

Joana Pinto Vilela

Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2014

Joana Pinto Vilela

Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2014

Joana Pinto Vilela

Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
mestre em Medicina Dentária

(assinatura)

Sumário

Introdução: Os princípios da promoção da saúde devem constituir uma referência a nível da higiene oral, passando pela aquisição de comportamentos individuais. Assim, é na infância, na juventude e na adolescência que se deve iniciar a prevenção e a obtenção de conhecimentos de forma a tornar as crianças mais pró-ativas, responsabilizando-as também da necessidade de uma higiene eficaz para manter a sua saúde oral como parte integrante de um todo inerente ao seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Objetivo: O objetivo principal deste estudo é verificar se nas grandes cidades (Lisboa e Porto) o conhecimento sobre saúde oral quando comparado com cidades mais pequenas (Aveiro e Tavira) é diferente. Tem ainda como objetivos comparar comportamentos de saúde oral, analisar hábitos e conhecimentos das crianças sobre alimentação e avaliar a frequência de idas à consulta de Medicina Dentária.

Materiais e Métodos: Realizou-se a pesquisa bibliográfica de artigos sobre o tema nos motores de busca da PubMed, MedLine, SciELO e B-on com as seguintes palavras-chave “oral hygiene”, “oral health promotion”, “health education” publicados nos últimos 15 anos, bem como uma consulta de livros relacionados com o tema. Para a parte da investigação científica utilizou-se um questionário para a recolha da informação da população em estudo, 143 crianças com idades compreendidas entre os 10 e 13 anos. Este estudo foi realizado em duas fases. Na primeira fase foram entregues os questionários, o consentimento informado e uma breve explicação aos encarregados de educação para que pudessem autorizar a participação dos seus educandos e numa segunda fase foram recolhidos os mesmos, para posterior análise.

Resultados: De uma maneira geral, os resultados mostram que não existem grandes diferenças no que diz respeito ao conhecimento e ao comportamento dos alunos sobre saúde oral. No entanto, verificou-se que quando existem diferenças, estas estão relacionadas com o género e não com a escola onde estudam.

Conclusão: Enfatiza-se assim a importância de promover a saúde oral e de ensinar as crianças sobre estilos de vida saudáveis, permitindo o desenvolvimento de competências e hábitos corretos de higiene oral, uma vez que se verificam melhorias essenciais na qualidade de vida e bem-estar das crianças.

Abstract

Introduction: The principles of the promotion of health should be a reference in what concerns oral hygiene and the achievement of individual behaviors. So, it is during childhood/ adolescence that prevention and knowledge acquisition should be made in order to raise more active children, making them responsible for a correct hygiene required to keep their oral health, as part of a whole inherent to their process of growth and development.

Purpose The major targets of this study is check if the knowledge about oral health is different in larger cities (Lisbon, Oporto) than in smaller ones (Aveiro and Tavira). Also as the targets of compare behaviors in what concerns oral health; analyze habits and knowledge that children have about nourishment; evaluate the frequency they go to the dentist.

Methods: It was made a web research in browsers like PubMed, MedLine, SciELO of articles and B-on with the following keywords: “oral hygiene”, “oral health promotion”, “health education” published in the latest 15 years, as well as consultation of books connected with the subject for the bibliographic review. For the investigation project we use a questionnaire for the collection of information of population in study, we count with a sample of 143 children aged between 10 and 13. This study was made in two phases: in the first phase, were given the questionnaires along with a written informed the children consent and a brief explanation to their tutors, so that they could authorize their children’s participation; in the second phase, the questionnaires were collected, for posterior analyze.

Results: Generally speaking, the results show that there aren’t great differences about the knowledge and behaviors of the students in what concerns oral hygiene. However, it was possible to conclude that, whenever these differences exist, they are connected with the gender (male/female) and not with the school the children attend.

Conclusion: Therefore, it is of vital importance the promotion of oral hygiene, the teaching of healthy lifestyles to children, allowing the development of skills and proper oral hygiene habits since we can see true improvements in their life quality and well-being.

Agradecimentos

Agradeço a todas as minhas amigas, em especial, Noémia e Catarina por me acompanharem ao longo destes 5 anos. E à minha Fi que, mais do que todos, me aturou e ajudou sempre, nos bons e maus momentos. E numa altura tão importante que tive neste último ano, esteve sempre do meu lado e trabalhava a dobrar para me facilitar a vida.

À minha Orientadora por toda a ajuda, disponibilidade, colaboração e orientação na execução deste trabalho.

À Professora Ana Tim-Tim pela ajuda informática.

Aos Directores das escolas que permitiram que fossem realizados os inquéritos para que pudesse dar continuidade a este trabalho.

Ao meu namorado pelo apoio, carinho, amor e compreensão, especialmente na altura de maior stress em que tinha de aturar o meu mau humor, e mesmo assim se manteve sempre do meu lado.

Aos meus Pais e à minha querida Avó Berta, por tudo.

Por último, ao meu Pequenote, o Meu Gonçalo simplesmente por existir.

Índice

	Página
Índice de Figuras	iii
Índice de Tabelas	vii
Lista de Abreviaturas	x
Lista de Anexos	xi
I. Introdução	1
II. Desenvolvimento	3
1. <i>Materiais e Métodos</i>	3
2. <i>Saúde Oral</i>	3
2.1. Conceito de Saúde Oral	3
3. <i>Promoção da Saúde</i>	4
3.1. Cárie	4
3.2. Etiologia	5
3.3. Prevenção da Cárie	6
4. <i>Promoção de Saúde Oral da Criança</i>	6
4.1. O Papel da Escola na Saúde Oral da Criança	6
5. <i>Higiene Oral</i>	7
5.1. Educação para a Higiene Oral	7
5.2. Dieta	10
5.3. Hábitos de Higiene Oral	10
5.4. Consultas Medicina Dentária	11
6. <i>Investigação Científica</i>	11
6.1. Tipo de Estudo	11
6.2. Critérios de Inclusão e Exclusão	11
6.3. Descrição e Caracterização da Amostra	12
6.4. Instrumento de Medida	12
6.5. Procedimentos Estatísticos	13
7. <i>Resultados</i>	14

7.1. Género	14
7.2. Escolas em Estudo	14
7.3. Idades	15
7.4. Resultados das Respostas ao Questionário	15
<i>8. Discussão</i>	42
III. Conclusão	48
Bibliografia	50
Anexos	

Índice de Figuras

	Página
Figura 1	Distribuição da amostra por género 14
Figura 2	Distribuição da amostra pelas respetivas escolas 14
Figura 3	Distribuição da amostra por idades 15
Figura 4	Percentagem de respostas à questão “Costumas escovar os dentes?” discriminado por escolas 16
Figura 5	Percentagem de respostas à questão “Costumas usar pasta fluoretada?” discriminado por escolas 16
Figura 6	Percentagem de respostas à questão “Costumas escovar os dentes sozinho?” discriminado por escolas 16
Figura 7	Frequência de respostas à questão “Quantas vezes por dia escovas os dentes?” discriminado por escolas 18
Figura 8	Percentagem de respostas à questão “Onde aprendeste a escovar os dentes? Escola” discriminado por escolas 19
Figura 9	Percentagem de respostas à questão “Onde aprendeste a escovar os dentes? Casa” discriminado por escolas 19
Figura 10	Percentagem de respostas à questão “Onde aprendeste a escovar os dentes? Dentista” discriminado por escolas 19
Figura 11	Percentagem de respostas à questão “Onde aprendeste a escovar os dentes? Sozinho” discriminado por escolas 19
Figura 12	Percentagem de respostas à questão “Achas importante escovar os dentes?” discriminado por escolas 21
Figura 13	Percentagem de respostas à questão “Quando escovas os dentes? Manhã” discriminado por escolas 22

Figura 14	Percentagem de respostas à questão “Quando escovas os dentes? Tarde” discriminado por escolas	22
Figura 15	Percentagem de respostas à questão “Quando escovas os dentes? Noite” discriminado por escolas	22
Figura 16	Percentagem de respostas à questão “Tens uma escova só para ti?” discriminado por escolas	23
Figura 17	Percentagem de respostas à questão “Usas escova elétrica ou manual?” discriminado por escola	23
Figura 18	Percentagem de respostas à questão “Costumas escovar a língua?” discriminado por escolas	24
Figura 19	Percentagem de respostas à questão “Na escola costumam escovar os dentes?” discriminado por escolas	25
Figura 20	Percentagem de respostas à questão “Usas fio dentário?” discriminado por escolas	26
Figura 21	Percentagem de respostas à questão “Sabes o que é um escovilhão?” discriminado por escolas	26
Figura 22	percentagem de respostas à questão “Se sim, costumam usar um escovilhão?” discriminado por escolas	26
Figura 23	Percentagem de respostas à questão “Costumas bochechar com algum líquido sem ser água?” discriminado por escolas	28
Figura 24	Percentagem de respostas à questão “Já alguma vez foste ao dentista?” discriminado por escolas	29
Figura 25	Percentagem de respostas à questão “Se sim, gostaste de lá ir?” discriminado por escolas	30

Figura 26	Percentagem de respostas à questão “Achas importante ir ao dentista?” discriminado por escolas	31
Figura 27	percentagem de respostas à questão “Já tiveste dor de dentes?” discriminado por escolas	32
Figura 28	Percentagem de respostas à questão “Sabes o que é a cárie dentária?” discriminado por escolas	33
Figura 29	Percentagem de respostas à questão “Costumas comer doces?” discriminado por escolas	34
Figura 30	Percentagem de respostas à questão “Quando costumas comer doces? Manhã” discriminado por escolas	35
Figura 31	Percentagem de respostas à questão “Quando costumas comer doces? Entre refeições” discriminado por escolas	35
Figura 32	Percentagem de respostas à questão “Quando costumas comer doces? Noite” discriminado por escolas	35
Figura 33	Percentagem de respostas à questão “Quando costumas comer doces? A seguir ao almoço/ jantar” discriminado por escolas.	35
Figura 34	Percentagem de respostas à questão “Achas que os doces fazem mal aos dentes?” discriminado por escolas	37
Figura 35	Percentagem de respostas à questão “Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar depois escovas os dentes?” discriminado por escolas	38
Figura 36	Percentagem de respostas à questão “Já participaste numa ação sobre saúde oral?” discriminado por escolas	39
Figura 37	Percentagem de respostas à questão “Se sim, mudaste o teu comportamento?” discriminado por escolas	39

Figura 38	Percentagem de respostas à questão “Onde foi essa ação?” discriminado por escolas	40
Figura 39	Percentagem de respostas à questão “Achavas importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na tua escola?” discriminado por escolas	41

Índice de Tabelas

		Página
Tabela 1	Tabela de contingência da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Costumas escovar os dentes sozinho?”	17
Tabela 2	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências com que escovam os dentes	17
Tabela 3	Tabela de contingência da distribuição dos géneros pela frequência com que escovam os dentes	18
Tabela 4	Resultados dos testes de χ^2 relacionando a variável dependente “Quantas vezes por dia escovas os dentes?” com o género. * valor significativo para $\alpha=0,05$	18
Tabela 5	Tabela de contingência das frequências de respostas à pergunta” Onde aprendeste a escovar os dentes?” discriminados por género	20
Tabela 6	Tabela de frequência da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Achas importante escovar os dentes?”	20
Tabela 7	Tabela de contingência da distribuição dos alunos pelas respostas às perguntas “Costumas escovar os dentes” e “Achas importante escovar os dentes?”	21
Tabela 8	Tabela de frequência da distribuição dos alunos pelas frequências da resposta à pergunta “Usas escova elétrica ou manual?”	23
Tabela 9	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Costumas escovar a língua?”	24
Tabela 10	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Na escola costumam escovar os dentes?”	24
Tabela 11	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Usas o fio dentário?”	25

Tabela 12	Tabela de contingência da distribuição dos alunos pelas respostas às perguntas “Sabes o que é um escovilhão” e “Se sim, costumas usar um escovilhão?”	27
Tabela 13	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Depois de escovares os dentes costumas bochechar com algum líquido (sem ser água)?”	27
Tabela 14	Tabela de contingência da distribuição dos alunos pela frequência com que vão ao dentista	28
Tabela 15	Tabela de frequências da distribuição dos géneros pela frequências com que vão ao dentista	29
Tabela 16	Resultados dos testes de χ^2 relacionando a variável dependente com o género do aluno	30
Tabela 17	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Se sim, gostaste de lá ir?”	30
Tabela 18	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Achas importante ir ao dentista?”	31
Tabela 19	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Já tiveste dor de dentes?”	32
Tabela 20	Tabela de frequências da distribuição dos géneros pela frequências com que vão ao dentista	32
Tabela 21	Resultados dos testes de χ^2 relacionando as variáveis dependentes.	33
Tabela 22	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Sabes o que é a cárie dentária?”	33
Tabela 23	Resultados dos testes de χ^2 relacionando as variáveis dependentes com o género do aluno. * valor significativo para $\alpha= 0,05$	36

Tabela 24	Tabela de contingência da distribuição dos géneros pela frequência com que ingere doces	36
Tabela 25	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Achas que os doces fazem mal aos dentes?”	36
Tabela 26	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar depois escovas os dentes?”	37
Tabela 27	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Onde foi essa ação?”	39
Tabela 28	Resultados dos testes de χ^2 relacionando as variáveis dependentes com o género do aluno.**muito significativo para $\alpha= 0,05$	40
Tabela 29	Tabela de contingência da distribuição dos géneros pela frequências com que responderam à pergunta “Já alguma vez estiveste/participaste numa ação sobre saúde oral?”	40
Tabela 30	Tabela de contingência da distribuição dos géneros pela frequências com que responderam à pergunta “Se sim, mudaste o teu comportamento relativamente à higiene oral depois dessa ação?”	41
Tabela 31	Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Achavas importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na tua escola?”	41

Lista de Abreviaturas

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
DGS	Direção Geral de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPSO	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
SPSS	Statistical <i>Package for the Social Sciences</i>
χ^2	Chi-quadrado
WHO	World Health Organization

Lista de Anexos

- Anexo I Consentimento Informado
- Anexo II Descrição para os Pais
- Anexo III Questionário
- Anexo IV Pedido de Autorização às Escolas
- Anexo V Carta da Orientadora
- Anexo VI Pedido de Autorização de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar
- Anexo VII Resultados dos testes de χ^2 relacionando cada uma das variáveis dependentes com a escola do aluno.

I. Introdução

A saúde oral faz parte da saúde e do bem-estar geral do indivíduo, sendo considerada importante para uma boa qualidade de vida (Rodrigues 2008).

As doenças orais “Constituem pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. Assim, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade com custos económicos e ganhos em saúde relevantes.” (DGS, 2005).

Em 2005, foi criado o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) com o objetivo de promover a saúde oral, bem como prevenir e tratar as doenças orais entre os mais jovens.

Os comportamentos de saúde oral influenciam as doenças orais. Assim sendo, adotando comportamentos apropriados de higiene oral e diminuindo o consumo de alimentos açucarados, estas doenças podem diminuir. É, por isso, de extrema importância a instrução e motivação dos pacientes para a obtenção de comportamentos de saúde oral corretos (Areias *et al.*, 2010).

A escola deve ser um local estratégico para a promoção da saúde oral e ter um papel relevante através de projetos educativos e de diversas ações no âmbito da saúde oral, uma vez que reúne crianças em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas. O professor tem um papel essencial no que toca a transmitir estes conhecimentos, pois tem contacto direto e prolongado com as crianças (Vasconcelos, 2001).

Gousard *et al.* (2004) ressaltam que a escola apresenta um papel de extrema importância neste grupo etário e é um ambiente extrafamiliar que permite reforçar respostas sociais aprendidas em casa, apresentar novas e, até mesmo, restringir ou excluir algumas incorretas.

A ideia para este estudo surgiu quando se realizaram diversas sessões de esclarecimento e promoção de saúde oral, numa escola básica da zona de Aveiro – Agrupamento de Escolas da Gafanha da Encarnação, e foi detetada uma falta de conhecimento dos alunos sobre o tema. Assim, esta ideia transformou-se num esboço de projeto que mais tarde

originou um projeto de investigação. Deste modo poder-se-ia ponderar diversas formas para que estes melhorassem os seus hábitos e verificar de que forma as atividades lúdicas, por exemplo, influenciam essa motivação.

Reconhecendo a importância de que nunca é tarde para tentar melhorar a qualidade de vida e o grau de informação e motivação das pessoas e, em virtude dos conhecimentos adquiridos com a formação académica em Medicina Dentária, despertou a vontade de compreender e analisar os hábitos e estilos de vida da criança no que diz respeito à sua higiene oral.

O presente estudo apresenta-se pertinente no âmbito dos conhecimentos de saúde oral em 143 crianças do 5º ano de escolaridade de quatro escolas de diferentes sítios de Portugal – Aveiro, Faro, Lisboa e Porto.

