U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia de Investigação

Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-escolar na Região Norte

Implementation of a Preventive Oral Health program in Preschool Education in the North Region

Marta Fernandes Lage

Porto, 2022

Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-escolar na Região Norte

Implementation of a Preventive Oral Health program in Preschool Education in the North Region

Estudante

Nome completo: Marta Fernandes Lage

Nº de Estudante: 201703213

Contacto telefónico: 933362399

Correio eletrónico: up201703213@edu.fmd.up.pt

Orientador

Nome completo: Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Grau académico: Doutoramento

Título Profissional: Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Instituição a que está vinculado: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Porto, 2022

Dissertação de candidatura ao
grau de Mestre em Medicina
Dentária apresentada à Faculdade
de Medicina Dentária da
Universidade do Porto.

Agradecimentos

À minha orientadora,

Professora Doutora Maria de Lurdes Pereira, que me apoiou constantemente nesta jornada tortuosa e me aconselhou sempre o melhor caminho a seguir para a concretização deste projeto. Levo comigo o seu carinho, paciência e dedicação.

Aos meus pais,

Que são o meu exemplo de vida, o meu apoio incondicional e os proporcionadores de tudo o que sou.

Ao meu companheiro de vida,

Que tanto me incentiva a explorar mares nunca antes navegados, como me ampara quando encontro tempestades.

Aos meus companheiros de casa,

Que acompanham todos os passos do meu percurso, sempre tão dedicados aos meus projetos quanto eu e nunca vacilando na hora de me levantar os ânimos.

À minha família,

Que é presença constante na minha vida e tanto contribuiu para a minha educação, apoiando-me incansavelmente em tudo, desde sempre.

À minha amiga emigrante,

Que me provou que a distância, quando se trata de amizade pura, é apenas um número de quilómetros.

Às minhas amigas das noitadas,

Que tanto partilharam do meu desespero e me motivaram para ser e fazer sempre o meu melhor.

Aos meus amigos,

Que melhoram diariamente a minha vida e proporcionam tanto momentos inesquecíveis como imemoráveis.

A todos os docentes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto,

Que ao longo do meu percurso académico me motivaram, inspiraram e se certificaram que medicina dentária é o meu futuro.

Ao Centro Social Paroquial de Chaves,

Que não hesitou em agarrar e implementar este projeto. Em especial à **Dilma**, que se mostrou sempre disponível para responder às minhas dúvidas e auxiliar em tudo independentemente da hora, do dia ou da ocasião.

À Colgate,

Que acreditou e investiu neste projeto, proporcionando sempre todo o material necessário e indispensável a este.

“Preventing the conflicts of tomorrow means changing the mind-set of youth today”

- Graça Machel

Índice

Agradecimentos VII

Índice de Tabelas XIII

Resumo XV

Abstract XVII

Introdução ..... - 1 -

Materiais e Métodos ..... - 7 -

Resultados ..... - 13 -

Discussão ..... - 33 -

Conclusão ..... - 43 -

Referências Bibliográficas ..... - 47 -

Anexos ..... - 53 -

Índice de Tabelas

Tabela 1- Caraterização profissional dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa ..... - 15 -
Tabela 2- Caraterização dos conhecimentos relacionados com saúde oral dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa antes e após a implementação do programa ..... - 17 -
Tabela 3- Caraterização das atitudes relacionados com saúde oral dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa antes e após a implementação do programa ..... - 19 -
Tabela 4- Caraterização sociodemográfica dos Encarregados de Educação e das Crianças ..... - 20 -
Tabela 5- Caraterização do historial de saúde oral das Crianças antes da implementação do programa ..... - 21 -
Tabela 6- Caraterização dos conhecimentos dos Encarregados de Educação relacionados com a Saúde Oral antes e após a implementação do programa ... - 22 -
Tabela 7- Caraterização das atitudes dos Encarregados de Educação relacionadas com a Saúde Oral antes e após a implementação do programa ... - 25 -
Tabela 8- Caraterização dos hábitos deletérios das Crianças antes e após a implementação do programa ..... - 26 -
Tabela 9- Caraterização dos hábitos alimentares das Crianças antes e após a implementação do programa ..... - 29 -
Tabela 10- Dados referentes à observação clínica intraoral das Crianças antes e após a implementação do programa ..... - 31 -

Resumo

Introdução: Com o recente aumento da prevalência da cárie precoce infantil em crianças de idade pré-escolar, existe atualmente uma necessidade de programas preventivos relacionados com a saúde oral direcionados a crianças entre os 3 e os 5 anos, que devem ter como intuito promover hábitos saudáveis. Quando perante um número elevado de indivíduos e/ou falta de recursos, a implementação de estratégias preventivas primárias tem-se demonstrado benéfica e eficaz.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo principal desenvolver, implementar e avaliar a eficácia de um programa preventivo referente à saúde oral em idade pré-escolar.

Metodologia: O programa consistiu em caraterizar a saúde oral das crianças desta faixa etária do Centro Social Paroquial de Chaves e o conhecimento referente ao tema dos respetivos encarregados de educação, educadores de infância e auxiliares de ação educativa em dois momentos distintos, analisando assim o efeito do conjunto de medidas preventivas incluídas no programa. Para tal, foi divido em fase 0 e fase 1, respetivamente, prévia e posteriormente à implementação do programa.

Na fase 0, foi avaliado o conhecimento dos adultos conviventes com as crianças via questionários. Após a avaliação, foi elaborada uma exposição informativa adaptada a cada grupo que incidiu nas temáticas abordadas e permitiu o esclarecimento de dúvidas. Ainda na fase 0, as crianças foram submetidas a uma observação da cavidade oral que avaliou a presença de lesões de cárie através dos critérios do Sistema Internacional para Deteção e Avaliação de Cáries (ICDAS II) e posterior cálculo de Índice de Ataque de Cárie por superfície (CPOS), o índice de placa bacteriana obtido a partir do método de descolamento físico de *Pass*, a presença ou ausência de pigmentação dentária, o estadio de erupção dentária referente ao primeiro molar permanente, o registo oclusal e a necessidade de tratamento. Foi também entregue às crianças um *kit* de higiene oral, constituído por uma escova dos dentes e uma pasta dentífrica fluoretada, com o intuito de iniciar a escovagem escolar diária.

A fase 1, que decorreu 3 meses após a fase 0, consistiu na segunda avaliação de todos os critérios apresentados na fase 0: avaliação do conhecimento dos encarregados de educação, educadores de infância e auxiliares de ação educativa através de questionários e rastreios orais às crianças.

Entre ambas as fases do programa, os educadores de infância comunicaram aos encarregados de educação as necessidades de tratamento das crianças e foi implementada a escovagem escolar diária supervisionada após o almoço.

Resultados: Verificou-se uma tendência de aumento de conhecimentos e atitudes adequadas referentes à importância e a métodos de manutenção de uma boa saúde oral das crianças por parte de ambos os grupos de adultos. Relativamente à observação intraoral das crianças, constatou-se um aumento estatisticamente significativo no número de selantes e uma diminuição estatisticamente significativa no índice de placa bacteriana.

Conclusões: Concluiu-se que o programa foi eficaz no controlo da placa bacteriana e que promoveu a criação de um ambiente mais saudável no estabelecimento de ensino. No entanto, o período de três meses entre as avaliações dos parâmetros analisados foi insuficiente para a observação de verdadeiras melhorias, sendo necessária uma nova avaliação após um período de tempo mais prolongado para retirar conclusões referentes à eficácia do programa a longo prazo.

Palavras-Chave: Cárie precoce de infância, CPI, Idade pré-escolar, Programa preventivo de saúde oral, Prevenção primária, Odontopediatria

Abstract

Introduction: With the recent increase in the prevalence of early childhood caries in preschool-age children, there is currently a need for preventive programs related to oral health aimed at children between 3 and 5 years old, which should aim to promote healthy habits. When faced with a high number of individuals and/or lack of resources, the implementation of primary preventive strategies has proven to be beneficial and effective.

Objectives: The main objective of this study was to develop, implement and evaluate the effectiveness of a preventive program concerning oral health in preschool age children.

Methodology: The program consisted of characterizing the oral health of children in this age group at the Centro Social Paroquial de Chaves and the knowledge regarding the subject of the respective guardians, kindergarten teachers and educational assistants at two different times, thus analyzing the effect of the set of preventive measures included in the program. To this end, it was divided into phase 0 and phase 1, respectively, before and after the implementation of the program.

In phase 0, the knowledge of adults who deal with children was assessed via questionnaires. After the evaluation, an informative exposition, adapted to each group and focused on the themes addressed, was prepared and allowed the clarification of doubts. Still in phase 0, the children were submitted to an oral cavity observation that evaluated the presence of caries lesions through the criteria of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II) and subsequent calculation of Decayed, Missed and Filled Teeth Index (dmft) by surface, the bacterial plaque index obtained from the Pass physical detachment method, the presence or absence of dental pigmentation, the stage of tooth eruption referring to the first permanent molar, the occlusal registration and the need for treatment. The children were also given an oral hygiene kit, consisting of a toothbrush and a fluorite toothpaste, with the aim of starting a daily school brushing.

Phase 1, which took place 3 months after phase 0, consisted of the second evaluation of all the criteria presented in phase 0: assessment of the knowledge of parents, kindergarten teachers and educational assistants through questionnaires and oral screenings of children.

Between both phases of the program, kindergarten teachers communicated the children's treatment needs to the parents and a supervised daily school brushing was implemented after lunch.

Results: There was an increasing tendency in knowledge and appropriate attitudes regarding the importance and methods of maintaining good oral health in children by both groups of adults. Regarding the intraoral observation of the children, there was a statistically significant increase in the number of sealants and a statistically significant decrease in the bacterial plaque index.

Conclusions: It was concluded that the program was effective in controlling bacterial plaque and that it promoted the creation of a healthier environment in the educational establishment. However, the period of three months between the evaluations of the parameters analyzed was insufficient for the observation of real improvements, being necessary a new evaluation after a longer period of time to draw conclusions regarding the effectiveness of the program in the long term.

