânicos, que promovem a desmineralização do esmalte e podem desencadear o processo de cárie dentária (Burt (1988), Manui (1990) e Sreebny (1982) *cit. in* Lima (2007) e Moynihan (2004)). A DGS (2005) refere ainda que a suscetibilidade à cárie dentária está aumentada em crianças que consomem mais alimentos ricos em açúcares e que optam por doces e bebidas açucaradas, estando a cárie dentária associada à frequência e ao tipo de alimentos ingeridos, interferindo na sua qualidade de vida (Vadiakas (2008) e Losso et al. (2009) *cit. in* Melo et al. (2011)).

Segundo a DGS (2000), referindo-se ao Programa Básico de Saúde Oral, deve-se dar destaque para a questão da educação alimentar, através da identificação e redução dos alimentos cariogénicos. É imperativo que se reduza a quantidade e a frequência de ingestão de alimentos e bebidas açucaradas. As políticas e práticas escolares alimentares devem assegurar alimentos e bebidas saudáveis, servindo para promover comportamentos saudáveis em relação à dieta desde idades precoces (WHO, 2003).

II.1.2.3. Higiene Oral: Instrumentos

“É necessário adotar medidas de controlo dos fatores etiológicos, para haver redução da incidência da cárie dentária. Estas medidas devem visar: a redução da placa bacteriana, através da escovagem dos dentes e do uso de fio dentário a redução dos alimentos cariogénicos e o aumento da resistência do dente, através da utilização de flúor em idade precoce e da aplicação de selantes de fissuras.”

Resende (1999)

A higiene oral é um fator fundamental para a saúde oral (El-Qaderi, 2004). Referindo a DGS (2000), do Programa Básico de Saúde Oral deve fazer parte a “melhoria da higiene oral com implementação da escovagem dos dentes com uma pasta fluoretada, na escola, diariamente e ensino sobre a utilização do fio dentário na limpeza dos espaços interdentários”.

II.1.2.3.1. Escova, Pasta Dentífrica e Fio/Fita Dentário(a)

A escovagem dentária tem um papel importante na higiene pessoal diária, promovendo a remoção de restos alimentares e da placa bacteriana, devendo ser encorajada a sua realização diária com uma pasta dentífrica fluoretada (WHO, 2003). Segundo Santos (2003) a escovagem convencional não é efetiva para a higienização da região interproximal. A escovagem dentária deve então ser complementada pela utilização do fio/fita dentário(a).

No que diz respeito às crianças, a DGS recomenda a escovagem dentária com um dentífrico fluoretado de 1000-1500 ppm (a partir dos 6 anos de idade). Tendo também em consideração as recomendações da ADA (2006) e da AAPD (2011A), a escovagem dentária deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia (depois do pequeno almoço e antes de dormir, sendo esta última obrigatória) com uma pasta dentífrica fluoretada. “A escovação mais importante é a noturna, pois o fluxo salivar e a capacidade tampão da saliva estão bastante reduzidos durante o sono, permitindo que a ação das bactérias sobre os tecidos dentais e gengivais seja mais facilitada” (Pomarico, 2000 *cit. in* Santos, 2003). Deve então ser utilizada uma escova macia ou de dureza média, manual ou elétrica, a qual deverá ter um tamanho adequado à boca da criança. Esta deverá ser substituída todos os 3-4 meses, ou mais frequentemente, caso seja necessário. Quanto à pasta dentífrica, deverá ser utilizada uma quantidade mínima de aproximadamente um centímetro, sendo o equivalente ao tamanho da unha do quinto dedo da própria criança.

Os espaços interdentários deverão ser higienizados apenas a partir do momento em que a criança apresentar destreza manual para o fazer, o que normalmente ocorre por volta dos 9-10 anos de idade. Nesta altura deve ser correta e claramente explicada a técnica.

O fio/fita dentário(a) deve ser utilizado(a) na última higienização oral do dia (Gonçalves, 2011).

II.1.2.3.2. Frequência e Técnicas

Como já anteriormente referido, segundo a DGS, a escovagem deverá ser efetuada duas vezes por dia sendo uma delas obrigatoriamente à noite. No entanto, idealmente deveria ser realizada antes de deitar (sendo esta a mais importante), de manhã após o pequeno-almoço e depois de cada refeição, durante pelo menos 2 minutos (Gonçalves, 2011).

Tendo em conta as recomendações da ADA (2006) e Gonçalves (2011) no que diz respeito à escovagem dentária, primeiro deve-se posicionar a escova inclinada com uma angulação de 45° em relação à gengiva, fazendo movimentos circulares, horizontais e verticais, iniciando pela superfície exterior do dente mais posterior de um dos maxilares, até atingir o último dente do lado oposto e repetindo a mesma sequência para as superfícies internas e oclusais e para o outro maxilar. Para limpar a superfície interna dos dentes anteriores, deve-se segurar a escova na posição vertical e utilizar movimentos verticais. Por fim, deve-se proceder à limpeza da língua com a própria escova ou com um raspador lingual.

Para a utilização do fio/fita dentário(a) deve-se retirar um pouco deste(a) e enrolar cada ponta ao dedo médio de cada mão. Passar nos espaços interproximais com movimentos de vaivém, com a ajuda dos dedos polegares, para a arcada dentária superior e os dedos indicadores para a inferior. Em cada espaço interdentário deve ser utilizada uma porção de fio limpo.

II.1.2.3.3. Colutórios Fluoretados

Atualmente considera-se que o benefício dos fluoretos reside na sua ação tópica diretamente sobre o dente e não na sua ação sistémica, sendo esta última menos importante. A utilização tópica de fluoretos do ponto de vista da prevenção da cárie dentária justifica-se pela sua capacidade de inibir a desmineralização e a ação da placa bacteriana e também pela sua capacidade de potenciar a remineralização.

A partir dos 6 anos de idade, deve ser feito o bochecho quinzenalmente com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% (DGS, 2005).

II.1.2.4. Origem da Cárie

A OMS (1962) *cit. in* Resende (1999) definiu a cárie dentária como: "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". Já Ramos-Gomez (2002), considera que "dental caries is a transmissible, infectious, chronic, preventable disease".

De acordo com Péres et al. (2003) a cárie dentária é uma doença crónica que se desenvolve através dissolução mineral dos tecidos dentários, a qual ocorre pela produção de ácidos pelas bactérias, resultantes da metabolização de hidratos de carbono, em especial a sacarose, oriundos da dieta. Segundo Featherstone (2000), os ácidos produzidos dissolvem os minerais de cálcio e fosfato do esmalte e dentina, ocorrendo assim a desmineralização dos mesmos. Se este processo não for revertido através dos minerais presentes na saliva (remineralização), eventualmente há a formação de uma cavidade. "A evolução da doença é capaz de causar grande destruição dos dentes, ou até mesmo sua perda, podendo resultar em complicações locais, sistêmicas, psicológicas e sociais" (Losso et al., 2009).

"Oral diseases restrict activities in school, at work and at home causing millions of school and work hours to be lost each year the world over."

Petersen (2003)

Na opinião de Sgan-Cohen (2007) e de Mattila et al. (2000), a cárie dentária está fortemente associada ao estilo de vida, incluindo maus hábitos de higiene oral. Apontam para a existência de uma multiplicidade de fatores de risco, tais como a pobre higiene oral, anteriormente referida, a dieta inapropriada (com abundância de hidratos de carbono refinados), pobreza, escolaridade e a presença de selantes de fissura. Para Sgan-Cohen (2007), a presença de cárie está dependente do equilíbrio entre fatores

destrutivos e de proteção, acrescentando ainda que esta doença está associada a morbilidade sistémica.

II.1.2.5. Consultas com o Médico Dentista

Quando às consultas com o Médico Dentista ou profissional de saúde oral devem ser iniciadas numa fase precoce da vida da criança, havendo tempo para que se desenvolva uma relação de confiança entre ela e o profissional, permitindo também que de uma forma atempada sejam tomadas medidas preventivas, antes do aparecimento de doenças orais WHO (2003). Segundo Ramos-Gomez (2002) “The frequency of dental visits should be based on risk assessment, and the importance of these visits should be discussed with parents”.

“By the time the child’s first permanent molar erupts, the parents should be informed of the benefits of dental sealants, as they play an important role in caries prevention.”

Ramos-Gomez (2002)

A AAPD (2011b) recomenda consultas de rotina pelo menos duas vezes por ano, sendo que algumas crianças necessitam de consultas mais frequentes por terem um risco de cárie dentária aumentado, um padrão de crescimento alterado ou uma higiene oral pobre.

II.1.2.6. Cheque Dentista

No âmbito do PNPSO, foi criada uma ferramenta para auxiliar no alcance dos seus objetivos – Cheque Dentista.

O PSPSO pretende atuar na promoção primária e secundária com o objetivo de avaliar e diminuir a incidência e prevalência de doenças orais. Deste modo, os cuidados contratualizados incluem o diagnóstico médico-dentário, cuidados preventivos e o tratamento de lesões cariosas.

Inicialmente apenas eram abrangidas crianças e jovens que frequentassem IPSS ou escolas públicas, respeitando os seguintes 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.

Posteriormente foi alargado a mulheres grávidas e indivíduos idosos, utentes do SNS, tendo passado mais tarde também a abranger indivíduos portadores de HIV/SIDA também utentes do SNS.

II.2. Fase Metodológica

II.2.1. Tipologia de Estudo

O estudo apresentado é um estudo observacional prospetivo, mais precisamente do tipo coorte, com uma componente descritiva. Este tipo de estudo permite a comparação de dados de uma mesma amostra em diferentes momentos, sendo no caso do presente estudo, avaliada antes e depois de aplicada uma sessão de educação para a saúde oral (Apêndice IX e X).

II.2.2. População Alvo

Este estudo teve como população alvo as crianças que frequentavam o 1º ciclo do ensino básico do concelho de Estarreja (Imagem 1) pertencente ao distrito de Aveiro, no ano letivo de 2011/2012, estando distribuídas por 15 escolas em 7 freguesias: Avanca, Beduido, Canelas, Fermelã, Pardilhó, Salreu e Veiros. A população deste concelho corresponde, segundo o INE, a 26.997 habitantes sendo que 3.945 pertencem ao grupo etário dos 0-14 anos.



Figura 1 - Mapa do Concelho de Estarreja com limitação das freguesias
Fonte: Município de Estarreja

Foi este o local selecionado para a realização deste estudo, por se tratar de uma população com grande diversidade social, na qual ainda não se tinha efetuado nenhum estudo deste tipo e por ser o local de residência da autora.

II.2.3. Amostra

Pretendia-se que a amostra fosse constituída pelas crianças que frequentavam o 1º ciclo do ensino básico de escolas pertencentes aos agrupamentos de escolas de Estarreja, Pardilhó, Avanca e Jardim Escola João de Deus de Estarreja, perfazendo um total de 1141 crianças.

Pelo facto de o Agrupamento de Escolas de Avanca não ter aceitado nem autorizado o presente estudo, a amostra constituiu-se pelos alunos que frequentam o 1º ciclo do ensino básico dos Agrupamentos de Estarreja, Pardilhó e Jardim Escola João de Deus de Estarreja (881 alunos). Estes pertenciam às Freguesias de Beduido, Canelas, Fermelã, Pardilhó, Salreu e Veiros e estavam distribuídos por 12 escolas, sendo elas o Jardim Escola João de Deus de Estarreja, EB1 Padre Donaciano de Abreu Freire, EB1 do Agro, EB1 da Póvoa de Cima, EB1 de Santo Amaro, EB1 de Canelas, EB1 de Terra do Monte, EB1 de Laceiras, EB1 da Senhora do Monte, EB1 do Pinheiro, EB1 de Cabeças e EB1 de Pardilhó. No entanto, tendo em conta os critérios de exclusão que serão oportunamente desenvolvidos, a escola EB1 de Cabeças não foi abrangida.

Inicialmente a mostra era composta por 424 crianças distribuídas, para o estudo, por dois grupos (controlo e teste). Do grupo controlo faziam parte 220 crianças e 204 faziam parte do grupo teste. Após a devolução dos pedidos de autorização (Apêndice IV) e seleção daqueles que autorizavam e que respeitavam os critérios de inclusão e exclusão, a amostra passou a ser de 279 crianças, distribuídas 124 no grupo controlo e 155 no grupo teste. As suas idades estavam compreendidas entre os 6 e os 11 anos.

II.2.4. Tipo de Amostragem

Foi utilizada uma amostragem não probabilística, por conveniência. O tamanho da amostra, calculado para o efeito, foi de $n=384$ para 95% de confiança, usando o pressuposto de que 50% de crianças alteravam os seus comportamentos. Esta foi a opção possível tendo em consideração a informação disponível e o acesso aos alvos do estudo, embora esteja presente que 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.

II.2.5. Locais de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada junto das crianças selecionadas das escolas visadas, por meio de um questionário e através da observação da cavidade oral das mesmas. O questionário e a observação foram realizados antes e depois uma sessão de educação para a saúde oral.

II.2.6. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes:

- ✓ Turmas do 1º ciclo do ensino básico constituídas, pelo menos, por 2/3 alunos de alunos do 2º e/ou 4º ano;
- ✓ Autorização do(a) diretor(a) do agrupamento / escola;
- ✓ Autorização do encarregado de educação.

II.2.7. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão utilizados foram os seguintes:

- ✓ Criança faltou a um ou ambos os momentos de recolha de dados;
- ✓ Crianças transferidas antes do final do estudo;
- ✓ Índices não são realizados em crianças com aparelho ortodôntico fixo;
- ✓ Recusa por parte da criança (questionário e/ou índices).

II.2.8. Plano Operacional

Para elaborar este estudo foi estabelecida a seguinte ordem de trabalhos: numa primeira fase, foi efetuada a pesquisa bibliográfica (entre o ano letivo 2010-2011 e início do ano 2012), depois definiram-se os objetivos do estudo e elaboraram-se os questionários que viriam a ser aplicados, as fichas de registo para os dois índices (ICDAS e IHO-S) e respetivas bases de dados onde viriam a ser inseridos.

No decorrer do primeiro semestre de 2012, iniciou-se o desenvolvimento da parte escrita do estudo. Já a 8 de Março de 2012 e até 20 de Abril de 2012, aplicaram-se os questionários pré-teste (Apêndice V) e recolheram-se os dados referentes aos índices ICDAS e IHO-S, aos quais se seguiu, às crianças pertencentes ao grupo teste, uma sessão de educação para a saúde oral. De 7 de Maio de 2012 a 14 de Junho de 2012, aplicaram-se os questionários pós-teste (Apêndice VI) e mais uma vez recolheram-se os dados referentes aos índices ICDAS e IHO-S. Desde que foram recebidos os primeiros questionários e dados dos índices, iniciou-se a sua introdução em bases de dados estatísticas. Estes dados foram posteriormente tratados e elaborada a análise estatística dos mesmos. Procedeu-se então à elaboração do material e métodos e por fim, entre Julho e Dezembro de 2012 compuseram-se os resultados e conclusões.

II.2.9. Autorizações

Com o intuito de proceder à realização do estudo apresentado, foram obtidas autorizações junto do Conselho Pedagógico e da Comissão de Ética da FCS-UFP

(Apêndice I) e da DGIDC (Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular) do Ministério da Educação.

Por meio eletrónico, telefónico e/ou pessoal, foram entregues documentos explicativos dos procedimentos que se pretendia realizar (Apêndice II), tendo-se obtido a autorização junto da diretora e dos presidentes das instituições visadas (Jardim Escola João de Deus de Estarreja, Agrupamento de Escolas de Estarreja e Agrupamento de Escolas de Pardilhó). Também foi obtida autorização dos encarregados de educação das crianças visadas (Apêndice IV) através da entrega de pedidos de autorização aos mesmos, por via dos seus educandos.

Apenas foi possível efetuar este estudo graças à disponibilidade demonstrada pelo orientador, coorientadora e diretora clínica da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da FCS-UFP, dos agrupamentos de escolas, das escolas, professores, alunos e encarregados de educação.

II.2.10. Recursos

II.2.10.1. Materiais

Para a realização deste estudo foi necessária a impressão de questionários, e fichas para o registo dos dados referentes aos índices (Apêndice VII) e de canetas para o seu preenchimento. Também foi necessário material para se proceder à observação da cavidade oral, no final da qual foi distribuído um diploma de bom comportamento a cada criança (Apêndice VIII).

Foi utilizado material para a realização da sessão de educação para a saúde oral efetuada entre os dois momentos de recolha de dados, e também a impressão e plastificação de folhetos (Apêndice X) e pósteres (dois pósteres entregues em cada turma – Apêndices XI e XII) com informações referentes aos assuntos abordados na sessão. No final da recolha dos dados foi entregue um balão a todos os alunos das turmas abrangidas pelo estudo.

II.2.10.2. Humanos

Na realização deste estudo colaboraram os professores e auxiliares das escolas visitadas, orientador, coorientadora, e também uma colega de curso, que estando também a frequentar o 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FCS-UEP do Porto a efetuar um estudo diferente nas mesmas escolas, prestou o seu auxílio tanto no registo dos dados, como na elaboração dos pósteres e folhetos e na apresentação da sessão de educação para a saúde.

II.2.10.3. Financeiros

Uma parte dos consumíveis utilizados e o empréstimo do DataShow foram fornecidos pela FCS-UEP (Apêndices III e VIII). Outra parte foi conseguida por conta própria, tais como a impressão de questionários, pósteres e folhetos.

No que diz respeito ao material para a sessão de educação para a saúde oral e ao líquido revelador de placa bacteriana, foram fornecidos através de DIM de laboratórios com os quais foi estabelecido contacto durante o Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas (2011).

II.2.11. Recolha de Informação

Para a recolha dos dados para este estudo, recorreu-se a um questionário destinado às crianças, constituído por uma primeira parte em que são fornecidas informações individuais da criança e por uma segunda parte referente aos conhecimentos e comportamentos sobre a sua higiene e saúde oral.

Também foi feita a observação da cavidade oral das crianças, recorrendo aos índices ICDAS e IHO-S.

Tanto os questionários como as fichas de registo de cada índice respeitaram o anonimato (tendo sido estas apenas identificadas por um código previamente

estabelecido correspondente a cada criança) e a confidencialidade dos dados recolhidos, evitando dessa forma o enviesamento dos mesmos por parte os entrevistadores.

II.2.11.1. Métodos

No decorrer do presente estudo foram observadas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico (1º, 2º, 3º, 4º anos de escolaridade) dos agrupamentos de escolas de Estarreja e Pardilhó e do Jardim Escola João de Deus de Estarreja, no ano letivo 2011/2012. As crianças constituintes da amostra foram divididas em dois grupos, teste e controlo. Num primeiro momento de contato foi aplicado um questionário (questionário pré-teste), seguido da observação da cavidade oral para se proceder ao registo de dois índices (ICDAS e IHO-S) às crianças do grupo teste e controlo. Foi então realizada uma sessão de educação para a saúde oral às crianças pertencentes ao grupo teste. Num segundo momento de contato, com as crianças em estudo, aplicou-se outro questionário (questionário pós-teste) e voltou-se a recolher os dados referentes aos índices ICDAS e IHO-S em ambos os grupos. Nenhuma das crianças se recusou a preencher o questionário, no entanto, no que respeita aos índices, a sua realização foi recusada por 4 crianças sendo que 2 pertenciam ao grupo controlo e 2 ao grupo teste.

Os questionários foram previamente testados na clínica pedagógica de Medicina Dentária da FCS-UEP, na unidade curricular de Odontopediatria I e II, com o intuito de detetar e posteriormente corrigir possíveis erros e ambiguidades nas suas questões.

Os índices ICDAS e IHO-S foram efetuados sempre pelo mesmo examinador (a autora do estudo) e pelo mesmo anotador (colega de curso da autora do estudo), sendo que ambos foram previamente submetidos a calibragem no que diz respeito ao índice ICDAS no ano letivo 2010/2011.

II.2.11.1.1. Questionário

Para este estudo, foram elaborados dois questionários sendo que um era destinado às crianças antes de serem sujeitas à sessão de educação para a saúde oral, denominando-se questionário pré-teste (Apêndice V) e outro para ser aplicado depois da sessão,

denominando-se questionário pós-teste (Apêndice VI). Eram constituídos por questões fechadas, abertas, semiabertas, escalas, questões dicotómicas, não dicotómicas e questões contínuas.

O questionário pré-teste é constituído por 6 blocos de perguntas, nos quais se pretende obter dados biográficos, sociodemográficos e tipo de conhecimentos e comportamentos relacionados com a saúde oral. Assim sendo, no bloco 1 pergunta-se o género, a idade, a escola que frequenta e o ano de escolaridade. No bloco 2 é perguntado se na escola, já tiveram sessões de educação para a saúde oral. No bloco 3, as perguntas estão relacionadas com os cuidados que têm com os seus dentes, sendo elas: onde lhe foi ensinado a lavar os dentes pela primeira vez; quantas vezes escova os dentes por dia; em que momentos do dia escova os dentes; quanto tempo despende a escovar os dentes; o que usa para fazer a higiene oral; que movimentos efetua na escovagem dentária; que tipo de pasta dentífrica utiliza; que quantidade de pasta dentífrica coloca na escova dentária. No bloco 4 questionou-se acerca dos hábitos alimentares e para tal perguntou-se com que frequência ingere alimentos e/ou bebidas doces. No bloco 5, as questões referiam-se às consultas com o médico dentista, sendo efetuadas as seguintes perguntas: se já foi alguma vez consultado com o médico dentista, em caso afirmativo, que idade tinha quando o fez e qual o motivo, e com que regularidade se consulta com o médico dentista. Finalmente, no bloco 6 questionou-se sobre a origem da doença cárie com a pergunta porque é que se estragam os dentes.

O questionário pós-teste consistiu as mesmas questões dos blocos 1, 4 e 6 do questionário pré-teste. Também fizeram parte as questões do bloco 3, excetuando a pergunta onde foi ensinado a lavar os dentes pela primeira vez, e no bloco 5, passou a perguntar se tinha consultado com o médico dentista nos últimos 4 meses e por que motivo. Acrescentou-se ainda um bloco de questões (bloco 7), no qual se pergunta se nos últimos 4 meses teve direito a cheque dentista.

II.2.11.1.2. Índices

Para a recolha dos dados referentes aos índices ICDAS e IHO-S, a criança ficou sentada numa cadeira voltada para uma fonte de luz natural (janela). Todas as crianças foram

vistas pelo mesmo observador, apoiado sempre pelo mesmo anotador. O observador localizou-se sentado de frente para a criança.

O ICDAS (*International Caries Detection and Assessment System*), idealmente deve ser realizado após a superfície dentária estar polida e a determinada altura a avaliação é efetuada após secagem dos dentes durante 5 segundos (ICDAS, 2010). Visto o presente estudo se tratar de um estudo efetuado na comunidade tal não foi possível, portanto, com a criança posicionada como referido anteriormente, a cavidade oral foi observada com recurso a luvas de latex e máscara descartáveis, gaze, para secar a saliva em excesso, e espátula de madeira para afastar as mucosas orais. Posteriormente procedeu-se à aplicação do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S), no qual o observador, também utilizando máscara e luvas de latex descartáveis, com o recurso a um micro aplicador, aplicou o líquido revelador de placa bacteriana nos dentes visados.

No final da aplicação do IHO-S, através de um espelho extraoral, foi mostrado à criança de que forma os seus dentes ficaram marcados pelo líquido revelador de placa bacteriana, e foi-lhes explicado em que locais estes deveriam ter mais cuidado na sua higiene oral.