Para a sua realização procedeu-se inicialmente à pesquisa de literatura em diversos motores de busca que fizessem referências ao tema. Foi ainda alvo de pesquisa, as práticas de higiene oral corretas (escovagem, fio dentário, flúor), a perceção e aquisição de hábitos de higiene oral, a promoção da saúde oral e, por fim, uma breve abordagem sobre o papel da escola. Foi utilizado um questionário para a recolha da informação, mas em primeiro lugar foi submetido um pedido de autorização ao Ministério da Educação e também aos Agrupamentos de cada escola, para a realização do mesmo, o qual foi aprovado.

O estudo tem como principais objetivos:

1. Verificar se nas grandes cidades (Lisboa e Porto) o conhecimento sobre saúde oral quando comparado com cidades mais pequenas (Aveiro e Tavira) é diferente;
2. Comparar comportamentos de saúde oral dos alunos das diferentes escolas;
3. Analisar hábitos e conhecimentos das crianças sobre alimentação;
4. Avaliar a frequência de idas à consulta de Medicina Dentária.

O trabalho baseou-se na ideia de que a identificação de práticas saudáveis no dia-a-dia dos alunos pressupõe a aquisição de aptidões e hábitos corretos de higiene oral. É certo que, na medida em que as características ambientais sejam favoráveis e as

oportunidades lhes sejam oferecidas, os alunos conseguirão modificar o seu comportamento que irá reverter-se no seu bem-estar.

II. Desenvolvimento

1. Materiais e Métodos

Realizou-se a pesquisa bibliográfica, no período compreendido entre Janeiro e Maio de 2014, nos motores de busca da PubMed, MedLine, SciELO e B-on com as palavras-chave “oral hygiene”, “oral health promotion”, “health education”, “oral health”, de artigos em língua portuguesa e inglesa publicados nos últimos 15 anos, bem como uma consulta de livros relacionados com o tema. Foram obtidos diversos artigos dos quais foram selecionados 50, após leitura do abstract e que respeitassem os seguintes critérios de inclusão: fossem referentes a crianças em idade escolar, falassem sobre ações de promoção de saúde oral nas escolas e alimentação e referissem métodos de higiene oral em crianças.

2. Saúde Oral

2.1. Conceito de Saúde Oral

A saúde oral contribui para a saúde global da criança. Não há saúde de uma forma geral sem saúde oral, sendo o contrário igualmente verdadeiro. A saúde oral é, portanto, parte integrante e essencial da saúde em geral, permitindo ao ser humano a capacidade de falar, sorrir, suspirar, beijar, saborear, entre outras. É portanto indispensável para a qualidade de vida e bem-estar (Sheiham, 2005; Knevel *et al.*, 2008; Rodrigues, 2008).

Assim sendo, saúde oral é muito mais do que uma boca sã. Saúde oral é quando o indivíduo se encontra livre de dor crónico orofacial e de neoplasia da cabeça e pescoço, sem lesões dos tecidos moles e lesões de outras patologias que afetem a cavidade oral, dentes e tecidos craniofaciais (CDC, 2000).

3. Promoção da Saúde

A promoção da saúde foi considerada um objetivo central para este século, sendo definida como “O processo de capacitar o indivíduo para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la.” (Barros, 2003).

A promoção da saúde consiste em políticas, planos e programas de saúde pública com ações voltadas para o encorajamento à prática de comportamentos saudáveis e desincentivo de comportamentos prejudiciais para a saúde (Barros, 2003).

Assim, programas de motivação e educação relativos à higiene oral são de extrema importância pois facilitam a implementação dos hábitos de escovagem diária, alimentação saudável e, para além disso, funcionam como métodos simples e eficientes para a remoção da placa bacteriana e consequentemente prevenção de doenças que dela resultam (Toassi *et al.*, 2002).

3.1. Cárie

A palavra cárie tem origem do latim e significa “podre”. É uma doença multifatorial, infecciosa e transmissível (Pereira *et al.*, 2010; Retnakumari *et al.*, 2012).

Segundo a DGS num estudo efetuado em 2003 estima-se que 60% a 90% das crianças escolarizadas, bem como a maioria dos adultos, sejam afetados por esta doença em países industrializados (OMS, 2003). Mais recentemente num estudo nacional de prevalência das doenças orais, verificou-se que a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos era de 51%, aos 12 anos de 44% e aos 15 anos de 28%, demonstrando que apesar de haver indícios do declínio da cárie dentária na maioria dos países industrializados, não por ser irradiada mas sim controlada (DGS, 2008), esta continua a ser considerada um problema de saúde pública e objeto de atenção por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) através da realização de programas preventivos, como por exemplo o PNPSO (PNPSO, 2005). Em 2012, os resultados preliminares do III estudo nacional da prevalência das doenças demonstram que aos 6 anos, 60% das crianças se encontram livres de cárie dentária, em ambas as dentições, o que corresponde a um aumento de 27% em relação aos resultados obtidos em 2000. Em

relação às crianças com 12 anos, a percentagem de jovens sem cáries aumentou de 44%, em 2006, para 56%, em 2012 (OMD, 2013).

A cárie dentária merece, por isso, especial atenção pois pode originar perda de dentes bem como outros problemas, não só na cavidade oral como a nível geral, afetando não só crianças mas também jovens e adultos (Massoni *et al.*, 2005).

A American Academy of Pediatric Dentistry – Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) em 2007 refere que a cárie dentária é a doença que mais afeta as crianças.

3.2. Etiologia

A cárie dentária é uma doença crónica de progressão muito lenta que se forma a partir da interação de vários fatores durante um certo período de tempo para que se possa expressar clinicamente. Estes fatores primários (essenciais e indispensáveis à ocorrência da doença) como: o “agente” da qual fazem parte os microrganismos, o “hospedeiro” que inclui os tecidos dentários suscetíveis à dissolução ácida e à saliva e o “ambiente” (substrato adequado à satisfação das necessidades energéticas das bactérias cariogénicas, ou seja, os hidratos de carbono) têm que permanecer conjugados por um determinado período de tempo para a ocorrência das lesões de cárie e seu posterior desenvolvimento (Selwitz *et al.*, 2007; Mitchell, 2005).

Como tal, para a ocorrência da lesão de cárie, é necessária a conjugação de diferentes fatores, os primários já referidos anteriormente e os secundários como a presença de flúor na cavidade oral, a higiene oral, o estatuto socioeconómico, o estado de saúde geral e a predisposição genética, que são aqueles que influenciam a evolução das lesões. No entanto é importante salientar que os fatores secundários, atuando isoladamente ou em combinação, influenciam também de modo importante cada um dos fatores primários e podem interferir no processo de aparecimento e desenvolvimento da cárie dentária (Teixeira, 2006; Pereira *et al.*, 2010; Retnakumari *et al.*, 2012).

3.3. Prevenção da Cárie

Existem diferentes métodos que têm vindo a ser estudados para a prevenção da cárie dentária como, por exemplo, a adição de fluoretos nas águas de abastecimento público, o uso de pastas dentífricas fluoretadas e também aplicação de flúor nas soluções de bochecho (Melo, 2006; Barros, 2013; Areias *et al.*, 2008).

Para além disso a implementação de programas de prevenção, nos quais se destaquem os hábitos de higiene oral e o uso de flúor, são extremamente importantes (Araújo *et al.*, 1995; Marthaler, 1996; Oom, 2012).

Segundo a DGS, 2008, é de extrema importância para a prevenção da cárie:

- Efetuar uma higiene oral diária correta;
- Escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia com uma pasta fluoretada após as refeições sendo a escovagem noturna a mais importante;
- Passar o fio dentário entre os dentes pelo menos uma vez por dia, idealmente à noite;
- Ingerir refeições nutricionalmente balanceadas e limitar ao máximo o “petiscar” entre refeições;
- Visitar o seu médico dentista regularmente.

4. Promoção de Saúde Oral da Criança

4.1. O Papel da Escola na Saúde Oral da Criança

A escola assume funções na formação pessoal e social dos seus alunos. Assim sendo, deve conter projetos de desenvolvimento pessoal e social, nos quais se deve incluir os de educação para a saúde (Lei de bases do sistema educativo, 1986; Castillo *et al.*, 2013).

A adoção precoce de comportamentos apropriados de higiene oral e de alimentação constituem alguns dos métodos fundamentais para a prevenção de doenças da cavidade oral. Assim, todas as escolas devem conter no seu currículo ações de educação para a

saúde, quer sejam jardins-de-infância ou escolas do ensino básico e secundário (PNSE, 2004; Garcia, 2012).

Neste sentido, Antunes e Mendes (2004) defendem, “Promover a saúde na escola constitui uma forma privilegiada de promover a saúde da comunidade.”.

5. Higiene Oral

A higiene oral deve ser entendida como uma forma de prevenir doenças da cavidade oral e tem como principal objetivo controlar a placa bacteriana (Pereira, 1993).

Os cuidados de higiene oral devem fazer parte da rotina da higiene diária. Devem iniciar-se antes da erupção do primeiro dente e manter-se ao longo de toda a vida promovendo assim hábitos de higiene oral, diminuindo a probabilidade do aparecimento da cárie e de outros problemas da cavidade oral (Toledo, 2005; Areias *et al.*, 2010).

5.1. Educação para a Higiene Oral

A educação para a saúde proporciona que as pessoas se mantenham informadas e motivadas permitindo, desta forma, que estas adotem estilos de vida mais saudáveis (Ide *et al.*, 2001).

5.1.1. Escovagem, Fio dentário, Flúor

5.1.1.1. Escovagem

Escovar os dentes é a maneira mais simples para remover a placa bacteriana da cavidade oral (Dean *et al.*, 2001). Como tal, esta necessidade tem de ser reforçada por ser essencial à manutenção da saúde (Teixeira, 2006).

Para se alcançar a saúde oral é muito importante utilizar técnicas de higiene que a criança facilmente compreenda, permitindo desta forma a remoção eficiente da placa bacteriana, aumentando assim a motivação para continuar a realizar essa ação (Kwan *et al.*, 2005).

Relativamente ao tempo de escovagem diversos estudos realizados em jovens demonstraram que aumentando a duração de escovagem, remove-se mais facilmente a placa bacteriana. É portanto, necessário escovar os dentes durante tempo suficiente e seguindo um padrão de escovagem, assegurando a limpeza de todos os dentes e de todas as suas superfícies (Macgregor, 2006; Honkala, 2005).

O início precoce da remoção da placa bacteriana ajuda não só a estabelecer um hábito como também a interiorizar este comportamento que permanecerá para o resto da vida. A higienização deve iniciar-se e ser feita pelos responsáveis antes da erupção dos primeiros dentes mediante a limpeza da mucosa oral e gengivas com uma gaze embebida em água morna, preferencialmente após a amamentação. Com a erupção do primeiro dente a higiene oral deve ser mantida mas, a partir daqui, deve ser feita com escova macia, gaze ou dedeira, após as refeições. Entre os 3 e os 6 anos de idade e à medida que vão erupcionando os restantes dentes, a escovagem deve ser feita apenas com escova dentária macia de cabeça pequena e preferencialmente arredondada, durante cerca de três minutos e deve continuar a ser realizada ou pelo menos supervisionada pelos responsáveis, até que as crianças tenham destreza suficiente para a realizarem sozinhas. Esta destreza é adquirida geralmente com o domínio da escrita, por volta dos 6 anos de idade (Figueira e Leite, 2008; Boj, *et al.*, 2004; Costa *et al.*, 2008).

A partir dos 6 anos, e embora nesta altura a escovagem seja realizada pelas crianças esta deve continuar a ser supervisionada pelos pais ou responsáveis. Após a escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, ação que desempenha um papel preventivo essencial para a saúde oral do indivíduo, pode evitar-se bochechar com água, devendo apenas cuspir-se o excesso de pasta e, no caso de bochechar, utilizar soluções de bochecho (Vasco Prazeres, 2005; DGS, 2000; Areias *et al.*, 2010).

Melo *et al.* (2006) considera que devem ser feitas duas escovagens por dia com pasta de dentes fluoretada (concentrações de flúor entre 1000 e 1500ppm de fluoretos) e realça a importância da escovagem noturna antes de deitar, pois é nesta altura que a produção de saliva é menor e consequentemente as defesas, no caso de existirem restos alimentares e bactérias cariogénicas.

Portanto, o objetivo da escovagem aliado à utilização do fio dentário é eliminar e/ou desorganizar a placa bacteriana que se forma na superfície dos dentes (Castillo *et al.*, 2013).

5.1.1.2. Fio Dentário

É recomendada a utilização de fio dentário para todas as crianças e adultos a partir do momento em que existam pontos de contato entre os dentes, bem como, habilidade e destreza manual para o seu uso efetivo. No entanto enquanto as crianças não atingem esta destreza, que se adquire por volta dos 6 anos de idade, os pais podem auxiliar de forma a não negligenciar a higienização dos espaços interproximais (Toledo, 2005).

Assim, como nas zonas interproximais a remoção da placa bacteriana é ineficaz apenas com a escovagem e a prevalência de cárie e gengivite é maior nestas zonas é fundamental a utilização do fio dentário (Buischi, 2003; Oom, 2012).

Portanto, uma correta escovagem complementada com o uso do fio dentário resulta numa maior remoção da placa bacteriana em todas as superfícies do dente, mesmo nas zonas interproximais, diminuindo consideravelmente a ocorrência destas patologias (Buischi, 2003; Oom, 2012).

5.1.1.3. Flúor

O flúor é um importante agente na luta contra o aparecimento da cárie pois interfere no processo de remineralização e desmineralização e, ainda, no processo de crescimento e metabolismo bacteriano (Toledo 2005).

Antigamente o flúor era administrado por via sistêmica através do abastecimento das águas públicas, alimentos como o leite, sal e açúcares fluoretados e medicamentos compostos por fluoretos (comprimidos) ou por via tópica, proporcionado através das pastas dentífricas, colutórios e vernizes. Embora se preconizasse que o flúor administrado por via sistêmica tivesse um efeito preventivo, atuando particularmente no período pré-eruptivo (pois através da ingestão de pequenas quantidades este passa para a circulação sanguínea e posteriormente para o esmalte em desenvolvimento) esta forma de administração através de comprimidos deixou de ser usada pelo maior risco de

fluorose dentária, por falta de controlo das quantidades administradas. Assim, atualmente a sua ação preventiva e terapêutica é tópica e pós-eruptiva. (Boj *et al.*, 2004; Toledo, 2005).

A pasta dentífrica usada diariamente é uma medida fundamental pois oferece flúor em baixas concentrações e em alta frequência, remineralizando o esmalte. No entanto, por si só, a escovagem com estas pastas fluoretadas não reduz o desenvolvimento da cárie dentária (Tinanoff *et al.*, 2009).

5.2. Dieta

O controlo da dieta é essencial para a prevenção da cárie uma vez que faz parte dos fatores de risco. Este controlo deverá tentar diminuir a quantidade de açúcares ingeridos e alterar, sempre que possível, os padrões de utilização dos mesmos (Vanobbergen, J. *et al.*, 2001).

Assim, é de extrema importância a consistência da dieta bem como uma dieta saudável à base de vitaminas, de proteínas e de minerais, que favoreçam a manutenção da saúde oral e dificultem o aparecimento da cárie (Russo, 2004).

Uma dieta equilibrada sem recurso a bebidas açucaradas e alimentos adesivos que permanecem durante mais tempo em contacto com os dentes, deve ser adotada tão cedo quanto possível. É desaconselhável, portanto, o consumo de guloseimas e sumos, principalmente fora das refeições. Os açúcares não devem ser proibidos mas sim controlados (Fawell, 2006).

5.3. Hábitos de Higiene Oral

Para uma aquisição de hábitos de higiene oral por parte da criança é fundamental, não só a forma como lhe são transmitidos os conhecimentos, mas também a maneira como esta é motivada (Davies *et al.*, 2005).

Existem diversos elementos importantes para a aprendizagem e alteração de hábitos e comportamentos relativos às práticas de higiene oral como a participação ativa, a auto-

monitorização, o aperfeiçoamento da técnica de escovagem e, ainda, a aprendizagem social (Buischi *et al.*, 2003).

Num contexto escolar educar para a saúde consiste em dotar as crianças e jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde (Saliba *et al.*, 2003).

5.4. Consultas Medicina Dentária

Durante a gravidez existem consultas adequadas que têm como objetivo informar a grávida sobre os cuidados que deve ter com a higiene oral, alimentação e futuros hábitos do recém-nascido (Areias *et al.*, 2010).

Segundo alguns autores e também a American Academy of Pediatric Dentistry – Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), a primeira consulta ao médico dentista da criança deve ocorrer entre os primeiros 6 a 12 meses de vida (idade em que os dentes começam a erupcionar), permitindo avaliar o desenvolvimento da dentição e da oclusão de forma a garantir uma boa saúde oral, saúde geral e bem-estar (Costa *et al.*, 2006; AAPD, 2007).