Key-words: Early childhood caries, ECC, Preschool children, Oral health preventive program, Primary prevention, Pediatric dentistry

Introdução

Introdução

Atualmente em vários países, a Cárie Precoce de Infância (CPI) é considerada como a patologia crónica mais prevalente em idade pediátrica [1, 2, 3, 4]. Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria, é definida como a presença de pelo menos um dente cariado (lesão com ou sem cavitação), a perda de um dente por cárie ou a existência de uma obturação em um dente temporário, numa criança de idade compreendida entre 0 e 71 meses [1, 2, 4]. Com o recente aumento da sua prevalência em crianças em idade pré-escolar, afetando maioritariamente a dentição temporária, a *World Dental Federation* (FDI) considerou esta faixa etária como prioritária para implementação de medidas preventivas [2].

A CPI, quando não tratada, pode causar dor e, nos seus estadios mais avançados de desenvolvimento, pode evoluir para processos infeciosos locais, que nos casos mais graves têm a possibilidade de progredir para infeções sistémicas, prejudicando o estado de saúde geral da criança [2]. Nesta condição, a CPI pode condicionar tratamentos de elevado custo financeiro, numa redução do crescimento da criança, em atrasos no desenvolvimento da fala, perda de dentes prematura com consequente comprometimento da função mastigatória, baixa autoestima e impacto negativo no desenvolvimento da dentição permanente [1], no desenvolvimento cognitivo, na qualidade de vida [2] e ainda absentismo escolar e laboral da criança e dos seus cuidadores, respetivamente.

O comprometimento estético e o trauma psicológico resultante deste processo, juntamente com o efeito negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, podem culminar no desenvolvimento de ansiedade e/ou medo por parte da criança e dos seus cuidadores [5], originando problemas de gestão de comportamento perante ambientes ou situações relacionadas com a medicina dentária [6].

No entanto, a CPI é uma patologia infeciosa evitável e reversível nos seus estádios precoces [1]. A implementação de estratégias preventivas que controlem os principais fatores etiológicos da CPI poderá ter influência na etiopatogenia e grau de gravidade da doença [4]. A procura precoce de cuidados médico-

dentários nesta faixa etária tem como objetivo promover a saúde oral e prevenir as patologias mais frequentes, como a cárie, mas também a erosão e as más oclusões [7].

Em saúde oral, as medidas preventivas podem ser divididas em primárias, secundárias e terciárias. São consideradas medidas preventivas primárias as que se aplicam em crianças saudáveis com risco de desenvolvimento de patologias, ou seja, onde a atuação ocorre antecipadamente, de forma profilática. Já as medidas preventivas secundárias e terciárias surgem como atos clínicos com a função de solucionar um problema já existente na cavidade oral, sendo progressivamente mais invasivas. São vários os métodos preventivos primários em Odontopediatria, sendo os mais frequentes o controlo da higiene oral, o controlo da dieta alimentar, o selamento de fissuras dentárias e a exposição a fluoretos [7].

Em idade pré-escolar, dos 3 aos 5 anos, a cavidade oral está sob constante mudança. Por norma, neste espaço de tempo, todos os componentes da dentição temporária estão presentes na cavidade oral. No entanto, poderá ainda dar-se início ao período de dentição mista, com a erupção do primeiro molar permanente e, em alguns casos precoces, com a exfoliação dos incisivos decíduos e, consequente, início de erupção dos permanentes.

Segundo os dados do Conselho Nacional de Educação (CNE), em Portugal, as crianças em idade pré-escolar, passam cerca de 40 horas semanais nas creches e infantários [8]. Deste modo, tendo em consideração o aumento de prevalência da CPI, a importância da implementação de programas de saúde oral preventiva com estratégias eficientes, adequadas e dirigidas ao ensino pré-escolar, torna-se evidente.

Atualmente, existe uma necessidade de programas preventivos relacionados com a saúde oral direcionados a crianças em idade pré-escolar, que devem ter como intuito educar e instruir hábitos saudáveis [1, 2, 9, 10, 11, 12, 13]. Vários programas preventivos já implementados no ensino pré-escolar têm vindo a demonstrar efeitos positivos na saúde oral das crianças [2, 9, 14, 15, 16, 17]. Um projeto implementado em um infantário de Hong Kong em 2008 teve de tal modo um impacto positivo que, em 2020, tais práticas de saúde oral preventiva

(rastreios orais, tratamento com fluoreto diamina de prata e palestras educativas) foram implementadas a nível nacional, integrando o plano nacional de saúde [2].

Os programas preventivos podem envolver estratégias com diferentes metodologias. *Pisarnturakit et al*, em um estudo realizado na Tailândia, verificaram que o uso de estratégias de prevenção primária centradas na educação para saúde oral, tais como a instrução e implementação de métodos de controlo de placa como a escovagem escolar semanal e o fornecimento de material necessário para a mesma (escova e dentífrico fluoretado); relativamente à implementação de medidas mais interventivas, como a aplicação de verniz de flúor, selante de fissuras em todos os primeiros molares e aplicação de fluoreto diamina de prata nas lesões de cárie, produziu um benefício mínimo adicional ao regime de prevenção básica, que demonstrou ser eficiente com um menor custo e esforço [9]. Isto contribui para o conceito de que a implementação de estratégias baseadas na educação para a saúde têm resultados e são benéficas, quando perante um número elevado de indivíduos e/ou falta de recursos.

Este estudo teve como objetivo principal desenvolver, implementar e avaliar a eficácia de um programa preventivo referente à saúde oral em idade pré-escolar. Consiste em caraterizar a saúde oral das crianças desta faixa etária do Centro Social Paroquial de Chaves e o conhecimento referente ao tema dos respetivos encarregados de educação, educadores de infância e auxiliares de ação educativa em dois momentos distintos, analisando assim o efeito do conjunto de medidas preventivas incluídas no programa.

Materiais e Métodos

Materiais e Métodos

Este estudo de carácter longitudinal foi dividido em duas fases: a fase 0- fase inicial que serviu como grupo de controlo para métodos de comparação, pois refere-se à situação prévia à implantação do projeto; e a fase 1- que consistiu nos resultados obtidos após três meses de implantação do projeto. Neste estudo, a população foi constituída por três grupos: encarregados de educação, educadores de infância e auxiliares de ação educativa e crianças em idade pré-escolar.

Na fase 0, os educadores de infância e auxiliares de ação educativa foram sujeitos a um questionário (anexo 5) referente aos conhecimentos básicos e atitudes relacionadas com a saúde oral em idade pré-escolar (estado de saúde oral das crianças, momento, técnicas e materiais mais adequados à higienização oral e modos de atuação perante traumatismos dentários).

Os encarregados de educação foram também sujeitos a um questionário (anexo 6), relativamente a hábitos de higiene oral (frequência, momento e materiais usados na escovagem, técnicas de controlo de placa, idas ao médico dentista), deletérios (uso de chupeta, sucção digital, uso e conteúdo do biberão) e alimentação (frequência e momento de consumo de certos alimentos).

Após a caraterização dos conhecimentos dos participantes dos dois grupos constituídos por adultos, foi elaborada uma exposição informativa adaptada a cada grupo, que incidiu nas temáticas abordadas pelos questionários e onde foi possível o esclarecimento de dúvidas e o aconselhamento de medidas preventivas a implementar, tanto em casa como no estabelecimento de ensino.

Ainda na fase 0, o grupo constituído por crianças foi alvo de uma observação intraoral. O estado geral da cavidade oral das crianças foi avaliado através da presença de lesões de cárie utilizando os critérios do Sistema Internacional para Deteção e Avaliação de Cáries (ICDAS II). A experiência de cárie foi quantificada através do Índice de Ataque de Cárie, conhecido pelas iniciais CPO, que designam os dentes cariados, perdidos e obturados. Neste estudo, o índice CPO foi medido por superfície dentária, sendo designado como

CPOS, tanto para a dentição decídua como para a permanente. Para além disso, foi também avaliado o índice de placa bacteriana obtido a partir do método de descolamento físico de *Pass*, a presença ou ausência de pigmentação dentária, o estadio de erupção dentária referente aos primeiros molares permanentes, o registo oclusal e a necessidade de tratamento.

Adicionalmente, foi também entregue às crianças um *kit*, devidamente identificado, constituído por uma escova de dentes e uma pasta dentífrica adequadas à idade pré-escolar, com o intuito de dar início à escovagem escolar após os períodos de almoço, com supervisão e auxílio dos educadores de infância e das auxiliares de ação educativa.

A fase 1 foi realizada três meses após a implementação da fase 0. Uma das ações incluídas nesta fase foi um segundo momento de avaliação dos conhecimentos dos encarregados de educação, educadores de infância e auxiliares de ação educativa, através de questionários adaptados a cada grupo, referente à temática da saúde oral e hábitos de higiene oral. Outra ação passou por uma segunda avaliação das crianças envolvidas na amostra através de um rastreio oral dentro dos mesmos parâmetros do anterior, com o intuito de avaliar se ocorreram alterações relacionadas com as medidas preventivas ensinadas aos adultos conviventes e implementadas no estabelecimento de ensino pré-escolar, como a escovagem escolar.

Após a observação clínica das crianças, na fase 0 e na fase 1, uma vez que não havia a possibilidade de contacto direto com os encarregados de educação, foi indicado aos educadores de infância as necessidades de procura de cuidados de saúde oral das crianças. Foi considerada necessidade de tratamento elevada quando a criança tinha uma ou mais superfícies dentárias com lesões de cárie de código igual ou superior a 3, alguma anomalia de oclusão ou desarmonia dentofacial; necessidade média quando a criança apresentava uma ou mais superfícies dentárias com lesões de cárie de código 1 ou 2, associado a valores elevados de índice de placa; e necessidade baixa quando não havia necessidade de qualquer tratamento, para além da presença de placa bacteriana.

O programa estatístico *IBM SPSS Statistics 26®* (*Statistical Package for Social Science*) foi usado para a análise estatística dos dados recolhidos. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio-padrão.

Relativamente às variáveis continuas, para avaliação da diferença entre os resultados, antes e depois da intervenção, foi usado o teste T para amostras emparelhadas e foi assumido que as variáveis seguiam uma distribuição normal. Foi utilizado um nível de significância de 5%.