Existiam espelhos intraorais esterilizados disponíveis, mas como eram em número reduzido, optou-se por utiliza-los somente nos casos em que a observação da cavidade oral apenas com o afastamento da mucosa com espátula não era de todo possível.

II.2.11.1.2.1. Índice de Higiene Oral Simplificado – IHO-S

O IHO-S foi desenvolvido por Green e Vermillion em 1964 (Rovida et al., 2010). Este é composto por duas componentes: índice de resíduos e índice de tártaro. Neste estudo foi utilizada uma adaptação do IHO-S, tendo sido apenas avaliado o índice de resíduos. Numa escala de 0-3, são avaliadas 6 faces dentárias e cada uma destas, dividida em terços. São então avaliadas as faces de 4 dentes posteriores e de 2 dentes anteriores. Normalmente os dentes posteriores utilizados são a superfície vestibular dos primeiros molares superiores e a superfície lingual dos primeiros molares inferiores. Aquando da sua ausência recorre-se aos segundos ou terceiros molares. Quanto aos dentes

anteriores, normalmente são utilizadas as superfícies vestibulares do incisivo central superior direito e incisivo central inferior esquerdo. Quando estes dentes não estão presentes, utiliza-se o dente contra lateral.

Para o presente estudo, dado que a população alvo na sua maioria ainda não possui os segundos e terceiros molares e que com grande frequência não estão presentes ambos os incisivos centrais superiores ou inferiores, utilizou-se uma adaptação do IHO-S, sendo que quando os primeiros, segundos ou terceiros molares não estão presentes, utilizou-se o dente adjacente da mesma arcada dentária. O mesmo quando se verificou que ambos os incisivos centrais superiores ou inferiores não estavam presentes, aí utilizou-se o dente adjacente da arcada em questão.

O líquido revelador de placa bacteriana foi aplicado através de um micro-aplicador nas faces indicadas dos dentes selecionados.

Para o seu cálculo dividiu-se o somatório dos valores obtidos nas faces dentárias observadas, pelo número de faces analisadas (6). Para a classificação considerou-se que as crianças com valores de IHO-S entre 0,0 e 0,6 tinham uma boa higiene oral, aquelas com IHO-S entre 0,7 e 1,8 tinham uma higiene oral satisfatória e eram classificadas como tendo má higiene oral aquelas com valores entre 1,9 e 3,0 (Rovida et al., 2010).

II.2.11.1.2.2. ICDAS (International Caries Detection and Assessment System)

O ICDAS é um índice, no qual a superfície de cada dente (mesial, distal, vestibular, lingual/palatina, oclusal) é observada e lhe é dado um código composto por dois dígitos. O primeiro corresponde ao dígito para dentes restaurados e selados, enquanto o segundo dígito diz respeito às lesões de cárie. Existem ainda códigos específicos para dentes ausentes (ICDAS, 2010).

Em condições ideais, o protocolo a efetuar para este índice seria: primeiramente pedir ao paciente para remover qualquer prótese ou aparelho removível, seguido da limpeza dentária (para remover a placa bacteriana acumulada nas superfícies lisas e oclusais com escova de dentes e fio dentário). Depois, coloca-se algodão no vestíbulo dentário e

remove-se a saliva excessiva/espumosa. Procede-se então à inspeção visual da superfície humedecida. De seguida, seca-se a superfície dentária durante 5 segundos e observa-se a mesma.

A nomenclatura deste índice pode ser observada seguidamente:

⇒ Códigos – Restaurações e Selantes:

↳ Código 0 – Sem restauração/Selante: Se não visível qualquer restauração ou selante numa certa superfície dentária;

↳ Código 1 – Selante Parcial: Selante presente mas não atinge a totalidade de sulcos/fissuras;

↳ Código 2 – Selante total: Selante presente atinge a totalidade de sulcos/fissuras;

↳ Código 3 – Restauração cor dente: Presença numa superfície de restauração com material “à cor do dente” (Compósito, IVMR, etc.);

↳ Código 4 – Restauração Amálgama: Presença numa superfície de restauração com amálgama ou restauração colorida;

↳ Código 5 – Coroa aço inoxidável: Presença de coroa de aço inoxidável a recobrir uma superfície dentária;

↳ Código 6 – Coroa/Faceta Cerâmica, ouro ou MC: Presença de qualquer tipo de recobrimento/coroa em ouro, cerâmica, MC;

↳ Código 7 – Perda/Fratura restauração: Observação de ausência ou fratura de restauração, de qualquer tipo;

↳ Código 8 – Restauração provisória: Presença de conhecida restauração provisória numa superfície dentária;

⇒ Códigos – Cárie Dentária:

↳ Ver Diagrama 1, para descrição/atribuição de códigos.

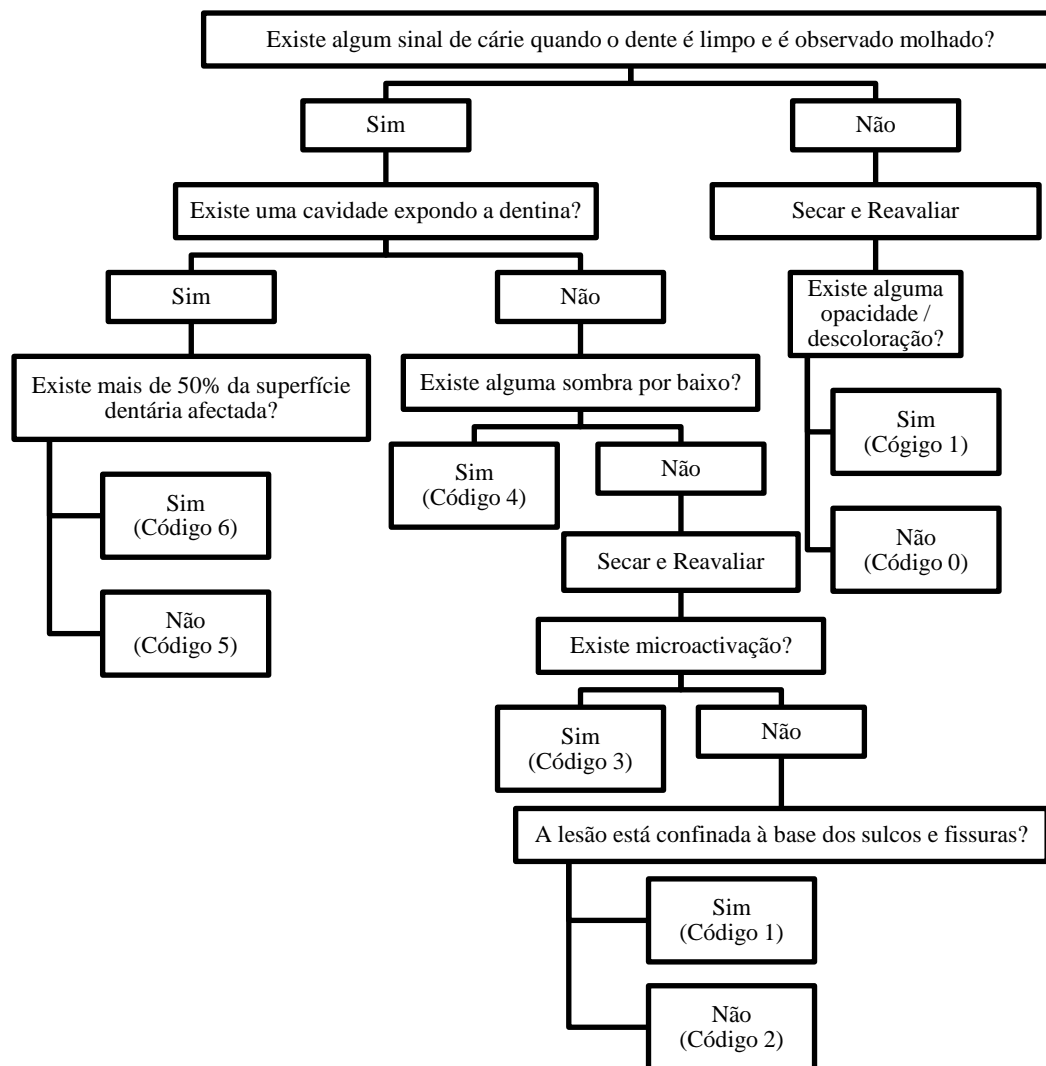


Diagrama 1 - Classificação da cárie dentária no ICDAS, adaptado de *International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)*.

⇒ Códigos – Dentes Ausentes:

↳ Código 97 – Dente extraído por cárie

➔ Em todas as superfícies (97)

➔ Para dentes decíduos, este código apenas deve ser usado, se o indivíduo estiver numa idade em que a esfoliação não seja suficiente para a ausência

➔ Pode ser difícil distinguir os códigos 99, 97 e 98

➔ Conhecimentos básicos de cronologia eruptiva, aparência da crista óssea alveolar na zona do dente em questão, cárie e dentes vizinhos, para ajudarem o diagnóstico diferencial entre 97 e 99

↳ Código 98 – Dente extraído por outro motivo

- Em todas as superfícies (98)
- Dente ausente por trauma ou ausência congénita

↳ Código 99 – Dente não erupcionado

- Em todas as superfícies (99)
- Dentes parcialmente erupcionados devem ser registados como presentes e saudáveis (00), em todas as superfícies, a menos que haja sinais de cárie

↳ Código P – Implantes

- Paciente tem conhecimento, ou existe um implante visível (P)
- Único momento em que não são usados 2 dígitos
- P deve ser colocado no meio da caixa de codificação de superfície, indicando que neste caso a avaliação da cárie não é aplicável

Para cada superfície dentária, podem ser conjugados os dígitos de restauração e selante com os referentes a cárie dentária, ou então, aplicado o código correspondente a dente ausente ou implante, se for esse o caso.

II.2.11.1.3. Variáveis de Estudo

Neste estudo, a variável dependente foi se sessões de educação para a saúde oral a crianças do 1º ciclo do ensino básico, alteram os seus comportamentos e conhecimentos. Esta foi avaliada através de dois índices (ICDAS e IHO-S) e através de dois questionários (Apêndices V e VI) elaborados para o efeito. Deste questionário faziam parte perguntas relacionadas com: o momento e o número de escovagens dentárias por dia, quanto tempo demora, o que utiliza e que movimentos efetua quando escova os dentes, que tipo e quantidade de pasta de dentes utiliza, qual a frequência de ingestão de alimentos/bebidas doces e qual a origem da cárie dentária.

As variáveis independentes foram: o género, a idade, a escola frequentada pela criança, o seu ano de escolaridade, se na escola alguém já lhe falou sobre saúde oral, onde

aprenderam a lavar os dentes pela primeira vez, se alguma consultado pelo Médico Dentista e em caso afirmativo que idade e qual o motivo da primeira vez em que foi consultado, qual a regularidade com que é consultado com o Médico Dentista, se o fez nos últimos 4 meses e qual o motivo, e se nos últimos 4 meses teve direito ao cheque dentista.

II.2.11.1.4. Codificação

Durante a análise estatística, de modo a identificar a forma como os comportamentos e conhecimentos se alteraram, quer para melhor quer para pior, estes foram codificados como corretos como descrito de seguida:

Considerou-se que seria correto quando eram referidas pelo menos duas escovagens dentárias diárias, quando escovam os dentes pelo menos depois do pequeno-almoço e antes de deitar e quando escovam por mais de dois minutos. Em crianças com idade inferior a nove anos, considerou-se correto quando utilizam pelo menos escova dentária e pasta dentífrica, enquanto se já tiver mais de nove anos, é correto quando utilizam pelo menos escova dentária, pasta dentífrica e fio dentário. Era considerada técnica de escovagem correta quando eram utilizados pelo menos movimentos verticais, horizontais e circulares. Quanto ao tipo e quantidade de pasta utilizada, considerou-se correta a utilização de pasta dentífrica fluoretada em 1/3 da escova dentária. A ingestão de alimentos/bebidas doces, uma ou duas vezes por semana, só em festas ou aniversários ou nunca, era o comportamento considerado correto. Em relação à origem da doença cárie, considerou-se correto quando era referido pelo menos défice de higiene oral e ingestão de muitos alimentos doces.

No índice IHO-S os dados recolhidos foram agrupados. Tendo em conta o grau de higiene oral, foram classificados como:

- ⇒ Boa higiene oral, quando o índice de placa está entre 0,0 e 0,6;
- ⇒ Higiene oral satisfatória, quando o índice de placa está entre 0,7 e 1,8;
- ⇒ Má higiene oral, quando o índice de placa está entre 1,9 e 3,0.

Os mesmos dados também foram classificados como desejável, quando existe higiene oral boa ou satisfatória, e em indesejável, quando existe má higiene oral.

No índice ICDAS, foram agrupados os códigos, tendo em consideração a profundidade da cárie dentária e o tipo de restauração e selante, da seguinte forma:

- ⇒ s1 – código 00: Superfície não restaurada ou não selada e com ausência de cárie;
- ⇒ s2 – códigos 01/02/03: Superfície não restaurada ou não selada, com cárie em esmalte;
- ⇒ s3 – códigos 04/05/06: Superfície não restaurada ou não selada, com cárie em dentina;
- ⇒ s4 – códigos 10/20: Superfície com selante parcial, com ausência de cárie;
- ⇒ s5 – códigos 11/12/13/21/22/23: Superfície com selante e com cárie em esmalte;
- ⇒ s6 – códigos 14/15/16/24/25/26: Superfície com selante e com cárie em dentina;
- ⇒ s7 – códigos 30; 40: Superfície com restauração e com ausência de cárie;
- ⇒ s8 – códigos 31/32/33/41/42/43: Superfície com restauração e com cárie em esmalte;
- ⇒ s9 – códigos 34/35/36/44/45/46: Superfície com restauração e com cárie em dentina;
- ⇒ s10 – códigos 50/60: Superfície com coroa e com ausência de cárie;
- ⇒ s11 – códigos 51/52/53/61/62/63: Superfície com coroa e cárie em esmalte;
- ⇒ s12 – códigos 54/55/56/64/65/66: Superfície com coroa e cárie em dentina;
- ⇒ s13 – código 70: Restauração perdida ou deficiente, com ausência de cárie;
- ⇒ s14 – códigos 71/72/73: Restauração perdida ou deficiente, com cárie em esmalte;
- ⇒ s15 – códigos 74/75/76: Restauração perdida ou deficiente, com cárie em dentina;
- ⇒ s16 – código 80: Superfície com restauração provisória, com ausência de cárie;
- ⇒ s17 – códigos 81/82/83: Superfície com restauração provisória, com cárie em esmalte;

- ⇒ s18 – códigos 84/85/86: Superfície com restauração provisória, com cárie em dentina;
- ⇒ s19 – código 97: Dente extraído por cárie;
- ⇒ s20 – código 98: Dente ausente por outro motivo;
- ⇒ s21 – códigos 99: Dente não erupcionado;
- ⇒ s22 – códigos P: Implante;

II.2.12. Metodologia da Análise Estatística

Para proceder à análise estatística dos dados recolhidos, estes foram introduzidos no programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows (Microsoft®) e importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows (IBM® SPSS® Statistics) versão 20.0, no qual foi efetuada a análise dos dados.

Primeiramente, tendo em conta o tipo de variáveis a estudar, procedeu-se à análise descritiva dos dados de modo a descrever a amostra em estudo. Para isso calcularam-se medidas estatísticas, tais como frequências absolutas (numero de casos válidos- n) e relativas (percentagem de casos válidos - %), medidas de tendência central (média, mediana e quartis), medidas de dispersão (desvio padrão) e valores mínimos e máximos.

Posteriormente foram aplicados testes estatísticos como o de Qui-quadrado de independência, com o qual se pode verificar se existem associações e/ou diferenças no padrão de frequências. Também foram aplicados testes de hipóteses não paramétricos (MCNemar e Wilcoxon), para com eles verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nas frequências de respostas entre os valores do pré e pós-teste para, as respostas dadas aos questionários e dados recolhidos com o IHO-S. Para testar a normalidade da distribuição das idades das crianças e do número de escovagens dentárias por dia recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk.

Foi utilizado um grau de confiança de 95%, ou seja, seria necessário um valor de $p < 0,05$ para que se pudesse rejeitar a hipótese nula com significado estatístico.

II.3. Resultados

II.3.1. Caracterização da Amostra

Para a realização deste estudo, foram entregues 424 pedidos de autorização aos encarregados de educação das crianças que se pretendia estudar (Tabela 1), das quais, 220 foram incluídas no grupo controlo e 204 no grupo teste. Foram devolvidos 75,5% dos pedidos de autorização entregues aos encarregados de educação do grupo controlo e 92,2% do grupo teste. No grupo controlo houve 1,4% de crianças transferidas entre o momento de entrega do pedido e o momento da devolução do mesmo. Os restantes pedidos não foram devolvidos.

Tabela 1 - Tabela de frequências da devolução dos pedidos de autorização.

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)
Transferência	3 (1,4)	-	3 (0,7)
Total	220 (100)	204 (100)	424 (100)

Do total de 355 pedidos de autorização devolvidos pelos encarregados de educação (Tabela 2), a realização deste estudo foi autorizada a 82% das crianças do grupo controlo e 87,8% das crianças do grupo teste. A percentagem de pedidos de autorização negados foi de 18% no grupo controlo e de 12,2% no grupo teste. Não se detetaram diferenças significativas no número de autorizações obtidas em ambos os grupos ($p=0,131$).

Tabela 2 - Tabela de frequências da autorização de realização do estudo.

Autorização	Controlo [n(%)]	Teste [n(%)]	Total [n(%)]
Não	30 (18)	23 (12,2)	53 (14,9)
Sim	137 (82)	165 (87,8)	302 (85,1)
Total	167 (100)	188 (100)	355 (100)
p	0,131		

Em relação à aplicação dos questionários, de um total de 302 questionários (Tabela 3), referentes às crianças cujo encarregado de educação autorizou a entrada no presente estudo, os questionários foram efetivamente aplicados a 90,5% das crianças do grupo controlo e 93,9% do grupo teste. Não se detetaram diferenças estatisticamente

significativas no número de questionários realizados em ambos os grupos ($p=0,144$). A 7,3% das crianças do grupo controlo e 6,1% do grupo teste, o questionário não foi efetuado uma vez que faltaram em pelo menos um dos momentos da sua aplicação. A 2,2% das crianças pertencentes ao grupo de controlo, não foi possível realizar o questionário, pelo facto de terem sido transferidas entre o momento da devolução do pedido de autorização e o momento da aplicação do questionário.

Tabela 3 - Tabela de frequências validação dos questionários.

Questionário	Controlo [n(%)]	Teste [n(%)]	Total [n(%)]
Faltou	10 (7,3)	10 (6,1)	20 (6,6)
Transferência	3 (2,2)	-	3 (1)
Realizado	124 (90,5)	155 (93,9)	279 (92,4)
Total	137 (100)	165 (100)	302 (100)
p	0,144		

Já em relação à recolha de dados referentes aos índices ICDAS e IHO-S, do total de 302 pedidos de autorização aceites (Tabela 4), procedeu-se à recolha dos mesmos a 87,6% das crianças do grupo controlo e 92,1% do grupo teste. Não se detetaram diferenças estatisticamente significativas no número de crianças alvo de avaliação com estes índices em ambos os grupos ($p=0,338$).

Tabela 4 - Tabela de frequências de validação dos índices (ICDAS e IHO-S).

Índices	Controlo [n(%)]	Teste [n(%)]	Total [n(%)]
Faltou	10 (7,3)	10 (6,1)	20 (6,6)
Recusou	2 (1,5)	2 (1,2)	4 (1,3)
Transferência	3 (2,2)	-	3 (1)
Não realizado por presença de aparelho ortodôntico	2 (1,5)	1 (0,6)	3 (1)
Realizado	120 (87,6)	152 (92,1)	272 (90,1)
Total	137 (100)	165 (100)	302 (100)
P	0,338		

A aplicação dos índices não foi efetuada em quatro situações distintas:

- ⇒ A criança faltou em pelo menos um dos momentos em que foi aplicado: 7,3% no grupo controlo e 6,1% no grupo teste.
- ⇒ A criança, recusou, em pelo menos um dos momentos, a aplicação do índice: 1,5% do grupo controlo e 1,2% do grupo teste.
- ⇒ A criança foi transferida entre o momento de devolução do pedido de autorização e o de aplicação dos índices, 1% do grupo controlo.

⇒ No momento da aplicação, a criança apresentava aparelho ortodôntico: 1,5% no grupo controlo e 0,6% no grupo teste.

As crianças abrangidas por este estudo estavam distribuídas por várias escolas/agrupamentos (Tabela 5), sendo que as do grupo controlo frequentavam as escolas EB1 do Agro (17,7%), EB1 Padre Donaciano de Abreu Freire (23,4%), EB1 de Laceiras (22,6%), EB1 da Póvoa de Cima (16,1%), EB1 de Santo Amaro (5,6%) e EB1 da Senhora do Monte (14,5%). As do grupo teste frequentavam as escolas EB1 de Canelas (13,5%), EB1 do Pinheiro (10,3%), EB1 de Terra do Monte (12,9%), Jardim Escola João de Deus de Estarreja (20%) e EB1 de Pardilhó (43,2%).

Tabela 5 - Distribuição de escolas que as crianças frequentavam.

Escola	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
EB1 do Agro	22 (17,7)	-
EB1 de Canelas	-	21 (13,5)
EB1 Padre Donaciano de Abreu Freire	29 (23,4)	-
EB1 de Laceiras	28 (22,6)	-
EB1 do Pinheiro	-	16 (10,3)
EB1 da Póvoa de Cima	20 (16,1)	-
EB1 de Santo Amaro	7 (5,6)	-
EB1 da Senhora do Monte	18 (14,5)	-
EB1 de Terra do Monte	-	20 (12,9)
Jardim Escola João de Deus de Estarreja	-	31 (20)
EB1 de Pardilhó	-	67 (43,2)
Total	124 (100)	155 (100)

As crianças pertencentes ao grupo controlo frequentavam escolas públicas (124 crianças) e as crianças do grupo teste frequentavam 80% escola pública (124 crianças) e 20% escola privada (31 crianças) (Tabela 6). Detetaram-se diferenças estatisticamente significativas na distribuição de crianças por tipo de escola nos grupos em estudo ($p < 0,001$).

Tabela 6 - Distribuição de frequências do tipo de escola frequentado pelas crianças.

Tipo de escola	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Escola pública	124 (100)	124 (80)
Escola privada	-	31 (20)
Total	124 (100)	155 (100)
p	<0,001	

O grupo controlo era composto por 48,4% crianças do sexo feminino e 51,6% do sexo masculino, enquanto o grupo de teste era composto por 49% de crianças do sexo

feminino e 51% do sexo masculino (Tabela 7). Entre os dois grupos não havia diferenças estatisticamente significativas no género das crianças ($p=0,915$).

Tabela 7 - Tabela de frequências de géneros.

Género	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Feminino	60 (48,4)	76 (49)
Masculino	64 (51,6)	79 (51)
Total	124 (100)	155 (100)
p	0,915	

Relativamente ao género das crianças visadas 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, $p=0,891$ no grupo controlo e $p=0,994$ no grupo teste).

A idade das crianças variava entre os 6 e os 11 anos em ambos os grupos (Tabela 8). Relativamente ao grupo controlo, a média encontrava-se nos 8 anos (DP=1,18) e a mediana encontrava-se nos 9 anos (Q1=7; Q2=9). No que respeita ao grupo teste, a média encontrava-se também nos 8 anos (DP=1,19 anos) e a mediana encontrava-se nos 8 anos (Q1=7 anos; Q3=9 anos). No que diz respeito à idade, não existiam diferenças estatisticamente significativas entre as crianças dos dois grupos ($p=0,689$).