Para além disso, e como refere a DGS (2008), é importante consultar o médico dentista, pelo menos uma vez de seis em seis meses, pois é aí que são fornecidas instruções, não só aos pais ou responsáveis sobre o modo de realizar a higiene oral, mas também às próprias crianças. Para além disso avalia-se o grau de risco e programam-se as consultas de controlo adaptadas às necessidades de cada um.

6. Investigação Científica

6.1. Tipo de Estudo

Este é um estudo observacional, do tipo transversal, descritivo e inferencial.

6.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos:

- Alunos do 5º ano de escolaridade;

- Alunos de quatro escolas de Portugal:
 - Agrupamento de escolas da Gafanha da Encarnação – Aveiro;
 - Agrupamento de escolas Pêro Vaz de Caminha – Porto;
 - Escola Dom Pedro IV – Lisboa;
 - Agrupamento Vertical de escolas D.Manuel I – Tavira;
- Alunos com autorização do encarregado de educação;
- Alunos autorizados que quiseram colaborar;
- Alunos que entregaram o questionário preenchido nas datas previstas.

Foram excluídos:

- Alunos sem autorização do encarregado de educação;
- Alunos que não quiseram participar.

6.3. Descrição e Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por alunos do 5º ano de escolaridade de diferentes escolas de Portugal, Agrupamento de escolas da Gafanha da Encarnação – Aveiro (58 alunos), Agrupamento de escolas Pêro Vaz de Caminha – Porto (16 alunos), Escola Dom Pedro IV – Lisboa (47 alunos) e Agrupamento Vertical de escolas D.Manuel I – Tavira (22 alunos).

Para a realização do estudo contou-se com a participação de uma amostra constituída por 143 indivíduos (N = 143).

6.4. Instrumento de Medida

Utilizou-se um questionário, complementado com uma breve explicação sobre o estudo, bem como, um consentimento informado para que os encarregados de educação pudessem autorizar a participação dos seus educandos.

Os questionários foram entregues aos diretores de turma, tendo sido estes os responsáveis pela entrega e recolha dos mesmos a cada turma do 5ºano. Posteriormente foram recolhidos, na escola onde tinham sido entregues, os questionários preenchidos e assinados pelos encarregados de educação.

Para que o questionário fosse válido, em termos éticos, foram adotadas algumas estratégias na aplicação deste, operacionalizadas através dos seguintes procedimentos: o questionário era confidencial, sendo preenchido em regime de anonimato; era solicitado que as respostas correspondessem às opiniões reais dos inquiridos; aos professores envolvidos na distribuição dos questionários foi-lhes explicado o âmbito e caráter deste estudo.

6.5. Procedimentos Estatísticos

O tratamento estatístico da informação obtida a partir da aplicação do inquérito por questionário foi efetuado através da criação de uma base de dados na versão 20.0 do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), para o Microsoft Windows, para introduzir os dados segundo o sistema de codificação pré estabelecido, de forma a identificar cada variável.

No que diz respeito ao tratamento estatístico, utilizou-se a inferência estatística como mecanismo de apresentação dos cálculos dos diferentes parâmetros estatísticos descritivos, de forma a analisar os dados referentes à amostra. Recorreu-se à média como medida de tendência central (caracterizam o valor da variável em estudo que ocorre com mais frequência), ao desvio padrão como medida de dispersão (afere o grau de consenso entre os inquiridos) para as variáveis quantitativas e às tabelas de frequências e respetivos valores percentuais, para as variáveis em escala nominal.

Em seguida (com o objetivo de perceber se existem relações significativas entre as escolas e as diferentes variáveis) procedeu-se a testes de χ^2 ($\alpha=0,05$) utilizando o coeficiente mais adequado às variáveis. Com as seguintes hipóteses:

H_0 : o comportamento dos alunos das diferentes escolas é igual

vs.

H_1 : o comportamento dos alunos das diferentes escolas não é igual

7. Resultados

7.1. Género

Do total dos 143 alunos estudados, 79 (55,24%) são do sexo feminino e 64 (44,76%) do sexo masculino como demonstrado na Figura 1.

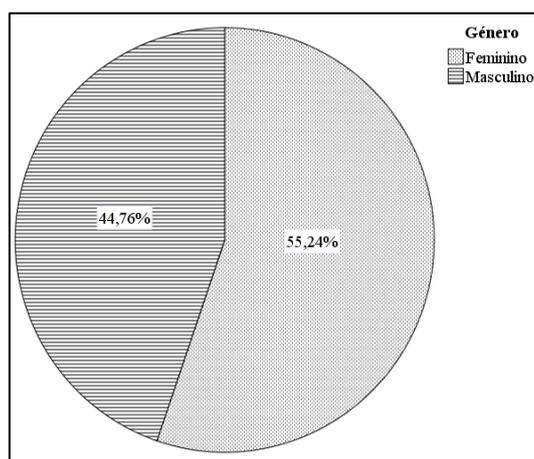


Figura 1: Distribuição da amostra por género

7.2. Escolas em Estudo

As 143 crianças estudadas estão distribuídas por 4 escolas da seguinte forma: 40,6% pertencem à escola de Aveiro, 32,9% escola de Lisboa, 15,4% escola do Porto e 11,2% escola do Algarve (Figura 2).

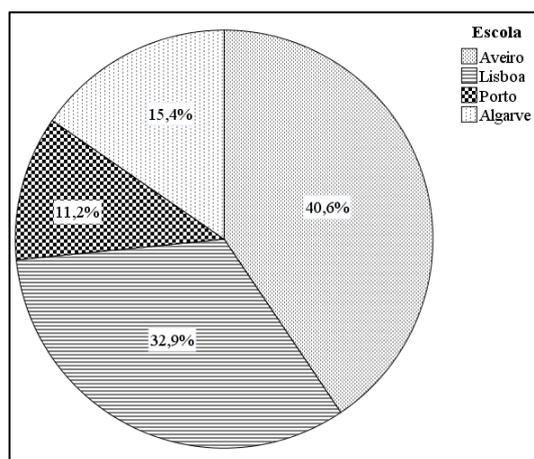


Figura 2: Distribuição da amostra pelas respetivas escolas

7.3. Idades

As idades dos alunos estão compreendidas entre os 10 e 13 anos de idade, como se mostra na Figura 3 e apresentam uma média±desvio-padrão ($10,66 \pm 0,733$) de anos. Pode-se verificar que 47,6% dos alunos têm 10 anos de idade e 41,3% 11 anos, perfazendo quase a totalidade da amostra. Apenas 11,2% têm idades superiores (9,1% têm 12 anos e 2,1% 13 anos de idade), demonstrando que praticamente todos os alunos frequentam o ano correto.

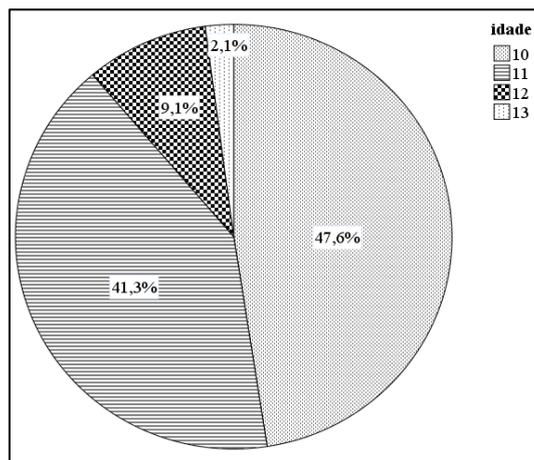


Figura 3: Distribuição da amostra por idades

7.4. Resultados das Respostas ao Questionário

As respostas foram divididas em 4 grupos distintos, sendo eles, grupo I relativo à Higiene Oral que engloba as questões 1-15, grupo II sobre as idas ao Médico Dentista (questões 16-20), grupo III sobre a alimentação (questões 21-24) e o grupo IV relacionado com a participação em ações de saúde oral (questões 25-28) (Anexo III).

Grupo I – Hábitos de Higiene Oral

Para avaliar as diferenças comportamentais de higiene oral entre os inquiridos analisaram-se as respostas às seguintes perguntas:

Perguntas 1, 2 e 3: “Costumas escovar os dentes?”, “Quando escovas os dentes costumamos utilizar pasta fluoretada?” e ” Costumas escovar os dentes sozinho?”

No geral a maioria dos entrevistados (97,9%) têm por hábito escovar os dentes (Figura 4) e 99,3%, quando o fazem utilizam pasta de dentes fluoretada (Figura 5). Uma grande percentagem dos alunos (91,6%) referem ainda que escovam os dentes sozinhos (Figura 6 e Tabela 1).

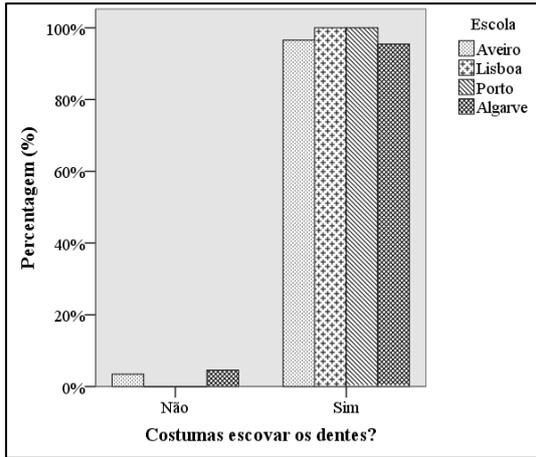


Figura 4: Percentagem de respostas à questão “Costumas escovar os dentes?” discriminado por escolas

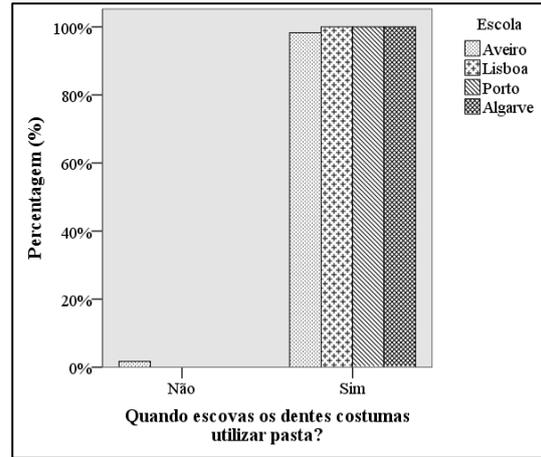


Figura 5: Percentagem de respostas à questão “Quando escovas os dentes costumamos utilizar pasta?” discriminado por escolas

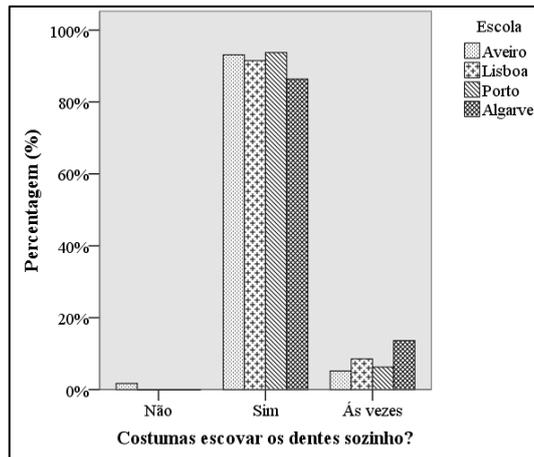


Figura 6: Percentagem de respostas à questão “Costumas escovar os dentes sozinho?” discriminado por escolas

Tabela 1: Tabela de contingência da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Costumas escovar os dentes sozinho?”

Costumas escovar os dentes sozinho	Frequência	Porcentagem
Sim	131	91,6
Não	1	0,7
Às vezes	11	7,7
Total	143	100,0

Apesar de existir alguma percentagem dos inquiridos que não escovam os dentes e não usam pasta fluoretada, os resultados mostram que não existe relação entre estas variáveis e as escolas em que os alunos se encontram a estudar (Anexo VII).

Pergunta 4: “Quantas vezes por dia escovas os dentes?”

A maioria da amostra refere escovar os dentes entre uma ou duas vezes por dia (Tabela 2 e Figura 7). Numa análise mais detalhada da Tabela 2 verifica-se que cerca de 31,7% escovam os dentes uma vez por dia, 54,9% duas e apenas 8,5% o fazem três ou mais vezes. Dos alunos que escovam os dentes, 4,9% não o fazem todos os dias.

Tabela 2: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências com que escovam os dentes

Frequência de escovagem	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	7	4,9
Uma	45	31,7
Dois	78	54,9
Três ou mais	12	8,5
Total	142	100,0

Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças

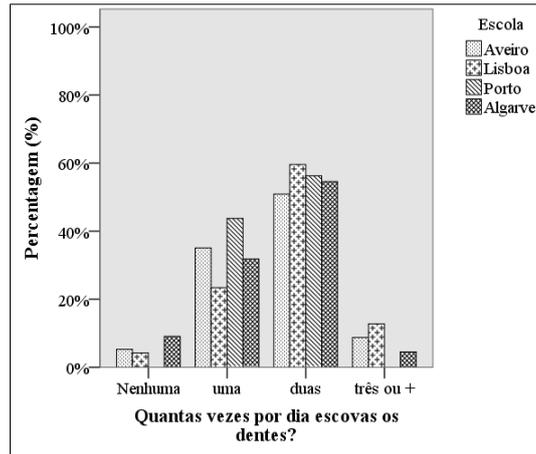


Figura 7: Frequência de respostas à questão “Quantas vezes por dia escovas os dentes?” discriminado por escolas

Na variável “Quantas vezes por dia escovas os dentes?” apesar de não existir relação entre o número de vezes que escovam os dentes e as escolas que frequentam (Anexo VII), foi possível observar uma relação entre géneros e esta variável. Os resultados sugerem que poderá haver alguma relação entre o facto de ser rapariga e escovar mais vezes os dentes. Como se pode verificar na Tabela 3 a maioria das raparigas escova os dentes duas vezes por dia mas os rapazes distribuem-se entre uma ou duas vezes por dia. O teste de χ^2 mostra um p-value=0,060 que apesar de não ser inferior a 0,05 está suficientemente próximo para se suspeitar de uma relação entre estas variáveis (Tabela 4).

Tabela 3: Tabela de contingência da distribuição dos géneros pela frequência com que escovam os dentes

Frequência de escovagem	Género		Total
	Feminino	Masculino	
Nenhuma	1	6	7
Uma	22	23	45
Duas	49	29	78
Três ou +	6	6	12
Total	78	64	142

Tabela 4: Resultados dos testes de χ^2 relacionando a variável dependente “Quantas vezes por dia escovas os dentes?” com o género. * valor significativo para $\alpha=0,05$

Variável dependente	p-value
Quantas vezes por dia escovas os dentes?	0,060

Pergunta 5: “Onde aprendeste a escovar os dentes?”

No que respeita a onde aprenderam a escovar os dentes, os alunos tiveram que escolher entre as hipóteses de escola, casa, dentista ou sozinhos. Na maioria os alunos responderam que aprenderam em casa, apesar de alguns referirem a escola ou o dentista, mas nenhum aprendeu a escovar os dentes sozinho (Figura 8 - Figura 11).