Todos os envolvidos no estudo participaram de forma voluntária e informada através de um consentimento dirigido aos encarregados de educação e respetivos educandos (anexo 10), educadores de infância e auxiliares de ação educativa (anexo 11). Assegurou-se o anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados recolhidos através de uma matriz de correspondência. Os dados destinaram-se ao uso exclusivamente académico e de possível divulgação científica e os resultados finais só foram apresentados de forma global ou numa referência numérica, nunca se referindo a casos individuais.

O estudo obteve o parecer favorável por parte da Comissão de Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (projeto nº 24/2021) e por parte da Unidade de Proteção de Dados da Reitoria da Universidade do Porto (referência R-8/2021).

Resultados

Resultados

Na tabela 1, apresentam-se os resultados referentes à caraterização profissional dos educadores de infância e auxiliares de ação educativa antes (fase 0) e após a implementação do programa de medicina dentária preventiva (fase 1).

Tabela 1- Caraterização profissional dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa

	n (%) Fase 0	n (%) Fase 1
Qual é a sua profissão?		
Educador de Infância	9 (50)	9 (50)
Auxiliar de ação Educativa	9 (50)	9 (50)

Na tabela 2 e 3, estão representados os resultados da caraterização dos conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde oral destes indivíduos nos dois momentos de avaliação.

Tabela 2- Caraterização dos conhecimentos relacionados com saúde oral dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa antes e após a implementação do programa

	n (%) Fase 0	n (%) Fase 1
Em termos globais, como considera o estado de saúde oral das crianças?		
Mau	0 (0)	0 (0)
Razoável	10 (55,6)	3 (16,7)
Bom	7 (38,9)	11 (61,1)
Excelente	0 (0)	4 (22,2)
Não sei	1 (5,6)	0 (0)
Sente que reúne conhecimentos suficientes para demonstrar às crianças a forma mais adequada de manter uma boa saúde oral?		
Sim	15 (83,3)	18 (100)
Não	3 (16,7)	0 (0)

Tabela 2- Caraterização dos conhecimentos relacionados com saúde oral dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa antes e após a implementação do programa (continuação)		
Em crianças, qual a quantidade de pasta dentífrica que se deve colocar na escova?		
Suficiente para cobrir toda a escova	0 (0)	0 (0)
Quantidade do tamanho de uma ervilha ou da unha do dedo mindinho da criança	18 (100)	18 (100)
Não sei	0 (0)	0 (0)
O flúor presente na pasta dentífrica é importante para:		
Impedir a formação de cáries	16 (88,9)	18 (100)
Melhorar a inflamação gengival	1 (5,6)	0 (0)
Refrescar o hálito	0 (0)	0 (0)
Não sei	1 (5,6)	0 (0)
Após a escovagem, as crianças devem bochechar a boca com água?		
Não	15 (83,3)	18 (100)
Sim	3 (16,7)	0 (0)
Não sei	0 (0)	0 (0)
O uso de fio dentário é apropriado para crianças?		
Não	10 (55,6)	8 (44,4)
Sim	2 (11,1)	9 (50)
Não sei	6 (33,3)	1 (5,6)
O uso de colutório (líquido para bochechar após escovagens) é apropriado para crianças?		
Não	7 (38,9)	15 (83,3)
Sim	4 (22,2)	1 (5,6)
Não sei	7 (38,9)	2 (11,1)
O uso de raspador de língua é apropriado para crianças?		
Não	6 (33,3)	5 (27,8)
Sim	4 (22,2)	11 (61,1)
Não sei	8 (44,4)	2 (11,1)

Tabela 3- Caraterização das atitudes relacionados com saúde oral dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa antes e após a implementação do programa		
	n (%) Fase 0	n (%) Fase 1
Considera estar envolvido na saúde oral das crianças?		
Sim	7 (38,9)	18 (100)
Não	11 (61,1)	0 (0)
Aborda com as crianças a importância de uma correta higiene oral?		
Sim	17 (94,4)	18 (100)
Não	1 (5,6)	0 (0)
Em média, quantas refeições são fornecidas a cada criança no jardim-de-infância?		
Uma	1 (5,6)	1 (5,6)
Duas	11 (61,1)	17 (94,4)
Três	6 (33,3)	0 (0)
Quatro ou mais	0 (0)	0 (0)
É frequente as crianças escovarem os dentes no jardim-de-infância, após as refeições?		
Sim	0 (0)	18 (100)
Não	18 (100)	0 (0)
Se as crianças escovam os dentes no jardim-de-infância, quando efetuam a escovagem?		
As crianças não efetuam a escovagem dos dentes no jardim-de-infância	18 (100)	0 (0)
Depois do pequeno-almoço	0 (0)	0 (0)
Depois do almoço	0 (0)	18 (100)
Depois do lanche	0 (0)	0 (0)
Outro. Quando?	0 (0)	0 (0)
O estabelecimento de ensino pré-escolar fornece condições adequadas para efetuar a escovagem dos dentes das crianças?		
Sim	12 (70,6)	18 (100)
Não	5 (29,4)	0 (0)

Tabela 3- Caraterização das atitudes relacionados com saúde oral dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa antes e após a implementação do programa (continuação)		
É habitual as crianças terem a sua ajuda para escovarem os dentes?		
Nunca, eles não escovam os dentes no jardim-de-infância	18 (100)	0 (0)
Nunca, eles escovam sempre sozinhos	0 (0)	6 (33,3)
Ajudo sempre que escovam	0 (0)	5 (27,8)
Ajudo às vezes	0 (0)	5 (27,8)
Ajudo uma vez por dia	0 (0)	2 (11,1)
Com que idade introduzem o tema da importância da escovagem do dentes das crianças aos pais?		
O tema não é abordado	10 (55,6)	0 (0)
Depois do primeiro dente	1 (5,6)	1 (5,6)
Durante o 1º ano de idade	0 (0)	0 (0)
Durante o 2º ano de idade	1 (5,6)	0 (0)
Entre os 3 e os 5 anos de idade	6 (33,3)	17 (94,4)
Sente que reúne capacidades para atuar de forma correta perante um traumatismo dentário (fratura de um dente ou perda do dente após uma queda)?		
Não	9 (50)	3 (16,7)
Sim	4 (22,2)	14 (77,8)
Não sei	5 (27,8)	1 (5,6)
Se deteta alterações na cavidade oral das crianças, avisa por norma os pais?		
Não	4 (22,2)	0 (0)
Sim	14 (77,8)	18 (100)
Nem sempre	0 (0)	0 (0)

De modo geral, após a implementação do programa, verifica-se uma diferença no número de respostas de conotação positiva por parte desta população, quando questionados acerca do estado de saúde oral das crianças.

Tal também se denota quando questionados acerca do seu envolvimento na saúde oral das crianças, sendo antes do programa 38,9% das respostas afirmativas e, após o programa, 100%.

Outras duas questões cuja taxa de resposta se alterou por completo foram as de implementação da escovagem escolar após a hora do almoço, uma vez que essa foi uma das medidas preventivas principais implementadas pelo programa proposto.

A questão referente aos traumatismos dentários e à perceção dos educadores de infância e auxiliares de ação educativa quanto às suas capacidades de atuar perante um também sofreu uma alteração após a implementação do programa, passando de 22,2% de respostas afirmativas para 77,8%.

Na tabela 4, está presente a caraterização sociodemográfica dos encarregados de educação e dos seus educandos, recolhida aquando dos questionários.

Tabela 4- Caraterização sociodemográfica dos Encarregados de Educação e das Crianças

	Média	
Idade da criança	3,97 anos	
	n (%) Fase 0	n (%) Fase 1
Qual a sua relação de parentesco com a criança?		
Mãe	141 (93,4)	141 (91)
Pai	10 (6,6)	14 (9)
Outro	0 (0)	0 (0)

Na tabela 5, estão contemplados dados acerca do historial de medicina dentária das crianças envolvidas no programa, recolhidos previamente à implantação do mesmo (fase 0).

Tabela 5- Caraterização do historial de saúde oral das Crianças antes da implementação do programa	
	n (%)
Desde que idade faz a limpeza da boca da sua criança?	
Desde o nascimento	52 (34,7)
Depois do primeiro dente	42 (28)
A partir do 1 ano de idade	39 (26)
Entre os 2 e os 5 anos de idade	17 (11,3)
Nunca fiz a limpeza da boca da minha criança	0 (0)
Com que idade a criança começou a escovagem?	
Ainda não escova	0 (0)
Depois do primeiro dente	47 (31,3)
Durante o 1º ano de idade	55 (36,7)
Durante o 2º ano de idade	30 (20)
Entre os 3 e os 5 anos de idade	18 (12)
Que tipo de escova usa?	
Nenhuma	0 (0)
Manual	128 (85,3)
Elétrica	22 (14,7)
Outra. Qual?	1 (0,7)
Quando levou a criança ao dentista, pela primeira vez?	
Nunca foi ao dentista	65 (43,3)
Até aos 6 meses	5 (3,3)
Entre os 7 e os 12 meses	2 (1,3)
Entre os 13 e os 24 meses	14 (9,3)
Depois dos 2 anos	64 (42,7)

Tabela 5- Caraterização do historial de saúde oral das Crianças antes da implementação do programa (continuação)	
Se já foi ao dentista, qual foi o motivo?	
Dor	3 (3,7)
Não erupção (nascimento) de algum dente	2 (2,4)
Rotina	65 (79,3)
Abcesso	1 (1,2)
Outro.	11 (13,4)
Qual?	
Cárie	5 (30)
Dente escuro após queda	2 (1,2)
Dente partido	1 (0,6)
Dente a abanar	1 (0,6)
Desvitalização	1 (0,6)
Dor	1 (0,6)
Manchas	2 (1,2)
Prevenção	1 (0,6)
Sangramentos gengivais	1 (0,6)

Verifica-se que antes da intervenção, 43,3% das crianças nunca tinham ido ao médico dentista e 42,7% foi após os 2 anos de idade.

As tabelas 6 e 7 caraterizam, respetivamente, os resultados relativos aos conhecimentos e atitudes dos encarregados de educação referentes à saúde oral do seu educando, em ambas as fases do programa.