Tabela 8 - Tabela de frequências das idades das crianças.

Idade (anos)	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
6	1 (0,8)	2 (1,3)
7	39 (31,5)	59 (38,1)
8	20 (16,1)	21 (13,5)
9	43 (34,7)	47 (30,3)
10	17 (13,7)	24 (15,5)
11	4 (3,2)	2 (1,3)
Total	124 (100)	155 (100)
Média (DP)	8,39 (1,18)	8,25 (1,19)
Mediana (Q1-Q3)	9 (7-9)	8 (7-9)
p	0,689	

No grupo controlo 46,8% das crianças frequentavam o 4º ano de escolaridade, 45,2% frequentam o 2º ano e 8,1% frequentavam o 3º ano (Tabela 9). Neste grupo, a mediana encontrava-se no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (Q1=2º ano; Q3=4º ano). No grupo teste 49,7% das crianças frequentam o 2º ano de escolaridade, 47,1% frequentavam o 4º ano e 3,2% frequentavam o 1º ano. A mediana encontrava-se no 2º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (Q1=2º ano e Q3=4º ano). Existiam diferenças

estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito ao ano escolar frequentado pelas crianças ($p=0,001$), com as do grupo teste a frequentar um ano tendencialmente mais elevado.

Tabela 9 - Tabela de frequências do ano escolar frequentado pelas crianças.

Ano escolar (1º ciclo do ensino básico)	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
1º Ano	-	5 (3,2)
2º Ano	56 (45,2)	77 (49,7)
3º Ano	10 (8,1)	-
4º Ano	58 (46,8)	73 (47,1)
Total	124 (100)	155 (100)
Mediana (Q1-Q3)	3 (2-4)	2 (2-4)

II.3.2. Caracterização do Questionário

A percentagem de crianças que referiram na escola, já ter ouvido falar sobre a saúde oral através do(a) professor(a) foi de 48,8%, no grupo controlo e 39,2% no grupo teste (Tabela 10). Já 23,6% no grupo controlo e 34% no grupo teste, dizem que lhes foi falado pelo(a) professor(a) e por profissionais de saúde, enquanto 11,4% no grupo controlo e 16,3% no grupo teste, disse ter sido apenas o profissional de saúde a fazê-lo. Afirmaram não se lembrar 16,3% no grupo controlo e 10,5% do grupo teste.

Tabela 10 - Tabela de frequências da existência de sessões de educação para a saúde oral.

Ações de educação	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Professor(a)	60 (48,8)	60 (39,2)
Profissionais de saúde	14 (11,4)	25 (16,3)
Professor(a) e profissionais de saúde	29 (23,6)	52 (34)
Não se lembra	20 (16,3)	16 (10,5)
Total	123 (100)	153 (100)

No que diz respeito à pergunta onde/quem ensinou pela primeira vez a lavar os dentes (Tabela 11), por ordem decrescente, 80,6% no grupo controlo e 83,2% no grupo teste, disse ter sido em casa, no grupo controlo, 4,8% diz ter sido através de profissionais de medicina dentária e 7,7% do grupo teste disseram que foi na escola. Apesar destes valores, 0,8% no grupo controlo e 0,6 no grupo teste, afirma nunca lhe ter sido ensinado e 7,3% do grupo controlo e 3,2% do grupo teste não se lembrava onde ou com quem tinha aprendido.

Tabela 11 - Tabela de frequências de onde as crianças aprenderam os cuidados de higiene oral.

Local onde aprenderam cuidados de higiene oral	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Casa	100 (80,6)	129 (83,2)
Escola	5 (4)	12 (7,7)
Profissionais do centro de saúde	3 (2,4)	2 (1,3)
Profissionais de medicina dentária	6 (4,8)	6 (3,9)
Nunca	1 (0,8)	1 (0,6)
Não se lembra	9 (7,3)	5 (3,2)
Total	124 (100)	155 (100)

Foram elaboradas tabelas da distribuição das respostas obtidas em relação às variáveis “número de escovagens dentárias diárias”, “momento(s) do dia em que realiza a escovagem”, “tempo de escovagem”, “o que utiliza”, “técnica de escovagem”, “tipo de pasta”, “quantidade de pasta”, “ingestão de alimentos/bebidas doces”, “origem da cárie”, (Tabelas 01a, 02a, 03a, 04a, 05a, 06a, 07a, 08a e 09a do Apêndice XIII), as quais foram posteriormente recodificadas em comportamento correto e incorreto.

Em relação ao número de escovagens dentárias por dia (Tabela 12), pode observar-se que do momento pré-teste para o pós-teste houve uma melhoria, uma vez que tanto em relação ao grupo controlo como ao teste, aumentou da percentagem de crianças com comportamento correto (de 73,6% para 77,4% e de 83,6% para 87,5%, respetivamente). Esta melhoria, no entanto, não é estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste em ambos os grupos (no grupo controlo $p=0,424$ e no grupo teste $p=0,327$).

Tabela 12 - Tabela de frequências do número de escovagens dentárias diárias realizadas pelas crianças.

Número escovagens diárias	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	29 (26,4)	25 (16,4)	28 (22,6)	19 (12,5)
Correto	81 (73,6)	127 (83,6)	96 (77,4)	133 (87,5)
Total	110 (100)	152 (100)	124 (100)	152 (100)

Do pré-teste para o pós-teste, o número de crianças que escova os dentes nos momentos corretos aumentou (Tabela 13), de 27,4% para 39,8% no grupo controlo e de 30,2% para 50% no grupo teste. As melhorias verificadas em ambos os grupos são estatisticamente significativas ($p=0,035$ no grupo controlo e $p<0,001$ no grupo teste).

Tabela 13 - Tabela de frequências do(s) momento(s) do dia em que as 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 (%)]
Incorreto	85 (72,6)	104 (69,8)	74 (60,2)	76 (50)
Correto	32 (27,4)	45 (30,2)	49 (39,8)	76 (50)
Total	117 (100)	149 (100)	123 (100)	152 (100)

Observou-se que do pré para o pós-teste houve um aumento da percentagem de crianças que escova os dentes durante o tempo correto (Tabela 14), tanto no grupo teste como no grupo controlo, tendo no grupo controlo passado de 18,3% para 18,7% e no grupo teste de 11% para 15,6%. Estes aumentos não se revelaram significativos ($p \geq 1,000$ no grupo controlo e $p = 0,248$ no grupo teste).

Tabela 14 - Tabela de frequências do tempo despendido pelas crianças na escovagem dentária.

Tempo de escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	98 (81,7)	138 (89)	100 (81,3)	130 (84,4)
Correto	22 (18,3)	17 (11)	23 (18,7)	24 (15,6)
Total	120 (100)	155 (100)	123 (100)	154 (100)

No que diz respeito ao que utiliza na sua higiene oral (Tabela 15), entre os dois momentos de observação, verificou-se uma melhoria no grupo controlo, passando de 39,3% para 48,8% e uma pioria no grupo teste que passou de 43,9% para 41,6%. Entre o pré e o pós-teste, as diferenças no grupo controlo são estatisticamente significativas ($p = 0,031$). No grupo teste, o mesmo não se verifica ($p = 0,658$).

Tabela 15 - Tabela de frequências dos instrumentos que as crianças utilizam na sua higiene oral.

O que utiliza	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	74 (60,7)	87 (56,1)	63 (51,2)	90 (58,4)
Correto	48 (39,3)	68 (43,9)	60 (48,8)	64 (41,6)
Total	122 (100)	155 (100)	123 (100)	154 (100)

Verificou-se do pré para o pós-teste que o número de crianças a efetuar a técnica correta de escovagem (Tabela 16) aumentou quer no grupo controlo (de 20,8% para 25,2%), quer no grupo teste (de 19,4% para 33,3%), e embora este incremento não seja significativo para o grupo controlo ($p = 0,458$), foram detetadas diferenças estatisticamente significativas no grupo teste ($p = 0,001$).

Tabela 16 - Tabela de frequências da técnica de escovagem que as crianças utilizam.

Técnica de escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	95 (79,2)	125 (80,6)	92 (74,8)	102 (66,7)
Correto	25 (20,8)	30 (19,4)	31 (25,2)	51 (33,3)
Total	120 (100)	155 (100)	123 (100)	153 (100)

Em relação ao tipo de pasta utilizado (Tabela 17), verificou-se o aumento do número de crianças que utilizava o tipo correto no pós-teste em relação ao pré-teste, sendo que no grupo controlo passou de 23,1% para 45,1% e no grupo teste passou de 38,9% para, mais de metade das crianças deste grupo, 50,7%. As diferenças encontradas entre o pré e o pós-teste são estatisticamente significativas em ambos os grupos ($p < 0,001$ no grupo controlo e $p = 0,025$ no grupo teste).

Tabela 17 - Tabela de frequências do tipo de pasta utilizada pelas crianças.

Tipo de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	93 (76,9)	91 (61,1)	67 (54,9)	75 (49,3)
Correto	28 (23,1)	58 (38,9)	55 (45,1)	77 (50,7)
Total	121 (100)	149 (100)	122 (100)	152 (100)

Do pré-teste para o pós-teste (Tabela 18), no grupo controlo houve uma diminuição do número de crianças que utiliza a quantidade correta de pasta (de 14,5% para 12,2%), enquanto no grupo teste, o número de crianças com esse comportamento aumentou (de 21,8% para 47,4%). As diferenças encontradas entre pré e pós-teste no grupo controlo não são estatisticamente significativas ($p = 0,332$). Pelo contrário, no grupo teste, o aumento observado é estatisticamente significativo ($p < 0,001$).

Tabela 18 - Tabela de frequências da quantidade de pasta dentífrica que as crianças utilizam.

Quantidade de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	100 (85,5)	115 (78,2)	108 (87,8)	81 (52,6)
Correto	17 (14,5)	32 (21,8)	15 (12,2)	73 (47,4)
Total	117 (100)	147 (100)	123 (100)	154 (100)

Quanto aos hábitos alimentares, mais concretamente no que se refere à ingestão de alimentos/bebidas doces (Tabela 19), do pré-teste para o pós-teste há no grupo controlo uma diminuição do número de crianças com hábitos alimentares corretos (de 35,8% para 30,1%) e que no grupo teste o inverso acontece, com o aumento de crianças com hábitos alimentares corretos (de 27,8% para 30,3%). Em ambos os grupos, as diferenças

encontradas entre pré e pós-teste não são estatisticamente significativas ($p=0,296$ no grupo controlo e $p=0,617$ no grupo teste).

Tabela 19 - Tabela de frequências da frequência semanal da ingestão de alimentos/bebidas doces.

Ingestão de alimentos/bebidas doces	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	79 (64,2)	109 (72,2)	86 (69,9)	108 (69,7)
Correto	44 (35,8)	42 (27,8)	37 (30,1)	47 (30,3)
Total	123 (100)	151 (100)	123 (100)	155 (100)

Em relação aos conhecimentos que as crianças tinham sobre a origem da cárie (Tabela 20), verificou-se entre o pré-teste e o pós-teste, no grupo controlo um aumento dos conhecimentos corretos (40,3% para 48,4%). Já no grupo teste houve uma diminuição deste tipo de conhecimentos (de 40,5% para 32,5%). Estas diferenças observadas não são significativas (no grupo controlo $p=0,155$ e no grupo teste $p=0,156$). Dado o baixo valor de p (ainda que não significativo), fica a dúvida se a não deteção de diferenças se fica a dever à dimensão da amostra.

Tabela 20 - Tabela de frequências dos conhecimentos das crianças em relação à origem da cárie dentária.

Origem da cárie	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Incorreto	74 (59,7)	91 (59,5)	64 (51,6)	104 (67,5)
Correto	50 (40,3)	62 (40,5)	60 (48,4)	50 (32,5)
Total	124 (100)	153 (100)	124 (100)	154 (100)

Quanto à questão se já tinha sido alguma vez consultado com o Médico Dentista (Tabela 21), a resposta foi afirmativa em 87,1% das crianças do grupo controlo e 87,7% das crianças do grupo teste. Desta forma não se detetaram diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0,888$).

Tabela 21 - Tabela de frequências da existência de consultas com o Médico Dentista.

Já se consultou com o médico dentista	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	16 (12,9)	19 (12,3)
Sim	108 (87,1)	135 (87,7)
Total	124 (100)	154 (100)
p	0,888	

Em relação à idade dos indivíduos quando foram consultados pela primeira vez com o Médico Dentista (Tabela 22), esta varia, no grupo controlo, entre os 3 e os 10 anos, sendo que em média, as crianças deste grupo o fizeram aos 6 anos (DP=1,58). A

mediana encontra-se nos 7 anos (Q1=5,25 anos e Q3=7 anos). No grupo teste, a idade da primeira consulta com o Médico Dentista varia entre os 1 e os 10 anos. Em média, fizeram-no aos 6 anos (DP=1,75 anos) e a mediana encontra-se também nesta idade (Q1=5 anos e Q3=7 anos). Tanto num grupo como no outro, a maior percentagem das crianças não se lembra que idade tinha, representando 41,7% do grupo controlo e 36,8% do grupo teste.

Tabela 22 - Tabela de frequências da idade das crianças na primeira consulta com o Médico Dentista.

Idade da 1ª consulta com o Médico Dentista	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
1	-	1 (0,8)
2	-	3 (2,3)
3	6 (5,8)	4 (3)
4	1 (1)	3 (2,3)
5	8 (7,8)	16 (12)
6	15 (14,6)	20 (15)
7	17 (16,5)	22 (16,5)
8	11 (10,7)	9 (6,8)
9	1 (1)	5 (3,8)
10	1 (1)	1 (0,8)
Não se lembra	43 (41,7)	49 (36,8)
Total	103 (100)	133 (100)
Média (DP)	6,3 (1,58)	6,1 (1,75)
Mediana (Q1-Q3)	6,5 (5,25-7)	6 (5-7)

As três razões mais dadas para a ida a uma 1ª consulta no Médico Dentista (Tabela 23) foram no grupo controlo, consulta de rotina (48,6%), cárie dentária (15,2%) e odontalgia (10,5%). Já no grupo teste foram consulta de rotina (41,7%), odontalgia (15,2%) e cárie dentária (14,4%).

Tanto no grupo controlo como no grupo teste se verificou que a maioria não sabia com que regularidade tem consultas com o Médico Dentista (Tabela 24), mas 20,4% nos controlos e 17,4% no teste efetuava consultas anuais, seguidos pelos que efetuavam consultas trimestrais (10,2% nos controlos e 12,1% no teste).

Quando questionados sobre se tinha tido alguma consulta com o Médico Dentista nos últimos 4 meses (Tabela 25), a maioria das crianças em ambos os grupos responderam de forma afirmativa, correspondendo a 65,3% no grupo controlo e 67,5% no grupo teste.

Tabela 23 - Tabela de frequências do motivo da primeira consulta com o Médico Dentista.

Motivo da 1ª consulta com o Médico Dentista	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Rotina	51 (48,6)	55 (41,7)
Ortodontia	1 (1)	2 (1,5)
Cárie dentária	16 (15,2)	19 (14,4)
Odontalgia	11 (10,5)	20 (15,2)
Apinhamento dentário	1 (1)	-
Destartarização / polimento	1 (1)	-
Rotina e odontalgia	4 (3,8)	8 (6,1)
Rotina, cárie dentária e odontalgia	3 (2,9)	4 (3)
Traumatismo	1 (1)	1 (0,8)
Rotina e cárie dentária	7 (6,7)	7 (5,3)
Cárie dentária e odontalgia	3 (2,9)	6 (4,5)
Cárie dentária e patologia sistémica	1 (1)	-
Cheque dentista	-	1 (0,8)
Rotina e aparelho ortodôntico	-	2 (1,5)
Rotina, cárie dentária, odontalgia e não esfoliação dentária	-	1 (0,8)
Exodontia	1 (1)	-
Rotina, ortodontia e odontalgia	-	1 (0,8)
Rotina, ortodontia e cárie dentária	-	1 (0,8)
Não esfoliação dentária	2 (1,9)	2 (1,5)
Rotina e exodontia	-	1 (0,8)
Não se lembra	1 (1)	1 (0,8)
Não sei	1 (1)	-
Total	105 (100)	132 (100)

Tabela 24 - Tabela de frequências da regularidade das consultas com o Médico Dentista.

Regularidade das consultas com o Médico Dentista	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Mensal	9 (8,3)	14 (10,6)
Trimestral	11 (10,2)	16 (12,1)
Semestral	9 (8,3)	8 (6,1)
Anual	22 (20,4)	23 (17,4)
Em S.O.S.	5 (4,6)	2 (1,5)
Decisão do médico dentista	1 (0,9)	-
Só uma vez	1 (0,9)	-
Bimensal	1 (0,9)	1 (0,8)
Todos os dias – filho de médica dentista	-	1 (0,8)
Semanal	1 (0,9)	-
Em tratamento	-	1 (0,8)
Nunca	2 (1,9)	-
Não sei	46 (42,6)	66 (50)
Total	108 (100)	132 (100)

Tabela 25 - Frequência de consultas com o Médico Dentista, nos últimos 4 meses.

Consultas com o Médico Dentista últimos 4 meses	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	41 (33,1)	48 (31,2)
Sim	81 (65,3)	104 (67,5)
Não sei	2 (1,6)	2 (1,3)
Total	124 (100)	154 (100)

Quanto ao motivo para a consulta com o Médico Dentista efetuada nos últimos 4 meses (Tabela 26), o mais indicado pelas crianças foi consulta de “rotina” (60,5% no grupo controlo e 56,9% no grupo teste). No grupo controlo, os outros dois motivos mais indicados pelas crianças foram “odontalgia” e “rotina e odontalgia”, ambas com uma percentagem de 12,3%. No grupo teste também se verificaram estes dois motivos, mas em percentagens diferentes, sendo 12,7% para “rotina e odontalgia” e 9,8% para “odontalgia”.

Tabela 26 - Tabela de frequências do motivo da consulta com o Médico Dentista, nos últimos 4 meses.

Motivo da consulta com o Médico Dentista últimos 4 meses	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Rotina	49 (60,5)	58 (56,9)
Ortodontia	3 (3,7)	4 (3,9)
Cárie dentária	1 (1,2)	5 (4,9)
Odontalgia	10 (12,3)	10 (9,8)
Apinhamento dentário	-	1 (1)
Destartarização / polimento	1 (1,2)	2 (2)
Rotina e odontalgia	10 (12,3)	13 (12,7)
Traumatismo	1 (1,2)	-
Cárie dentária e odontalgia	-	1 (1)
Cheque dentista	2 (2,5)	-
Rotina e aparelho ortodôntico	-	2 (2)
Exodontia	1 (1,2)	1 (1)
Odontalgia e exodontia	1 (1,2)	-
Rotina, ortodontia e odontalgia	-	1 (1)
Ortodontia e cárie dentária	1 (1,2)	-
Abcesso intraoral	-	1 (1)
Não esfoliação dentária	-	1 (1)
Selante de fissuras	-	2 (2)
Não sei	1 (1,2)	-
Total	81 (100)	102 (100)

Finalmente, no grupo controlo, 43% das crianças e 39,2% do grupo teste disseram ter tido direito ao cheque dentista (Tabela 27). A percentagem de crianças que afirmou não saber foi de 20,7% no grupo controlo e 23,5% no grupo teste. As diferenças na atribuição de cheque dentista entre as crianças do grupo controlo e teste não são estatisticamente significativas ($p=0,780$).

Tabela 27 - Tabela de frequências da atribuição de cheque dentista.

Atribuição de cheque dentista	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Não	44 (36,4)	57 (37,3)
Sim	52 (43)	60 (39,2)
Não sei	25 (20,7)	36 (23,5)
Total	121 (100)	153 (100)
p	0,780	

II.3.3. Caracterização dos Índices

Foram elaboradas tabelas da distribuição dos dados obtidos no exame clínico através da avaliação dos índices de “IHO-S” e “ICDAS” (Tabelas 10a e 11a do Apêndice XIII), as quais foram posteriormente recodificadas em boa higiene oral, higiene oral satisfatória ou má higiene oral e em S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21 ou S22, respetivamente.

Tendo em conta os resultados obtidos da observação da cavidade oral das crianças no IHO-S (Tabela 28), verificou-se em relação ao grupo controlo, que a percentagem de crianças com má higiene oral aumentou do pré-teste para o pós-teste (de 47,5% para 53,3%), e diminuiu a percentagem de crianças com higiene oral satisfatória (de 52,5% para 46,7%). O mesmo tipo de comportamento se verificou com o grupo teste: a percentagem de crianças com má higiene oral aumentou de 40,8% para 54,6%, enquanto diminuiu a percentagem de crianças com higiene oral satisfatória de 59,2% para 45,4%. As diferenças encontradas entre os resultados obtidos no pré-teste e pós-teste, apenas são estatisticamente significativas no grupo teste ($p=0,008$).

A partir da classificação obtida no IHO-S, considerou-se que as crianças classificadas como tendo uma “boa higiene oral” e “higiene oral satisfatória”, tinham um valor de índice de higiene oral desejável, enquanto aquelas classificadas como tendo “má higiene oral” tinham um valor de índice de higiene oral indesejável.

Tabela 28 - Tabela de frequências do IHO-S.

IHO-S	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Boa higiene oral	-	-	-	-
Higiene oral satisfatória	63 (52,5)	90 (59,2)	56 (46,7)	69 (45,4)
Má higiene oral	57 (47,5)	62 (40,8)	64 (53,3)	83 (54,6)
Total	120 (100)	152 (100)	120 (100)	152 (100)
Média (DP)	2,48 (0,5)	2,41 (0,49)	2,53 (0,5)	2,55 (0,5)

Segundo o que pode ser observado na Tabela 29:

⇒ A percentagem de faces sãs (S1) não seladas nem restauradas diminuiu em ambos os grupos teste e controlo.

Tabela 29 - Tabela de frequências do ICDAS.