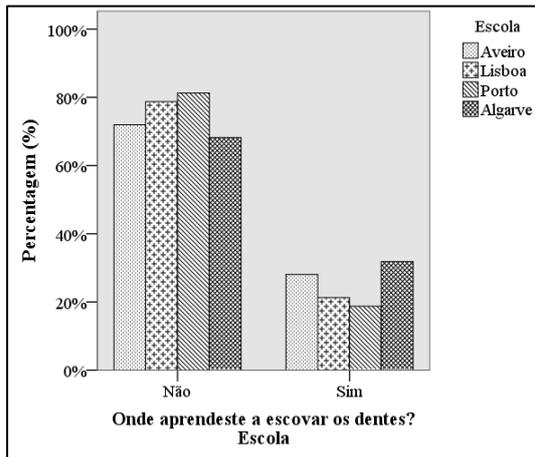


Figura 8: Percentagem de respostas à questão “Onde aprendeste a escovar os dentes? **Escola**” discriminado por escolas

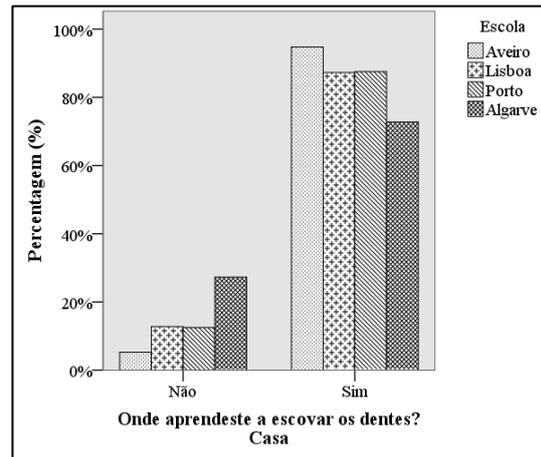


Figura 9: Percentagem de respostas à questão “Onde aprendeste a escovar os dentes? **Casa**” discriminado por escolas

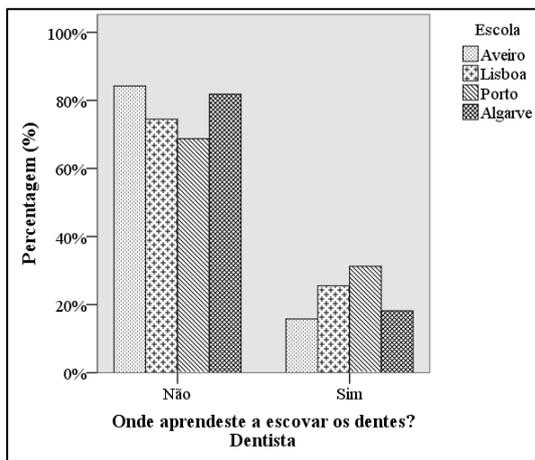


Figura 10: Percentagem de respostas à questão “Onde aprendeste a escovar os dentes? **Dentista**” discriminado por escolas

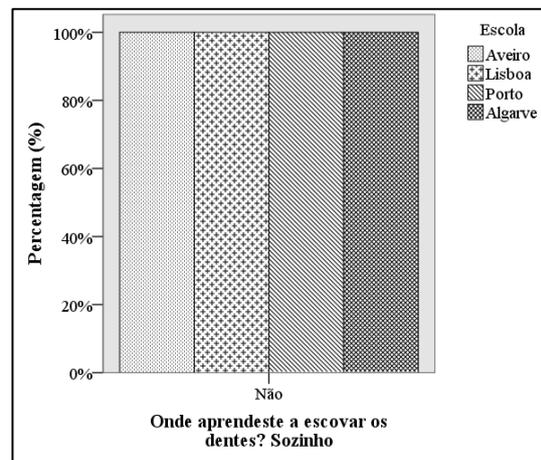


Figura 11: Percentagem de respostas à questão “Onde aprendeste a escovar os dentes? **Sozinho**” discriminado por escolas

Nesta variável também se verificou que embora não houvesse relação do local onde aprenderam a escovar os dentes e a escola que frequentam (Anexo VII), existe relação entre o facto de ser rapariga/rapaz e o local onde aprenderam. As raparigas referem mais

vezes em casa (72 raparigas afirmam ter aprendido a escovar os dentes em casa comparando com os 53 rapazes que afirmam o mesmo) (Tabela 5).

Tabela 5: Tabela de contingência das frequências de respostas à pergunta” Onde aprendeste a escovar os dentes?” discriminados por género

Onde aprendeste a escovar os dentes?		Género		Total
		Feminino	Masculino	
- Escola	Não	59	47	106
	Sim	19	17	36
Total		78	64	142
- Dentista	Não	60	52	112
	Sim	18	12	30
Total		78	64	142
- Casa	Não	6	11	17
	Sim	72	53	125
Total		78	64	142
- Sozinho	Não	79	64	143
	Sim	0	0	0
Total		79	64	143

Pergunta 6: “Achas importante escovar os dentes?”

Da totalidade da amostra verificou-se que 98,6% consideram importante escovar os dentes (Tabela 6).

Tabela 6: Tabela de frequência da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Achas importante escovar os dentes?”

Achas importante escovar os dentes	Frequência	Percentagem
Não	2	1,4
Sim	141	98,6
Total	143	100,0

Para tentar perceber se os alunos que não escovam os dentes foram os mesmos que não acham importante fazê-lo, procedeu-se à análise cruzada dos resultados. Estes resultados mostraram que apenas 1 aluno respondeu negativamente às duas perguntas, ou seja, não escova os dentes nem acha importante fazê-lo (Tabela 7).

Tabela 7: Tabela de contingência da distribuição dos alunos pelas respostas às perguntas “Costumas escovar os dentes” e “Achas importante escovar os dentes?”

		Achas importante escovar os dentes?		Total
		Não	Sim	
Costumas escovar os dentes?	Não	1	2	3
	Sim	1	139	140
Total		2	141	143

No que respeita à comparação entre escolas os resultados mostram que no Algarve e Aveiro existe uma percentagem mínima de alunos que não consideram importante escovar os dentes ao contrário dos alunos de Lisboa e do Porto (Figura 12). Apesar disso não foi detetada qualquer relação entre esta variável e as escolas, logo o comportamento é semelhante entre escolas (Anexo VII).

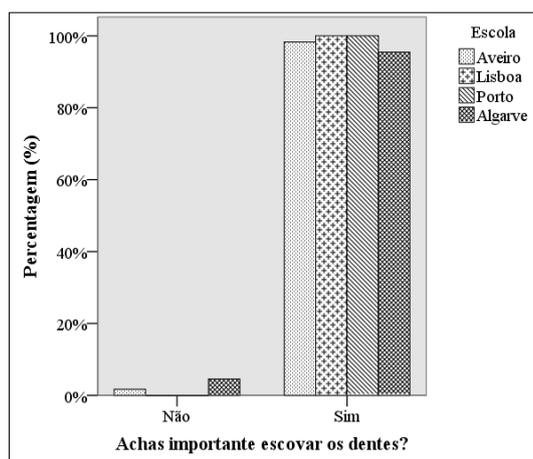


Figura 12: Percentagem de respostas à questão “Achas importante escovar os dentes?” discriminado por escolas

Pergunta 7: “Em que altura do dia escovas os dentes?”

À pergunta “Em que altura do dia escovas os dentes?”, os alunos tiveram que optar por manhã, tarde e/ou noite. A maioria dos inquiridos respondeu manhã ou noite ou manhã e noite. No período da tarde a maioria dos inquiridos afirmam não escovar os dentes (Figura 13- Figura 15). Mais uma vez não foi detetada qualquer relação entre estas variáveis e as escolas, logo o comportamento é semelhante entre escolas (Anexo VII).

Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças

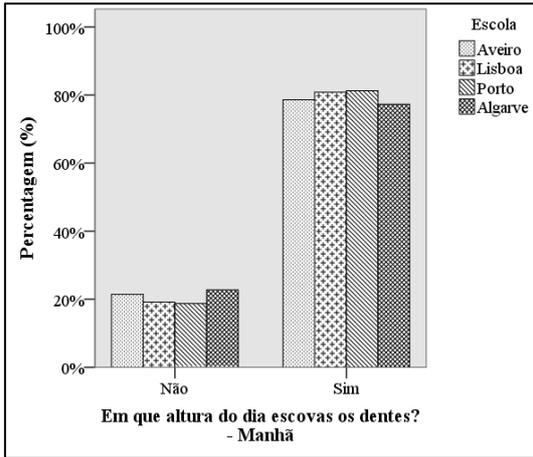


Figura 13: Percentagem de respostas à questão “Quando escovas os dentes? **Manhã**” discriminado por escolas

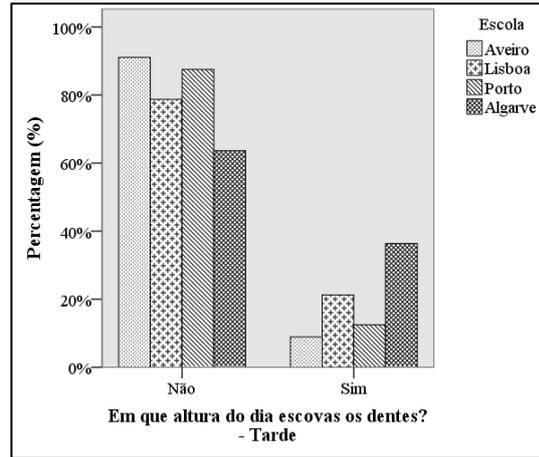


Figura 14: Percentagem de respostas à questão “Quando escovas os dentes? **Tarde**” discriminado por escolas

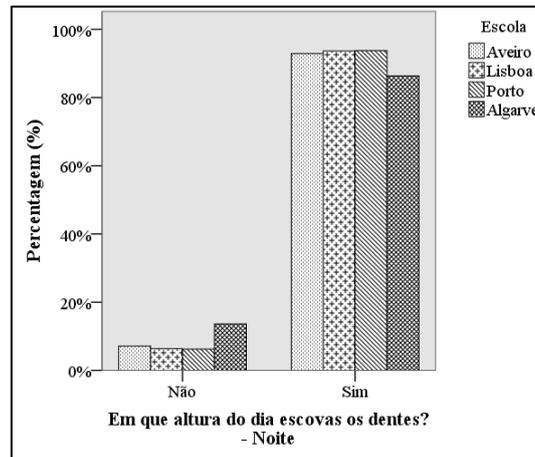


Figura 15: Percentagem de respostas à questão “Quando escovas os dentes? **Noite**” discriminado por escolas

Perguntas 8 e 9: “Tens uma escova de dentes só para ti?” e “ Usas escova elétrica ou manual?”

Outros hábitos avaliados foram a existência de uma escova de dentes exclusiva para cada uma das crianças, onde a maioria indicou que têm uma escova só sua. Foi ainda questionado se os alunos utilizavam escova manual ou elétrica, onde se verificou que 85,8% têm escova manual, sendo esta utilizada em maior percentagem pelos alunos das escolas de Aveiro e do Algarve (Tabela 8, Figura 16 e Figura 17).

Tabela 8: Tabela de frequência da distribuição dos alunos pelas frequências da resposta à pergunta “Usas escova elétrica ou manual?”

Usas escova elétrica ou manual?	Frequência	Percentagem
Elétrica	20	14,2
Manual	121	85,8
Total	141	100,0

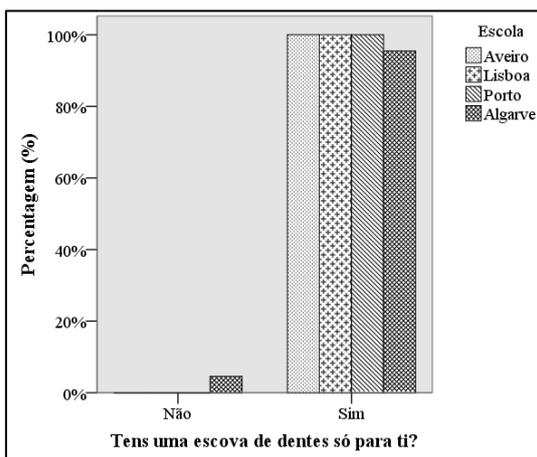


Figura 16: Percentagem de respostas à questão “Tens uma escova só para ti?” discriminado por escolas

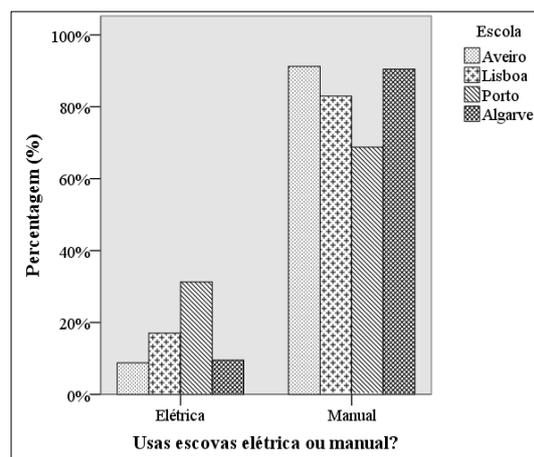


Figura 17: Percentagem de respostas à questão “Usas escovas elétrica ou manual?” discriminado por escolas

Também para estas variáveis não se verificou relação entre elas e a escolas que os alunos frequentam (Anexo VII).

Pergunta 10: “Costumas escovar a língua?”

Quanto à percentagem de crianças que escovam a língua temos 67,6% que responderam afirmativamente (Tabela 9), mas a percentagem de respostas afirmativas são mais elevadas na escola do Porto e mais baixas na escola do Algarve (Figura 18), mas não se verificou qualquer relação entre este comportamento e a escola que os alunos frequentam (Anexo VII).

Tabela 9: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Costumas escovar a língua?”

Costumas escovar a língua	Frequência	Percentagem
Não	46	32,4
Sim	96	67,6
Total	142	100,0

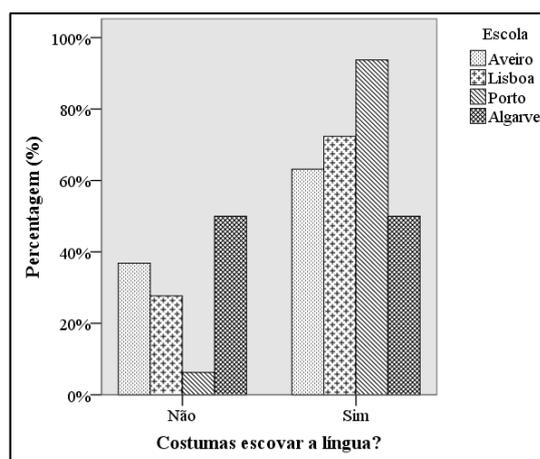


Figura 18: Percentagem de respostas à questão “Costumas escovar a língua?” discriminado por escolas

Pergunta 11: “Na escola costumam escovar os dentes?”

Através da análise da Tabela 10 pode-se constatar que quase a totalidade da amostra refere não escovar os dentes na escola (97,9%). No entanto, uma percentagem mínima de alunos da escola de Aveiro e Lisboa referem o contrário (Figura 19). Também neste caso não há diferenças significativas entre a variável e as escolas que os alunos frequentam (Anexo VII).

Tabela 10: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Na escola costumam escovar os dentes?”

Na escola costumam escovar os dentes	Frequência	Percentagem
Não	139	97,9
Sim	3	2,1
Total	142	100,0

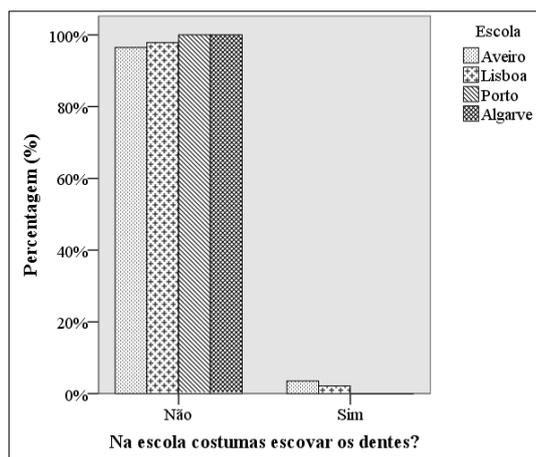


Figura 19: Percentagem de respostas à questão “Na escola costumam escovar os dentes?” discriminado por escolas

Pergunta 12: “Usas o fio dentário?”

O uso do fio dentário parece não estar tão enraizado como a escovagem da língua, pois a maioria dos inquiridos admitem não usar fio dentário, sendo essa percentagem maior na escola do Algarve e Aveiro (Tabela 11 e Figura 20). No entanto, também neste caso não se verificou diferenças comportamentais entre escolas (Anexo VII).

Tabela 11: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Usas o fio dentário?”

Usas o fio dentário	Frequência	Percentagem
Não	94	66,2
Sim	48	33,8
Total	142	100,0

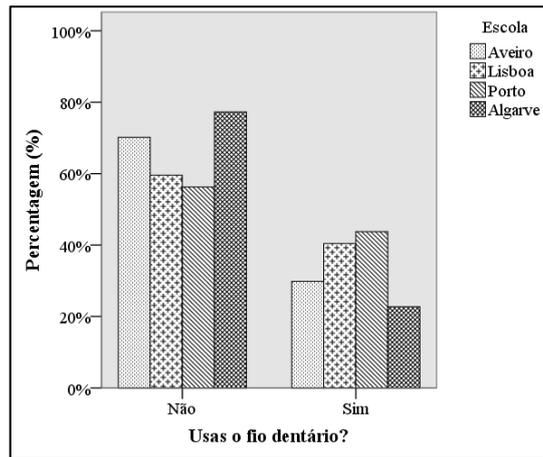


Figura 20: Percentagem de respostas à questão “Usas fio dentário?” discriminado por escolas

Pergunta 13 e 14: “Sabes o que é um escovilhão?”, “Se sim, costumavas usar o escovilhão?”

Quanto a esta questão pode-se verificar que os alunos não têm grandes conhecimentos, pois da totalidade da amostra, 143 alunos, a maioria (77 alunos) refere não saber o que é o escovilhão (Figura 21e Tabela 12), e para além disso 20 alunos não responderam a uma destas questões. Foi ainda possível ainda pela análise da Figura 22 e Tabela 12 constatar que dos 46 alunos que dizem saber o que é um escovilhão apenas 14 o utilizam.