Tabela 6- Caraterização dos conhecimentos dos Encarregados de Educação relacionados com a saúde oral antes e após a implementação do programa

	n (%) Fase 0	n (%) Fase 1
Em termos globais, como considera o estado de saúde oral das crianças?		
Mau	5 (3,3)	2 (1,4)
Razoável	26 (17,3)	14 (9,5)
Bom	93 (62)	98 (66,2)
Excelente	26 (17,3)	34 (23)

Tabela 6- Caraterização dos conhecimentos dos Encarregados de Educação relacionados com a saúde oral antes e após a implementação do programa (continuação)		
Em crianças, qual a quantidade de pasta dentífrica que se deve colocar na escova?		
Suficiente para cobrir toda a escova	18 (12)	8 (5,4)
Suficiente para cobrir metade da escova	34 (22,7)	11 (7,5)
Quantidade do tamanho de uma ervilha ou da unha do dedo mindinho da criança	97 (64,7)	127 (86,4)
Não utilizo pasta dentífrica	1 (0,7)	1 (0,7)
A pasta dentífrica que utiliza contém flúor?		
Sim	111 (74,5)	126 (85,1)
Não	28 (18,8)	15 (10,1)
Não sei	10 (6,7)	7 (4,7)
Qual é a concentração de flúor presente na pasta dentífrica que o seu educando utiliza?		
Não sei	74 (49,7)	34 (23,6)
O meu educando não usa pasta dentífrica	0 (0)	0 (0)
0 a 1000 ppm	57 (38,3)	40 (27,8)
1000 a 1500 ppm	18 (12,1)	70 (48,6)

Tabela 7- Caraterização das atitudes dos Encarregados de Educação relacionadas com a saúde oral antes e após a implementação do programa		
	n (%) Fase 0	n (%) Fase 1
Considera estar envolvido na saúde oral das crianças?		
Sim	150 (100)	148 (100)
Não	0 (0)	0 (0)
Quantas vezes o seu educando escova os dentes por dia?		
Não escova todos os dias	6 (4)	0 (0)
Uma vez	50 (33,3)	0 (0)
Duas vezes	90 (60)	36 (24,3)
Três vezes	4 (2,7)	111 (75)
Três vezes ou mais vezes	0 (0)	1 (0,7)

Tabela 7- Caraterização das atitudes dos Encarregados de Educação relacionadas com a saúde oral antes e após a implementação do programa (continuação)		
A(s) escovagem(ns) do seu educando são efetuados em que período?		
Depois do pequeno-almoço		
Sim	93 (62)	111 (75)
Não	57 (38)	37 (25)
Depois do almoço		
Sim	8 (5,3)	148 (100)
Não	142 (94,7)	0 (0)
Depois do jantar		
Sim	28 (18,7)	61 (41,2)
Não	122 (81,3)	87 (58,8)
Antes de dormir		
Sim	123 (82)	89 (60,1)
Não	27 (18)	59 (39,9)
Não efetua escovagens		
Sim	0 (0)	0 (0)
Não	150 (100)	148 (100)
Em que local é feita essa escovagem?		
Só na escola	0 (0)	0 (0)
Só em casa	147 (98)	2 (1,4)
Na escola e em casa	3 (2)	146 (98,6)
Não efetua escovagens	0 (0)	0 (0)
É habitual o seu educando ter a sua ajuda para escovarem os dentes?		
Nunca, ele escovam sempre sozinhos	9 (6)	11 (7,5)
Ajudo sempre que escovam	82 (54,7)	41 (27,9)
Ajudo às vezes	55 (36,7)	83 (56,5)
Ajudo uma vez por dia	4 (2,7)	12 (8,2)
Não efetua escovagens	0 (0)	0 (0)

Tabela 7- Caraterização das atitudes dos Encarregados de Educação relacionadas com a saúde oral antes e após a implementação do programa (continuação)

Se não ajuda em todas as escovagens, controla se a escovagem dos dentes do seu educando foi feita corretamente?		
Não controlo as escovagens	2 (1,8)	1 (0,8)
Sim, muito raramente	4 (3,6)	5 (3,8)
Sim, pelo menos uma vez por semana	15 (13,5)	8 (6,1)
Sim, sempre todos os dias	90 (81,1)	117 (89,3)
Não efetua escovagens	0 (0)	0 (0)
Após a escovagem, as crianças devem bochechar a boca com água?		
Não	115 (76,7)	63 (42,6)
Sim	35 (23,3)	85 (57,4)
O seu educando utiliza o fio dentário?		
Não	123 (82)	121 (81,8)
Sim, às vezes	23 (15,3)	24 (16,2)
Sim, todos os dias	1 (0,7)	1 (0,7)
Não sabe o que é	3 (2)	2 (1,4)
O seu educando utiliza colutório (líquido para bochechar após escovagens)?		
Não	121 (80,7)	122 (82,4)
Sim, às vezes	26 (17,3)	22 (14,9)
Sim, todos os dias	1 (0,7)	4 (0,7)
Não sabe o que é	2 (1,3)	2 (1,4)
O seu educando utiliza raspador de língua?		
Não	132 (88)	88 (59,5)
Sim, às vezes	13 (8,7)	50 (33,8)
Sim, todos os dias	5 (3,3)	8 (5,4)
Não sabe o que é	0 (0)	2 (1,4)
Já levou/Planeia levar brevemente a sua criança ao dentista?		
Não		16 (10,8)
Sim		132 (89,2)

Verificaram-se algumas alterações referentes aos conhecimentos dos encarregados de educação, nomeadamente no uso de pastas fluoretadas (de 1000 a 1500 ppm) que, inicialmente, eram utilizadas em 12,1% das crianças e, após a intervenção, em 48,6%. A resposta à quantidade adequada de pasta para esta faixa etária também sofreu mudanças, sendo uma delas a resposta "quantidade do tamanho de uma ervilha ou da unha do dedo mindinho da criança" que passou de 64,7% a 86,4%.

Relativamente às atitudes dos encarregados de educação perante a saúde oral das crianças, verifica-se uma diferença na quantidade de vezes que as crianças fazem a escovagem dos dentes por dia, sendo a mais significativa a hipótese "três vezes" que passou de 2,7% para 75%. Quando questionados acerca do local onde é feita essa escovagem, 98,6% das respostas indicaram ser na escola e em casa.

Após a implementação do programa foi questionado aos encarregados de educação se já levaram ou planeiam levar brevemente o seu educando ao dentista e 89,2% das respostas foram afirmativas.

As tabelas 8 e 9 mostram os resultados relativo à prevalência dos hábitos deletérios e alimentares das crianças, antes e após a intervenção do programa preventivo.

Tabela 8- Caraterização dos hábitos deletérios das Crianças antes e após a implementação do programa

	n (%) Fase 0	n (%) Fase 1
Atualmente a criança usa chupeta?		
Sim	14 (9,3)	5 (3,4)
Não	136 (90,7)	143 (96,6)
Atualmente a criança chucha no dedo?		
Sim	1 (0,7)	0 (0)
Não	149 (99,3)	148 (100)
Atualmente a criança usa biberão?		
Sim	31 (20,7)	17 (11,5)
Não	119 (79,3)	131 (88,5)

Tabela 8- Caraterização dos hábitos deletérios das Crianças antes e após a implementação do programa (continuação)		
A criança usa ou usou biberão para adormecer?		
Sim	41 (27,3)	5 (3,4)
Não	109 (72,7)	143 (96,6)
De modo geral, o que contém/continha o biberão?		
Nunca utilizou biberão	30 (21,7)	126 (87,5)
Sumo de fruta	1 (0,7)	0 (0)
Água	5 (3,6)	0 (0)
Leite	96 (69,6)	17 (11,8)
Leite com papa	6 (4,3)	1 (0,7)
Outro conteúdo	0 (0)	0 (0)

Tabela 9- Caraterização dos hábitos alimentares da Criança antes e após a implementação do programa		
	n (%) Fase 0	n (%) Fase 1
Consumo de Alimentos Açucarados (bolos, bolachas…)		
Todos os dias	25 (16,9)	20 (13,5)
2 ou mais vezes por dia	2 (1,4)	6 (4,1)
1 vez por dia	28 (18,9)	20 (13,5)
1 a 2 vezes por semana	49 (33,1)	44 (29,7)
Mais do que 2 vezes por semana	25 (16,9)	49 (33,1)
Ocasionalmente (em dias de festa)	17 (11,5)	8 (5,4)
Nunca	2 (1,4)	1 (0,7)

Tabela 9- Caraterização dos hábitos alimentares da Criança antes e após a implementação do programa
(continuação)

Consumo de Guloseimas (chocolates, rebuçados, gomas…)		
Todos os dias	9 (6,1)	5 (3,4)
2 ou mais vezes por dia	3 (2)	3 (2)
1 vez por dia	17 (11,5)	9 (6,1)
1 a 2 vezes por semana	61 (41,2)	38 (25,7)
Mais do que 2 vezes por semana	18 (12,2)	26 (17,6)
Ocasionalmente (em dias de festa)	37 (25)	66 (44,6)
Nunca	3 (2)	1 (0,7)
Consumo de Sumos de Fruta (Natural, Compal…)		
Todos os dias	8 (5,4)	7 (4,7)
2 ou mais vezes por dia	2 (1,4)	3 (2)
1 vez por dia	9 (6,1)	11 (7,4)
1 a 2 vezes por semana	35 (23,6)	29 (19,6)
Mais do que 2 vezes por semana	13 (8,8)	45 (30,4)
Ocasionalmente (em dias de festa)	67 (45,3)	39 (26,4)
Nunca	14 (9,5)	14 (9,5)
Consumo de Refrigerantes Não Gaseificados (*Ice Tea*…)		
Todos os dias	3 (2)	3 (2)
2 ou mais vezes por dia	2 (1,4)	1 (0,7)
1 vez por dia	6 (4,1)	1 (0,7)
1 a 2 vezes por semana	14 (9,5)	12 (8,1)
Mais do que 2 vezes por semana	5 (3,4)	9 (6,1)
Ocasionalmente (em dias de festa)	58 (39,2)	75 (50,7)
Nunca	60 (40,5)	47 (31,8)