ICDAS	Pré-teste										Pós-teste									
	Controlo [n (%)]					Teste [n (%)]					Controlo [n (%)]					Teste [n (%)]				
	M	O	D	V	L/P	M	O	D	V	L/P	M	O	D	V	L/P	M	O	D	V	L/P
s1	21,76 (67,99)	6,62 (33,08)	21,61 (67,53)	21,88 (68,39)	21,63 (67,58)	21,66 (67,68)	7,16 (35,79)	21,47 (67,11)	22,07 (68,96)	21,9 (68,44)	21,36 (66,74)	5,93 (29,63)	21,19 (66,22)	21,18 (66,2)	20,86 (65,18)	21,26 (66,45)	6,2 (31,02)	21,08 (65,87)	21,45 (67,02)	21,18 (66,2)
s2	0,12 (0,36)	1,25 (6,25)	0,06 (0,18)	0,26 (0,81)	0,37 (1,15)	0,14 (0,43)	0,85 (4,24)	0,04 (0,12)	0,22 (0,7)	0,26 (0,82)	0,09 (0,29)	1,08 (5,38)	0,03 (0,08)	0,22 (0,68)	0,43 (1,35)	0,09 (0,27)	0,96 (4,8)	0,07 (0,23)	0,23 (0,72)	0,29 (0,9)
s3	1,01 (3,15)	1,5 (7,5)	1,18 (3,67)	0,84 (2,63)	0,96 (2,99)	0,78 (2,43)	0,83 (4,14)	1,01 (3,15)	0,53 (1,64)	0,59 (1,83)	1,13 (3,54)	1,83 (9,13)	1,31 (4,09)	1,27 (3,96)	1,32 (4,11)	0,85 (2,65)	1,2 (5,99)	0,99 (3,08)	0,76 (2,36)	0,84 (2,63)
s4	-	1,09 (5,46)	-	-	0,01 (0,03)	-	1,36 (6,78)	-	-	-	-	1,21 (6,04)	-	-	0,02 (0,05)	-	1,36 (6,81)	-	-	-
s5	-	0,19 (0,96)	-	-	-	-	0,26 (1,28)	-	-	-	-	0,19 (0,96)	-	-	-	-	0,24 (1,22)	-	-	0,01 (0,02)
s6	-	0,06 (0,29)	-	-	-	-	0,05 (0,23)	-	-	-	-	0,06 (0,29)	-	-	-	-	0,05 (0,26)	-	-	-
s7	0,13 (0,39)	0,63 (3,17)	0,14 (0,44)	0,07 (0,21)	0,06 (0,18)	0,26 (0,82)	0,79 (3,95)	0,32 (1,01)	0,06 (0,19)	0,11 (0,35)	0,13 (0,42)	0,92 (4,58)	0,16 (0,49)	0,08 (0,26)	0,08 (0,23)	0,3 (0,93)	1,03 (5,16)	0,37 (1,15)	0,11 (0,35)	0,2 (0,64)
s8	-	0,14 (0,71)	-	-	0,01 (0,03)	0,01 (0,02)	0,1 (0,49)	-	-	-	-	0,12 (0,58)	-	0,01 (0,03)	0,01 (0,03)	-	0,09 (0,43)	-	0,01 (0,02)	-
s9	0,01 (0,03)	0,09 (0,46)	0,02 (0,05)	-	-	0,01 (0,02)	0,05 (0,23)	-	-	-	-	0,08 (0,38)	0,01 (0,03)	-	0,01 (0,03)	0,02 (0,06)	0,13 (0,66)	0,01 (0,04)	0,01 (0,02)	0,01 (0,02)
s15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,03 (0,08)	0,08 (0,42)	0,07 (0,21)	0,01 (0,03)	0,02 (0,05)	0,03 (0,1)	0,05 (0,23)	0,03 (0,08)	-	0,01 (0,02)
s16	0,07 (0,21)	0,14 (0,71)	0,06 (0,18)	0,03 (0,1)	0,04 (0,13)	0,01 (0,04)	0,08 (0,39)	0,04 (0,12)	-	0,02 (0,06)	0,07 (0,21)	0,11 (0,54)	0,03 (0,08)	0,04 (0,13)	0,07 (0,21)	0,04 (0,12)	0,09 (0,46)	0,04 (0,12)	0,01 (0,02)	0,04 (0,12)
s17	-	-	-	-	-	0,01 (0,02)	0,01 (0,03)	-	-	-	-	0,02 (0,08)	0,01 (0,03)	-	-	-	-	-	-	-
s18	-	0,03 (0,13)	0,03 (0,08)	-	0,02 (0,05)	0,01 (0,04)	0,03 (0,16)	-	0,01 (0,02)	-	-	0,02 (0,08)	0,02 (0,05)	-	0,01 (0,03)	-	0,03 (0,16)	-	0,01 (0,04)	-
s19	0,15 (0,47)	0,13 (0,63)	0,15 (0,47)	0,15 (0,47)	0,15 (0,47)	0,16 (0,49)	0,1 (0,49)	0,16 (0,49)	0,16 (0,49)	0,16 (0,49)	0,2 (0,63)	0,18 (0,92)	0,2 (0,63)	0,2 (0,63)	0,2 (0,63)	0,23 (0,72)	0,15 (0,76)	0,23 (0,72)	0,23 (0,72)	0,23 (0,72)
s20	0,03 (0,1)	0,03 (0,17)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,01 (0,07)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,17)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,01 (0,07)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)
s21	8,73 (27,29)	8,1 (40,5)	8,73 (27,29)	8,73 (27,29)	8,73 (27,29)	8,92 (27,88)	8,34 (41,68)	8,92 (27,88)	8,92 (27,88)	8,92 (27,88)	8,96 (27,99)	8,17 (40,83)	8,96 (27,99)	8,96 (27,99)	8,96 (27,99)	9,15 (28,6)	8,39 (41,97)	9,15 (28,6)	9,15 (28,6)	9,15 (28,6)
s22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	32 (100)	20 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	20 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	20 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	20 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)

Nota: os códigos S10, S11, S12, S13 e S14 não estão representados na tabela por não apresentarem qualquer valor para todas as situações em estudo

⇒ No grupo controlo, nas faces mesial, oclusal, distal e vestibular, ocorreu a diminuição da percentagem que apresentava apenas cárie em esmalte (S2) e aumentou na face lingual/palatina. No grupo teste o aumento ocorreu em oclusal, distal, vestibular e lingual/palatino e diminuiu em mesial.

⇒ A percentagem de faces não restauradas nem seladas e com cárie em dentina (S3) aumentou em todas as faces no grupo controlo. No grupo teste o mesmo se observou à exceção da face distal em que diminuiu.

⇒ A percentagem de faces (oclusal e lingual/palatino) sãs seladas (S4) aumentou em ambos os grupos teste e controlo.

⇒ A percentagem de faces oclusais seladas com cárie (S5 e S6) manteve-se a mesma no grupo controlo. No grupo teste diminuiu a percentagem de faces oclusais seladas

e com cárie em esmalte e aumentou a percentagem de faces oclusais e lingual/palatino seladas com cárie em dentina.

⇒ A percentagem de restaurações definitivas com estrutura dentária sã (S7) aumentou em todas as faces em ambos os grupos, teste e controlo.

⇒ No grupo controlo, diminuiu a percentagem de restaurações definitivas com cárie em esmalte e em dentina (S8 e S9) nas faces oclusais e de restaurações definitivas com cárie em dentina na distal. Surgiram restaurações com cárie em esmalte na face vestibular e com cárie em dentina na face lingual/palatino. No grupo teste houve um aumento da percentagem de restaurações definitivas com cárie em dentina em todas as faces e com cárie em esmalte na face vestibular. Houve também uma diminuição da percentagem deste tipo de caries (em esmalte) na face oclusal.

⇒ Não se detetou deficiência ou perda de restauração sem cárie ou com cárie em esmalte (S13 e S 14).

⇒ Em ambos os grupos aumentou a percentagem de recidiva de cárie (restauração fraturada ou deficiente com carie em dentina) (S15) em todas as faces exceto a face vestibular do grupo teste, em que se manteve inexistente.

⇒ Quanto à percentagem de restaurações provisórias sem cárie associada (S16), esta diminuiu nas faces oclusal e distal no grupo controlo e aumentou nas faces vestibular e lingual/palatino do mesmo grupo. Já no grupo teste houve um aumento em todas as faces exceto na distal em que se manteve.

⇒ Aumentou no grupo controlo a percentagem de restaurações provisórias com cárie em esmalte (S17) nas faces oclusal e distal e diminuiu, no grupo teste, nas faces mesial e oclusal.

⇒ No grupo controlo as percentagens de restaurações provisórias com cárie em dentina (S18) diminuiu nas faces oclusais, distais e lingual/palatino. No grupo teste houve uma diminuição na face mesial, um aumento na face vestibular e manteve-se nas faces oclusais.

⇒ Tanto no grupo controlo como no grupo teste houve um aumento da percentagem de dentes extraídos por cárie e não erupcionados (S19, S21). A percentagem de dentes extraídos por outros motivos (S20) manteve-se inalterada.

⇒ Não foi detetada a presença de qualquer tipo de coroa ou implante (S10, S11, S12 e S22).

II.3.4. Relação entre Variáveis

A percentagem de crianças com higiene oral satisfatória diminuiu em ambos os grupos em ambos os sexos e anos escolares, no entanto, no grupo teste verificou-se que aos 6 anos a percentagem de crianças com higiene oral satisfatória aumentou (Tabela 15a do Apêndice XIII).

No que respeita à questão “número de escovagens dentárias diárias” apesar de no total em ambos os grupos haver um aumento da percentagem de crianças que escovam o número correto de vezes por dia, no grupo teste essa percentagem diminuiu aos 8 anos de idade e no 2º ano de escolaridade. Observou-se um aumento da percentagem de crianças com higiene oral satisfatória que disseram escovar os dentes o número de vezes correto tanto no grupo teste como no grupo controlo. Enquanto no grupo teste a percentagem de crianças com má higiene oral que dizem escovar os dentes o número correto de vezes quase não se alterou, no grupo controlo essa percentagem aumentou (Tabela 16a do Apêndice XIII).

Já em relação ao “momento de escovagem”, verificou-se um aumento na percentagem de crianças que escovam os dentes no momento correto, mas no grupo teste, aos 11 anos de idade e no 1º ano de escolaridade verificou-se que essa percentagem se manteve inalterada (Tabela 17a do Apêndice XIII).

Quanto ao “tempo de escovagem”, embora se tenha observado um aumento nos dois grupos na percentagem total de crianças que escovam os dentes durante o tempo correto, no grupo teste verificou-se uma diminuição aos 11 anos de idade e no grupo controlo a diminuição ocorreu no sexo feminino, aos 9 anos de idade, no 2º e 3º ano de escolaridade e nas crianças com má higiene oral, mantendo-se inalterada nas crianças com higiene oral satisfatória (Tabela 18a do Apêndice XIII).

Na questão “o que utiliza”, no grupo controlo apesar de se verificar um aumento da percentagem de crianças com o comportamento correto, essa percentagem diminuiu aos 9 anos de idade, no 4º de escolaridade e manteve-se inalterada aos 10 anos. Já no grupo teste, apesar da diminuição verificada no total de crianças, observou-se um aumento no sexo feminino, aos 8, 9, 10 e 11 anos de idade e no 1º ano de escolaridade (Tabela 19a do Apêndice XIII).

Relativamente à “técnica de escovagem” embora se tenha observado um aumento da percentagem de crianças que escovam os dentes com os movimentos corretos em ambos os grupos, no grupo controlo houve uma diminuição aos 8 e 11 anos de idade, no 2º ano de escolaridade e em crianças com má higiene oral (Tabela 20a do Apêndice XIII).

Apesar de na questão “tipo de pasta” se ter verificado em ambos os grupos um aumento da percentagem de crianças que utilizam o tipo de pasta correto no grupo teste verificou-se uma diminuição no sexo masculino, e aos 6 e 8 anos de idade, mantendo-se aos 11 anos de idade e no 1º ano de escolaridade (Tabela 21a do Apêndice XIII).

Quanto à “quantidade de pasta”, apesar de se ter verificado que no grupo controlo diminuiu a percentagem de crianças que utilizam a quantidade correta, no sexo masculino, aos 8 anos de idade, no 3º e 4º ano de escolaridade e nas crianças com uma higiene oral satisfatória essa percentagem aumentou tendo-se mantido inalterada aos 6 e 10 anos de idade. Já no grupo teste, apesar de ter no total aumentado a percentagem, esta diminuiu aos 6 anos de idade e no 1º ano de escolaridade (Tabela 22a do Apêndice XIII).

A percentagem de crianças com hábitos alimentares corretos, no total diminuiu no grupo controlo e aumentou no grupo teste, no entanto, no grupo controlo a percentagem aumentou no 4º ano de escolaridade e nas crianças com higiene oral satisfatória, tendo-se mantido inalterada aos 10 anos de idade. Já no grupo teste a percentagem diminuiu aos 7 e 11 anos de idade e no 1º ano de escolaridade (Tabela 23a do Apêndice XIII).

Na questão “origem da cárie dentária”, embora se tenha observado um aumento da percentagem de crianças com a resposta correta no grupo controlo e uma diminuição no

grupo teste, no grupo controlo também se verificou uma diminuição da percentagem no 3º ano de escolaridade, aos 11 anos de idade e em crianças com higiene oral satisfatória. Já no grupo teste observou-se um aumento da percentagem de crianças com resposta correta aos 10 anos de idade (Tabela 24a do Apêndice XIII).

Determinou-se que existe associação entre as variáveis (através do T. Qui-Quadrado - Tabela 25a do Apêndice XIII):

- ✓ Entre má higiene oral e a incorreta quantidade de pasta utilizada, no grupo teste no primeiro momento de avaliação ($p=0,012$).
- ✓ Entre higiene oral satisfatória e frequentar o 4º ano de escolaridade, no grupo teste no segundo momento de avaliação ($p=0,026$).
- ✓ Entre má higiene oral e resposta incorreta à questão “origem da cárie dentária”, no grupo controlo no primeiro momento de avaliação ($p=0,023$).
- ✓ Entre má higiene oral e técnica de escovagem incorreta, no grupo controlo no segundo momento de avaliação ($P=0,034$).
- ✓ Entre má higiene oral e comportamento incorreto em relação ao consumo de alimentos/bebidas doces, no grupo controlo no segundo momento de avaliação ($p=0,210$).

II.4. Discussão dos Resultados

Na análise da distribuição das crianças pelos grupos teste e controlo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Isto deve-se ao fato de a distribuição ter sido feita para que as crianças pertencentes à mesma escola fossem incluídas no mesmo grupo (teste ou controlo), para que não houvesse contaminação das variáveis. Pelo fato de a escola privada ser a única no distrito em que foi realizado o estudo, esta foi incluída propositadamente no grupo teste, contribuindo também desta forma para tais diferenças entre os dois grupos.

No que respeita ao género e idade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo, sendo a amostra, segundo o género, representativa da população, com uma média de 8 anos de idade. Pelo contrário, quanto

ao ano escolar, foram detetadas diferenças estatisticamente significativas, sendo que no grupo teste estavam incluídas crianças a frequentar anos escolares mais elevados.

Foram encontradas melhorias em ambos os grupos nas questões “número de escovagens dentárias diárias”, “tempo de escovagem”, “momento de escovagem”, “tipo de pasta” e “técnica de escovagem”. Nas questões “o que utiliza” e “origem da cárie dentária” foram apenas verificadas melhorias no grupo controlo, enquanto o mesmo ocorreu só no grupo teste quanto às questões “quantidade de pasta” e “ingestão de alimentos/bebidas doces”. No entanto, não obstante as melhorias acima enumeradas, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto às questões “momento de escovagem” e “tipo de pasta” (em ambos os grupos), “o que utiliza ” (no grupo controlo) e “técnica de escovagem” e “quantidade de pasta” (no grupo teste).

No que respeita ao número de escovagens dentárias diárias, em que se observou uma melhoria em ambos os grupos controlo e teste (de 73,6% para 77,4% e de 83,6% para 87,5% respetivamente), também num estudo realizado por Livny et al. (2008) e noutra de Tai et al. (2009), após um programa educacional, a percentagem de crianças que escovavam os dentes 2 vezes por dia aumentou, de 32,8% para 97,4% no primeiro autor e no segundo o aumento foi de 18,5% no grupo controlo e de 31,6% no grupo teste.

Considerando o estudo da DGS (2008), 35% das crianças aos 6 anos de idade e 51% aos 12 anos referiam escovar os dentes sempre antes de deitar, sendo então a escovagem antes de deitar efetuada sempre ou quase sempre. No presente estudo, observou-se um aumento significativo em ambos os grupos da percentagem de crianças que após a sessão indicaram escovar os dentes pelo menos depois do pequeno-almoço e antes de deitar.

Quanto ao tempo de escovagem, apesar de se verificar o aumento da percentagem de crianças que escovam os dentes durante 2 minutos ou mais, em ambos os grupos, pode-se considerar que a sessão foi de alguma forma efetiva uma vez que enquanto no grupo teste houve um aumento de 11% para 15,6% e no grupo controlo a percentagem praticamente não se alterou passando de 18,3% para 18,7% ($p \geq 1,000$).

No tipo de movimentos realizados pelas crianças na realização da escovagem dentária verificou-se um aumento dos movimentos corretos em ambos os grupos, sendo que este aumento foi estatisticamente significativo no grupo teste. Estes resultados revelaram que as instruções realizadas durante a sessão foram efetivas, para isto, pode ter contribuído o facto de este item em particular ter sido abordado de uma forma mais didática, recorrendo a uma escova e um modelo da boca, exemplificando na prática a forma como a escovagem deveria ser efetuada, não tendo sido apenas transmitidas informações teóricas as quais facilmente seriam esquecidas.

Quanto ao tipo de pasta utilizada, Tai et al. (2009) verificou o incremento da percentagem de crianças que passaram a utilizar pasta fluoretada.

Pode-se considerar que as informações relacionadas com a ingestão de alimentos/bebidas doces veiculadas através da sessão surtiram efeito nos comportamentos das crianças. Estes resultados contrapõem-se com aqueles obtidos no estudo de Tai et al. (2009), no qual em relação ao consumo de açúcares, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quando questionados sobre se já tinham ouvido falar sobre saúde oral, tanto no grupo teste como no grupo controlo, a maioria indicou ter sido através do professor(a), ou através do professor(a) e do profissional de saúde. Estes resultados revelam que a escola tem um papel de extrema importância na transmissão de conhecimentos e na promoção de um ambiente propício à incorporação no dia-a-dia de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Já em relação a onde lhes tinha sido ensinada a escovagem dentária, tanto no grupo controlo como no grupo teste, dos que indicaram lembrar-se, a maioria revelou ter sido em casa, seguido da escola (no grupo teste) e do profissional de medicina dentária (no grupo controlo). Em vários aspetos, a aprendizagem das crianças é iniciada pela mimetização dos comportamentos observados. No caso dos cuidados de higiene oral, o núcleo familiar tem um papel preponderante no que diz respeito ao início da aprendizagem e aquisição de hábitos saudáveis, uma vez que à partida, é em casa o primeiro lugar onde a verão ser executada como um hábito. Estes resultados vão ao

encontro dos resultados obtidos no estudo da DGS (2008), no qual aos 6 anos 68% das crianças e 60% aos 12 anos indicava que tinha sido em casa que aprendeu a escovar os dentes, seguida da escola com 20% aos 6 anos e 18% aos 12 anos.

A grande maioria das crianças de ambos os grupos revelou já ter sido consultado no médico dentista. Embora uma grande percentagem não se lembrasse em que idade o tinha feito pela primeira vez, daqueles que se lembravam, a idade em que o fizeram variava, no grupo controlo, entre os 3 e os 10 anos e no grupo teste entre os 1 e 10 anos. Os motivos indicados com maior frequência foram “rotina” em ambos os grupos, seguido de “cárie dentária” no grupo controlo e de “odontalgia” no grupo teste.

Quanto à regularidade das visitas com o médico dentista, a maioria referiu não saber, no entanto, dos restantes, a maior percentagem consulta-se “anualmente” seguidos dos que o fazem “trimestralmente”. Segundo Almeida et al. (2003) no seu estudo, aos 6 anos 17,8% e aos 12 anos 58,3% tem consultas anuais com o médico dentista. Já segundo os dados recolhidos no estudo da DGS (2008), aos 12 anos as crianças referiram maioritariamente visitar o médico dentista semestralmente, seguidos daqueles que o faziam anualmente.

Em ambos os grupos foi referida a existência de consultas de medicina dentária nos últimos 4 meses para as quais foram referidos como motivos mais frequentes “rotina” (em ambos os grupos) seguido por “rotina e odontalgia” e por “odontalgia” (no grupo teste) e no grupo controlo também por estes dois últimos motivos, ambos com a mesma percentagem. Segundo o estudo da DGS (2008), 40% das crianças com 6 anos e 85% com 12 anos referiram frequentar pelo menos uma consulta de medicina dentária no último ano. No estudo de Tai et al. (2009), após 3 anos de um programa educacional, também aumentou a percentagem de crianças que visitaram o médico dentista no último ano. Sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, 43% das crianças do grupo controlo e 39,2% do teste referiram que tiveram direito a cheque dentista.

Observando os resultados obtidos no presente estudo pode inferir-se que em determinados itens, a sessão efetuada com as crianças do grupo teste foi efetiva, podendo isso dever-se ao fato de as questões terem sido abordadas de uma forma mais

didática e prática, como no caso da “técnica de escovagem”. Em algumas questões, foi verificado que também ocorreu uma melhoria nas crianças do grupo controlo, tal pode ter ocorrido pelo facto do próprio preenchimento do questionário poder despertar a atenção a despoletar a procura de informação. Mesmo não sendo o desejado, é algo que não pode ser controlado na realização deste estudo.

Em ambos os grupos se verificou um aumento da percentagem de crianças com má higiene oral e diminuiu a percentagem de crianças com boa ou satisfatória higiene oral. É importante ter em atenção que não foi possível efetuar a observação da cavidade oral sempre na mesma altura do dia podendo assim estar sujeita às oscilações, uma vez que as crianças podiam ter acabado de escovar os dentes ou então de efetuar uma refeição sem o ter feito.

O fato de aos 6 anos de idade a percentagem de crianças com higiene oral satisfatória ter aumentado após a sessão de educação para a saúde oral, indica que em idades mais precoces as crianças estão mais abertas à alteração de hábitos e que dessa forma seja mais fácil inculcar-lhes hábitos e estilos de vida saudáveis.

Pela associação encontrada no grupo teste entre a utilização de quantidade de pasta incorreta e má higiene oral. Pode-se inferir que a quantidade de pasta não tem um papel assim tao importante para uma boa higiene oral, podendo-se então pensar que poderá ser por exemplo a técnica de escovagem mais importante como confirmado pela associação entre a técnica incorreta de escovagem com a existência de má higiene oral no grupo controlo no 2º momento de avaliação. Também se verificou a associação no grupo teste entre higiene oral satisfatória e o 4º ano de escolaridade. Isto pode acontecer pelo fato de ao longo dos anos escolares anteriores, a saúde oral ser abordada varias vezes, tendo então estas crianças mais vezes tido acesso a conhecimentos sobre este tema.

Em relação ao ICDAS pode-se verificar uma melhoria em determinados aspetos no grupo teste comparativamente com o grupo controlo. Observou-se que a percentagem de restaurações provisórias com cárie em esmalte aumentou no grupo controlo e diminuiu no grupo teste. Verificou-se também que a percentagem de restaurações provisórias sem cárie diminuiu em determinadas faces, no grupo controlo e se manteve inalterada no

grupo teste. No grupo controlo, a percentagem de faces sem restauração ou selante e com cárie em dentina diminuiu em todas as faces, tendo o mesmo acontecido no grupo teste à exceção da face distal. Estes resultados indicam que no grupo teste houve um aumento de crianças que foram ao Médico Dentista, deixando então de ter cáries em determinadas faces dentárias relativamente ao grupo controlo.

Por outro lado, verificou-se em ambos os grupos, uma diminuição de faces sem selante ou restauração, um aumento das faces seladas, um aumento de faces com restaurações definitivas com estrutura dentária sã e o aumento da percentagem de dentes extraídos por cárie e de dentes não erupcionados.

Contrariando os resultados que seriam esperados neste estudo, a percentagem de cárie em esmalte diminuiu no grupo controlo em todas as faces à exceção de uma e o contrário se verificou no grupo teste. Enquanto no grupo controlo a percentagem de restaurações definitivas com cárie em dentina aumentou nas faces oclusal e distal, no grupo teste este tipo de cárie aumentou em todas as faces.

Os resultados indicam que não só as crianças do grupo teste foram no tempo do estudo ao médico dentista, como seria esperada, mas também as pertencentes ao grupo controlo e fizeram tendo realizados tratamentos dentários, podendo ter sido por já ter consultas agendadas previamente ao estudo, ter surgido entretanto essa necessidade, ou estar relacionado com o facto não desejável de o próprio estudo em si configurar uma chamada de atenção para a saúde oral tendo-os levado a efetuar tais consultas ou até, em determinados casos poder ter relembrando para a existência de cheque dentista e para a sua utilização.