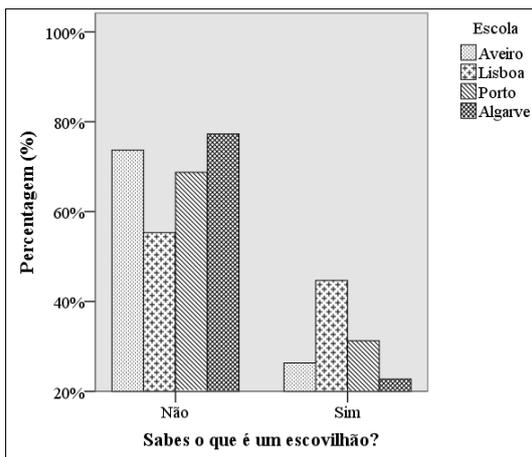


Figura 21: Percentagem de respostas à questão “Sabes o que é um escovilhão?” discriminado por escolas

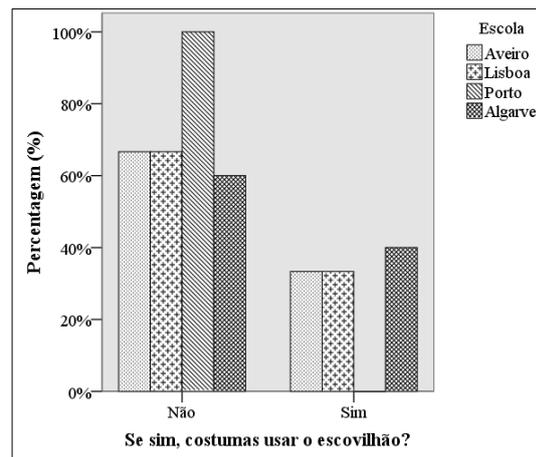


Figura 22: Percentagem de respostas à questão “Se sim, costumavas usar um escovilhão?” discriminado por escolas

Tabela 12: Tabela de contingência da distribuição dos alunos pelas respostas às perguntas “Sabes o que é um escovilhão” e “Se sim, costumavas usar um escovilhão?”

		Se sim, costumavas usar um escovilhão?		Total
		Não	Sim	
Sabes o que é um escovilhão?	Não	77	0	77
	Sim	32	14	46
Total		109	14	123

Pergunta 15: “Depois de escovares os dentes costumavas bochechar com algum líquido (sem ser água)?”

Sobre a utilização de soluções de bochecho 55,6% das crianças referem utilizá-lo após escovar os dentes (Tabela 13).

Tabela 13: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Depois de escovares os dentes costumavas bochechar com algum líquido (sem ser água)?”

Depois de escovares os dentes costumavas bochechar com algum líquido (sem ser água)	Frequência	Porcentagem
Não	63	44,4
Sim	79	55,6
Total	142	100,0

Da totalidade da amostra que respondeu a esta questão e dividindo os alunos pelas respetivas escolas, é possível verificar que a percentagem de respostas negativas são maiores nos alunos do Porto (Figura 23), sem que se verifique relação entre as variáveis e o local onde os alunos estudam (Anexo VII).

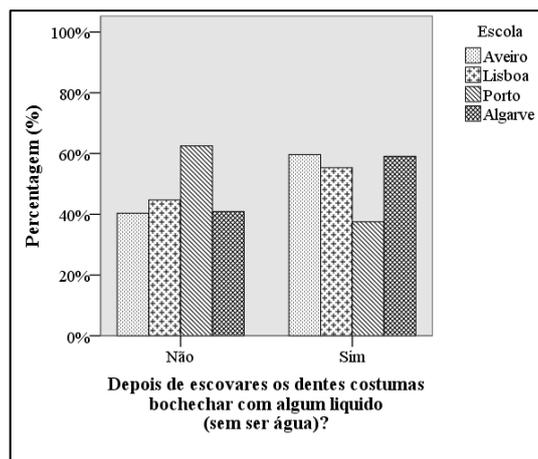


Figura 23: Percentagem de respostas à questão “Costumas bochechar com algum liquido sem ser água?” discriminado por escolas

Relativamente à comparação entre escolas e as respostas ao questionário e, no que diz respeito à higiene oral, constatou-se que não existem diferenças significativas entre a escola que frequentam e o conhecimento e atitudes que têm perante a higiene oral (Anexo VII).

Grupo II – Idas ao Dentista

Perguntas 16 e 17: “Já alguma vez foste ao dentista?” e “Se sim, gostaste de lá ir?”

Quando questionados sobre quando iam ao médico dentista os resultados mostram que dos 143 alunos (75,4%) já foram três ou mais vezes, sugerindo que vão com frequência ao dentista, no entanto 6,3% nunca foram (Tabela 14).

Tabela 14: Tabela de contingência da distribuição dos alunos pela frequência com que vão ao dentista

Ida ao Dentista	Frequência	Percentagem
Nenhuma	9	6,3
Uma	11	7,7
Duas	15	10,6
Três ou mais	107	75,4
Não Respondeu	1	0,7
Total	143	100,0

Ao avaliar a relação entre o número de vezes que se foi ao dentista (Figura 24) e a variável escola, os resultados mostram que não existe relação entre elas. Os comportamentos são semelhantes entre escolas (Anexo VII).

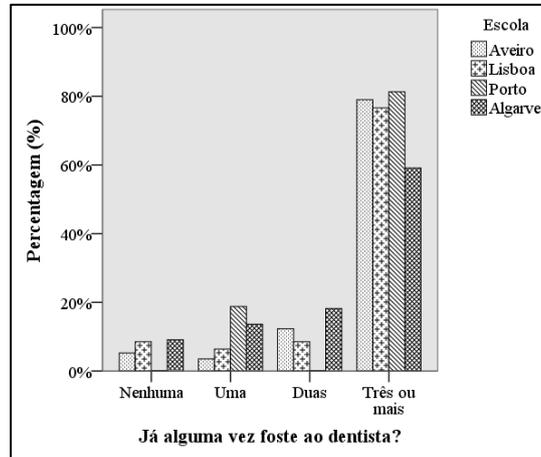


Figura 24: Percentagem de respostas à questão “Já alguma vez foste ao dentista?” discriminado por escolas

A Tabela 15 mostra a percentagem de alunos que foram ou não ao dentista e quantas vezes o fizeram discriminado por género. Os resultados mostram que a grande maioria dos alunos já foram ao dentista pelo menos uma vez, no entanto a maior percentagem de respondentes afirmaram ter ido três ou mais vezes. Ainda analisando a Tabela 15 verifica-se que as raparigas têm comportamentos muito distintos, isto é, ou vão muito ao dentista (três ou mais vezes) ou não vão. Já os rapazes distribuem-se da seguinte forma, ir duas ou três ou mais vezes, embora em menor número que as raparigas.

Tabela 15: Tabela de frequências da distribuição dos géneros pela frequências com que vão ao dentista

Ida ao Dentista	Género		Total
	Feminino	Masculino	
Nenhuma	7	2	9
Uma	7	4	11
Duas	4	11	15
Três ou +	61	46	107
Total	79	63	142

Através da análise da Tabela 16 pode-se dizer que parece haver relação entre a frequência com que se vai ao dentista e ser rapariga ou rapaz, pois o grau de significância está ligeiramente acima do considerado ($\alpha= 0,05$).

Tabela 16: Resultados dos testes de χ^2 relacionando a variável dependente com o género do aluno

Variável dependente	p-value
Já alguma vez foste ao dentista?	0,064

Dos alunos que afirmam já ter ido ao dentista 115 (87,8%) referem ter gostado de lá ir (Tabela 17). Pode ainda verificar-se que mais uma vez na escola do Algarve e Aveiro existe uma maior percentagem de alunos que indica não ter gostado de lá ir (Figura 25), no entanto, também aqui não há relação entre o facto de gostar de ir ao dentista e a escola que frequentam (Anexo VII).

Tabela 17: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Se sim, gostaste de lá ir?”

“Se sim, gostaste de lá ir?”	Frequência	Percentagem
Não	16	12,2
Sim	115	87,8
Total	131	100,0

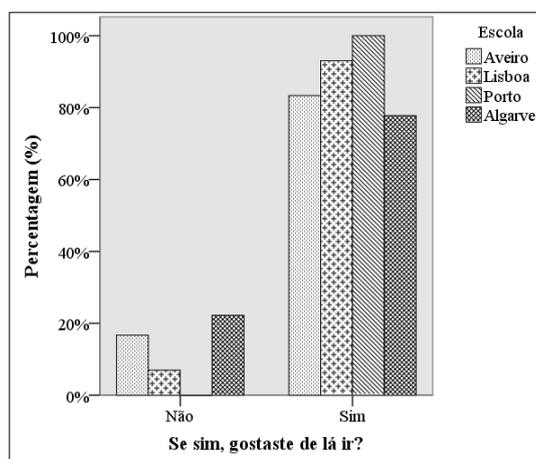


Figura 25: Percentagem de respostas à questão “Se sim, gostaste de lá ir?” discriminado por escolas

Pergunta 18: “Achas importante ir ao dentista?”

A maioria da amostra 98,6% consideram importante ir ao dentista (Tabela 18). Como se pode ver na Figura 26 um número mínimo de alunos das escolas de Aveiro e Algarve não consideram importante ir ao dentista.

Tabela 18: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Achas importante ir ao dentista?”

“Achas importante ir ao dentista?”	Frequência	Percentagem
Não	2	1,4
Sim	140	98,6
Total	142	100,0

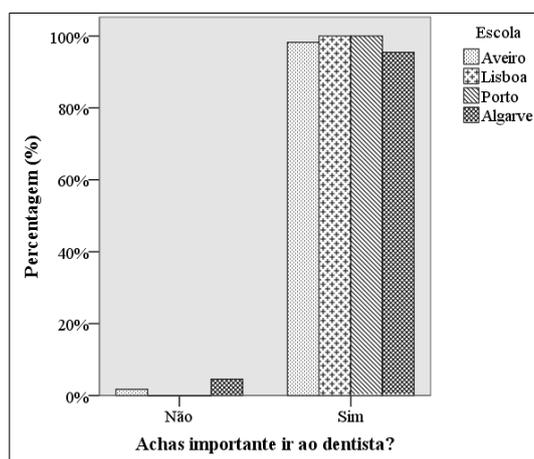


Figura 26: Percentagem de respostas à questão “Achas importante ir ao dentista?” discriminado por escolas

Analisando as respostas dadas pelos alunos pode dizer-se que também aqui não há relação entre o facto de acharem importante ir ao dentista e a escola que frequentam (Anexo VII).

Pergunta 19: “Já tiveste dor de dentes?”

Da totalidade da amostra 59,9% indicam já ter tido dor de dentes, como se pode verificar na Tabela 19. Das diferentes escolas e analisando a Figura 27 pode-se verificar que nas escolas de Lisboa e Porto os alunos indicam ter tido menos dor de dentes.

Tabela 19: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Já tiveste dor de dentes?”

“Já tiveste dor de dentes?”	Frequência	Percentagem
Não	57	40,1
Sim	85	59,9
Total	142	100,0

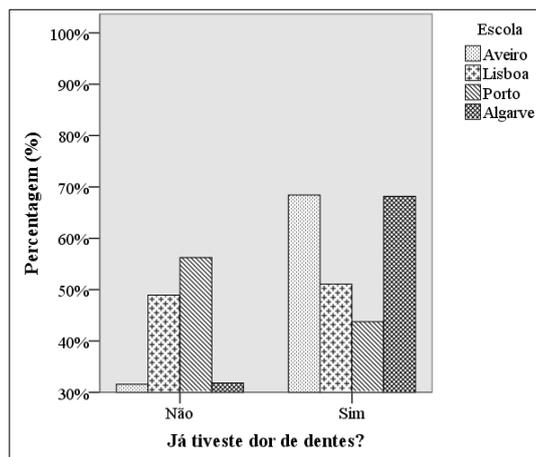


Figura 27: Percentagem de respostas à questão “Já tiveste dor de dentes?” discriminado por escolas

Com o objetivo de perceber se as idas ao dentista estão relacionadas com ter ou não dor de dentes foi realizado um teste de χ^2 utilizando o coeficiente de contingência cujo resultado mostrou que as variáveis são independentes $p\text{-value}=0,269$ ($\alpha=0,05$). Isto é, não há relação entre ter/ não ter dor de dentes e ir às consultas (Tabela 20 e Tabela 21).

Tabela 20: Tabela de frequências da distribuição dos géneros pela frequências com que vão ao dentista

Já alguma vez foste ao dentista?	Já tiveste dor de dentes?		Total
	Não	Sim	
Nenhuma	6	3	9
Uma	5	6	11
Duas	4	11	15
Três ou +	42	65	107
Total	57	85	142

Tabela 21: Resultados dos testes de χ^2 relacionando as variáveis dependentes

Variável	p-value
“Já alguma vez foste ao dentista?” e “Já tiveste dor de dentes?”	0,269

Pergunta 20: “Sabes o que é a cárie dentária?”

Uma grande percentagem (94,4%) dos alunos referem saber o que é a cárie dentária (Tabela 22).

Tabela 22: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Sabes o que é a cárie dentária?”

“Sabes o que é a cárie dentária?”	Frequência	Percentagem
Não	8	5,6
Sim	134	94,4
Total	142	100,0

Comparando o conhecimento do que é a cárie dentária e a escola verifica-se que mais uma vez é nas escolas de Aveiro e do Algarve que uma pequena percentagem de alunos refere não saber o que é (Figura 28).

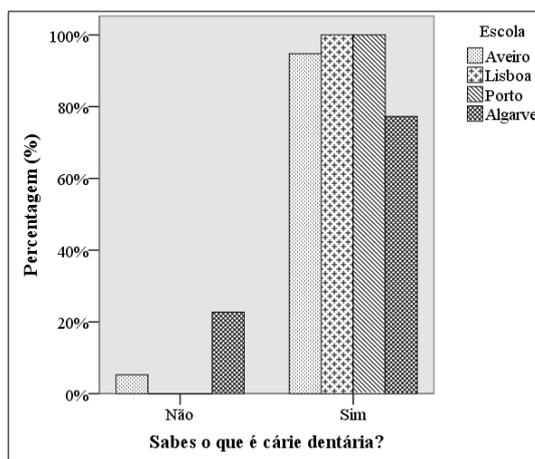


Figura 28: Percentagem de respostas à questão “Sabes o que é a cárie dentária?” discriminado por escolas

Verifica-se, não haver relação significativa entre a escola e o conhecimento que têm (Anexo VII).

Grupo III – Alimentação

Perguntas 21 e 22: “Costumas comer doces?” e “Se Sim, quando costumavas comer?”

No que diz respeito aos hábitos alimentares das crianças (no que concerne ao comer doces e ao número de vezes que o fazem) a Figura 29 mostra que a maioria come doces uma a três vezes por semana, embora a percentagem seja menor para os que comem doces três vezes por semana. Os resultados dos testes de inferência estatística mostram que não existe relação entre as escolas e o número de vezes que se come doces, sugerindo que o comportamento é semelhante em todas as escolas (Anexo VII).

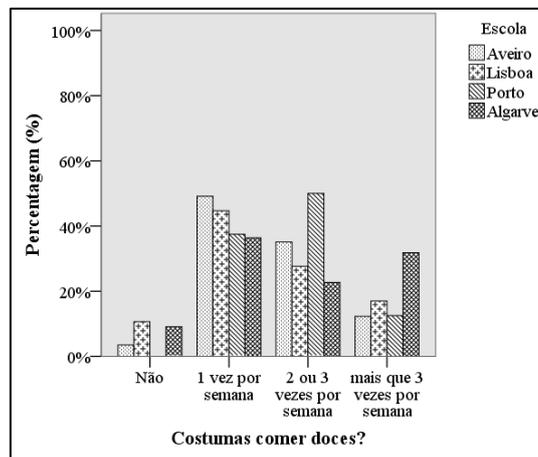


Figura 29: Percentagem de respostas à questão “Costumas comer doces?” discriminado por escolas

Quando inquiridos sobre a frequência e a que hora do dia comem doces, os alunos indicaram que comem doces após o almoço ou jantar, sugerindo que a maior parte das vezes os doces que ingerem são como sobremesa, ou seja, parte da refeição. No entanto, uma percentagem considerável admitiu comer doces entre as refeições e alguns até à noite, sugerindo que estes doces não fazem parte da refeição mas são ingeridos de um modo aleatório (Figura 30 – Figura 33).

Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças

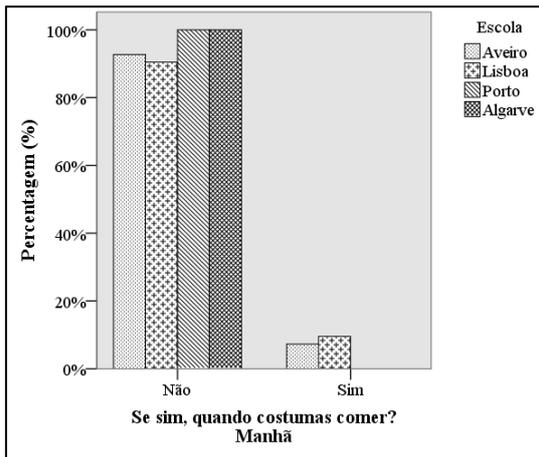


Figura 30: Percentagem de respostas à questão “Quando costumam comer doces? **Manhã**” discriminado por escolas

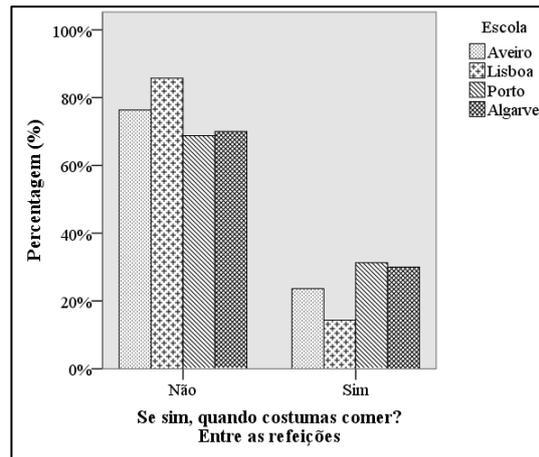


Figura 31: Percentagem de respostas à questão “Quando costumam comer doces? **Entre refeições**” discriminado por escolas

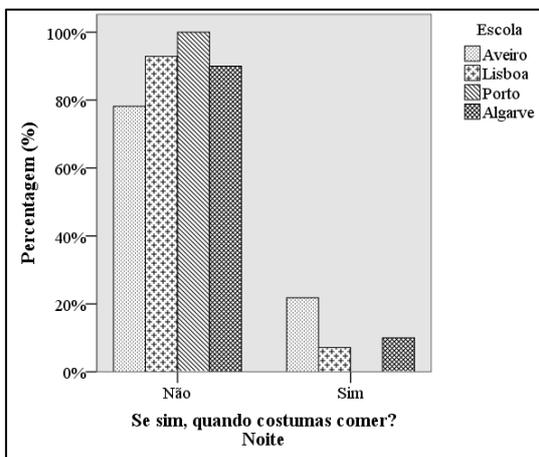


Figura 32: Percentagem de respostas à questão “Quando costumam comer doces? **Noite**” discriminado por escolas

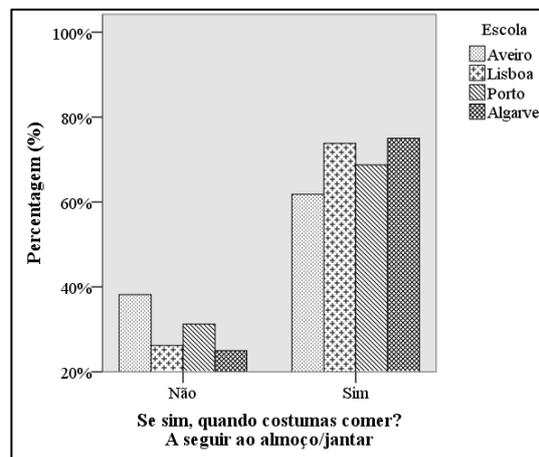


Figura 33: Percentagem de respostas à questão “Quando costumam comer doces? **A seguir ao almoço/ jantar**” discriminado por escolas

Mais uma vez os resultados revelam que não existe relação entre as escolas e a hora em que estes alunos comem doces, sugerindo que o comportamento é semelhante em todas as escolas (Anexo VII).

Dos 143 alunos que foram questionados quanto à frequência semanal da ingestão de doces, verificou-se que relativamente à alimentação existem diferenças significativas ($p\text{-value}=0,035$) no que diz respeito ao género (Tabela 23). Constatou-se que há mais raparigas que não ingerem doces (proporção 8:1) e das que os comem a maioria fá-lo apenas uma vez por semana (Tabela 24).

Tabela 23: Resultados dos testes de χ^2 relacionando as variáveis dependentes com o género do aluno. * valor significativo para $\alpha=0,05$

Variável dependente	p-value
Costumas comer doces?	0,035*

Tabela 24: Tabela de contingência da distribuição dos géneros pela frequência com que ingere doces

Ingestão de doces	Género		Total
	Feminino	Masculino	
Não	8	1	9
1 vez por semana	37	26	63
2 ou 3 vezes por semana	26	20	46
Mais que 3 vezes por semana	8	16	24
Total	79	64	143

Pergunta 23: “Achas que os doces fazem mal aos dentes?”

Embora a ingestão de doces seja feita entre uma a três vezes por semana (Figura 29), quase a totalidade da amostra, 140 alunos, acham que os doces fazem mal aos dentes (Figura 28).

Tabela 25: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Achas que os doces fazem mal aos dentes?”

“Achas que os doces fazem mal aos dentes?”	Frequência	Percentagem
Não	2	1,4
Sim	140	98,6
Total	142	100,0

Neste caso, uma minoria dos alunos das escolas do Porto e do Algarve consideram que os doces não fazem mal aos dentes (Figura 34).

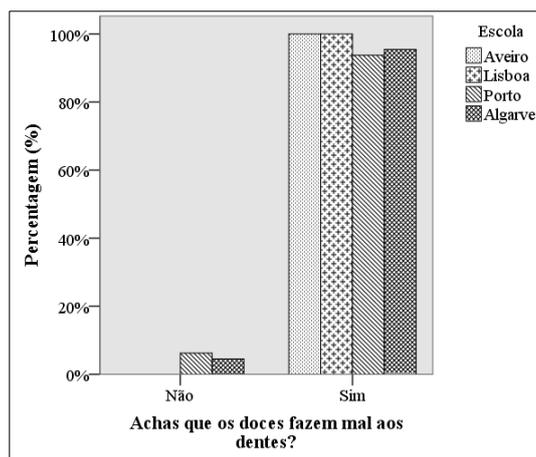


Figura 34: Percentagem de respostas à questão “Achas que os doces fazem mal aos dentes?” discriminado por escolas

Como se pode ver no Anexo VII também nesta variável não há diferenças significativas entre a opinião que têm e a escola que frequentam.

Pergunta 24: “Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar depois escovas os dentes?”

Uma pequena percentagem dos alunos, 5,6%, indicam que nunca escovam os dentes após comer ou beber alguma coisa antes de se deitarem. Por outro lado, 54,9% referem que o fazem sempre (Tabela 26).

Tabela 26: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar depois escovas os dentes?”

“Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar depois escovas os dentes?”	Frequência	Percentagem
Sempre	78	54,9
Às vezes	56	39,4
Nunca	8	5,6
Total	142	100,0

Analisando a Figura 35 verifica-se que, como já vem sendo demonstrado pela análise dos resultados anteriores, é nas escolas de Aveiro e Algarve que os alunos nunca escovam os dentes antes de se deitarem e após ter comido ou bebido alguma coisa. No

entanto, neste caso, também na escola de Lisboa uma minoria dos alunos refere não o fazer.

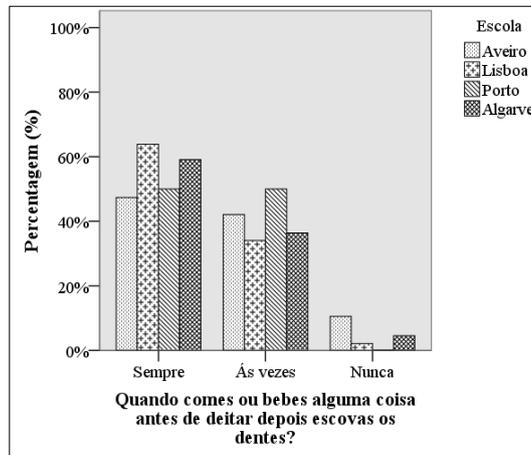


Figura 35: Percentagem de respostas à questão “Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar depois escovas os dentes?” discriminado por escolas

Mais uma vez não existe relação entre a ação e a escola que frequentam (Anexo VII).

Grupo IV – Ação de Saúde Oral

Perguntas 25 e 26: “Já alguma vez estiveste/participaste numa ação sobre saúde oral?” e “Se sim, mudaste o teu comportamento relativamente à higiene oral depois dessa ação?”

No que concerne à participação dos alunos inquiridos em ações sobre saúde oral, a Figura 36 revela que a maioria dos alunos já participou em ações desta natureza. Como em resultados anteriores, nas escolas de Aveiro e Algarve a percentagem de alunos que nunca esteve numa ação é superior às escolas de Lisboa e Porto. Os resultados mostram também que a maioria mudou o comportamento de higiene oral após a frequência destas ações. Mais uma vez se verifica que nas escolas de Aveiro e Algarve, os alunos para além de terem participado menos, daqueles que participaram uma percentagem maior não alterou o seu comportamento (Figura 37).

Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças

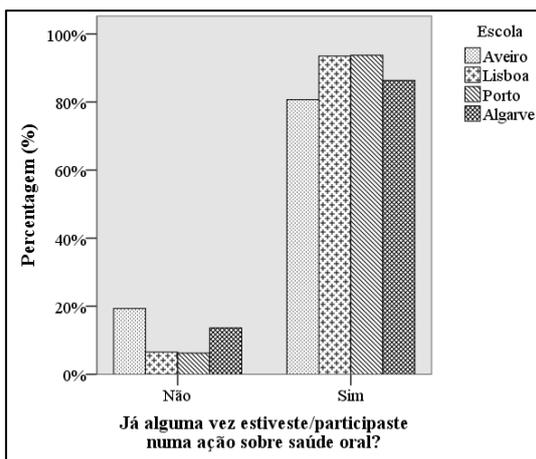


Figura 36: Percentagem de respostas à questão “Já participaste numa ação sobre saúde oral?” discriminado por escolas

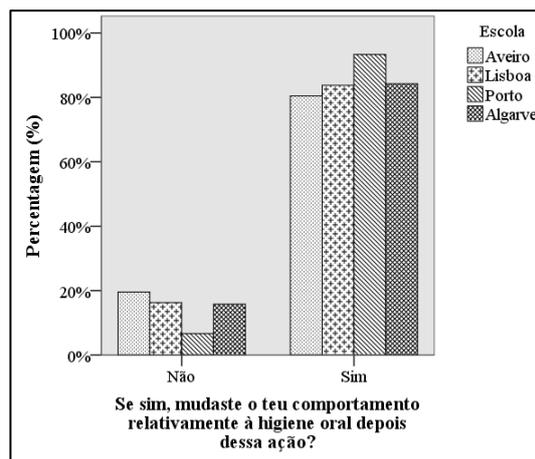


Figura 37: Percentagem de respostas à questão “Se sim, mudaste o teu comportamento?” discriminado por escolas

Apesar destes resultados nestas variáveis não existe relação entre a escola que frequentam e a resposta obtida (Anexo VII).

Pergunta 27: “Onde foi essa ação?”

Quanto à análise das respostas à variável “Onde foi essa ação?” (Tabela 27 e Figura 38) verificou-se que dos 143 alunos, 110 referem que foi na escola onde participaram numa ação sobre saúde oral e os restantes ou no dentista ou em outro local. Quinze alunos não responderam a esta questão.

Tabela 27: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Onde foi essa ação?”

Onde foi essa ação?	Frequência	Percentagem
Escola	110	85,9
Dentista	10	7,8
Outro	8	6,3
Total	128	100,0

Comparação de Comportamentos de Saúde Oral em Crianças

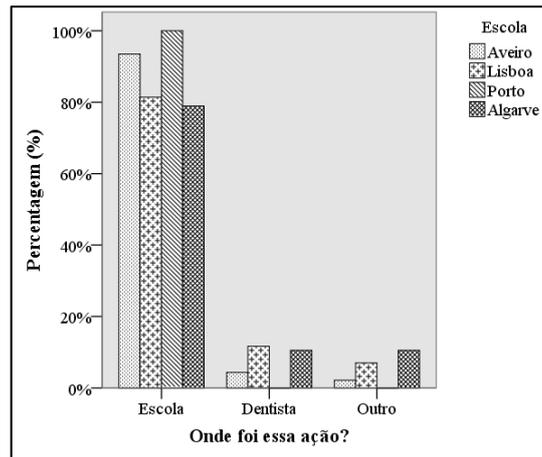


Figura 38: Percentagem de respostas à questão “Onde foi essa ação?” discriminado por escolas

Os resultados dos testes estatísticos sugerem que não existe qualquer relação entre estas variáveis e a escola que estes alunos frequentam, sugerindo que o comportamento é semelhante entre escolas (Anexo VII).

No que concerne à participação dos alunos inquiridos, constatou-se que existem diferenças muito significativas entre géneros (Tabela 28).

Tabela 28: Resultados dos testes de χ^2 relacionando as variáveis dependentes com o género do aluno. **muito significativo para $\alpha=0,05$

Variável dependente	p-value
Já alguma vez estiveste/participaste numa ação sobre saúde oral?	<0,001**
Se sim, mudaste o teu comportamento relativamente à higiene oral depois dessa ação?	<0,001**

As raparigas são quem mais assistiu a este tipo de ações, e das 75 que afirmaram já ter assistido, 70 referem que alteraram o seu comportamento relativamente à higiene oral, com uma percentagem de 93,3%. Por sua vez, os rapazes para além de assistirem menos, indicam ainda que apenas 68,75% alterou o seu comportamento (Tabela 29 e Tabela 30).

Tabela 29: Tabela de contingência da distribuição dos géneros pela frequências com que responderam à pergunta “Já alguma vez estiveste/participaste numa ação sobre saúde oral?”

Participei em ações:	Género		Total
	Feminino	Masculino	
Não	3	15	18
Sim	75	48	123
Total	78	63	141

Tabela 30: Tabela de contingência da distribuição dos géneros pela frequências com que responderam à pergunta “Se sim, mudaste o teu comportamento relativamente à higiene oral depois dessa ação?”

Alterei o comportamento	Género		Total
	Feminino	Masculino	
Não	5	15	20
Sim	70	33	103
Total	75	48	123

Pergunta 28: “Achavas importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na tua escola?”

Dos 143 alunos, quase a totalidade da amostra acha importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na escola (Tabela 31). Mais uma vez nas escolas de Aveiro e Algarve uma percentagem mínima não considera esse facto importante (Figura 39).

Tabela 31: Tabela de frequências da distribuição dos alunos pelas frequências das respostas à pergunta “Achavas importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na tua escola?”

“Achavas importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na tua escola?”	Frequência	Percentagem
Não	3	2,1
Sim	139	97,9
Total	142	100,0

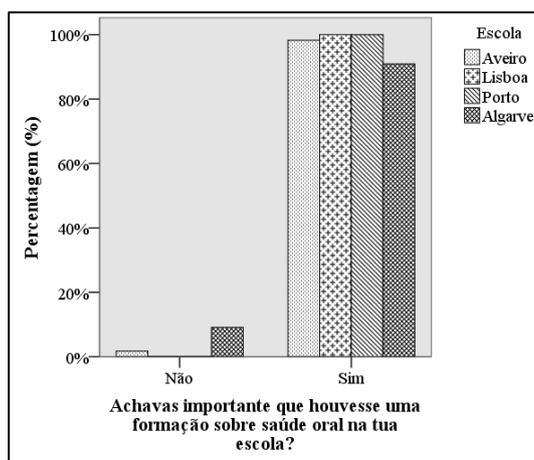


Figura 39: Percentagem de respostas à questão “Achavas importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na tua escola?” discriminado por escolas

8. Discussão

Hábitos de Higiene Oral

Pode-se verificar que os meios de instrução e motivação de higiene oral estão a ter efeitos positivos no que diz respeito ao hábito de escovagem, visto que a grande maioria dos intervenientes neste estudo (97,9%) afirmam escovar os dentes (Figura 4). Estes dados estão de acordo com os valores do estudo efetuado pela DGS (2008), em que cerca de 95% das crianças com 12 anos escovam os dentes. Os resultados, estão também de acordo com a investigação de Kasila *et al.* (2006) e de Costa *et al.*, (2008), uma vez que nestes estudos cerca de 90% das crianças afirmam escovar os dentes diariamente.

Os resultados obtidos no presente estudo mostram que 99,3% das crianças usam pasta fluoretada (Figura 5). Estes resultados poderão ser justificados pois a maior parte das pastas dentífricas comercializadas em Portugal contém flúor. Estes resultados foram também obtidos por Domingues no seu estudo, em 2006. Isto é um fator positivo pois o flúor é importante na remineralização dentária como já foi abordado e fundamentado anteriormente.

Em relação ao grau de autonomia com que as crianças escovam os dentes, 91,6% dos intervenientes afirmaram que escovam os dentes sozinhos (Tabela 1 e Figura 6). Como no estudo de Figueira e Leite (2008), 80% dos pais referem auxiliar a higiene oral dos filhos. Verifica-se que os resultados do presente estudo são contraditórios. Esta falta de vigia da escovagem dos dentes dos filhos demonstra alguma falta de cuidados por parte dos pais, em relação à higiene oral dos seus filhos. Mesmo que a supervisão da escovagem fosse só realizada às vezes, essa atitude permitiria que os pais estivessem mais atentos a possíveis alterações orais nos seus filhos e que mais depressa pudessem recorrer ao médico dentista. Dessa forma evitariam repercussões mais graves, devido ao desenvolvimento de lesões de cárie ou outras nos dentes dos seus filhos.