Tabela 9- Caraterização dos hábitos alimentares da Criança antes e após a implementação do programa
(continuação)

Consumo de Refrigerantes Gaseificados (*Coca-Cola, Sumol*…)		
Todos os dias	2 (1,4)	0 (0)
2 ou mais vezes por dia	1 (0,7)	1 (0,7)
1 vez por dia	1 (0,7)	1 (0,7)
1 a 2 vezes por semana	5 (3,4)	3 (2)
Mais do que 2 vezes por semana	4 (2,7)	0 (0)
Ocasionalmente (em dias de festa)	32 (21,6)	34 (23)
Nunca	103 (69,6)	109 (73,6)
Assinale em que momento o seu educando consome alimentos açucarados e/ou guloseimas		
Durante as refeições	6 (4,1)	11 (7,5)
No intervalo das refeições	123 (84,8)	127 (86,4)
Refeições e intervalos das refeições	7 (4,8)	4 (2,7)
Não consome	9 (6,2)	5 (3,4)
Assinale em que momento o seu educando ingere sumos de fruta, refrigerantes não gaseificados e/ou refrigerantes gaseificados		
Durante as refeições	77 (52,4)	69 (47,3)
No intervalo das refeições	19 (12,9)	44 (30,1)
Refeições e intervalos das refeições	7 (4,8)	6 (4,1)
Não consome	44 (29,9)	27 (18,5)

Verifica-se que, antes do programa preventivo, o consumo de guloseimas como chocolates, rebuçados e gomas era mais frequente, sendo todos os dias em 6,1% das crianças, 11,5% uma vez por dia e 41,2% de uma a duas vezes por semana. Após a intervenção, os mesmos parâmetros passaram a 3,4%, 6,1% e 25,7%, respetivamente.

Na tabela 10, encontram-se descritos os resultados referentes à observação clínica intraoral das crianças envolvidas no projeto, prévia e posteriormente à implementação do programa de saúde oral preventivo.

Tabela 10- Dados referentes à observação clínica intraoral das Crianças antes e após a implementação do programa

	Fase 0	Fase 1	
	Média ± Desvio-padrão	Média ± Desvio-padrão	
Superfícies com cárie (código 1 e 2) de dentes decíduos	1,16±1,821	0,36±1,006	
Superfícies com cárie (código 3 e 6) de dentes decíduos	0,73±2,098	0,48± 1,412	
Superfícies com obturações dentes decíduos	0,22±0,765	0,53± 1,412	
Dentes decíduos perdidos	0±0	0±0	
CPOS de dentes decíduos (código 1 a 2)	1,30±1,916	0,89± 1,905	
CPOS de dentes decíduos (código 3 a 6)	0,98±2,398	1,01± 2,558	
Superfícies com cárie (código 1 e 2) de dentes permanentes	0±0	0±0	
Superfícies com cárie (código 3 e 6) de dentes permanentes	0,6±0,250	0±0	
Superfícies com obturações de dentes permanentes	0,13±0,500	0,09±0,417	
Dentes permanentes perdidos	0±0	0±0	
CPOS de dentes permanentes (código 1 a 2)	0,13±0,500	0,09±0,417	
CPOS de dentes permanentes (código 3 a 6)	0,19±0,544	0,09±0,417	
Número de selantes	0,0828±0,53062	0,1592±0,73824	p<0,001

Tabela 10- Dados referentes à observação clínica intraoral das Crianças antes e após a implementação do programa (continuação)			
	Média %	Média %	
Índice de placa bacteriana	61,56	24,20	p<0,001
	n (%)	n (%)	
Apresenta pigmentação dentária	5 (3,2)	3 (1,9)	
Não apresenta pigmentação dentária	152 (96,8)	154 (98,1)	
Estadio de Erupção do 1ºM do 1ºQ			
Não erupcionado	149 (94,9)	147 (93,6)	
Infra-oclusal	6 (3,8)	4 (2,5)	
Justa-oclusal	2 (1,3)	6 (3,8)	
Estadio de Erupção do 1ºM do 2ºQ			
Não erupcionado	147 (93,6)	144 (91,7)	
Infra-oclusal	9 (5,7)	5 (3,2)	
Justa-oclusal	1 (0,6)	8 (5,1)	
Estadio de Erupção do 1ºM do 3ºQ			
Não erupcionado	148 (9,3)	144 (91,7)	
Infra-oclusal	7 (4,5)	5 (3,2)	
Justa-oclusal	2 (1,3)	8 (5,1)	
Estadio de Erupção do 1ºM do 4ºQ			
Não erupcionado	148 (94,3)	144 (91,7)	
Infra-oclusal	6 (3,8)	5 (3,2)	
Justa-oclusal	3 (1,9)	8 (5,1)	
Registo Oclusal Direito			
Classe I	2 (0,6)	6 (3,8)	
Classe II Divisão 1	0 (0)	0 (0)	
Classe II Divisão 2	1 (0,6)	0 (0)	
Classe III	0 (0)	0 (0)	
Ambos/Um dos molares não erupcionado	154 (98,1)	151 (96,2)	

Tabela 10- Dados referentes à observação clínica intraoral das Crianças antes e após a implementação do programa (continuação)		
Registo Oclusal Esquerdo		
Classe I	1 (0,6)	5 (3,2)
Classe II Divisão 1	1 (0,6)	1 (0,6)
Classe II Divisão 2	0 (0)	0 (0)
Classe III	0 (0)	0 (0)
Ambos/Um dos molares não erupcionado	155 (98,7)	151 (96,2)
Necessidade de tratamento		
Baixa	106 (67,5)	127 (80,9)
Média	32 (20,4)	11 (7)
Elevada	19 (12,1)	19 (12,1)

Verifica-se uma diminuição dos valores médios envolvidos no cálculo do índice CPOS de dentes decíduos (superfícies de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados), com exceção do valor de dentes obturados que se alterou de 0,22 para 0,53. Na dentição permanente, entre as duas fases do programa, verifica-se uma diminuição geral dos valores correspondentes ao mesmo índice, uma vez que estamos perante um maior número total de dentes permanentes presentes na cavidade oral na fase 1 do que na fase 0.

Um outro resultado que sofreu uma diminuição significativa, após a implementação do programa, foi a média do valor do índice de placa bacteriana que foi de 61,56% na fase 0 e 24,20% na fase 1.

Discussão

Discussão

A infância, principalmente os primeiros anos de vida das crianças, é o momento onde se formam comportamentos adequados de promoção de saúde, que permitem a prevenção de futuras doenças como a cárie dentária e a gengivite [13]. Uma boa saúde oral está dependente de comportamentos preventivos essenciais como a escovagem diária com dentífrico fluoretado e o controlo de consumo de açúcares [3]. Os estabelecimentos de ensino pré-escolar providenciam um potencial cenário, onde programas preventivos podem auxiliar as crianças a desenvolverem comportamentos e hábitos benéficos para a saúde [2, 3, 9, 12].

Assim, de um modo geral e de acordo com a intervenção dada aos educadores de infância e auxiliares de ação educativa, verificou-se uma tendência de aumento de respostas adequadas referentes a métodos de controlo de placa bacteriana das crianças como o uso de fio dentário e de raspador de língua, e respostas concordantes no que corresponde ao ato de bochechar após a escovagem e à função do flúor, quando presente no dentífrico. O conhecimento referente à quantidade de dentífrico a utilizar nesta faixa etária manteve-se coincidente, sendo o equivalente ao tamanho de uma ervilha ou da unha do dedo mindinho da criança [1] e, após a intervenção, houve ainda um aumento geral quanto às capacidades do grupo de demonstrar às crianças como manter uma boa saúde oral.

Relativamente às atitudes relacionadas com a saúde oral das crianças em ambiente escolar, observou-se uma mudança positiva no grupo, uma vez que, após o programa e adaptando às condições fornecidas pelo estabelecimento de ensino, os educadores de infância e auxiliares de ação educativa incluíram na rotina escolar das crianças uma escovagem diária após a hora de almoço, que segue os parâmetros de quantidade de dentífrico e de posteriores bochechos com água adequados a esta faixa etária. O grupo completo passou a sentir-se incluído na saúde oral das crianças, abordando com elas e com os respetivos encarregados de educação a importância de uma correta higiene oral.

Esta mudança de rotina escolar pode ter vindo a afetar o desenvolvimento de futuras cáries e a contribuir para a remineralização de possíveis lesões já existentes. Na literatura atual, existem algumas disparidades referentes aos resultados dos programas preventivos de saúde oral desenvolvidos em ambiente escolar. Alguns autores defendem que medidas preventivas secundárias devem ser sempre aplicadas na presença de cárie precoce de infância [3, 18, 19, 20], enquanto outros afirmam que a implementação de um programa de educação e promoção de saúde oral com métodos de controlo de placa bacteriana direcionados às crianças, professores e pais é o suficiente para a diminuição da sua incidência [9, 14, 16, 17, 21].

No entanto, um estudo realçou que os resultados podem ser díspares devido à ausência de qualquer tipo de instruções de higiene oral providenciadas aos grupos controlo. Assim, com o intuito de colmatar esta situação, o estudo analisado procedeu com a avaliação de dois grupos sujeitos a programas de saúde oral com diferentes metodologias. Um dos grupos teve acesso a um programa baseado em medidas preventivas primárias e um segundo grupo foi sujeito a um programa onde visavam as medidas preventivas secundárias. Concluiu-se que o programa baseado em medidas preventivas mais invasivas, isto é, secundárias produziu um efeito mínimo adicional ao programa baseado nas medidas primárias de prevenção [9].

No presente programa, os resultados referentes aos conhecimentos dos adultos conviventes com as crianças, revelaram uma melhoria após as intervenções educacionais focadas na saúde oral. Um outro estudo de *Montes GR et al*. vai de encontro ao apresentado nesta investigação, uma vez que avaliou a relação entre os conhecimentos referentes à saúde oral dos cuidadores e a prevalência de cárie dentária não tratada em crianças de idade pré-escolar. Foi encontrado um maior número de cáries não tratadas em crianças cujos cuidadores tinham baixo grau de conhecimentos relacionados com a saúde oral [22]. Estes resultados apoiam a necessidade de implementação de um programa de saúde oral preventiva no ensino pré-escolar, que inclua e providencie uma correta educação dos educadores de infância e auxiliares de ação educativa.