O fato da percentagem de crianças com má higiene oral que refere escovar os dentes pelo menos 2 vezes por dia ter aumentado no grupo controlo e ter-se praticamente mantido no grupo teste poderá indicar que o fato de escovarem os dentes pelo menos 2 vezes por dia não implica necessariamente que o façam da forma correta, não se obtendo uma boa higiene oral. No entanto, também pode indicar que as crianças sabem quantas vezes se deve escovar os dentes por dia e portanto referem faze-lo por saberem que é o que seria correto fazer e não por ser o que efetivamente fazem. Por outro lado

também se pode justificar com o fato de as crianças em idades menores terem alguma dificuldade em fazer o exercício mental de contagem do número de vezes que escovam os dentes por dia tal como o momento em que o fazem.

Verificou-se no grupo controlo, que as crianças com má higiene oral apresentaram uma diminuição do tempo de escovagem, levando então a concluir que poderá haver uma relação entre ambos já que uma escovagem dentária correta implica um dispêndio de determinado tempo o qual estas crianças referem não despendem.

O fato de apenas no grupo controlo se verificar que a percentagem de crianças que referem realizar os movimentos corretos ter aumentado naquelas com má higiene oral, pode indicar que a sessão efetuada foi efetiva, no sentido em que às crianças do grupo teste foi demonstrada a forma correta de os efetuar, enquanto no grupo controlo as crianças podem efetivamente realizar os movimentos considerados corretos, mas possivelmente o façam de uma forma aleatória, não contribuindo assim para uma boa higiene oral.

III. Conclusão

Após uma cuidada análise e reflexão dos resultados obtidos através do presente estudo, tendo em vista o objetivo indicado, constatou-se que efetivamente houve alteração de alguns comportamentos, sendo então possível concluir que os conhecimentos e comportamentos em relação à saúde oral podem ser melhorados.

A promoção da saúde oral precocemente assume então uma extrema importância, permitindo educar desde cedo as crianças para a adoção de hábitos corretos e estilos de vida saudáveis.

Por outro lado, conclui-se que essa melhoria/mudança de hábitos e comportamentos enraizados não é fácil, eles estão intimamente relacionados com fatores familiares, culturais, sociais entre outros, sendo necessário recorrer a determinadas estratégias para obter sucessos.

Neste estudo apenas foi possível ser efetuada uma sessão de educação para a saúde oral única com cada turma visada. No entanto, tentou-se que não fosse uma mera exposição de informação, mas também que houvesse interação e envolvimento prático das crianças, de maneira a que os conhecimentos fossem transmitidos de uma forma mais natural e fluida, podendo ser mais facilmente interiorizados.

É no entanto possível especular que os resultados poderiam ser mais favoráveis se tivessem sido efetuadas mais sessões de uma forma lúdica e com grupos mais pequenos. Por ventura poder-se-iam ter detetado mais alterações de comportamento se tivesse decorrido mais tempo entre os dois momentos de avaliação, como é o caso dos estudos referidos de Tai et al. (2009) e de Livny et al. (2008).

Neste estudo ficou claro que a saúde oral é introduzida na vida das crianças pelo núcleo familiar através de hábitos já instalados e na escola através dos conteúdos programáticos. Poem-se então duas questões, sendo uma delas a necessidade de instruir a população adulta, em particular os cuidadores das crianças para que estes lhes inculquem hábitos e estilos de vida corretos. Já na escola, deve haver o cuidado de promover um

ambiente propício a práticas saudáveis desde a informação dada pelos professores, a uma alimentação cuidada, até à possibilidade de realização da higienização.

Os profissionais da Medicina Dentária também têm um papel central na educação das crianças. Cada vez mais as crianças são levadas à consulta de medicina dentária em idades mais precoces. O médico dentista tem então a oportunidade de privar com as crianças e de as sensibilizar para os vários problemas e cuidados relacionados com a saúde oral.

No presente estudo verificou-se que os problemas dentários são uma realidade na população em estudo, sendo de grande importância uma séria aposta em ações de sensibilização e promoção de saúde oral como forma de minorar as futuras consequências que podem advir deste tipo de problemas e para que se torne numa população mais saudável e mais esclarecida em relação à saúde oral.

Bibliografia

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, 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].

ADA. (2006). How to Brush. [Em linha]. Disponível em <http://www.ada.org/sections/publicResources/pdfs/watch_materials_brush.pdf>. [Consultado em 14/09/2012].

ADA. (s/d). Toothbrushes. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ada.org/1321.aspx>>. [Consultado em 14/09/2012].

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].

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 Ciencias Médicas*, 13 (2), pp. 80-9.

DGS. (2000). Estudo Nacional De Prevalência Da Cárie Dentária Na População Escolarizada. Lisboa, DGS.

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

DGS. (2007). Folhetos sobre higiene oral. [Em linha]. Disponível em <www.dgs.pt/>. [Consultado em 08/03/2010].

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

El-Qaderi, S. S. e Taani, D. Q. (2004). Oral health knowledge and dental health practices among schoolchildren in Jerash district/Jordan. *Int J Dent Hygiene*, 2 (2), pp. 78-85.

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

Fortin, M.-F., Côté, J. e Fillion, 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. 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.

Hobdell, M. *et alii*. (2003). Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*, 53 (5), pp. 285-288.

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

ICDAS. (2010) [Em linha]. Disponível em <<http://www.icdas.org/>>. [Consultado em 16/01/2011].

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.

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.

Losso, E.M. *et alii*. (2009). Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *J Pediatr (Rio J)*, 85 (4), pp. 295-300.

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.

Melo, M. M. D.C. *et alii*. (2011). Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27 (3), pp. 471-485.

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 Opportunities. *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 6anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*, 6 (4), pp. 293-306.

Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003. Geneva: World Health Organ Tech Rep Ser.

Petersen, P. E. (2005). Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol*, 33 (4), pp.274-279.

Prasad, A. K. *et alii.* (2010). Oral health knowledge attitude practice of school students of KSR matriculation school, Thiruchengode. *JIADS*, 1 (1), pp.5-11.

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). Rastreamento da Cárie Dentária. *Saúde Infantil*, 21 (2), pp. 43-52.

Rovida, T. A. S. *et alii.* (2010). Controle da placa bacteriana dentária e suas formas de registro. *Rev Assoc Paul Cir Dent – Reg Araçatuba*, 31 (2), pp. 57-62.

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.

Sgan-Cohen, H. D. e Mann, J. (2007). Health, oral health and poverty. *J Am Dent Assoc*, 138 (11), pp. 1437-1442.

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.

WHO. (2003). WHO information series on school health – document eleven. Geneva: World Health Organ Tech Rep Ser.

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

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

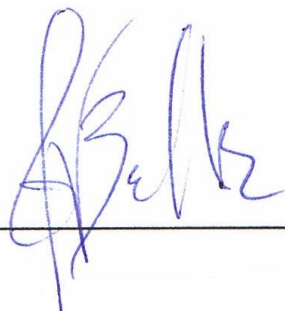
Assunto: Pedido para a recolha de
informação sobre Hábitos de Higiene e
Saúde Oral em alunos do 1º Ciclo

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

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”



Universidade
Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Estudo do Impacto de Sessões de Educação para a Saúde em crianças do 1º Ciclo no Concelho de Estarreja

Este questionário vai servir para avaliar os cuidados que tens com a tua boca.
Não precisas ficar preocupado(a)! Só tens que responder o que costumavas fazer!

Marca com um **X** a(s) opção(ões) que mais têm a ver contigo.

Ah, não vale olhar para o lado!

Questionário

1. Os meus dados

1.1. Género: Masculino Feminino

1.2. Idade: ___ anos

1.3. Escola: _____ Ano: _____

2. Na minha escola... [uma ou mais opções]

- A minha professora já me falou sobre saúde da boca
- Já fomos visitados por pessoas que nos falaram sobre saúde da boca
- Não me lembro de ouvir falar sobre saúde da boca na escola

3. Como trato os meus dentes?

3.1. Onde me ensinaram a lavar os dentes pela primeira vez?

- Em casa
- Na escola
- No Centro de Saúde
- No Médico Dentista / Estomatologista / Higienista Oral
- Nos meios de comunicação social (Revistas / Jornais / TV / Rádio)
- Nunca me ensinaram
- Não me lembro
- Outro. Qual? _____

3.2. Quantas vezes por dia lavo os dentes? _____ vezes

3.3.Quando é que lavo os 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? _____

3.4.Lavo 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? _____

3.5.O que uso para lavar os dentes? **[uma ou mais opções]**

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


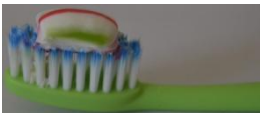

3.6.Como uso a minha escova de dentes? **[uma ou mais opções]**

- 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? _____

3.7.A minha pasta de dentes...

- Tem flúor Não tem flúor Não sei

3.8.Que quantidade de pasta usas?

-   
 Outra. Qual? _____

4. Os meus hábitos alimentares

4.1. 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
- Outro. Qual? _____

5. Sobre o Médico Dentista

5.1. Já alguma vez foste ao dentista? Sim Não

5.1.1. Se respondeste sim...

5.1.1.1. Que idade tinhas na 1ª vez que foste? ____ anos Não me lembro

5.1.1.2. Porque é que foste? [uma ou mais opções]

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

5.2. Quantas vezes vais ao dentista?

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

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

6.1. 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? _____

Obrigado pela tua colaboração

APÊNDICE VI - “Questionário – Pós-teste”



Universidade
Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Estudo do Impacto de Sessões de Educação para a Saúde em crianças do 1º Ciclo no Concelho de Estarreja

Este questionário vai servir para avaliar os cuidados que tens com a tua boca.
Não precisas ficar preocupado(a)! Só tens que responder o que costumavas fazer!

Marca com um **X** a(s) opção(ões) que mais têm a ver contigo.

Ah, não vale olhar para o lado!

Questionário

1. Os meus dados

1.1. Género: Masculino Feminino

1.2. Idade: ___ anos

1.3. Escola: _____ Ano: _____

2. Como trato os meus dentes?

2.1. Quantas vezes por dia lavo os dentes? _____ vezes

2.2. Quando é que lavo os dentes? **[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? _____ | |

2.3. Lavo 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 uso para lavar os dentes? **[uma ou mais opções]**

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

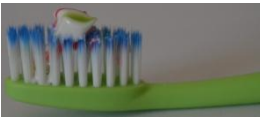


2.5.Como uso a minha escova de dentes? **[uma ou mais opções]**

- 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 minha pasta de dentes...

- Tem flúor Não tem flúor Não sei

2.7.Que quantidade de pasta usas?

-   
 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
 Outro. Qual? _____

4. Sobre o Médico Dentista

4.1.6. Nos últimos 4 meses, já foste ao dentista? Sim Não

4.1.1. Se respondeste sim, porque é que foste? **[uma ou mais opções]**

- Para ver a saúde dos dentes (rotina)
- Porque tenho 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 tiveste direito ao Cheque Dentista? Não Sim.

Obrigado pela tua colaboração

APÊNDICE VII - “Índices e Códigos de Apoio”



Estudo do Impacto de Sessões de Educação para a Saúde em crianças do 1º Ciclo no Concelho de Estarreja

ICDAS

			5.5	5.4	5.3	5.2	5.1			6.1	6.2	6.3	6.4	6.5			
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1			2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
								O									
								M									
								D									
								P									
								V									
								O									
								M									
								D									
								L									
								V									
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1			3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
			8.5	8.4	8.3	8.2	8.1			7.1	7.2	7.3	7.4	7.5			

Restaurações e Selantes (1º Dígito)

- 0 – Sem Restaurações / Selantes
- 1 – Selante Parcial
- 2 – Selante Total
- 3 – Restauração Cor Dentária
- 4 – Restauração Amálgama
- 5 – Coroa Aço Inoxidável
- 6 – Coroa / Faceta Cerâmica, Ouro ou MC
- 7 – Perda / Fratura Restauração
- 8 – Restauração Provisória

Cárie Dentária (2º Dígito)

- 0 – Superfície Dentária Sã
- 1 – Alteração Primária de Esmalte, Visível
- 2 – Alteração Distinta do Esmalte, Visível
- 3 – Fratura do Esmalte, sem Dentina Visível
- 4 – Alteração / Sombra Dentina (sem Cavidade na Dentina)
- 5 – Cavidade com Dentina Visível
- 6 – Cavidade Extensa com Dentina Visível

Dentes Ausentes

- 97 – Extraído por Cárie 98 – Extraído por Outro Motivo 99 – Não Erupcionado P – Implantes

Tabela 1 – Tabela de registo do ICDAS, adaptada de ficha clínica de dentística da FCS-UFP

IHO-S

Dente/ Face	Valor
1º quadrante – incisivo central (V)	
1º quadrante – 1º molar (V)	
2º quadrante – 1º molar (V)	
3º quadrante – incisivo central (V)	
3º quadrante – 1º molar (L)	
4º quadrante – 1º molar (L)	
total	$\frac{\quad}{6} = \frac{\quad}{\quad}$

Tabela 2 – Tabela de registo do IHO-S, adaptado de ficha clínica de odontopediatria da FCS-UFP

CrITÉRIOS de ObservaÇão e Registo – ICDAS

CÓDIGOS – RESTAURAÇÕES e SELANTES:

- ⇒ Código 0 – Sem restauração / Selante
 - ↳ Se não visível qualquer restauração ou selante numa certa superfície dentária
- ⇒ Código 1 – Selante Parcial
 - ↳ Selante presente mas não atinge a totalidade de sulcos / fissuras
- ⇒ Código 2 – Selante total
 - ↳ Selante presente atinge a totalidade de sulcos / fissuras
- ⇒ Código 3 – Restauração cor dente
 - ↳ Presença numa superfície de restauração com material “à cor do dente” (Compósito, IVMR, etc.)
- ⇒ Código 4 – Restauração Amálgama
 - ↳ Presença numa superfície de restauração com amálgama ou restauração colorida
- ⇒ Código 5 – Coroa aço inoxidável
 - ↳ Presença de coroa de aço inoxidável a recobrir uma superfície dentária
- ⇒ Código 6 – Coroa / Faceta Cerâmica, ouro ou MC
 - ↳ Presença de qualquer tipo de recobrimento / coroa em ouro, cerâmica, MC
- ⇒ Código 7 – Perda / Fratura restauração
 - ↳ Observação de ausência ou fratura de restauração, de qualquer tipo
- ⇒ Código 8 – Restauração provisória
 - ↳ Presença de conhecida restauração provisória numa superfície dentária

CÓDIGOS – DENTES Ausentes:

- ⇒ Código 97 – Dente extraído por cárie
 - ↳ Em todas as superfícies (97)
 - ↳ Para dentes decíduos, este código apenas deve ser usado, se o indivíduo estiver numa idade em que a esfoliação não seja suficiente para a ausência
 - ↳ Pode ser difícil distinguir os códigos 99, 97 e 98
 - ↳ Conhecimentos básicos de cronologia eruptiva, aparência da crista óssea alveolar na zona do dente em questão, cárie e dentes vizinhos, para ajudarem o diagnóstico diferencial entre 97 e 99
- ⇒ Código 98 – Dente extraído por outro motivo
 - ↳ Em todas as superfícies (98)
 - ↳ Dente ausente por trauma ou ausência congénita
- ⇒ Código 99 – Dente não erupcionado
 - ↳ Em todas as superfícies (99)
 - ↳ Dentes parcialmente erupcionados devem ser registados como presentes e saudáveis (00), em todas as superfícies, a menos que haja sinais de cárie

⇒ Código P – Implantes

↳ Paciente tem conhecimento, ou existe um implante visível (P)

↳ Único momento em que não são usados 2 dígitos

↳ P deve ser colocado no meio da caixa de codificação de superfície, indicando que neste caso a avaliação da cárie não é aplicável

Códigos – Cárie Dentária:

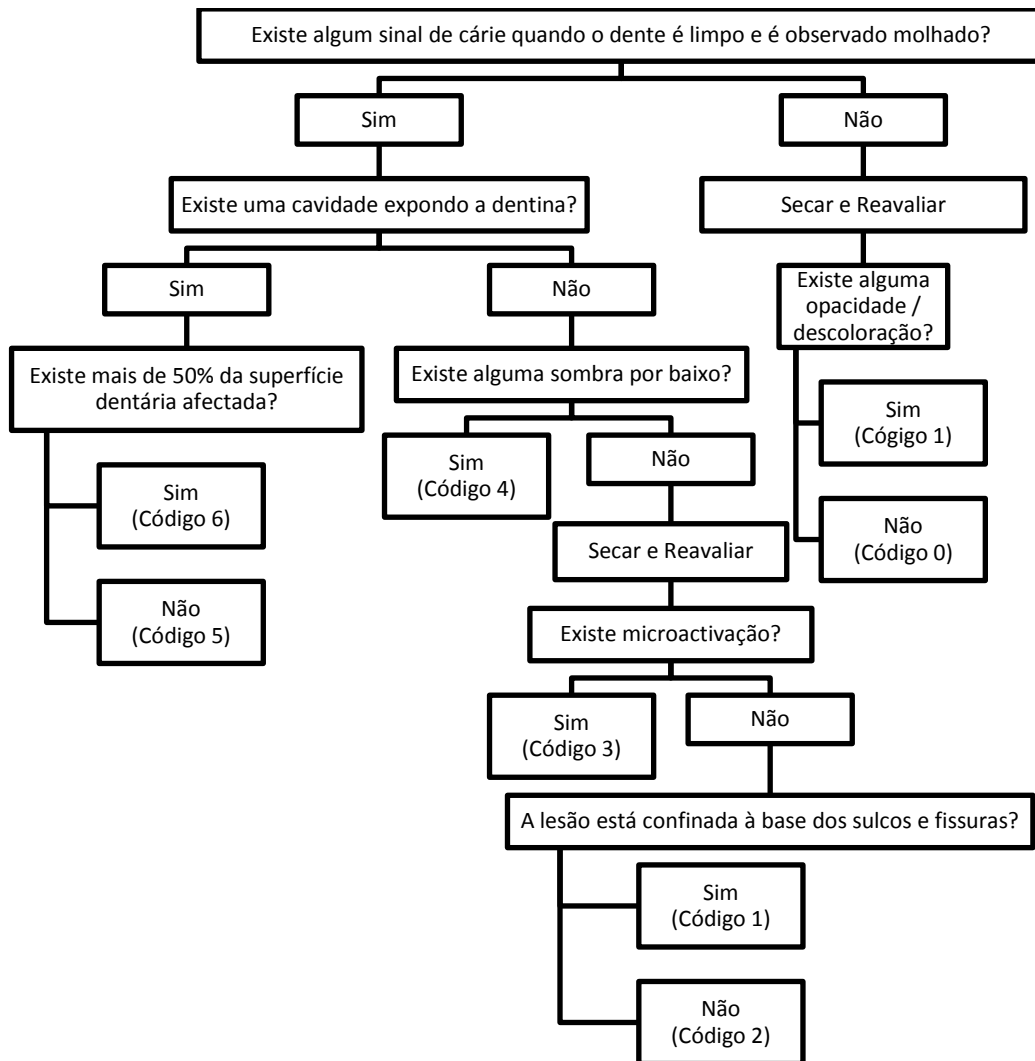


Diagrama 1 – Classificação da cárie dentária no ICDAS, adaptado de www.icdas.org

Critérios de Observação e Registo – IHO-S

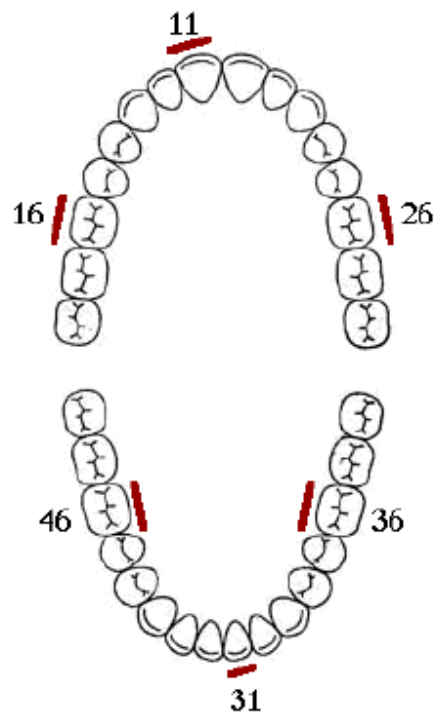


Imagem 1 – Localização na arcada e face dos dentes a serem observados no IHO-S, adaptado de Malmö University

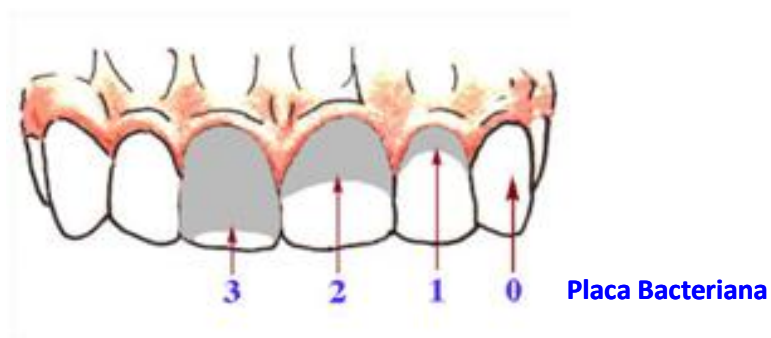


Imagem 1 – Classificação da presença de placa bacteriana a ser registada no IHO-S, adaptado de Malmö University

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

PLANIFICAÇÃO DA RECOLHA DOS DADOS E DA SESSÃO

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

Destinatários e Local: crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico das escolas pertencentes ao concelho de Estarreja.

Tema: aplicação de questionários e recolha de dados para cálculo dos índices: ICDAS IHO-S; apresentação de uma sessão de educação para saúde oral.

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

Conteúdo: preenchimento de questionários; observação da cavidade oral recolhendo dados através de dois índices: ICDAS e IHO-S; apresentação de uma sessão de educação para a saúde oral.

Objetivos Gerais: recolha de informação sobre a saúde e higiene oral através de questionários e dos índices ICDAS e do IHO-S; esclarecer os conhecimentos sobre saúde e higiene oral que as crianças apresentam.

Objetivos Específicos: identificar o estado de saúde oral e hábitos de higiene oral existente nas crianças.

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

Descrição das Atividades: entrega dos questionários às crianças que saibam ler e escrever e auxilia-las quando necessário; preenchimento dos questionários com as crianças que não saibam ler nem escrever; observação da cavidade oral das crianças

como intuito de obter dados necessários para calcular o ICDAS e IHO-S; apresentação oral da sessão de educação para a saúde oral.

Recursos:

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

⇒ ***Para a recolha dos dados referentes aos índices:*** fichas de registo do ICDAS e IHO-S; canetas; máscara facial descartável; luvas de latex descartáveis; compressas esterilizadas; foco luminoso; espátula de madeira descartável; copo de dappen de vidro; líquido revelador de placa bacteriana (Red-Cote® da GUM®); micro aplicador; espelho intraoral nº 4; espelho extraoral; copos de plástico descartável; diplomas de “Bom Comportamento”.

⇒ ***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; pósteres; balões.

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

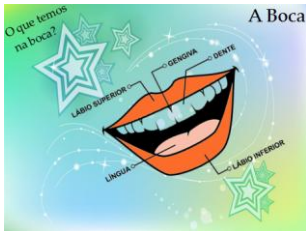
Durante toda a sessão são colocadas questões, pedidas demonstrações do modo como executam os cuidados de higiene oral e posteriormente são exemplificados e explicados os comportamentos corretos.