Do total da amostra a maior parte das crianças refere que escovam os dentes entre uma a duas vezes por dia (31,7% e 54,9% respetivamente). Em 4,9% das crianças não escovam os dentes ou então não o fazem habitualmente. Apenas 0,7% das crianças não souberam especificar quantas vezes escovam os dentes por dia (Tabela 2 e Figura 7), podendo assim ser incluídas no grupo anterior. Estas, indicam a falta de regularidade na

sua higiene oral, uma vez que não têm a percepção das vezes que o fazem. Teixeira (2006) apresenta resultados idênticos mostrando uma percentagem de 44,7% de crianças que escovam os dentes duas vezes por dia e 43,3% que o fazem apenas uma vez. Também a DGS (2008) no estudo a nível nacional verificou que 67% das crianças escovam os dentes duas ou mais vezes por dia. Num estudo realizado por Costa (2008) constatou-se que as crianças que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia apresentam menos cáries. Analisando as respostas verificou-se ainda que, neste caso, as raparigas escovam os dentes mais vezes que os rapazes pois, segundo Castillo *et al.* (2013) as crianças do género feminino tendem a demonstrar melhores comportamentos de higiene oral que os rapazes.

A maioria das crianças (88%) diz ter aprendido a escovar os dentes em casa (21,1% referem que o médico dentista explicou como se faz a escovagem dos dentes e 25,4% aprenderam na escola). As percentagens incluem crianças que responderam a mais do que uma via de aprendizagem da escovagem dos dentes (Figura 8-Figura 11). Esta conclusão vem corroborar o resultado da DGS (2008). Este refere que 60% das crianças com 12 anos afirmam ter aprendido a escovar os dentes em casa, seguido de 18% que indicam ter aprendido nas escolas e de 6% que indicam o consultório dentário. Este tipo de resultados poderá indicar que nunca foram ensinadas as técnicas corretas de higiene oral à maioria das crianças. Esta situação poderá dever-se à falta de procura por consultas de medicina dentária ou indicar que grande parte dos médicos dentistas, nas suas consultas, não ensinam quais as técnicas para uma higiene oral eficaz.

A escovagem dos dentes é importante pois foi comprovado que os meios mecânicos são efetivos para um adequado controle da placa, sendo a escova dentária o recurso mais comum e, frequentemente, o único que o paciente utiliza (Passos *et al.*, 2006; Sasan *et al.*, 2006). Esta afirmação está de acordo com os resultados obtidos no presente estudo em que 98,6% da amostra consideram importante escovar os dentes. No entanto, este resultado contradiz as respostas à pergunta “Costumas escovar os dentes?”, pois embora achem importante escovar os dentes, 2,1% referem não o fazer (Tabela 7).

Quanto à hora de escovagem dos dentes, a maior percentagem indica ser no período da manhã e noite (78,3% e 90,9% respetivamente) (Figura 13-Figura 15). Num estudo efetuado pela DGS (2008) refere-se que na zona centro do país 51% das crianças não têm por hábito escovar os dentes antes de deitar, resultado inverso ao obtido pois nas

escolas de Aveiro (zona centro Norte) e Lisboa (zona centro Sul) os alunos indicam escovar os dentes de manhã e/ou à noite. Também no estudo efetuado por Teixeira (2006), se obtiveram estes resultados pois 77,3% da amostra faz a escovagem dos dentes sempre antes de deitar. Assim, o comportamento dos alunos está correto pois segundo Melo et al. (2006) a escovagem noturna é a mais importante, pois durante a noite a produção de saliva é menor.

Quanto à partilha da escova de dentes, constatou-se que das 143 crianças inquiridas, 99,3%, responderam que não partilham a escova com ninguém (Figura 16), sendo este aspeto benéfico para a diminuição da progressão de doenças, pois as escovas iriam atuar como meio de proliferação e de transmissão de microrganismos de uma cavidade oral para outra (Sanches, M. *et al.*, 2001).

A revisão de estudos verificou que a oscilação com rotação das escovas elétricas (onde a cabeça da escova gira em um sentido e depois no outro) é melhor que a utilização de escovas manuais na remoção da placa bacteriana e redução da inflamação da gengiva (Robinson, 2001). No entanto, 85,8% da amostra referem usar escova manual, sendo esta percentagem maior nas escolas de Aveiro e Algarve (Figura 17), pois são escolas onde o nível socioeconómico é mais baixo.

Embora Areias *et al.* (2010) considere importante a escovagem da língua, pois esta auxilia na remoção da placa bacteriana, apenas 67,7% dos alunos indicam que o faz (Tabela 9). Estes dados indicam que poderá haver falta de informação sobre a importância da escovagem não só dos dentes como também da língua.

Embora fosse aconselhado que a partir dos três anos todas as crianças escovassem os dentes na escola, pois permite-lhes adquirir gradualmente responsabilidade de cuidar da sua higiene oral (DGS, 2005; Oom, 2012), constatou-se que 97,9% dos alunos em estudo não o fazem (Tabela 10). As escolas consideram que não há meios, nem supervisão suficiente para que todos os alunos pudessem escovar os dentes na escola após as refeições (Oom, 2012).

Lamentavelmente a maioria dos inquiridos admitem não usar fio dentário (Tabela 11 e Figura 20). Este resultado foi também obtido pela DGS (2008) num estudo realizado a crianças de 12 anos. No que diz respeito ao uso do escovilhão 77 alunos referem que

não sabem o que é e, dos que sabem apenas 14 (Tabela 12) o usam. O uso de fio dentário e do escovilhão são considerados complementos indispensáveis à higiene oral, pois permitem a higienização dos espaços interproximais onde a escova de dentes não consegue chegar (Oom, 2012). O facto de não usarem demonstra a falta de conhecimento e de informação sobre a importância da utilização destes utensílios como complemento de uma boa higiene oral, bem como a sua desmotivação (Macgregor, 2006). Nas escolas do Algarve e de Aveiro os resultados de utilização foram inferiores aos resultados das escolas de Lisboa e Porto, poderão estes resultados serem justificados pelo facto de nestas escolas o nível sócio económico ser mais baixo.

Quase metade da amostra 44,4% (Tabela 13) afirma não bochechar com nenhum líquido após escovar os dentes embora seja considerado como mais um método de manter uma boa higiene oral (Macgregor, 2006). Como tal, é necessário reforçar e motivar os alunos para a utilização de meios auxiliares para a manutenção de uma boa higiene oral, tanto fio dentário, como escovilhões e soluções de bochecho.

Idas ao Dentista

Em Portugal, a atividade clínica em saúde oral é maioritariamente privada, o que poderá explicar que 6,3% das crianças nunca tenham ido a uma consulta de dentária (Tabela 14). Esta percentagem é significativamente alta. Espera-se que diminua o número de crianças em idade escolar que nunca foram a uma consulta de medicina dentária, pois através da implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) há maior informação e acessibilidade aos serviços de saúde oral. Por outro lado, 75,4% afirmam que já foram três ou mais vezes ao dentista (Tabela 14). Almeida *et al.* (2003) verificou que 60% das crianças com 12 anos foram a consultas de medicina dentária uma vez por ano e que 13,3% nunca visitaram o médico dentista. Também Teixeira (2006) concluiu que 37,3% das crianças com 7 anos nunca foram a uma consulta de dentária e que dos que já foram 72,3% fizeram-no por razões preventivas.

Tendo em conta que é nas consultas de Medicina Dentária que o médico avalia o desenvolvimento da dentição e da oclusão de forma a garantir uma boa saúde oral, saúde geral e bem-estar e onde são fornecidas instruções não só aos pais ou responsáveis sobre como realizar a higiene oral mas também às próprias crianças é

essencial a sua ida a estas consultas (AAPD, 2007). Assim, verifica-se que 98,6% consideram importante ir ao dentista. Conclui-se que os inquiridos demonstram interesse pelo assunto (Tabela 18).

O estudo da DGS (2008) mostra que 28,9% das crianças com 12 anos recorrem à consulta de medicina dentária de forma ocasional e que 70% o fazem mais do que uma vez por ano, corroborando o resultado obtido no presente estudo. Embora 59,9% dos inquiridos refiram já ter tido dor de dentes não há relação entre ter dor e ir ao dentista (Tabela 19).

Sobre a questão “Sabes o que é a cárie dentária?” constatou-se que quase a totalidade da amostra 94,6% sabiam o que é (Tabela 22). Sendo a cárie considerada um problema de saúde pública devido à sua elevada incidência e prevalência, estes resultados demonstram que tem havido um maior grau de informação, pois foram criados programas preventivos como por exemplo o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) (PNPSO, 2005).

Alimentação

A família é a primeira instituição que tem ação sobre os hábitos dos indivíduos, pois é responsável pela aquisição e preparação dos alimentos em casa, transmitindo os seus hábitos alimentares às crianças (Gambardella, *et al.* 1999).

Embora 98,6% considerem que os doces fazem mal aos dentes (Tabela 25) verificou-se que estes são consumidos uma, duas ou três vezes por semana pela maioria das crianças (Figura 29). A grande maioria dos estudos publicados que relaciona a alimentação e a cárie dentária, estudam a ingestão diária de determinados alimentos. Figueira e Leite (2008) referem, maior referência para o consumo de açúcares.

Certificou-se ainda, que há maior ingestão de doces após as refeições (Figura 30-Figura 33) do almoço e jantar, pois estes podem ser vistos como forma de dar afeto ou premiar os filhos, ou até mesmo servir como substituto da impossibilidade de os pais estarem mais tempo com os filhos (DGS, 2005). Alguns estudos indicam que estas frequências são muito elevadas pois para prevenir o aparecimento da cárie, é necessário controlar o

consumo de açúcares principalmente entre as refeições e antes de deitar (Declerck *et al.*, 2008; Feldens, 2010).

Segundo a DGS (2005) é fundamental escovar os dentes após as refeições e antes de deitar, para que se consiga ter uma boa saúde oral. No entanto, verificou-se que após comerem ou beberem alguma coisa antes de se deitarem apenas 54,9% dos alunos o fazem sempre (Tabela 26).

Assim, pode-se verificar que existem hábitos dietéticos inadequados, realçando a importância de investir na promoção de uma alimentação saudável.

Ação sobre Saúde Oral

Segundo Barata *et al.* (2008), deficiências ao nível da higiene oral demonstram a necessidade de existirem programas de promoção de saúde oral entre a comunidade escolar, de modo a melhorá-la e obter resultados favoráveis a nível oral.

Livny *et al.* (2008), evidencia a importância da promoção dos programas de saúde oral, afirmando que estas atividades devem ser reforçadas e direcionadas, cada vez mais, para escalões etários mais baixos, uma vez que isto permite uma prevenção e aquisição de hábitos de higiene oral de forma antecipada.

Através da análise dos resultados do presente estudo verificou-se que após ações sobre saúde oral houve algumas melhorias, pois dos alunos que participaram em ações 83,7% modificaram o seu comportamento face à saúde oral (Figura 37). E dos que participaram em ações 110 referem que foi na escola (Tabela 27 e Figura 38). De referir ainda que 97,9% dos alunos consideram importante que houvesse ações deste género na escola.

Estes valores demonstram que as instruções dadas foram assimiladas, uma vez que o processo de adaptação tem subjacente a assimilação, que permite reconhecer ou identificar os objetos ou acontecimentos novos aplicando-lhes esquemas já existentes sem alterações (Piaget, 1979).

Os estudos de Ginsburg *et al.* (2007) demonstram que a realização de jogos e atividades lúdicas como forma de promoção/motivação são mais eficazes no desenvolvimento da criança do que a apresentação didática por si só.

A importância da promoção para a educação da saúde oral e das medidas preventivas adotadas precocemente são a base para a mudança do comportamento do indivíduo, tornando-o parte ativa e fundamental no cuidado da sua saúde (Buischi, Y., 2003; Costa, C., *et al.*, 2008; Kasila K., *et al.*, 2006).

III. Conclusão

Analisando e refletindo sobre os questionários realizados às crianças (que conduziu à percepção dos seus hábitos e práticas) é possível corrigir mais eficazmente os erros de conduta para práticas saudáveis.

Foi possível detetar que nas escolas do Algarve e Aveiro há menor conhecimento sobre saúde oral, pois em geral, os resultados nestas escolas eram constantemente inferiores. Embora numa ou noutra questão também nas escolas de Lisboa e Porto se notasse alguma falta de conhecimento por parte dos alunos.

No entanto, e de uma maneira geral, os comportamentos de saúde oral dos alunos das diferentes escolas são semelhantes, não havendo diferenças significativas.

Pode ainda concluir-se que existem hábitos dietéticos inadequados, realçando a importância de investir na promoção de uma alimentação saudável.

Notou-se que, ao promover ações de saúde oral nas escolas (fator de diferenciação na instrução e motivação das crianças) estas tiveram um impacto significativo na aquisição de conhecimento e mudança de comportamentos por parte dos alunos.

Com base nesta percepção é importante desenvolver um maior número de ações de sensibilização que divulguem a toda a comunidade os conhecimentos necessários no âmbito da higiene oral. É de realçar também a necessidade de intervir junto da família nuclear como forma de prevenção precoce, uma vez que é a partir destes que a criança vai adquirir hábitos e estilos de vida que se pretendem saudáveis e que não passam apenas pela higiene oral.

Enfatiza-se assim a importância de promover a saúde oral e de educar as crianças sobre estilos de vida saudáveis, permitindo o desenvolvimento de aptidões e hábitos corretos

de higiene oral, uma vez que se verificam melhorias essenciais na qualidade de vida e bem-estar das crianças.

Na opinião da autora é importante reforçar a promoção da saúde oral nas crianças, através da educação concetualizada dos pais, educadores, professores e restantes profissionais de saúde e facilitar o acesso aos serviços de medicina dentária, sendo que esta é uma medida que poderá reduzir a prevalência e gravidade de cárie.

Bibliografia

AAPD, American Academy of Pediatric Dentistry (2003). *Policy on Mandatory School-entrance Oral Health Examinations*. Disponível em http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_SchoolExms.pdf [Consultado em 06/04/2014]

Almeida, C. *et al.* (2003). Changing Oral Health Status of 6- and 12-years-old Schollchildren in Portugal. *Community Dental Health*, 20 (May), pp. 211-216.

Araújo MTB, Araújo RPC, Almeida JCS, Gaudenzi TFB, Campos EJ, Garcia MAS. Aplicação de métodos odontológicos preventivos e curativos nas crianças de faixa etária de 6 a 12 anos, residentes e domiciliadas na área rural do município de Cansanção – Bahia. *Rev. Baiana Saúde Pública* 1994-1995; 21 (1/4): 9-38.

Areias, C., *et al.*, (2010). Cárie precoce da Infância. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(5), pp.217-221.

Barata, C. *et al.*, (2008). Avaliação de Saúde Oral numa População Rural. *Cadernos de Saúde*, 1, pp.28.

Barros, J. e Constantino, C. (2013). Ações do Pediatra. In: Coutinho, L. E Bonecker, M. (Ed.). *Odontopediatria para a Pediatria*. Primeira Edição. São Paulo, SP, Editora Atheneu, pp. 491-499.

Barros, L., (2003). *Psicologia pediátrica. Perspetiva desenvolvimentalista*. Climepsi. 2ªEd.

Boj, J. R., *et al.*, (2004). *Odontopediatria*. Barcelona, Masson.

Buischi, Y., (2003). *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo, Artes Médicas.

Castillo, A. *et al.* (2013). Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *Journal de Pediatria*, 89 (2), pp.116 – 123.

CDC (2000). Healthy People 2000, Progress Report for Oral Health. Centers for Disease Control and Prevention. Consultado em WWW a 14/02/2014 em [_http://www.cdc.gov/OralHealth/topics/hpprog.htm](http://www.cdc.gov/OralHealth/topics/hpprog.htm).

Costa, A.; Paiva, E. e Ferreira, L., (2006). Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp.337-346.

Costa, C. *et al.*, (2008). Higiene Oral na criança – boca sã, família vigilante? *Acta Médica Portuguesa*. 21(5). Pp. 467-474.

D, Paiva SM, Vasconcelos R. A saúde bucal e a educação: o que os educadores em formação conhecem sobre o tema?. *JBP Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2004; 7(40): 575-84.

Davies, G.m., Duxbury, J.T., Boothman N.J., Davies, R.m. & Blinkhorm A.S. (2005). A stage intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. *Community Dent Health*, 22, 118-22.

Dean, J., *et al.* (2001) *Odontopediatria*, 7ªEdição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A, pp. 178-196

Declerck, D. *et al.* (2008). Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36 (2), pp. 168-178.

DGS – Direção Geral de Saúde (2002) *Manual de Boas Práticas em Saúde Oral – Para Quem Trabalha com Crianças e Jovens Com Necessidades de Saúde Especiais*. Lisboa; Direção Geral de Saúde.