A intervenção fornecida no programa apresentado neste estudo também ajudou a preparar melhor os educadores de infância e auxiliares de ação

educativa para a eventualidade de um traumatismo em ambiente escolar. A probabilidade de ocorrência de traumatismos na cavidade oral atinge o seu máximo em idades correspondentes ao período da infância. A correta e rápida atuação perante uma situação de trauma é crucial para o prognóstico favorável da circunstância. A intervenção providenciada neste programa inferiu nos métodos adequados de atuação perante uma lesão dos tecidos moles, duros e de suporte da cavidade oral: na necessidade de manter a calma, nos meios de transporte adequados a fragmentos soltos (solução salina equilibrada de *Hank*, leite, soro fisiológico ou saliva) e na importância, em casos de avulsão de dentes permanentes, da reimplantação correta e posterior mordida de algo que mantenha o dente em posição adequada [7]. Por último, a população em questão foi também instruída a alertar os encarregados de educação na eventualidade de deteção de alguma alteração ou anomalia da cavidade oral das crianças.

No grupo dos encarregados de educação, inicialmente, foram colocadas algumas questões com o intuito de caraterizar o estado geral de saúde oral das crianças. Verificou-se que cerca de 43% das crianças nunca tinham ido ao dentista e, entre as que já tinham ido a uma consulta, verificou-se que o segundo motivo mais prevalente foi por presença de lesões de cárie. Estes dados refletem uma das situações mais prevalentes nas idas aos consultórios médico-dentistas por parte de crianças em idade pré-escolar: deslocamentos por sinais preocupantes ou associados a sintomatologia dolorosa. Um estudo, cujo objetivo foi avaliar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos dos pais e educadores de infância de crianças em idade pré-escolar, revelou que, apesar de haver na generalidade um conhecimento moderado e atitudes positivas para a saúde oral, existe uma certa confusão relativamente à idade adequada para o agendamento da primeira ida ao médico dentista, à escovagem supervisionada, ao uso de flúor e ao controlo dos açúcares na dieta [23].

Os resultados obtidos pelo programa implementado mostram que uma percentagem de encarregados de educação ainda não está sensibilizada para a importância das idas preventivas ao médico dentistas, do controlo diário da escovagem, da concentração de flúor presente na asta dentífrica e da gestão da ingestão de açúcares. Este resultado vem apoiar a necessidade de programas preventivos de promoção e educação de saúde oral adaptados ao público-alvo,

que focalizem tópicos cujo conhecimento não corresponda à realidade aconselhada.

Posteriormente ao programa implementado, onde foi realizada uma palestra educacional e alguns encarregados de educação foram notificados da saúde oral corrente do seu educando, questionou-se os pais acerca das suas intenções de levar o seu educando ao dentista. Cerca de 89,2% das respostas foram afirmativas, o que nos leva a concluir que existe uma tendência positiva e que parte deste aumento se deveu à chamada de atenção provocada pelo programa preventivo de saúde oral a que estavam sujeitos.

A nível comparativo, numa perspetiva pré e pós-programa, deu-se um aumento geral de conhecimentos relacionados com a saúde oral e seus componentes por parte dos encarregados de educação. Vários pais compreenderam a importância da concentração de flúor presente na pasta dentífrica que, segundo vários autores, para esta faixa etária, deve estar compreendida entre os 1000 e os 1500 ppm [4, 25, 26]. Está comprovado que o uso de flúor previne o desenvolvimento de cáries dentárias. Quando presente na pasta dentífrica, este atua através da promoção da mineralização dentária e densidade óssea, da sua ação bactericida perante bactérias cariogénicas, atraso na desmineralização e promoção a remineralização do esmalte quando presente na placa bacteriana e saliva [27]. Existem atualmente vários métodos preventivos comunitários que consistem no aumento da exposição ao flúor, através da suplementação de flúor nas águas, no sal e no leite [27].

O aumento do número de escovagens diárias das crianças favorece o contacto benéfico com o flúor presente no dentífrico. Em idade pré-escolar, esta escovagem deve ser devidamente acompanhada por um adulto que deverá fornecer ajuda e controlar a escovagem, de forma a garantir uma correta higienização de todos os elementos da cavidade oral [9]. Neste estudo, tanto os encarregados de educação como os educadores de infância e auxiliares de ação educativa, revelaram que a prestação de auxílio durante a higiene oral não é constante. Isto pode ser justificado pelo facto de estarmos perante uma faixa etária onde a destreza manual está a ser desenvolvida e é muito volátil de indivíduo para indivíduo, havendo uma maior necessidade de ajuda na escovagem das crianças com menor idade.

Quanto ao processo de escovagem das crianças, este estudo averiguou que há ainda alguma relutância por parte dos encarregados de educação nos atos de não bochechar com água, uso de fio dentário e/ou raspador de língua, o que evidencia uma necessidade de reforço de educação para a saúde oral nesta vertente. À semelhança dos resultados apresentados, vários estudos demonstraram que os pais das crianças não estão devidamente informados nem treinados na manutenção da saúde oral das crianças [10, 12].

Relativamente aos hábitos das crianças, foi avaliada a prevalência dos hábitos deletérios e alimentares nas duas fases do programa. Detetou-se uma tendência para diminuição geral dos hábitos deletérios, no entanto verificou-se que, quando utilizado, o conteúdo do biberão era maioritariamente açucarado, o que, segundo vários autores, pode contribuir para o aumento da prevalência da cárie precoce de infância, através da promoção do processo de desmineralização de esmalte e diminuição do pH salivar por parte dos açúcares [4, 10, 23, 28]. Situações similares se verificam quando questionados acerca dos hábitos alimentares das crianças. Uma percentagem considerável de crianças continua, mesmo após o programa, a consumir alimentos açucarados e guloseimas e a ingerir sumos e refrigerantes diariamente, sendo o momento principal no intervalo entre as refeições e durante as refeições, respetivamente. Tal ato não ocorre dentro do estabelecimento de ensino, uma vez que todos os alimentos fornecidos às crianças são previamente aprovados por uma nutricionista, que está responsável por fazer o balanço nutricional da dieta fornecida às crianças. Segundo um estudo de *Rahul S. Naidu et al*, referente aos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos pais e cuidadores de crianças de idade pré-escolar, os hábitos alimentares são um fator condicionante de uma boa saúde oral infantil e, à semelhança dos resultados obtidos no programa apresentado neste estudo, concluíram que devem ser fornecidas recomendações alimentares aos adultos para a promoção de saúde oral ser mais eficiente [23].

Uma revisão sistemática que comparou a eficácia de vários programas de promoção de saúde oral desde o ensino pré-escolar até ao secundário também concluiu que, em idade pré-escolar, a inclusão da componente educacional dedicada a crianças, encarregados de educação, educadores de infância e

auxiliares de ação educativa aumenta a eficácia das medidas preventivas aplicadas e dos comportamentos relacionados com a saúde oral [16].

Na observação intraoral das crianças, foram verificadas maioritariamente diferenças nos parâmetros referentes à dentição decídua. Observou-se uma tendência para diminuição nos valores associados ao cálculo do índice de superfícies de dentes cariados, perdidos e obturados, mas mais acentuada na dentição decídua. O aumento na média de número de dentes obturados pode ter contribuído para a diminuição dos valores mencionados anteriormente, que juntamente com os dados referentes à procura de cuidados de saúde oral, resultam num maior número de tratamentos executados e, consequentemente, menor número de lesões de cárie. O estudo apresentado neste projeto de investigação pode ter contribuído para o aumento do número de idas ao médico dentista, uma vez que alertou os encarregados de educação para as necessidades de tratamentos dos seus educandos, que de outra forma não seriam sentidas.

A tendência para a diminuição de gravidade dos casos presentes nos resultados deste programa, vai de encontro aos resultados obtidos por outros estudos que concluíram que existe uma diminuição na presença de lesões de cárie, quando implementado um programa de preventivo básico, que visa a escovagem escolar diária [9, 16, 17].

No presente estudo observou-se uma diminuição estatisticamente significativa do índice de placa bacteriana. Este diminuiu mais de 50% do seu valor inicial e, quando associado aos dados referentes a métodos de controlo de placa como o aumento no número de escovagens com a implementação da escovagem escolar, o uso adequado de dentífrico fluoretado, de fio dentário, de raspador de língua e ainda a notificação de casos preocupantes aos encarregados de educação, podemos concluir que vários dos aspetos introduzidos pelo programa preventivo poderão ter contribuído para esta diminuição. Estes resultados vão de encontro aos obtidos no estudo de *Cooper et al*, que defendem que os programas promotores de saúde oral fornecem, apesar de limitadas, evidências científicas acerca da eficácia destas intervenções na presença de placa bacteriana e na aquisição de conhecimento de saúde oral por parte das crianças [3].

A diminuição de placa bacteriana verificada com a implementação deste programa pode estar associada à prevenção de lesões de cárie e regressão de algumas atuais em fase inicial. A promoção de um ambiente oral mais saudável vai, consequentemente, originar tecidos duros e de suporte mais resistentes e com maior durabilidade.

As observações orais em ambiente escolar são, muitas vezes, o primeiro contacto da criança com a medicina dentária. Estas ações, quando realizadas em ambiente familiar à criança e em contexto lúdico, podem contribuir para diminuir os níveis de ansiedade e *stress* que estão associados à primeira ida ao médico-dentista e aumentar a colaboração por parte do paciente. Um estudo que incidiu em crianças entre 4 e os 6 anos, concluiu que estas sentem-se mais ansiosas em rastreios orais em ambiente clínico do que em ambiente escolar [(5)]. Uma experiência dolorosa numa consulta de medicina dentária pode ficar associada a elevados níveis de ansiedade, que levam ao adiamento de consultas quando necessário e posterior impacto negativo, dificultando a ingestão de alimentos, o aumento de sintomatologia dolorosa e gerando uma culpabilização por parte dos encarregados de educação [(6)].