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: Bebés; 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.

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



Dentinhos



Malandros



Para que serve?



A Boca



O que temos na boca?

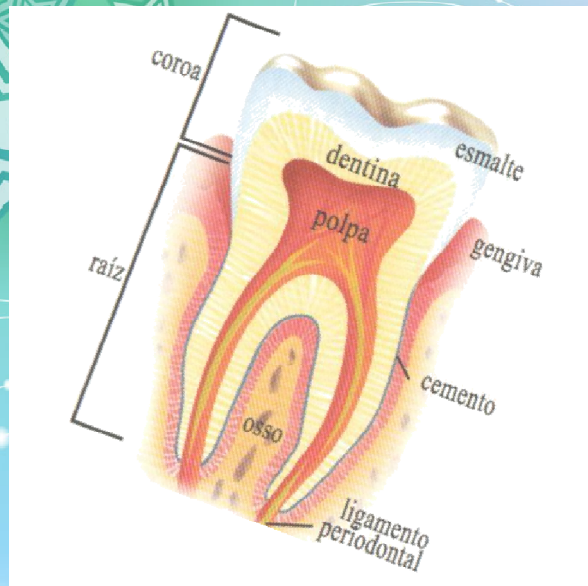
A Boca



Tipos De Dentes



O Dente



Porquê Ter Cuidados?

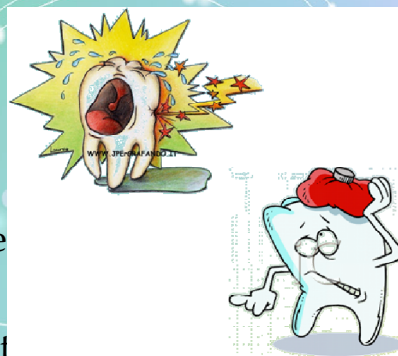
Para:

Manter os dentes fortes e

Não ter doenças nos dentes.

Que os dentes não doam!

Não ter mau hálito!



O Fio Dentário

Como pegar no fio dentário?



Como usar o fio dentário?



O que usar?

Escovagem Dos Dentes



Escovagem Dos Dentes

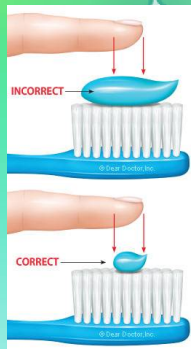
Os dentes devem ser lavados 3 vezes por dia, sempre depois das refeições

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







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?

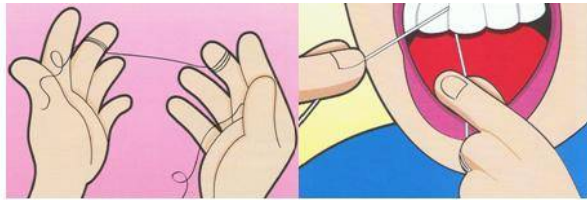


Claro!!!
Até Os Bichinhos O Fazem...

Então Vamos Lá!!!

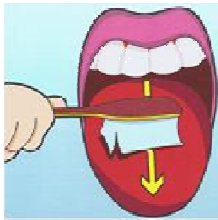
APÊNDICE X - “Folheto – Como Cuidar da Minha Boca”

Fio dentário Escovilhão dentário Raspador de Língua

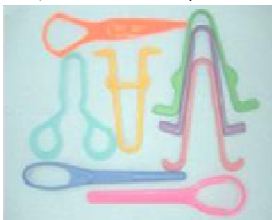


Ata as pontas do fio aos dedos médios de cada mão com a ajuda dos polegares, para os dentes de cima, e com os indicadores, para os dentes de baixo, passa entre os dentes com movimentos de vaivém

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...

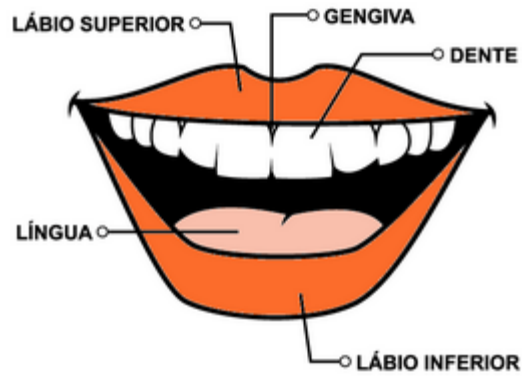


Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

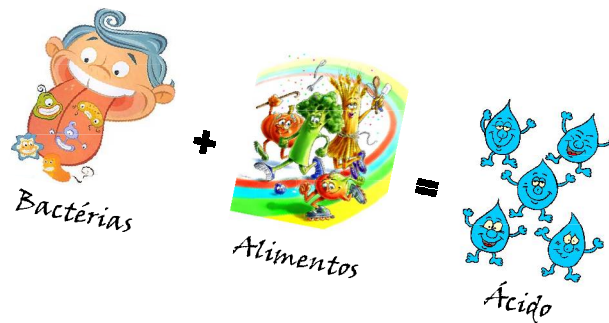
Como Cuidar Da Minha Boca



A Minha Boca...

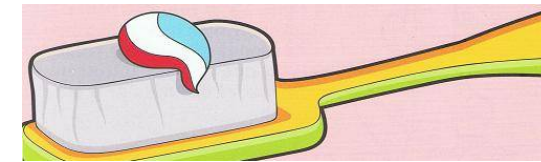


A cárie Dentária...



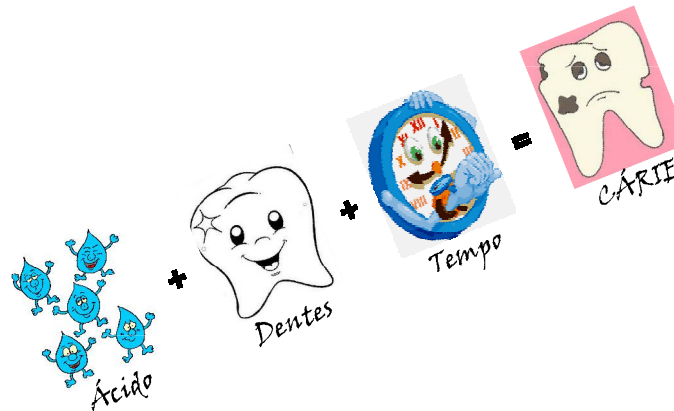
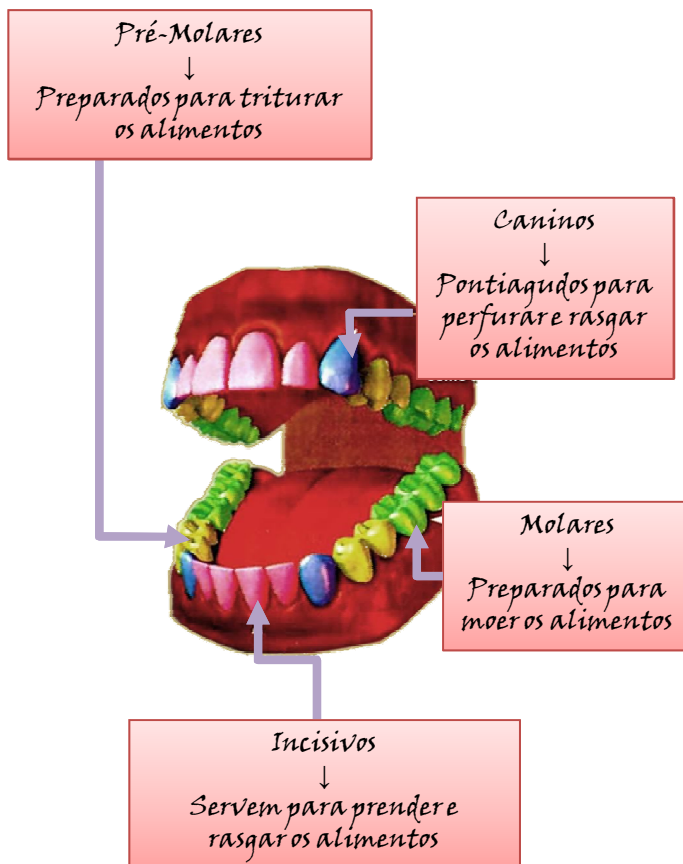
Escovar os Dentes...

Pelo menos duas vezes por dia



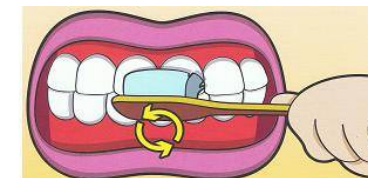
Quantidade de pasta dentífrica do tamanho de uma ervilha

Para que servem os dentes...



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

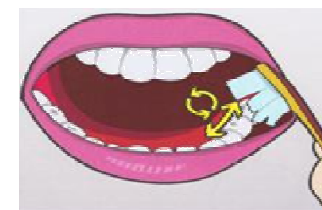
- ✓ Escovar os dentes
- ✓ usar o fio dentário
- ✓ usar o escovilhão
- ✓ Lavar a língua
- ✓ Ter cuidado com o que se come e se bebe



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!!!

APÊNDICE XI - “Póster – Cárie Dentária”



Cárie Dentária

Como se forma?



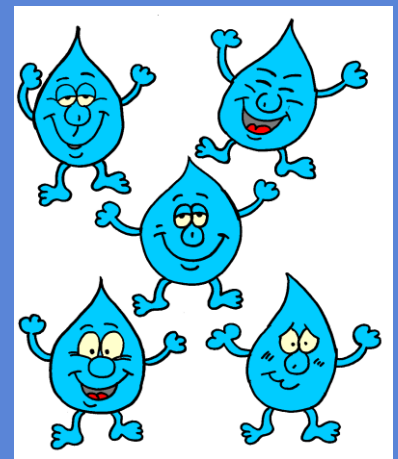
Bactérias

+

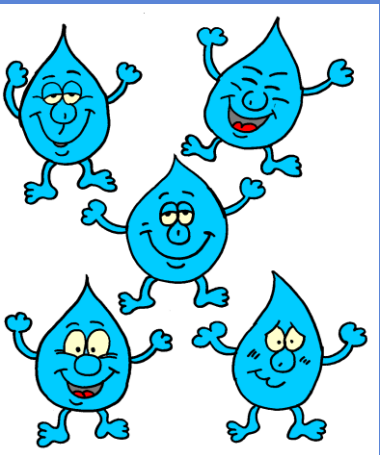


Alimentos

=

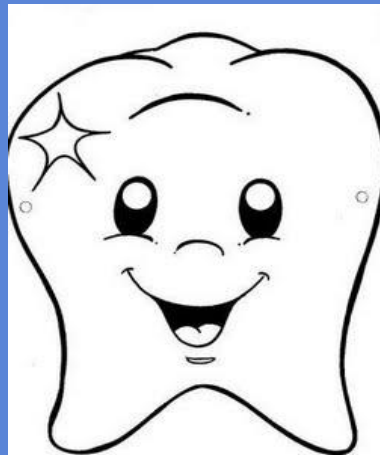


Ácido



Ácido

+



Dentes

+



Tempo

=

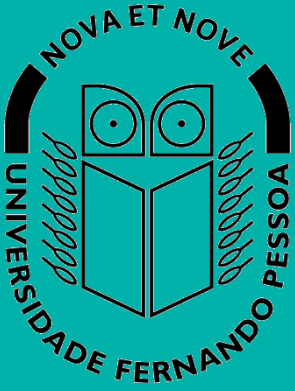


CÁRIE

Como posso proteger os meus dentes?

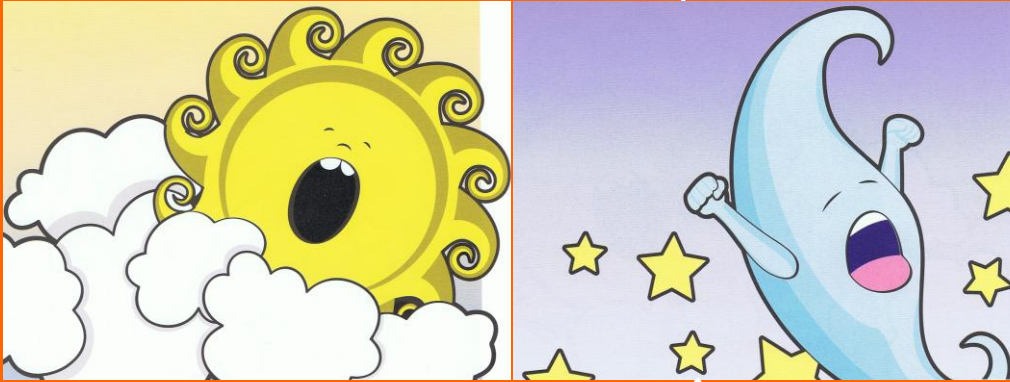


APÊNDICE XII - “Póster – Lavar os Dentes”



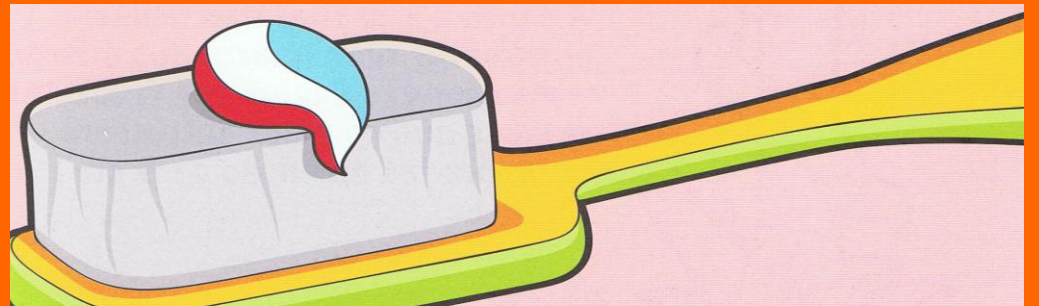
LAVAR OS DENTES

Pelo menos duas vezes por dia



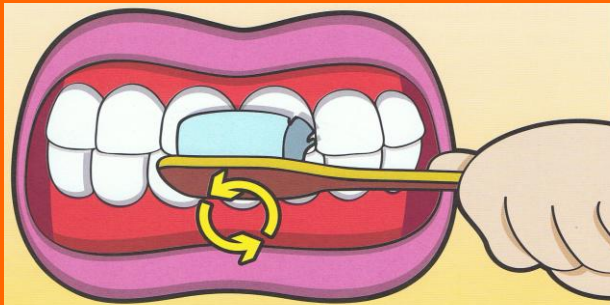
De Manhã

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



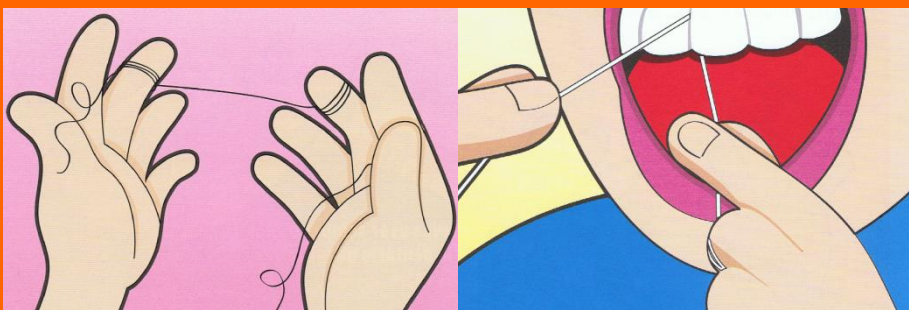
Parte de dentro dos dentes para cima e para baixo



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!!!

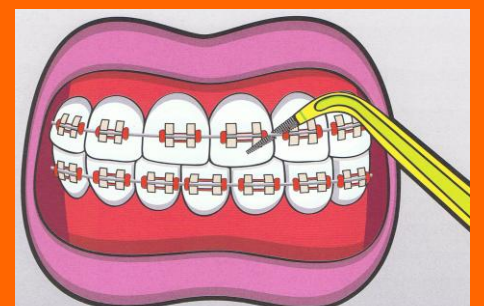


Ata as pontas do fio aos dedos médios de cada mão com a ajuda dos polegares, para os dentes de cima, e com os indicadores, para os dentes de baixo, passa entre os dentes com movimentos de vaivém



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 XIII - “Tabelas”

Tabela 1a - Tabela de distribuição do número de escovagens dentárias diárias realizadas pelas crianças.

Número escovagens diárias	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Zero vezes	2 (1,8)	-	1 (0,8)	1 (0,7)
Uma vez	27 (24,5)	25 (16,4)	27 (21,8)	18 (11,8)
Duas vezes	61 (55,5)	90 (59,2)	69 (55,6)	95 (62,5)
Três vezes	17 (15,5)	32 (21,1)	26 (21)	34 (22,4)
Quatro vezes	2 (1,8)	4 (2,6)	1 (0,8)	3 (2)
Cinco vezes	1 (0,9)	1 (0,7)	-	1 (0,7)
Total	110 (100)	152 (100)	124 (100)	152 (100)
Média (DP)	1,94 (0,79)	2,12 (0,73)	1,99 (0,7)	2,15 (0,7)
Mediana (Q1-Q3)	2 (1-2)	0,73 (2-2)	2 (2-2)	0,7 (2-2,75)

Tabela 2a - Tabela de distribuição do(s) momento(s) do dia em que as 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 (1,7)	4 (2,7)	-	1 (0,7)
Depois do pequeno-almoço	6 (5,1)	11 (7,4)	3 (2,4)	4 (2,6)
Antes do almoço	3 (2,6)	-	-	1 (0,7)
Depois do almoço	-	1 (0,7)	-	-
Antes do jantar	5 (4,3)	1 (0,7)	1 (0,8)	-
Depois do jantar	5 (4,3)	3 (2)	5 (4,1)	3 (2)
Antes de deitar	15 (12,8)	16 (10,7)	19 (15,4)	11 (7,2)
Antes do pequeno-almoço e antes de deitar	13 (11,1)	10 (6,7)	7 (5,7)	8 (5,3)
Depois do pequeno-almoço e antes de deitar	16 (13,7)	30 (20,1)	31 (25,2)	57 (37,5)
Depois do pequeno-almoço e depois do almoço	2 (1,7)	2 (1,3)	-	1 (0,7)
Depois do pequeno-almoço e depois do jantar	10 (8,5)	19 (12,8)	17 (13,8)	12 (7,9)
Depois do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar	6 (5,1)	4 (2,7)	5 (4,1)	8 (5,3)
Antes do pequeno-almoço e depois do jantar	3 (2,6)	3 (2)	6 (4,9)	2 (1,3)
Depois do almoço e depois do jantar	1 (0,9)	4 (2,7)	2 (1,6)	1 (0,7)
Antes e depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	1 (0,9)	1 (0,7)	1 (0,8)	2 (1,3)
Depois do almoço e antes de deitar	4 (3,4)	4 (2,7)	3 (2,4)	2 (1,3)
Antes do almoço e antes de deitar	-	4 (2,7)	-	1 (0,7)
Antes do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar	-	1 (0,7)	-	-
Depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	13 (11,1)	13 (8,7)	17 (13,8)	16 (10,5)
Depois do pequeno-almoço e antes do almoço	-	1 (0,7)	-	-
Antes do almoço e depois do jantar	1 (0,9)	-	-	-
Antes do pequeno-almoço, antes do almoço e antes do jantar	1 (0,9)	1 (0,7)	1 (0,8)	1 (0,7)
Antes do pequeno-almoço e antes do jantar	1 (0,9)	-	3 (2,4)	2 (1,3)
Antes do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar	-	3 (2)	1 (0,8)	2 (1,3)
Antes do pequeno-almoço, antes do almoço, antes do jantar e antes de deitar	3 (2,6)	2 (1,3)	-	3 (2)
Antes do pequeno-almoço, antes do almoço e antes de deitar	-	1 (0,7)	-	2 (1,3)
Depois do pequeno-almoço e antes do jantar	-	-	-	2 (1,3)
Antes do pequeno-almoço e antes do almoço	-	1 (0,7)	-	-
Antes e depois do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar	-	2 (1,3)	-	-
Depois do almoço, antes do jantar e antes de deitar	1 (0,9)	-	-	-
Antes do pequeno-almoço, antes do jantar e antes de deitar	-	1 (0,7)	-	1 (0,7)
Antes do pequeno-almoço, depois do almoço, antes do jantar e antes de deitar	-	-	-	1 (0,7)
Antes e depois do pequeno-almoço, antes do almoço e antes do jantar	1 (0,9)	-	-	-
Antes e depois do pequeno-almoço e depois do jantar	-	1 (0,7)	1 (0,8)	-
Depois do almoço, à tarde e antes de deitar	-	-	-	1 (0,7)
Antes e depois do pequeno-almoço, antes e depois do almoço e antes de deitar	1 (0,9)	-	-	-
Antes e depois do pequeno-almoço	1 (0,9)	-	-	2 (1,3)
Antes do pequeno-almoço e à tarde	-	-	-	1 (0,7)
Depois do pequeno-almoço, antes e depois do almoço e antes de deitar	1 (0,9)	-	-	-
À tarde e antes de deitar	1 (0,9)	-	-	-
Antes e depois do almoço	-	1 (0,7)	-	-
Antes e depois do pequeno-almoço e antes de deitar	-	1 (0,7)	-	1 (0,7)
Antes do jantar e antes de deitar	-	1 (0,7)	-	1 (0,7)
Depois do pequeno-almoço, antes do almoço e antes do jantar	-	1 (0,7)	-	-
Antes e depois do almoço, antes do jantar e antes de deitar	-	1 (0,7)	-	2 (1,3)
Total	117 (100)	149 (100)	123 (100)	152 (100)

Tabela 3a - Tabela de distribuição do tempo despendido pelas crianças na escovagem dentária.

Tempo de escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
< 30 segundos	12 (10)	25 (16,1)	19 (15,4)	19 (12,3)
= 30 segundos e < 1 minuto	18 (15)	50 (32,3)	20 (16,3)	35 (22,7)
= 1 minuto e < 2 minuto	32 (26,7)	28 (18,1)	27 (22)	37 (24)
> 2 minuto	22 (18,3)	17 (11)	23 (18,7)	24 (15,6)
Não sei	36 (30)	35 (22,6)	34 (27,6)	39 (25,3)
Total	120 (100)	155 (100)	123 (100)	154 (100)

Tabela 4a - Tabela de distribuição dos instrumentos que as crianças utilizam na sua higiene oral.

O que utiliza	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Água	3 (2,5)	4 (2,6)	-	2 (1,3)
Escova de dentes	12 (9,8)	7 (4,5)	-	3 (1,9)
Pasta dentífrica	6 (4,9)	1 (0,6)	-	-
Escova de dentes e pasta dentífrica	10 (8,2)	18 (11,6)	8 (6,5)	9 (5,8)
Água, escova de dentes e pasta dentífrica	49 (40,2)	68 (43,9)	68 (55,3)	59 (38,3)
Água, escova de dentes, fio dentário e pasta dentífrica	2 (1,6)	11 (7,1)	1 (0,8)	14 (9,1)
Água, escova de dentes, fio dentário, bochechos e pasta dentífrica	6 (4,9)	10 (6,5)	8 (6,5)	19 (12,3)
Água, escova de dentes, bochechos e pasta dentífrica	22 (18)	17 (11)	29 (23,6)	31 (20,1)
Água e escova de dentes	1 (0,8)	2 (1,3)	1 (0,8)	-
Água e pasta dentífrica	5 (4,1)	3 (1,9)	-	-
Escova de dentes, fio dentário e pasta dentífrica	4 (3,3)	1 (0,6)	2 (1,6)	1 (0,6)
Água, bochechos e pasta dentífrica	-	1 (0,6)	-	-
Água, escova de dentes e bochechos	1 (0,8)	1 (0,6)	1 (0,8)	-
Escova de dentes, bochechos e pasta dentífrica	1 (0,8)	6 (3,9)	3 (2,4)	4 (2,6)
Escova de dentes, fio dentário, bochechos e pasta dentífrica	-	3 (1,9)	1 (0,8)	6 (3,9)
Água, escova de dentes e fio dentário	-	1 (0,6)	1 (0,8)	1 (0,6)
Água, fio dentário e pasta dentífrica	-	1 (0,6)	-	2 (1,3)
Água, escova de dentes, fio dentário e bochechos	-	-	-	1 (0,6)
Água, escova de dentes, pasta dentífrica e copo	-	-	-	1 (0,6)
Não sei	-	-	-	1 (0,6)
Total	122 (100)	155 (100)	123 (100)	154 (100)

Tabela 5a - Tabela de distribuição da técnica de escovagem que as crianças utilizam.