DGS (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*, Lisboa, Direção Geral de Saúde. Pp. 5.

Direção-Geral da Saúde (2008). *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. *Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada*. Lisboa: DGS; 2000.

Domingues, J. (2006). Estudo Epidemiológico da Influência do Flúor na Prevalência de Cárie Dentária em Adolescentes (Tese de Mestrado). Porto. Faculdade de Medicina Dentária do Porto.

Fawell J, Bailey K, *et al.* Fluoride in drinking-water. WHO Drinking-water Quality Series. Geneve. WHO ed; 2006.

Feldens, C. *et al.*, (2010). Early feeding practices and severe early childhood caries in four-years-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Research*, 44 (5), pp. 445-452.

Figueira, T., Leite, I. (2008). Conhecimentos e Práticas de Pais Quando à Saúde Bucal e suas Influências Sobre os Cuidados Dispensados aos Filhos. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 8 (1/Jan.-Abr.) pp.87-92.

Gambardella, A., *et al.*, (1999). Prática Alimentar de Adolescentes. *Revista de Nutrição*, Campinas, 12(1), pp.5-19.

Garcia , R. E Sohn, W. (2012). The Paradigm to prevention and Its Relationship to Dental Education. *Journal of Dental Education*, 76 (1), pp. 36-45.

Ginsburg K. *et al.*, (2007). The importance of play in promotion healthy child development and maintaining strong Parent-Child. *American Academy of Pediatrics*. 119(1). Pp. 91-182.

Honkala, E. *et al.*, (2005). Effectiveness of children's habitual tooth brushing. *Journal of Clinical Periodontology*, 13(1), pp.81-85.

Ide R, *et al.*, (2001). Evaluation of oral health promotion in the workplace: the effects on dental care costs and frequency of dental visits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 29, pp.213-219.

Kasila K *et al.*, (2006). Oral Health counseling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: a qualitative study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34(6), pp. 419-428.

Knevel, R. J. M., *et al.*, (2008). Buddhi Bangara Project on oral health promotion: a 3- to 5- year collaborative programme combining support, education and research in Nepal. *Int J Dent Hygiene*, 6, pp.337-346

Kwan S. *et al.*, (2005). Health – promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 83(9). pp.667-85.

Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei nº 46/86, de 14 de Outubro, com alterações introduzidas pelas Leis nº 115/97, de 19 de setembro, 49/2005, de 30 de Agosto, e 85/2009, de 27 de Agosto

Livny, A. *et al.*, (2008). Oral Health Promotion for Schoolchildren – evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills. [Em linha]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/4> [Consultado em 09/03/2014].

Macgregor, DM; Rugg-Gunn, Aj. (2006). Survey of tooth brushing duration in 85 uninstructed English schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 7(5). Pp.297-298.

Manski RJ, Magder LS. Demographic and socioeconomic predictors of dental care utilization. *J Am Dent Assoc* 1998;129:195-200.

Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res* 2004; 38:173-81

Marthaler, T., *et al.*, (1996). The Prevalence of Dental Caries in Europe 1990-1995. *Caries Res*, 30, pp.237-255.

Massoni, A. *et al* (2005). Percepção de Pais e Responsáveis sobre a Promoção de Saúde Bucal. *Revista de Odontologia da UNESP*. 34(4), pp.193-97.

Mayer MP, *et al.*, (2003). Long-term effect of an oral hygiene training program on knowledge and reported behavior. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 1(1). pp:37-43

Mello, T. *et al.*, (2008). Prevalence and Severity of Dental Caries in Schoolchildren of Porto, Portugal. *Community Dental Health*, 25, pp. 119-125.

Melo, P., Domingues, J. e Teixeira, L. (2006). A importância do despiste precoce de cárie dentária. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22(3), pp. 357-366.

Mitchell, D., Mitchell, L. (2005). *Oxford Handbook of Clinical Dentistry – 4th Edition*

Mouradian WE. The face of a child: children's oral health and dental education. *J Dent Educ* 2001; 65: 821-31.

Oom, P. (2012). Prevenção e controlo de doenças – Saúde Oral. In: Oom, P. (Ed.). *O plano de saúde das crianças*. Lisboa, Sociedade Editorial Lda, pp. 85-90.

Passos IA, Massoni ACLT, Ferreira JMS, Forte FDS, Sampaio FC. Avaliação das condições físicas e do acondicionamento de escovas dentais em creches de João Pessoa – Paraíba, Brasil. *Rev Odontol Unesp*. 2006;35 (4):299-303.

Pereira, A. (1993). *Cárie Dentária. Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Porto, Medisa ed.

Pereira, A.G., *et al.*, (2010). Imunologia da Cárie Dentária. *Acta médica portuguesa*, 23, pp.663-668

Piaget, J.; Inhelder, B. (1979), *A psicologia da Criança, do Nascimento à Adolescência*, Lisboa, Moraes Editores.

Pinto VG. Saúde Bucal coletiva. 4 ed. São Paulo: Ed.Santos; 2000

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Circular Normativa nº1/DSE, de 18.01.2005.

Reisine S, Litt M. Social and psychological theories and their use for dental practice. *Int Dent J* 1993;43(3 Suppl 1):279-87.

Retnakumari N., *et al.*, (2012). Childhood caries as influenced by maternal and child characteristics in pre-school of Kerala – an epidemiological study. *Contemp Clin Dent*, 3(1), pp.2-8.

Robinson Peter, Deacon Scott A, Deery Chris, Heanue Mike, Walmsley A Damien, Worthington Helen V, Glennie Anne-Marie, Shaw Bill C. Manual versus powered tooth

brushing for oral health. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 10, Art. No. CD002281.

Rodrigues, C. (2008). *Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos da Saúde Oral das Crianças; Percepção dos Pais/Encarregados de Educação* – Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa; Universidade Aberta.

Russo. (2004). Cárie Dental: Tipos, Histologia e Tratamento. In: GARRONE NETTO *et al.* (ED.), *Introdução à Dentística Restauradora*, São Paulo, Livraria Santos Editora Ltda. Pp.93-100

Saliba NA et al. Programas de educação em saúde bucal: a experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. *Odontologia Clín Científ* 2003; 2(3): 197-200.

Sanches, M. *et al.*, (2001). Descontaminação das Escovas Dentárias Por Imersão em Soluções Antissépticas. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 49(3), pp. 167-171.

Sasan D, Thomas B, Mahalinga BK, Aithal KS, Ramesh PR. Toothbrush selection: a dilemma? *Indian J Dent Res*. 2006;17:167-70.

Selwitz, R.H., Ismail, A. I. & Pitts, N.B. (2007). Dental caries. *Lancet*. www.thelancet.com. 369: 51-59.

Sheiham, A. (2005). Oral Health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 644-645.

Teixeira, L. (2006). Levantamento Epidemiológico de Cárie Dentária (Tese de Mestrado). Porto. Faculdade de Medicina Dentária do Porto.

Tinanoff, N., *et al.*, (2009). Update on Early Childhood Caries since the Surgeon General's Report. *Acad Pediatr*, 9(6), pp.396-404.

Toassi, R. *et al.*, (2002). Motivação no controle do bio filme dental e sangramento gengival em escolares. *Revista de Saúde Pública*. 36(5). Pp.634-7.

Toledo, O. (2005). *Odontopediatria. Fundamentos para a clínica*. 3ª Edição. São Paulo, Editorial Premier.

Vannobbergen, J. *et al.*, (2001). National oral health knowledge, attitudes and behavior survey of Israeli 12-year-olds, 2002. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 5 (4). Pp.271-8.

Vasco Prazeres *et al.*, Direção Geral de Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos adolescentes, elementos de caracterização 2005, Lisboa.

Vasconcelos RMML, Pordeus IA, Paiva S. *Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil*. RGR-Pós Rev Fac Odontol São José dos Campos. 2001; 4(3): 43-8.

World Health Organization. The World Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century – The Approach of the WHO Global Oral Health Program. Geneva: World Health Organization; 2003.

A nexos

Anexo I: Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Comparação de comportamentos de saúde oral em crianças do 5º ano de 4 cidades de Portugal (Porto, Aveiro, Lisboa, Tavira)

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/2014

Assinatura do doente ou voluntário

são: _____

O Investigador responsável:

Nome: Joana Pinto Vilela

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo II: Descrição para os Pais

Joana Pinto Vilela

Aluna do 5º ano de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa

Exmo. Sr.(a) Encarregado de Educação:

Venho por este meio solicitar a autorização da participação do seu educando neste estudo sobre conhecimentos de saúde oral. Este trabalho realiza-se no âmbito da minha disciplina de projeto de pós graduação, cadeira de final de curso, para obtenção do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Este estudo tem como principal objetivo verificar qual o grau de conhecimento dos alunos do 5º ano de várias escolas do país e posteriormente realizar uma comparação dessas mesmas escolas, traçando o cruzamento de dados, sem identificação de qualquer dado do educando.

Agradecia que não respondesse pelo seu educando.

Junto a cada questionário segue um Consentimento Informado no qual solicito a sua assinatura, pois sem ela o questionário do seu educando não poderá ser validado.

Sem mais assunto, grata pela vossa atenção.

(Joana Pinto Vilela)

Anexo III: Questionário

Avaliação de Conhecimentos sobre Saúde Oral

Orientações gerais:

Por favor responde a todas as questões, **assinalando com uma cruz em cada frase**, a opção que melhor corresponder aquilo que tu pensas. Por favor, não saltes nenhuma pergunta. Assinala apenas uma resposta por questão, exceto nas que referem que pode haver mais do que uma opção. Não há respostas certas ou erradas.

(INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL)

Género: Masculino ____ Feminino ____

Idade: ____ anos

1. Costumas escovar os dentes? Sim ____ Não ____
2. Quando escovas os dentes costumavas utilizar pasta fluoretada? Sim ____ Não ____
3. Costumas escovar os dentes sozinho? Sim ____ Não ____ Às vezes ____
4. Quantas vezes por dia escovas os dentes? Nenhuma ____ 1 ____ 2 ____ 3 ou + ____
5. Onde aprendeste a escovar os dentes? (podes escolher mais do que uma opção)
Escola ____ Casa ____ Dentista ____ Sozinho ____
6. Achas importante escovar os dentes? Sim ____ Não ____
7. Em que altura do dia escovas os dentes?(podes escolher mais do que uma opção)
Manhã ____ Tarde ____ Noite ____
8. Tens uma escova de dentes só para ti? Sim ____ Não ____
9. Usas escova elétrica ou manual? _____
10. Costumas escovar a língua? Sim ____ Não ____
11. Na escola costumavas escovar os dentes? Sim ____ Não ____
12. Usas fio dentário? Sim ____ Não ____

13. Sabes o que é um escovilhão? Sim____ Não____
14. Se sim, costumavas usar o escovilhão? Sim____ Não____
15. Depois de escovares os dentes costumavas bochechar com algum líquido (sem ser água)?
Sim____ Não____
16. Já alguma vez foste ao dentista? Nenhuma____ 1____ 2____ 3 ou +____
17. Se sim, Gostaste de lá ir? Sim____ Não____
18. Achas importante ir ao dentista? Sim____ Não____
19. Já tiveste dor de dentes? Sim____ Não____
20. Sabes o que é cárie dentária? Sim____ Não____
21. Costumas comer doces? Não____ 1x/semana____ 2ou 3 x / semana____ +de3x/semana____
22. Se sim, quando costumavas comer? (podes escolher mais do que uma opção)
Manhã____ Entre as refeições____ Noite____ A seguir ao almoço/jantar____
23. Achas que os doces fazem mal aos dentes? Sim____ Não____
24. Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar depois escovas os dentes?
Sim, sempre____ Às vezes____ Nunca____
25. Já alguma vez estiveste/participaste numa ação sobre saúde oral? Sim____ Não____
26. Se sim, mudaste o teu comportamento relativamente à higiene oral depois dessa ação?
Sim____ Não____
27. Onde foi essa ação? Escola____ Dentista____ Outro____
28. Achavas importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na tua escola? Sim____ Não____

Anexo IV: Pedido de Autorização às Escolas

Joana Pinto

Aluna do 5º ano de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa

Ao: Diretor
Agrupamento de Escolas

Exmo. Senhor Diretor:

Eu, Joana Pinto Vilela, aluna do 5ºano do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa no Porto venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para a realização de um questionário que tem como principal objetivo comparar os comportamentos face à saúde oral dos alunos do 5ºano de diferentes escolas públicas do país.

Em anexo segue o questionário, o Consentimento Informado e uma breve descrição do estudo para V/ apreciação.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento e/ou contacto pessoal quando considerar oportuno.

Agradeço desde já a atenção dispensada e peço o envio da resposta para email: [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 26 de Março de 2014

(Joana Pinto Vilela)

Anexo V: Carta da Orientadora



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Assunto: Solicitação de recolha de informação sobre conhecimento de saúde oral.

Porto, 3 de Abril de 2014

Exmo. Senhor(a) Diretor (a)

Eu, Carla Rita Rodrigues Mendes, docente da unidade curricular de Odontopediatria do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto (FCS-UFP-Porto), declaro que estou a orientar a aluna Joana Pinto Vilela, no âmbito dos estudos em Medicina Dentária.

O trabalho a realizar será um questionário, previamente validado, a alunos do 5º ano de quatro escolas de Portugal - Agrupamento de escolas Pêro Vaz de Caminha – Porto; Agrupamento de escolas da Gafanha da Encarnação – Aveiro; Escola Dom Pedro IV – Lisboa e Agrupamento vertical de escolas d.manuel I - Tavira. Este trabalho terá uma duração de 2 dias em cada uma das escolas , um para a entrega e outro para o levantamento dos questionários. Esta investigação tem como principal objetivo realizar um levantamento de dados sobre os conhecimentos que os alunos têm sobre saúde oral.

Sem mais assunto,

Com os melhores cumprimentos,



(Rita Rodrigues)



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC. 502 057 602 • Reg. Comercial n.º 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

REITORIA • [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] • [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal • T. +351 22 507 1300 • F. +351 22 550 8269 • geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] • [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal • T. +351 22 507 4630 • F. +351 22 507 4637 • R. Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - T. +351 22 509 6371 • geral.asaude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertiandos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal • T. +351 258 741 026 • F. +351 258 741 412 • geral

Anexo VI: Pedido de Autorização de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar



Joana Pinto <joanapintovilela@gmail.com>

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Registo de inquérito.

1 mensagem

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

10 de Abril de 2014 às

11:26

Para:

Exmo.(a)s. Sr.(a)s.

Foi registado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (<http://mime.gepe.min-edu.pt>) um pedido de autorização de inquérito com os seguintes dados:

- Número de registo: 0426700002
- Nome da Entidade: Joana Pinto Vilela
- Nome do Interlocutor: Carla Rita Rodrigues Mendes
- Designação do inquérito: Comparação de comportamentos de saúde oral em crianças

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Este pedido vai ser analisado pela Direção-Geral da Educação (DGE) do Ministério da Educação e Ciência, e a decisão tomada será comunicada via e-mail.

Desde já agradecemos a sua colaboração, e brevemente entraremos em contacto consigo.

Anexo VII: Resultados dos testes de χ^2 relacionando cada uma das variáveis dependentes com a escola do aluno

Resultados dos testes de χ^2 relacionando cada uma das variáveis dependentes com a escola do aluno.

Variável	p-value
Costumas escovar os dentes?	0,474
Quando escovas os dentes costumavas utilizar pasta?	0,688
Costumas escovar os dentes sozinho?	0,793
Quantas vezes por dia escovas os dentes?	0,665
Onde aprendeste a escovar os dentes?	$\geq 0,05$
Achas importante escovar os dentes?	0,472
Em que altura do dia escovas os dentes?	0,643
Tens uma escova de dentes só para ti?	0,136
Usas escova elétrica ou manual?	0,117
Costumas escovar a língua?	0,100
Na escola costumavas escovar os dentes?	0,716
Usas o fio dentário?	0,579
Sabes o que é um escovilhão?	0,161
Se sim, costumavas usar o escovilhão?	0,467
Depois de escovares os dentes costumavas bochechar com algum líquido (sem ser água)?	0,663
Já alguma vez foste ao dentista?	0,286
“Se sim, gostaste de lá ir?”	0,111
“Achas importante ir ao dentista?”	0,474
“Já tiveste dor de dentes?”	0,132
“Sabes o que é a cárie dentária?”	0,001*
Costumas comer doces?	0,439
Se sim, quando costumavas comer?	$\geq 0,050$
“Achas que os doces fazem mal aos dentes?”	0,125
“Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar depois escovas os dentes?”	0,343
Já alguma vez estiveste/participaste numa ação sobre saúde oral?	0,220
Se sim, mudaste o teu comportamento relativamente à higiene oral depois dessa ação?	0,709
Onde foi essa ação?	0,212
“Achavas importante que houvesse uma formação sobre saúde oral na tua escola?”	0,087