De modo geral, a necessidade de tratamento das crianças incluídas neste estudo foi maioritariamente baixa em ambas as fases do programa, no entanto, na fase 1, notaram-se algumas transições entre participantes incluídos na categoria “média” para a “baixa”. Isto pode estar associado à diminuição de placa bacteriana e ao aumento da procura de cuidados médico-dentários. Por outro lado, os participantes com necessidade elevada de tratamento mantiveram-se, porém quando associados à média de lesões cariadas de grande extensão existentes, verifica-se uma diminuição e um consequente aumento de tratamentos efetuados na dentição decídua.

Apesar de ter apresentado uma tendência para a melhoria da qualidade de saúde oral das crianças e dos conhecimentos e atitudes dos adultos conviventes com estas, este programa apresenta algumas limitações, nomeadamente o período de avaliação. O período de três meses entre as avaliações dos parâmetros analisados foi insuficiente para a observação de verdadeiras melhorias, principalmente no que se refere à observação clínica das

crianças e à implementação e posterior avaliação de resultados provenientes de comportamentos preventivos, quer em contexto domiciliário quer escolar.

Uma vez que a idade pré-escolar é crucial para a formação de atitudes de promoção de saúde oral e criação de hábitos de higiene saudáveis [13], seria necessário avaliar novamente os três grupos de populações presentes neste estudo, após períodos de tempo mais prolongados, de forma a retirar conclusões referentes à eficácia do programa a longo prazo.

Conclusão

Conclusão

Este programa veio realçar a necessidade de abordar cuidados básicos de saúde oral no ensino pré-escolar e desmistificar a dificuldade em implementá-los. A introdução da escovagem escolar e das observações intraorais no estabelecimento de ensino promoveu não só uma diminuição nas desigualdades de acesso a cuidados de saúde entre as crianças, mas também uma diminuição na ansiedade associada a problemas dentários. A implementação de medidas preventivas primárias em estabelecimentos regularmente frequentados pelas crianças, como o jardim-de-infância, podem funcionar como um motor promotor da igualdade no âmbito da qualidade da saúde oral, melhorando, consequentemente a qualidade de vida das crianças e dos seus cuidadores.

Assim, foi possível concluir que este programa favoreceu a formação de um ambiente mais saudável no Centro Social Paroquial de Chaves, em termos de saúde oral, para todos os indivíduos envolvidos no estudo.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

1. Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. J Am Acad Nurse Pract. 2009 Jan;21(1):1-10. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00367.x. PMID: 19125889.
2. Chai HH, Gao SS, Chen KJ, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. A Kindergarten-Based Oral Health Preventive Approach for Hong Kong Preschool Children. Healthcare (Basel). 2020 Dec 9;8(4):545. doi: 10.3390/healthcare8040545. PMID: 33317159; PMCID: PMC7762992.
3. Cooper AM, O'Malley LA, Elison SN, Armstrong R, Burnside G, Adair P, Dugdill L, Pine C. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;(5):CD009378. doi: 10.1002/14651858.CD009378.pub2. PMID: 23728691.
4. Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Casemiro de Andrade, Guedes-Pinto. Cárie precoce da infância – o estado da arte. Acta Pediatr Port 2010:41(5):217-21. 2010 Jan.
5. Kilinç G, Akay A, Eden E, Sevinç N, Ellidokuz H. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. Braz Oral Res. 2016 Aug 18;30(1):S1806-83242016000100701. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0072. PMID: 27556551.
6. Corrêa-Faria P, Silva KC, Costa LR. Impact of dental caries on oral health-related quality of life in children with dental behavior management problems. Braz Oral Res. 2022 Mar 14;36:e041. doi: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0041. PMID: 35293506.
7. Casemiro de Andrade DJ, Guedes-Pinto AC. Textos Escolhidos de Odontopediatria. 1o ed. Pacheco I, editor. U. Porto Edições; 2017 Sep
8. Portugal é um dos países onde as crianças passam mais horas na creche [Internet]. www.dn.pt. [cited 2022 Jan 25]. Available from: https://www.dn.pt/vida-e-futuro/criancas-passam-mais-dez-horas-semanais-em-creches-11553483.html ",

9. Pisarnturakit P, Detsomboonrat P. Comparison of two caries prevention programs among Thai kindergarten: a randomized controlled trial. BMC Oral Health. 2020 Apr 19;20(1):119. doi: 10.1186/s12903-020-01107-5. PMID: 32306953; PMCID: PMC7168866.
10. Calcagnile F, Pietrunti D, Pranno N, Di Giorgio G, Ottolenghi L, Vozza I. Oral health knowledge in pre-school children: A survey among parents in central Italy. J Clin Exp Dent. 2019 Apr 1;11(4):e327-e333. doi: 10.4317/jced.55378. PMID: 31110611; PMCID: PMC6522113.
11. Pakkhesal M, Riyahi E, Naghavi Alhosseini A, Amdjadi P, Behnampour N. Impact of dental caries on oral health related quality of life among preschool children: perceptions of parents. BMC Oral Health. 2021 Feb 15;21(1):68. doi: 10.1186/s12903-021-01396-4. PMID: 33588827; PMCID: PMC7885600.
12. Chu CH, Ho PL, Lo EC. Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. BMC Public Health. 2012 Sep 11;12:767. doi: 10.1186/1471-2458-12-767. PMID: 22966820; PMCID: PMC3490858.
13. Pawlaczyk-Kamieńska T, Torlińska-Walkowiak N, Borysewicz-Lewicka M. The relationship between oral hygiene level and gingivitis in children. Adv Clin Exp Med. 2018 Oct;27(10):1397-1401. doi: 10.17219/acem/70417. PMID: 30058781.
14. Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil
15. Geetha Priya PR, Asokan S, Janani RG, Kandaswamy D. Effectiveness of school dental health education on the oral health status and knowledge of children: A systematic review. Indian J Dent Res. 2019 May-Jun;30(3):437-449. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_805_18. PMID: 31397422.
16. Bramantoro T, Santoso CMA, Hariyani N, Setyowati D, Zulfiana AA, Nor NAM, et al. (2021) Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: A systematic review. PLoS ONE 16(8): e0256007.
17. Alves AP, Rank RC, Vilela JE, Rank MS, Ogawa WN, Molina OF. Efficacy of a public promotion program on children’s oral health. J Pediatr (Rio J). 2018;94:518---24.

18. Schmoeckel J, Gorseta K, Splieth CH, Juric H. How to Intervene in the Caries Process: Early Childhood Caries - A Systematic Review. Caries Res. 2020;54(2):102-112. doi: 10.1159/000504335. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31910415.
19. Agouropoulos A, Twetman S, Pandis N, Kavvadia K, Papagiannoulis L. Caries-preventive effectiveness of fluoride varnish as adjunct to oral health promotion and supervised tooth brushing in preschool children: a double-blind randomized controlled trial. J Dent. 2014 Oct;42(10):1277-83. doi: 10.1016/j.jdent.2014.07.020. Epub 2014 Aug 12. PMID: 25123352.
20. Memarpour M, Soltanimehr E, Sattarahmady N. Efficacy of calcium- and fluoride-containing materials for the remineralization of primary teeth with early enamel lesion. Microsc Res Tech. 2015 Sep;78(9):801-6. doi: 10.1002/jemt.22543. Epub 2015 Jul 15. PMID: 26179280.
21. Lai B, Tan WK, Lu QS. Clinical efficacy of a two-year oral health programme for infants and toddlers in Singapore. Singapore Med J. 2018 Feb;59(2):87-93. doi: 10.11622/smedj.2017045. Epub 2017 May 25. PMID: 28540394; PMCID: PMC6119743.
22. Montes GR, Bonotto DV, Ferreira FM, Menezes JVNB, Fraiz FC. Caregiver's oral health literacy is associated with prevalence of untreated dental caries in preschool children. Cien Saude Colet. 2019 Jul 22;24(7):2737-2744. doi: 10.1590/1413-81232018247.18752017. PMID: 31340290.
23. Naidu RS, Nunn JH. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. Oral Health Prev Dent. 2020 Apr 1;18(1):245-252. doi: 10.3290/j.ohpd.a43357. PMID: 32618448.
24. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, Rugg-Gunn A, Moynihan P, Petersen PE, Evans W, Feldens CA, Lo E, Khoshnevisan MH, Baez R, Varenne B, Vichayanrat T, Songpaisan Y, Woodward M, Nakornchai S, Ungchusak C. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2018 Jun;46(3):280-287. doi: 10.1111/cdoe.12362. Epub 2018 Jan 30. PMID: 29380407.

25. Soares RC, da Rosa SV, Moysés ST, Rocha JS, Bettega PVC, Werneck RI, Moysés SJ. Methods for prevention of early childhood caries: Overview of systematic reviews. Int J Paediatr Dent. 2021 May;31(3):394-421. doi: 10.1111/ipd.12766. Epub 2021 Feb 17. PMID: 33263186.
26. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VCC, Jeroncic A. Fluoride toothpastes of di(erent concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD007868. DOI: 10.1002/14651858.CD007868.pub3.
27. Jullien S. Prophylaxis of caries with fluoride for children under five years. BMC Pediatr. 2021 Sep 8;21(Suppl 1):351. doi: 10.1186/s12887-021-02702-3. PMID: 34496756; PMCID: PMC8424787.
28. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Li SKY, Lo ECM, Chu CH. Dental caries status and its associated factors among 5-year-old Hong Kong children: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2017 Aug 31;17(1):121. doi: 10.1186/s12903-017-0413-2. PMID: 28859642; PMCID: PMC5580282.