Técnica de escovagem	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Movimento vertical	22 (18,3)	29 (18,7)	15 (12,2)	23 (15)
Movimento horizontal	16 (13,3)	32 (20,6)	21 (17,1)	16 (10,5)
Movimento circular	13 (10,8)	17 (11)	19 (15,4)	25 (16,3)
Movimento vertical, horizontal e circular	25 (20,8)	30 (19,4)	31 (25,2)	51 (33,3)
Movimento vertical e horizontal	29 (24,2)	31 (20)	26 (21,1)	15 (9,8)
Movimento vertical e circular	1 (0,8)	3 (1,9)	4 (3,3)	9 (5,9)
Movimento horizontal e circular	4 (3,3)	4 (2,6)	3 (2,4)	7 (4,6)
Movimento circular e vibração	1 (0,8)	-	1 (0,8)	1 (0,7)
Movimento vertical, horizontal e vibração	1 (0,8)	-	-	-
Não sei	8 (6,7)	9 (5,8)	3 (2,4)	6 (3,9)
Total	120 (100)	155 (100)	123 (100)	153 (100)

Tabela 6a - Tabela de distribuição do tipo de pasta que as crianças utilizam.

Tipo de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Fluoretada	28 (23,1)	58 (38,9)	55 (45,1)	77 (50,7)
Não fluoretada	14 (11,6)	15 (10,1)	6 (4,9)	14 (9,2)
Não sei	79 (65,3)	76 (51)	61 (50)	61 (40,1)
Total	121 (100)	149 (100)	122 (100)	152 (100)

Tabela 7a - Tabela de distribuição da quantidade de pasta dentífrica que as crianças utilizam.

Quantidade de pasta	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
2/6 da escova	17 (14,5)	32 (21,8)	15 (12,2)	73 (47,4)
3/6 da escova	(0)	(0)	-	1 (0,6)
4/6 da escova	56 (47,9)	79 (53,7)	69 (56,1)	68 (44,2)
6/6 da escova	44 (37,6)	36 (24,5)	39 (31,7)	12 (7,8)
Total	117 (100)	147 (100)	123 (100)	154 (100)
Mediana (Q1-Q3)	4/6 (4/6-6/6)	4/6 (4/6-4/6)	4/6 (4/6-6/6)	4/6 (2/6-4/6)

Tabela 8a - Tabela de distribuição da frequência semanal da ingestão de alimentos/bebidas doces.

Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
Nunca	4 (3,3)	4 (2,6)	3 (2,4)	4 (2,6)
Festejos	40 (32,5)	38 (25,2)	34 (27,6)	43 (27,7)
1-2 dias/ semana	44 (35,8)	62 (41,1)	45 (36,6)	55 (35,5)
3-4 dias/ semana	16 (13)	15 (9,9)	15 (12,2)	14 (9)
5-6 dias/ semana	2 (1,6)	6 (4)	6 (4,9)	7 (4,5)
Todos os dias	17 (13,8)	26 (17,2)	20 (16,3)	32 (20,6)
Total	123 (100)	151 (100)	123 (100)	155 (100)

Tabela 9a - Tabela de distribuição dos conhecimentos das crianças em relação 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 (12,1)	21 (13,7)	15 (12,1)	23 (14,9)
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono	18 (14,5)	32 (20,9)	12 (9,7)	19 (12,3)
Escova dura	2 (1,6)	6 (3,9)	2 (1,6)	3 (1,9)
Ingestão de fruta	-	1 (0,7)	1 (0,8)	5 (3,2)
Espontaneamente	-	6 (3,9)	4 (3,2)	-
Défice de higiene oral e ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono	50 (40,3)	61 (39,9)	60 (48,4)	50 (32,5)
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e escova dura	6 (4,8)	4 (2,6)	11 (8,9)	26 (16,9)
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e espontaneamente	3 (2,4)	2 (1,3)	5 (4)	1 (0,6)
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e escova dura	1 (0,8)	-	-	2 (1,3)
Défice de higiene oral e ingestão de fruta	2 (1,6)	-	-	1 (0,6)
Ingestão de fruta e espontaneamente	1 (0,8)	-	-	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e idade avançada	-	1 (0,7)	-	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e ingestão de fruta	1 (0,8)	-	-	1 (0,6)
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e ingestão de fruta	1 (0,8)	-	1 (0,8)	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, escova dura, ingestão de fruta e espontaneamente	-	-	-	1 (0,6)
Défice de higiene oral e escova dura	-	-	1 (0,8)	1 (0,6)
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, escova dura e ingestão de fruta	1 (0,8)	-	-	2 (1,3)
Défice de higiene oral, escova dura e ingestão de fruta	-	1 (0,7)	-	2 (1,3)
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, ingestão de fruta e falta de visitas ao médico dentista	1 (0,8)	-	-	-
Não esfoliação dentária	1 (0,8)	-	-	-
Idade avançada	1 (0,8)	-	-	-
Escova dura e espontaneamente	-	2 (1,3)	-	-
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e alguns tipos de medicação	-	-	1 (0,8)	-
Défice de higiene oral, ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, escova dura e espontaneamente	-	-	-	4 (2,6)
Défice de higiene oral, escova dura e espontaneamente	-	-	1 (0,8)	-
Ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono e espontaneamente	-	1 (0,7)	-	1 (0,6)
Défice de higiene oral e espontaneamente	-	-	-	1 (0,6)
Escova dura + ingestão de fruta e espontaneamente	-	-	-	1 (0,6)
Não sei	20 (16,1)	15 (9,8)	10 (8,1)	10 (6,5)
Total	124 (100)	153 (100)	124 (100)	154 (100)

Tabela 10a - Tabela de distribuição do valor do IHO-S.

IHO-S	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]	Controlo [n (%)]	Teste [n (%)]
0,83	2 (1,7)	1 (0,7)	1 (0,8)	-
1,00	2 (1,7)	4 (2,6)	6 (5)	2 (1,3)
1,17	3 (2,5)	11 (7,2)	7 (5,8)	8 (5,3)
1,33	12 (10)	15 (9,9)	5 (4,2)	9 (5,9)
1,50	18 (15)	12 (7,9)	8 (6,7)	12 (7,9)
1,67	13 (10,8)	18 (11,8)	15 (12,5)	16 (10,5)
1,83	13 (10,8)	29 (19,1)	14 (11,7)	22 (14,5)
2,00	24 (20)	16 (10,5)	11 (9,2)	23 (15,1)
2,17	17 (14,2)	19 (12,5)	16 (13,3)	18 (11,8)
2,33	9 (7,5)	6 (3,9)	11 (9,2)	20 (13,2)
2,50	2 (1,7)	12 (7,9)	13 (10,8)	11 (7,2)
2,67	3 (2,5)	6 (3,9)	9 (7,5)	7 (4,6)
2,83	1 (0,8)	1 (0,7)	2 (1,7)	3 (2)
3,00	1 (0,8)	2 (1,3)	2 (1,7)	1 (0,7)
Total	120 (100)	152 (100)	120 (100)	152 (100)

Impacto de Sessões de Educação para a Saúde Oral em Crianças do 1º Ciclo, no Concelho de Estarreja

Tabela 11a - Tabela de distribuição do valor do ICDAS.

ICDAS	Pré-teste										Pós-teste									
	Controlo [n (%)]					Teste [n (%)]					Controlo [n (%)]					Teste [n (%)]				
	M	O	D	V	L/P	M	O	D	V	L/P	M	O	D	V	L/P	M	O	D	V	L/P
00	21,76 (67,99)	6,62 (33,08)	21,61 (67,53)	21,88 (68,39)	21,63 (67,58)	21,66 (67,68)	7,16 (35,79)	21,47 (67,11)	22,07 (68,96)	21,9 (68,44)	21,36 (66,74)	5,93 (29,63)	21,19 (66,22)	21,18 (66,2)	20,86 (65,18)	21,26 (66,45)	6,2 (31,05)	21,08 (65,87)	21,45 (67,02)	21,18 (66,2)
02	0,07 (0,21)	0,14 (0,71)	0,03 (0,08)	0,11 (0,34)	0,01 (0,03)	0,03 (0,1)	0,07 (0,36)	-	0,11 (0,35)	0,04 (0,12)	0,03 (0,08)	0,05 (0,25)	-	0,09 (0,29)	0,01 (0,03)	0,01 (0,04)	0,07 (0,36)	0,01 (0,04)	0,11 (0,35)	0,03 (0,1)
03	0,05 (0,16)	1,11 (5,54)	0,03 (0,1)	0,15 (0,47)	0,36 (1,12)	0,11 (0,33)	0,78 (3,88)	0,04 (0,12)	0,11 (0,35)	0,22 (0,7)	0,07 (0,21)	1,03 (5,13)	0,03 (0,08)	0,13 (0,39)	0,43 (1,33)	0,07 (0,23)	0,88 (4,41)	0,06 (0,19)	0,12 (0,37)	0,26 (0,8)
04	0,1 (0,31)	0,35 (1,75)	0,13 (0,42)	0,12 (0,36)	0,13 (0,39)	0,1 (0,31)	0,23 (1,15)	0,14 (0,43)	0,05 (0,14)	0,08 (0,25)	0,17 (0,52)	0,4 (2)	0,17 (0,52)	0,15 (0,47)	0,12 (0,36)	0,17 (0,53)	0,3 (1,51)	0,13 (0,39)	0,07 (0,23)	0,09 (0,27)
05	0,11 (0,34)	0,57 (2,83)	0,11 (0,34)	0,33 (1,02)	0,36 (1,12)	0,18 (0,58)	0,26 (1,28)	0,24 (0,76)	0,18 (0,58)	0,2 (0,62)	0,13 (0,42)	0,69 (3,46)	0,07 (0,21)	0,53 (1,64)	0,58 (1,8)	0,09 (0,27)	0,59 (2,93)	0,16 (0,49)	0,4 (1,25)	0,45 (1,42)
06	0,8 (2,5)	0,58 (2,92)	0,93 (2,92)	0,4 (1,25)	0,48 (1,48)	0,49 (1,54)	0,34 (1,71)	0,63 (1,95)	0,3 (0,93)	0,31 (0,97)	0,83 (2,6)	0,73 (3,67)	1,08 (3,36)	0,59 (1,85)	0,63 (1,95)	0,59 (1,85)	0,31 (1,55)	0,7 (2,2)	0,28 (0,88)	0,3 (0,95)
10	-	0,44 (2,21)	-	-	0,01 (0,03)	-	0,51 (2,53)	-	-	-	-	0,39 (1,96)	-	-	0,01 (0,03)	-	0,38 (1,88)	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-
13	-	0,18 (0,92)	-	-	-	-	0,16 (0,82)	-	-	-	-	0,16 (0,79)	-	-	-	-	0,14 (0,72)	-	-	-
14	-	0,03 (0,13)	-	-	-	-	0,01 (0,07)	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-
15	-	0,03 (0,17)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,03 (0,17)	-	-	-	-	0,01 (0,07)	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	-	-	-	-
20	-	0,65 (3,25)	-	-	-	-	0,85 (4,24)	-	-	-	-	0,82 (4,08)	-	-	0,01 (0,03)	-	0,99 (4,93)	-	-	-
22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	-	-	-	-
23	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,09 (0,46)	-	-	-	-	0,02 (0,08)	-	-	-	-	0,09 (0,46)	-	-	0,01 (0,02)
24	-	-	-	-	-	-	0,03 (0,16)	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,03 (0,13)	-	-	-
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-
30	0,06 (0,18)	0,46 (2,29)	0,13 (0,39)	0,03 (0,08)	0,06 (0,18)	0,07 (0,23)	0,39 (1,94)	0,12 (0,37)	0,01 (0,02)	0,02 (0,06)	0,07 (0,21)	0,74 (3,71)	0,13 (0,42)	0,04 (0,13)	0,07 (0,21)	0,1 (0,31)	0,59 (2,96)	0,15 (0,47)	0,03 (0,1)	0,07 (0,21)
32	-	-	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	-	0,13 (0,67)	-	-	0,01 (0,03)	0,01 (0,02)	0,08 (0,39)	-	-	-	-	0,11 (0,54)	-	0,01 (0,03)	0,01 (0,03)	-	0,08 (0,39)	-	0,01 (0,02)	-
34	-	0,03 (0,13)	0,01 (0,03)	-	-	-	0,03 (0,13)	-	-	-	-	0,03 (0,17)	0,01 (0,03)	-	-	-	0,03 (0,13)	-	-	-
35	-	0,03 (0,17)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,03 (0,13)	-	0,01 (0,03)	0,01 (0,04)	0,04 (0,2)	0,01 (0,02)	0,01 (0,02)	0,01 (0,02)	0,01 (0,02)
36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-	-
40	0,07 (0,21)	0,18 (0,88)	0,02 (0,05)	0,04 (0,13)	-	0,19 (0,6)	0,4 (2,01)	0,2 (0,64)	0,05 (0,16)	0,09 (0,29)	0,07 (0,21)	0,18 (0,88)	0,03 (0,08)	0,04 (0,13)	0,01 (0,03)	0,2 (0,62)	0,44 (2,2)	0,22 (0,68)	0,08 (0,25)	0,14 (0,43)
43	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,01 (0,07)	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-
44	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-
45	-	0,03 (0,13)	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,04 (0,2)	0,01 (0,02)	-	-
46	0,01 (0,03)	-	0,01 (0,03)	-	-	0,01 (0,02)	0,01 (0,03)	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	0,01 (0,02)	0,01 (0,07)	-	-	-
75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,02 (0,08)	-	-	-	0,01 (0,02)	0,03 (0,16)	-	-	-
76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,03 (0,08)	0,07 (0,33)	0,07 (0,21)	0,01 (0,03)	0,02 (0,05)	0,03 (0,08)	0,01 (0,07)	0,03 (0,08)	0,01 (0,02)
80	0,07 (0,21)	0,14 (0,71)	0,06 (0,18)	0,03 (0,1)	0,04 (0,13)	0,01 (0,04)	0,08 (0,39)	0,04 (0,12)	-	0,02 (0,06)	0,07 (0,21)	0,11 (0,54)	0,03 (0,08)	0,04 (0,13)	0,07 (0,21)	0,04 (0,12)	0,09 (0,46)	0,04 (0,12)	0,01 (0,02)	0,04 (0,12)
82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
83	-	-	-	-	-	0,01 (0,02)	0,01 (0,03)	-	-	-	-	0,02 (0,08)	0,01 (0,03)	-	-	-	-	-	-	-
84	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,01 (0,03)	-	0,01 (0,02)	-
85	-	0,01 (0,04)	-	-	-	0,01 (0,02)	0,02 (0,1)	-	-	-	-	0,01 (0,04)	-	-	-	-	0,03 (0,13)	-	-	-
86	-	0,01 (0,04)	0,03 (0,08)	-	0,02 (0,05)	0,01 (0,02)	0,01 (0,07)	-	0,01 (0,02)	-	-	-	0,02 (0,05)	-	0,01 (0,03)	-	-	-	0,01 (0,02)	-
97	0,15 (0,47)	0,13 (0,63)	0,15 (0,47)	0,15 (0,47)	0,15 (0,47)	0,16 (0,49)	0,1 (0,49)	0,16 (0,49)	0,16 (0,49)	0,16 (0,49)	0,2 (0,63)	0,18 (0,92)	0,2 (0,63)	0,2 (0,63)	0,2 (0,63)	0,23 (0,72)	0,15 (0,76)	0,23 (0,72)	0,23 (0,72)	0,23 (0,72)
98	0,03 (0,1)	0,03 (0,17)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,01 (0,07)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,17)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,0 (0,1)	0,01 (0,07)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)	0,03 (0,1)
99	8,73 (27,29)	8,1 (40,5)	8,73 (27,29)	8,73 (27,29)	8,73 (27,29)	8,92 (27,88)	8,34 (41,68)	8,92 (27,88)	8,92 (27,88)	8,92 (27,88)	8,96 (27,99)	8,17 (40,83)	8,96 (27,99)	8,96 (27,99)	8,96 (27,99)	9,15 (28,6)	8,39 (41,97)	9,15 (28,6)	9,15 (28,6)	9,15 (28,6)
100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	32 (100)	20 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	20 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	20 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)	20 (100)	32 (100)	32 (100)	32 (100)

Nota: os códigos 01, 11, 21, 26, 31, 41, 42, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 71, 72, 73, 74, 81 não estão representados na tabela por não apresentarem qualquer valor para todas as situações em estudo

Tabela 12a - Tabela do teste McNemar relativamente aos questionários.

	Controlo	Teste
	p.	p.
Número de escovagens Pré-teste & Número de escovagens Pós-teste	0,424	0,327
Momento(s) do dia em que realiza a escovagem Pré-teste & Momento(s) do dia em que realiza a escovagem Pós-teste	0,035	0,000
Tempo de escovagem Pré-teste & Tempo de escovagem Pós-teste	1,000	0,248
O que utiliza Pré-teste & O que utiliza Pós-teste	0,031	0,658
Técnica de escovagem Pré-teste & Técnica de escovagem Pós-teste	0,458	0,001
Tipo de pasta Pré-teste & Tipo de pasta Pós-teste	0,000	0,025
Quantidade de pasta Pré-teste & Quantidade de pasta Pós-teste	0,332	0,000
Ingestão de alimentos/bebidas doces Pré-teste & Ingestão de alimentos/bebidas doces Pós-teste	0,296	0,617
Origem da cárie Pré-teste & Origem da cárie Pós-teste	0,155	0,156

Tabela 13a - Tabela do teste Wilcoxon relativamente ao IHO-S.

	Controlo	Teste
	p	p
IHO-S Pré-teste & IHO-S Pós-teste	0,007	0,006

Tabela 14a - Tabela do teste McNemar relativamente ao IHO-S.

	Controlo	Teste
	p	p
IHO-S Pré-teste & IHO-S Pós-teste	0,337	0,008

Tabela 15a - IHO-S versus Género, Idade e Ano Escolar.

IHO-S		Pré-teste				Pós-teste			
		Controlo		Teste		Controlo		Teste	
		Higiene oral satisfatória [n (%)]	Má higiene oral [n (%)]	Higiene oral satisfatória [n (%)]	Má higiene oral [n (%)]	Higiene oral satisfatória [n (%)]	Má higiene oral [n (%)]	Higiene oral satisfatória [n (%)]	Má higiene oral [n (%)]
Género	Feminino	31 (53,4)	27 (46,6)	44 (58,7)	31 (41,3)	24 (41,4)	34 (58,6)	31 (41,3)	44 (58,7)
	Masculino	32 (51,6)	30 (48,4)	46 (59,7)	31 (40,3)	32 (51,6)	30 (48,4)	38 (49,4)	39 (50,6)
	Total	63 (52,5)	57 (47,5)	90 (59,2)	62 (40,8)	56 (46,7)	64 (53,3)	69 (45,4)	83 (54,6)
Idade (anos)	6	-	1 (100)	-	2 (100)	-	1 (100)	1 (50)	1 (50)
	7	18 (48,6)	19 (51,4)	29 (50)	29 (50)	18 (48,6)	19 (51,4)	23 (39,7)	35 (60,3)
	8	13 (65)	7 (35)	14 (70)	6 (30)	11 (55)	9 (45)	6 (30)	14 (70)
	9	20 (46,5)	23 (53,5)	30 (63,8)	17 (36,2)	19 (44,2)	24 (55,8)	28 (59,6)	19 (40,4)
	10	10 (66,7)	5 (33,3)	16 (66,7)	8 (33,3)	7 (46,7)	8 (53,3)	11 (45,8)	13 (54,2)
	11	2 (50)	2 (50)	1 (100)	-	1 (25)	3 (75)	-	1 (100)
Total	63 (52,5)	57 (47,5)	90 (59,2)	62 (40,8)	56 (46,7)	64 (53,3)	69 (45,4)	83 (54,6)	
Ano escolar	1º ano	-	-	1 (20)	4 (80)	-	-	-	5 (100)
	2º ano	27 (50)	27 (50)	42 (56)	33 (44)	26 (48,1)	28 (51,9)	30 (40)	45 (60)
	3º ano	6 (60)	4 (40)	-	-	6 (60)	4 (40)	-	-
	4º ano	30 (53,6)	26 (46,4)	47 (65,3)	25 (34,7)	24 (42,9)	32 (57,1)	39 (54,2)	33 (45,8)
	Total	63 (52,5)	57 (47,5)	90 (59,2)	62 (40,8)	56 (46,7)	64 (53,3)	69 (45,4)	83 (54,6)

Tabela 16a - Número de escovagens dentárias diárias realizadas pelas crianças versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

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	13 (26)	37 (74)	14 (18,9)	60 (81,1)	14 (23,3)	46 (76,7)	12 (16,2)	62 (83,8)
	Masculino	17 (28,3)	43 (71,7)	12 (15,4)	66 (84,6)	14 (21,9)	50 (78,1)	8 (10,3)	70 (89,7)
	Total	30 (27,3)	80 (72,7)	26 (17,1)	126 (82,9)	28 (22,6)	96 (77,4)	20 (13,2)	132 (86,8)
Idade (anos)	6	-	-	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-	1 (50)	1 (50)
	7	8 (25)	24 (75)	9 (15,8)	48 (84,2)	7 (17,9)	32 (82,1)	9 (15,5)	49 (84,5)
	8	5 (25)	15 (75)	3 (14,3)	18 (85,7)	4 (20)	16 (80)	5 (26,3)	14 (73,7)
	9	11 (26,8)	30 (73,2)	9 (19,6)	37 (80,4)	10 (23,3)	33 (76,7)	4 (8,5)	43 (91,5)
	10	4 (28,6)	10 (71,4)	4 (16,7)	20 (83,3)	4 (23,5)	13 (76,5)	1 (4,2)	23 (95,8)
	11	2 (66,7)	1 (33,3)	-	2 (100)	2 (50)	2 (50)	-	2 (100)
Total	30 (27,3)	80 (72,7)	26 (17,1)	126 (82,9)	28 (22,6)	96 (77,4)	20 (13,2)	132 (86,8)	
Ano escolar	1º ano	-	-	4 (80)	1 (20)	-	-	4 (80)	1 (20)
	2º ano	13 (27,1)	35 (72,9)	9 (12)	66 (88)	13 (23,2)	43 (76,8)	11 (14,9)	63 (85,1)
	3º ano	-	9 (100)	-	-	-	10 (100)	-	-
	4º ano	17 (32,1)	36 (67,9)	13 (18,1)	59 (81,9)	15 (25,9)	43 (74,1)	5 (6,8)	68 (93,2)
	Total	30 (27,3)	80 (72,7)	26 (17,1)	126 (82,9)	28 (22,6)	96 (77,4)	20 (13,2)	132 (86,8)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	14 (24,6)	43 (75,4)	14 (15,9)	74 (84,1)	10 (17,9)	46 (82,1)	5 (7,4)	63 (92,6)
	Má higiene oral	16 (31,4)	35 (68,6)	11 (18)	50 (82)	18 (28,1)	46 (71,9)	14 (17,3)	67 (82,7)
	Total	30 (27,8)	78 (72,2)	25 (16,8)	124 (83,2)	28 (23,3)	92 (76,7)	19 (12,8)	130 (87,2)

Tabela 17a - Momento(s) do dia em que as crianças realizam a sua higiene oral versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

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	39 (69,6)	17 (30,4)	54 (74)	19 (26)	35 (59,3)	24 (40,7)	36 (48,6)	38 (51,4)
	Masculino	46 (75,4)	15 (24,6)	50 (65,8)	26 (34,2)	39 (60,9)	25 (39,1)	40 (51,3)	38 (48,7)
	Total	85 (72,6)	32 (27,4)	104 (69,8)	45 (30,2)	74 (60,2)	49 (39,8)	76 (50)	76 (50)
Idade (anos)	6	1 (100)	-	2 (100)	-	1 (100)	-	1 (50)	1 (50)
	7	27 (75)	9 (25)	42 (75)	14 (25)	21 (53,8)	18 (46,2)	31 (53,4)	27 (46,6)
	8	14 (70)	6 (30)	14 (73,7)	5 (26,3)	13 (65)	7 (35)	13 (68,4)	6 (31,6)
	9	29 (70,7)	12 (29,3)	33 (70,2)	14 (29,8)	27 (62,8)	16 (37,2)	25 (53,2)	22 (46,8)
	10	11 (68,8)	5 (31,3)	13 (56,5)	10 (43,5)	9 (56,3)	7 (43,8)	5 (20,8)	19 (79,2)
	11	3 (100)	-	-	2 (100)	3 (75)	1 (25)	1 (50)	1 (50)
	Total	85 (72,6)	32 (27,4)	104 (69,8)	45 (30,2)	74 (60,2)	49 (39,8)	76 (50)	76 (50)
Ano escolar	1º ano	-	-	4 (80)	1 (20)	-	-	4 (80)	1 (20)
	2º ano	39 (73,6)	14 (26,4)	54 (75)	18 (25)	34 (60,7)	22 (39,3)	41 (55,4)	33 (44,6)
	3º ano	8 (88,9)	1 (11,1)	-	-	3 (30)	7 (70)	-	-
	4º ano	38 (69,1)	17 (30,9)	46 (63,9)	26 (36,1)	37 (64,9)	20 (35,1)	31 (42,5)	42 (57,5)
	Total	85 (72,6)	32 (27,4)	104 (69,8)	45 (30,2)	74 (60,2)	49 (39,8)	76 (50)	76 (50)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	45 (73,8)	16 (26,2)	62 (72,1)	24 (27,9)	29 (51,8)	27 (48,2)	31 (45,6)	37 (54,4)
	Má higiene oral	37 (71,2)	15 (28,8)	40 (66,7)	20 (33,3)	42 (66,7)	21 (33,3)	44 (54,3)	37 (45,7)
	Total	82 (72,6)	31 (27,4)	102 (69,9)	44 (30,1)	71 (59,7)	48 (40,3)	75 (50,3)	74 (49,7)

Tabela 18a - Tempo despendido pelas crianças na escovagem dentária versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

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	30 (76,9)	9 (23,1)	54 (90)	6 (10)	34 (81)	8 (19)	47 (82,5)	10 (17,5)
	Masculino	32 (71,1)	13 (28,9)	49 (81,7)	11 (18,3)	32 (68,1)	15 (31,9)	44 (75,9)	14 (24,1)
	Total	62 (73,8)	22 (26,2)	103 (85,8)	17 (14,2)	66 (74,2)	23 (25,8)	91 (79,1)	24 (20,9)
Idade (anos)	6	-	-	2 (100)	-	-	-	1 (50)	1 (50)
	7	18 (72)	7 (28)	38 (84,4)	7 (15,6)	21 (72,4)	8 (27,6)	30 (78,9)	8 (21,1)
	8	9 (60)	6 (40)	15 (88,2)	2 (11,8)	12 (85,7)	2 (14,3)	9 (69,2)	4 (30,8)
	9	24 (77,4)	7 (22,6)	28 (82,4)	6 (17,6)	26 (83,9)	5 (16,1)	32 (82,1)	7 (17,9)
	10	9 (81,8)	2 (18,2)	20 (100)	-	5 (41,7)	7 (58,3)	18 (85,7)	3 (14,3)
	11	2 (100)	-	-	2 (100)	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (50)	1 (50)
	Total	62 (73,8)	22 (26,2)	103 (85,8)	17 (14,2)	66 (74,2)	23 (25,8)	91 (79,1)	24 (20,9)
Ano escolar	1º ano	-	-	5 (100)	-	-	-	4 (80)	1 (20)
	2º ano	28 (73,7)	10 (26,3)	50 (84,7)	9 (15,3)	32 (76,2)	10 (23,8)	36 (75)	12 (25)
	3º ano	2 (33,3)	4 (66,7)	-	-	4 (80)	1 (20)	-	-
	4º ano	32 (80)	8 (20)	48 (85,7)	8 (14,3)	30 (71,4)	12 (28,6)	51 (82,3)	11 (17,7)
	Total	62 (73,8)	22 (26,2)	103 (85,8)	17 (14,2)	66 (74,2)	23 (25,8)	91 (79,1)	24 (20,9)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	33 (78,6)	9 (21,4)	62 (88,6)	8 (11,4)	33 (78,6)	9 (21,4)	47 (85,5)	8 (14,5)
	Má higiene oral	27 (69,2)	12 (30,8)	39 (83)	8 (17)	31 (70,5)	13 (29,5)	42 (72,4)	16 (27,6)
	Total	60 (74,1)	21 (25,9)	101 (86,3)	16 (13,7)	64 (74,4)	22 (25,6)	89 (78,8)	24 (21,2)

Tabela 19a - Instrumentos que as crianças utilizam na sua higiene oral versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

O que utiliza		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	35 (59,3)	24 (40,7)	46 (60,5)	30 (39,5)	31 (52,5)	28 (47,5)	42 (56)	33 (44)
	Masculino	39 (61,9)	24 (38,1)	41 (51,9)	38 (48,1)	32 (50)	32 (50)	47 (60,3)	31 (39,7)
	Total	74 (60,7)	48 (39,3)	87 (56,1)	68 (43,9)	63 (51,2)	60 (48,8)	89 (58,2)	64 (41,8)
Idade (anos)	6	1 (100)	-	1 (50)	1 (50)	-	1 (100)	1 (50)	1 (50)
	7	14 (35,9)	25 (64,1)	19 (32,2)	40 (67,8)	5 (12,8)	34 (87,2)	26 (44,8)	32 (55,2)
	8	6 (30)	14 (70)	6 (28,6)	15 (71,4)	2 (10)	18 (90)	5 (23,8)	16 (76,2)
	9	36 (83,7)	7 (16,3)	41 (87,2)	6 (12,8)	38 (88,4)	5 (11,6)	39 (83)	8 (17)
	10	14 (87,5)	2 (12,5)	18 (75)	6 (25)	14 (87,5)	2 (12,5)	17 (73,9)	6 (26,1)
	11	3 (100)	-	2 (100)	-	4 (100)	-	1 (50)	1 (50)
	Total	74 (60,7)	48 (39,3)	87 (56,1)	68 (43,9)	63 (51,2)	60 (48,8)	89 (58,2)	64 (41,8)
Ano escolar	1º ano	-	-	1 (20)	4 (80)	-	-	1 (20)	4 (80)
	2º ano	21 (37,5)	35 (62,5)	25 (32,5)	52 (67,5)	8 (14,3)	48 (85,7)	31 (40,8)	45 (59,2)
	3º ano	6 (60)	4 (40)	-	-	5 (50)	5 (50)	-	-
	4º ano	47 (83,9)	9 (16,1)	61 (83,6)	12 (16,4)	50 (87,7)	7 (12,3)	57 (79,2)	15 (20,8)
	Total	74 (60,7)	48 (39,3)	87 (56,1)	68 (43,9)	63 (51,2)	60 (48,8)	89 (58,2)	64 (41,8)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	37 (58,7)	26 (41,3)	54 (60)	36 (40)	27 (48,2)	29 (51,8)	41 (60,3)	27 (39,7)
	Má higiene oral	35 (63,6)	20 (36,4)	32 (51,6)	30 (48,4)	33 (52,4)	30 (47,6)	48 (58,5)	34 (41,5)
	Total	72 (61)	46 (39)	86 (56,6)	66 (43,4)	60 (50,4)	59 (49,6)	89 (59,3)	61 (40,7)

Tabela 20a - Técnica de escovagem que as crianças utilizam versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

Técnica 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	45 (84,9)	8 (15,1)	59 (85,5)	10 (14,5)	45 (78,9)	12 (21,1)	53 (72,6)	20 (27,4)
	Masculino	42 (71,2)	17 (28,8)	57 (74)	20 (26)	44 (69,8)	19 (30,2)	43 (58,1)	31 (41,9)
	Total	87 (77,7)	25 (22,3)	116 (79,5)	30 (20,5)	89 (74,2)	31 (25,8)	96 (65,3)	51 (34,7)
Idade (anos)	6	-	-	2 (100)	-	1 (100)	-	2 (100)	-
	7	26 (74,3)	9 (25,7)	43 (78,2)	12 (21,8)	28 (71,8)	11 (28,2)	36 (66,7)	18 (33,3)
	8	14 (77,8)	4 (22,2)	16 (80)	4 (20)	15 (83,3)	3 (16,7)	14 (70)	6 (30)
	9	32 (78)	9 (22)	36 (78,3)	10 (21,7)	29 (69)	13 (31)	27 (58,7)	19 (41,3)
	10	13 (86,7)	2 (13,3)	17 (81)	4 (19)	13 (81,3)	3 (18,8)	15 (65,2)	8 (34,8)
	11	2 (66,7)	1 (33,3)	2 (100)	-	3 (75)	1 (25)	2 (100)	-
	Total	87 (77,7)	25 (22,3)	116 (79,5)	30 (20,5)	89 (74,2)	31 (25,8)	96 (65,3)	51 (34,7)
Ano escolar	1º ano	-	-	4 (80)	1 (20)	-	-	3 (60)	2 (40)
	2º ano	36 (73,5)	13 (26,5)	57 (79,2)	15 (20,8)	42 (75)	14 (25)	49 (69)	22 (31)
	3º ano	8 (88,9)	1 (11,1)	-	-	6 (75)	2 (25)	-	-
	4º ano	43 (79,6)	11 (20,4)	55 (79,7)	14 (20,3)	41 (73,2)	15 (26,8)	44 (62)	27 (38)
	Total	87 (77,7)	25 (22,3)	116 (79,5)	30 (20,5)	89 (74,2)	31 (25,8)	96 (65,3)	51 (34,7)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	45 (78,9)	12 (21,1)	67 (78,8)	18 (21,2)	34 (64,2)	19 (35,8)	42 (62,7)	25 (37,3)
	Má higiene oral	40 (76,9)	12 (23,1)	47 (81)	11 (19)	51 (81)	12 (19)	52 (67,5)	25 (32,5)
	Total	85 (78)	24 (22)	114 (79,7)	29 (20,3)	85 (73,3)	31 (26,7)	94 (65,3)	50 (34,7)

Tabela 21a - Tipo de pasta que as crianças utilizam versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

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	10 (41,7)	14 (58,3)	10 (26,3)	28 (73,7)	4 (11,4)	31 (88,6)	6 (14,6)	35 (85,4)
	Masculino	4 (22,2)	14 (77,8)	5 (14,3)	30 (85,7)	2 (7,7)	24 (92,3)	8 (16)	42 (84)
	Total	14 (33,3)	28 (66,7)	15 (20,5)	58 (79,5)	6 (9,8)	55 (90,2)	14 (15,4)	77 (84,6)
Idade (anos)	6	1 (100)	-	-	1 (100)	-	-	1 (50)	1 (50)
	7	3 (30)	7 (70)	11 (34,4)	21 (65,6)	2 (10)	18 (90)	8 (25)	24 (75)
	8	6 (60)	4 (40)	1 (14,3)	6 (85,7)	2 (40)	3 (60)	2 (33,3)	4 (66,7)
	9	2 (13,3)	13 (86,7)	2 (10,5)	17 (89,5)	1 (3,6)	27 (96,4)	2 (6,3)	30 (93,8)
	10	2 (40)	3 (60)	1 (8,3)	11 (91,7)	1 (14,3)	6 (85,7)	1 (5,9)	16 (94,1)
	11	-	1 (100)	-	2 (100)	-	1 (100)	-	2 (100)
	Total	14 (33,3)	28 (66,7)	15 (20,5)	58 (79,5)	6 (9,8)	55 (90,2)	14 (15,4)	77 (84,6)
Ano escolar	1º ano	-	-	-	1 (100)	-	-	-	2 (100)
	2º ano	9 (50)	9 (50)	12 (30,8)	27 (69,2)	4 (17,4)	19 (82,6)	11 (28,9)	27 (71,1)
	3º ano	2 (40)	3 (60)	-	-	-	5 (100)	-	-
	4º ano	3 (15,8)	16 (84,2)	3 (9,1)	30 (90,9)	2 (6,1)	31 (93,9)	3 (5,9)	48 (94,1)
	Total	14 (33,3)	28 (66,7)	15 (20,5)	58 (79,5)	6 (9,8)	55 (90,2)	14 (15,4)	77 (84,6)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	9 (40,9)	13 (59,1)	9 (21,4)	33 (78,6)	1 (3,1)	31 (96,9)	6 (14)	37 (86)
	Má higiene oral	5 (25)	15 (75)	6 (20)	24 (80)	5 (17,9)	23 (82,1)	8 (17)	39 (83)
	Total	14 (33,3)	28 (66,7)	15 (20,8)	57 (79,2)	6 (10)	54 (90)	14 (15,6)	76 (84,4)

Tabela 22a - Quantidade de pasta dentífrica que as crianças utilizam versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

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	51 (86,4)	8 (13,6)	57 (81,4)	13 (18,6)	55 (93,2)	4 (6,8)	46 (61,3)	29 (38,7)
	Masculino	49 (84,5)	9 (15,5)	58 (75,3)	19 (24,7)	53 (82,8)	11 (17,2)	35 (44,3)	44 (55,7)
	Total	100 (85,5)	17 (14,5)	115 (78,2)	32 (21,8)	108 (87,8)	15 (12,2)	81 (52,6)	73 (47,4)
Idade (anos)	6	-	1 (100)	1 (50)	1 (50)	-	1 (100)	2 (100)	-
	7	28 (80)	7 (20)	39 (69,6)	17 (30,4)	33 (84,6)	6 (15,4)	31 (53,4)	27 (46,6)
	8	18 (94,7)	1 (5,3)	11 (57,9)	8 (42,1)	17 (85)	3 (15)	12 (57,1)	9 (42,9)
	9	36 (83,7)	7 (16,3)	42 (93,3)	3 (6,7)	39 (90,7)	4 (9,3)	20 (42,6)	27 (57,4)
	10	15 (93,8)	1 (6,3)	20 (87)	3 (13)	15 (93,8)	1 (6,3)	14 (58,3)	10 (41,7)
	11	3 (100)	-	2 (100)	-	4 (100)	-	2 (100)	-
	Total	100 (85,5)	17 (14,5)	115 (78,2)	32 (21,8)	108 (87,8)	15 (12,2)	81 (52,6)	73 (47,4)
	Ano escolar	1º ano	-	-	3 (60)	2 (40)	-	-	4 (80)
2º ano		42 (82,4)	9 (17,6)	48 (66,7)	24 (33,3)	47 (83,9)	9 (16,1)	41 (53,9)	35 (46,1)
3º ano		9 (90)	1 (10)	-	-	7 (70)	3 (30)	-	-
4º ano		49 (87,5)	7 (12,5)	64 (91,4)	6 (8,6)	54 (94,7)	3 (5,3)	36 (49,3)	37 (50,7)
Total		100 (85,5)	17 (14,5)	115 (78,2)	32 (21,8)	108 (87,8)	15 (12,2)	81 (52,6)	73 (47,4)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	53 (88,3)	7 (11,7)	60 (71,4)	24 (28,6)	49 (87,5)	7 (12,5)	34 (49,3)	35 (50,7)
	Má higiene oral	45 (84,9)	8 (15,1)	53 (88,3)	7 (11,7)	55 (87,3)	8 (12,7)	44 (53,7)	38 (46,3)
	Total	98 (86,7)	15 (13,3)	113 (78,5)	31 (21,5)	104 (87,4)	15 (12,6)	78 (51,7)	73 (48,3)

Tabela 23a - Frequência semanal da ingestão de alimentos/bebidas doces versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

Ingestão de alimentos/bebidas doces		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	34 (56,7)	26 (43,3)	54 (74)	19 (26)	39 (66,1)	20 (33,9)	54 (71,1)	22 (28,9)
	Masculino	45 (71,4)	18 (28,6)	55 (70,5)	23 (29,5)	47 (73,4)	17 (26,6)	54 (68,4)	25 (31,6)
	Total	79 (64,2)	44 (35,8)	109 (72,2)	42 (27,8)	86 (69,9)	37 (30,1)	108 (69,7)	47 (30,3)
Idade (anos)	6	-	1 (100)	2 (100)	-	1 (100)	-	2 (100)	-
	7	28 (71,8)	11 (28,2)	43 (74,1)	15 (25,9)	31 (79,5)	8 (20,5)	45 (76,3)	14 (23,7)
	8	13 (68,4)	6 (31,6)	19 (95)	1 (5)	15 (75)	5 (25)	17 (81)	4 (19)
	9	26 (60,5)	17 (39,5)	28 (60,9)	18 (39,1)	26 (61,9)	16 (38,1)	27 (57,4)	20 (42,6)
	10	11 (64,7)	6 (35,3)	16 (69,6)	7 (30,4)	11 (64,7)	6 (35,3)	15 (62,5)	9 (37,5)
	11	1 (25)	3 (75)	1 (50)	1 (50)	2 (50)	2 (50)	2 (100)	-
	Total	79 (64,2)	44 (35,8)	109 (72,2)	42 (27,8)	86 (69,9)	37 (30,1)	108 (69,7)	47 (30,3)
	Ano escolar	1º ano	-	-	4 (80)	1 (20)	-	-	5 (100)
2º ano		39 (70,9)	16 (29,1)	60 (80)	15 (20)	46 (82,1)	10 (17,9)	59 (76,6)	18 (23,4)
3º ano		6 (60)	4 (40)	-	-	7 (70)	3 (30)	-	-
4º ano		34 (58,6)	24 (41,4)	45 (63,4)	26 (36,6)	33 (57,9)	24 (42,1)	44 (60,3)	29 (39,7)
Total		79 (64,2)	44 (35,8)	109 (72,2)	42 (27,8)	86 (69,9)	37 (30,1)	108 (69,7)	47 (30,3)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	40 (63,5)	23 (36,5)	61 (70,9)	25 (29,1)	34 (60,7)	22 (39,3)	48 (69,6)	21 (30,4)
	Má higiene oral	35 (62,5)	21 (37,5)	45 (72,6)	17 (27,4)	50 (79,4)	13 (20,6)	57 (68,7)	26 (31,3)
	Total	75 (63)	44 (37)	106 (71,6)	42 (28,4)	84 (70,6)	35 (29,4)	105 (69,1)	47 (30,9)

Tabela 24a - Conhecimentos das crianças em relação à origem da cárie dentária versus Género, Idade, Ano Escolar e IHO-S.

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	26 (51)	25 (49)	40 (59,7)	27 (40,3)	25 (48,1)	27 (51,9)	46 (63)	27 (37)
	Masculino	28 (52,8)	25 (47,2)	36 (50,7)	35 (49,3)	29 (46,8)	33 (53,2)	48 (67,6)	23 (32,4)
	Total	54 (51,9)	50 (48,1)	76 (55,1)	62 (44,9)	54 (47,4)	60 (52,6)	94 (65,3)	50 (34,7)
Idade (anos)	6	1 (100)	-	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-	2 (100)	-
	7	19 (57,6)	14 (42,4)	25 (51)	24 (49)	18 (54,5)	15 (45,5)	38 (67,9)	18 (32,1)
	8	9 (56,3)	7 (43,8)	12 (66,7)	6 (33,3)	8 (40)	12 (60)	14 (73,7)	5 (26,3)
	9	15 (41,7)	21 (58,3)	23 (51,1)	22 (48,9)	16 (40)	24 (60)	24 (57,1)	18 (42,9)
	10	8 (53,3)	7 (46,7)	14 (63,6)	8 (36,4)	7 (43,8)	9 (56,3)	14 (60,9)	9 (39,1)
	11	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (50)	1 (50)	4 (100)	-	2 (100)	-
	Total	54 (51,9)	50 (48,1)	76 (55,1)	62 (44,9)	54 (47,4)	60 (52,6)	94 (65,3)	50 (34,7)
Ano escolar	1º ano	-	-	1 (20)	4 (80)	-	-	5 (100)	-
	2º ano	26 (57,8)	19 (42,2)	37 (57,8)	27 (42,2)	26 (52)	24 (48)	49 (68,1)	23 (31,9)
	3º ano	3 (37,5)	5 (62,5)	-	-	4 (40)	6 (60)	-	-
	4º ano	25 (49)	26 (51)	38 (55,1)	31 (44,9)	24 (44,4)	30 (55,6)	40 (59,7)	27 (40,3)
	Total	54 (51,9)	50 (48,1)	76 (55,1)	62 (44,9)	54 (47,4)	60 (52,6)	94 (65,3)	50 (34,7)
IHO-S	Higiene oral satisfatória	21 (40,4)	31 (59,6)	42 (53,2)	37 (46,8)	23 (44,2)	29 (55,8)	39 (60)	26 (40)
	Má higiene oral	31 (62)	19 (38)	33 (58,9)	23 (41,1)	27 (46,6)	31 (53,4)	52 (68,4)	24 (31,6)
	Total	52 (51)	50 (49)	75 (55,6)	60 (44,4)	50 (45,5)	60 (54,5)	91 (64,5)	50 (35,5)

Tabela 25a - Valores de prova (p) do T. Qui-quadrado para verificar a existência de associações.

	Pré-teste		Pós-teste	
	Controlo	Teste	Controlo	Teste
IHO-S * Género	0,493	0,512	0,174	0,203
IHO-S * Idade (anos)	0,491	0,182	0,799	0,196
IHO-S * Ano escolar	0,824	0,100	0,580	0,026
IHO-S * Número escovagens diárias	0,283	0,450	0,133	0,057
IHO-S * Momento(s) do dia em que realiza a escovagem	0,460	0,301	0,071	0,185
IHO-S * Tempo de escovagem	0,241	0,276	0,270	0,071
IHO-S * O que utiliza	0,361	0,195	0,394	0,480
IHO-S * Técnica de escovagem	0,490	0,459	0,034	0,332
IHO-S * Tipo de pasta	0,223	0,562	0,070	0,458
IHO-S * Quantidade de pasta	0,397	0,012	0,598	0,354
IHO-S * Ingestão de alimentos/bebidas doces	0,531	0,488	0,021	0,524
IHO-S * Origem da cárie	0,023	0,313	0,479	0,193