Anexos

Anexos

Índice de Anexos

Anexo 1- Declaração de autoria…….……iii

Anexo 2- Parecer do orientador para entrega definitiva do trabalho apresentado monografia…….....vii

Anexo 3- Declaração de forma de divulgação do trabalho ……..xi

Anexo 4- Informação de entrega do trabalho final de monografia após cumprimento das diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto…..…….……xv

Anexo 5- Questionário dos educadores de infância e auxiliares de ação educativa……...……xix

Anexo 6- Questionário dos encarregados de educação (Fase 0)……..…xxv

Anexo 7- Questionário dos encarregados de educação (Fase 1)……xxxiii

Anexo 8- Ficha de registo de dados clínicos…….……..xli

Anexo 9- Consentimento de participação no estudo de educadores de infância e auxiliares de ação educativa…….....……xlv

Anexo 10- Consentimento de participação no estudo de encarregados de educação e crianças…….…….....li

Anexo 11- Fotografia com exemplo de disposição do *kit* de higiene oral……..lvii

Anexo 12- Fotografias da exposição lúdica sobre a saúde oral adaptada às crianças……..……..……lxi

Anexo 1- Declaração de autoria

U.PORTO

FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

25 de maio de 2022

A investigadora,

Marta Fernandes Lage

Marta Fernandes Lage

Anexo 2- Parecer do orientador para entrega definitiva do trabalho apresentado

U.PORTO

FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela estudante Marta Fernandes Lage com o título: "Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-escolar na Região Norte" está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

25 de maio de 2022

A orientadora,

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Anexo 3- Declaração de forma de divulgação do trabalho

U.PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

DECLARAÇÃO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo Marta Fernandes Lage

Nº de identificação civil 14049307 Nº de estudante 201703213

Email institucional up201703213@edu.fmd.up.pt

Email alternativo martalage13@gmail.com Tlf/Tlm 933362399

Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia) ☒ Relatório de Estágio ☐

Título Completo

Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-escolar na Região Norte

Orientador Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Coorientador

Palavras-chave Cárie precoce de infância, CPI, Idade pré-escolar, Programa preventivo de saúde oral, Prevenção primária, Odontopediatria

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto ☐

Não autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto ☐

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de :

6 Meses:____ 12 Meses: X 18 Meses:___ 24 Meses:___ 36 Meses:___ 120 Meses:___

Justificação para a não autorização imediata Publicação de resultados

Data 25 / 05 / 2022

Assinatura: Marta Fernandes Lage

Anexo 4-Informação de entrega do trabalho final de Monografia após cumprimento das diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto

U.PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

INFORMAÇÃO

(Entrega do trabalho final de Monografia após cumprimento das diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de Dados da U.Porto)

Informo que, relativamente ao Trabalho de Monografia com o título: "Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-escolar na Região Norte" foram cumpridas todas as diretivas emanadas pelo Serviço de Proteção de dados da U.Porto, encontrando-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

25 de maio de 2022

A Estudante,

(Nome em maiúsculas): MARTA FERNANDES LAGE

(Assinatura):

Marta Fernandes Lage

Anexo 5- Questionário dos educadores de infância e auxiliares de ação educativa

Código de Identificação
(a preencher pelo inquiridor)

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE ORAL PREVENTIVA NO ENSINO PRÉ-ESCOLAR NA REGIÃO NORTE

Caro Educador de Infância/ Ajudantes de Ação Educativa,

Este questionário tem como objetivo a avaliação da saúde oral no ensino pré-escolar, no Centro Social Paroquial de Chaves, tendo por base a integração numa Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, na qual será participante. Destina-se a conhecer alguns dos fatores que, de algum modo, poderão estar relacionados com a saúde oral das crianças e a caracterizar os conhecimentos dos Educador de Infância/ Ajudantes de Ação Educativa sobre as atitudes relacionadas com a higiene oral das crianças.

A participação no estudo é voluntária e toda informação fornecida é confidencial.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

SECÇÃO I – DADOS PESSOAIS

1. Qual é a sua profissão?

☐ 1Educador de Infância
☐ 2Ajudantes de Ação Educativa

SECÇÃO II – QUESTÕES SOBRE A SAÚDE ORAL DOS ALUNOS

2. Em termos globais, como considera o estado de saúde oral das crianças?

☐ 1Mau
☐ 2Razoável
☐ 3Bom
☐ 4Excelente
☐ 5Não sei

3. Considera estar envolvido na saúde oral das crianças?

☐ 1Sim
☐ 2Não

4. Aborda com as crianças a importância de uma correta higiene oral?

☐ 1Sim
☐ 2Não

5. Sente que reúne conhecimentos suficientes para demonstrar às crianças a forma mais adequada de manter uma boa saúde oral?

☐ 1Sim
☐ 2Não

6. **Em média, quantas refeições são fornecidas a cada criança no jardim-de-infância?**
   ☐ 1Uma
   ☐ 2Duas
   ☐ 3Três
   ☐ 4Quatro ou mais

7. **É frequente as crianças escovarem os dentes no jardim-de-infância, após as refeições?**
   ☐ 1Sim
   ☐ 2Não

8. Se **as crianças escovam os dentes no infantário**, quando efetuam a escovagem? (Pode assinalar mais do que uma opção)
   ☐ 1As crianças não efetuam a escovagem dos dentes no jardim-de-infância
   ☐ 2Depois do pequeno-almoço
   ☐ 3Depois do almoço
   ☐ 4Depois do lanche
   ☐5Outro.Quando?_____

9. **O estabelecimento de ensino pré-escolar fornece condições adequadas para efetuar a escovagem dos dentes das crianças?**
   ☐ 1Sim
   ☐ 2Não

10. **É habitual as crianças terem a sua ajuda para escovarem os dentes?**
    ☐ 1Nunca, eles não escovam os dentes no jardim-de-infância
    ☐ 2Nunca, eles escovam sempre sozinhos
    ☐ 3Ajudo sempre que escovam
    ☐ 4Ajudo às vezes
    ☐ 5Ajudo uma vez por dia

11. **Com que idade introduzem o tema da importância da escovagem do dentes das crianças aos pais?**
    ☐ 1O tema não é abordado
    ☐ 2Depois do primeiro dente
    ☐ 3Durante o 1º ano de idade
    ☐ 4Durante o 2º ano de idade
    ☐ 5Entre os 3 e os 5 anos de idade

12. Em crianças, qual a quantidade de pasta dentífrica que se deve colocar na escova?

☐ 1Suficiente para cobrir toda a escova

☐ 2Quantidade do tamanho de uma ervilha ou da unha do dedo mindinho da criança

☐ 3Não sei

13. O flúor presente na pasta dentífrica é importante para:

☐ 1Impedir a formação de cáries

☐ 2Melhorar a inflamação gengival

☐ 3Refrescar o hálito

☐ 4Não sei

14. Após a escovagem, as crianças devem bochechar a boca com água?

☐ 1Sim

☐ 2Não

☐ 3Não sei

15. O uso de fio dentário é apropriado para crianças?

☐ 1Não

☐ 2Sim

☐ 3Não sei

16. O uso de colutório (líquido para bochechar após escovagens) é apropriado para crianças?

☐ 1Não

☐ 2Sim

☐ 3Não sei

17. O uso de raspador de língua é apropriado para crianças?

☐ 1Não

☐ 2Sim

☐ 3Não sei

18. Sente que reúne capacidades para atuar de forma correta perante um traumatismo dentário, como, por exemplo, a fratura de um dente ou perda do dente após uma queda?

☐ 1Não

☐ 2Sim

☐ 3Não sei

19. Se deteta alterações na cavidade oral das crianças, avisa por norma os pais?

☐ 1Não

☐ 2Sim

☐ 3Nem sempre

Anexo 6- Questionário dos encarregados de educação (fase 0)

U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Código de Identificação
(a preencher pelo inquiridor)

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE ORAL PREVENTIVA NO ENSINO PRÉ-ESCOLAR NA REGIÃO NORTE

Caro Encarregado de Educação,

Este questionário tem como objetivo a avaliação da saúde oral no ensino pré-escolar, no Centro Social Paroquial de Chaves, tendo por base a integração numa Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, no qual a sua pessoa e o seu educando serão participantes. Encontra-se integrado numa primeira fase do projeto e destina-se a caracterizar os conhecimentos dos Encarregados de Educação sobre as atitudes relacionadas com a higiene oral do seu educando. Posteriormente, será realizada uma formação que lhe dará a conhecer alguns dos fatores que, de algum modo, poderão estar relacionados com a saúde oral das crianças.

Numa segunda fase, será efetuada uma observação clínica com o objetivo de avaliar vários aspetos referentes à saúde oral do seu educando, entre eles o índice de placa bacteriana (verificar a existência de acumulação de bactérias sobre a superfície dentária) e a prevalência de cáries. A participação no estudo é voluntária e toda informação fornecida é confidencial.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

SECÇÃO I – DADOS PESSOAIS

1. **Nome da criança:**
   _____
2. **Idade da criança:** _____ anos
3. **Qual a sua relação de parentesco com a criança?**
   ☐ 1Mãe
   ☐ 2Pai
   ☐ 3Outro. Qual?_____
4. **Em termos globais, como considera o estado de saúde oral da criança?**
   ☐ 1Mau
   ☐ 2Razoável
   ☐ 3Bom
   ☐ 4Excelente
5. **Considera estar envolvido na saúde oral da criança?**
   ☐ 1Sim
   ☐ 2Não
6. **Desde que idade faz a limpeza da boca da sua criança?**
   ☐ 1Desde o nascimento
   ☐ 2Depois do primeiro dente
   ☐ 3A partir do 1 ano de idade
   ☐ 4Entre os 2 e os 5 anos de idade
   ☐ 5Nunca fiz a limpeza da boca da minha criança

7. Quantas vezes o seu educando escova os dentes por dia?

☐ 1Não escova todos os dias
☐ 2Uma vez
☐ 3Duas vezes
☐ 4Três vezes
☐ 5Três ou mais vezes

8. A(s) escovagem(ns) do seu educando são efetuados em que período ? (Pode assinalar mais do que uma opção)

☐ 1Depois do pequeno-almoço
☐ 2Depois do almoço
☐ 3Depois do jantar
☐ 4Antes de dormir
☐ 5Não efetua escovagens

9. Em que local é feita essa escovagem?

☐ 1Só na escola
☐ 2Só em casa
☐ 3Na escola e em casa
☐ 4Não efetua escovagens

10. É habitual o seu educando ter a sua ajuda para escovar os dentes?

☐ 1Nunca, ele escova sempre sozinho
☐ 2Ajudo sempre que escova
☐ 3Ajudo às vezes
☐ 4Ajudo uma vez por dia
☐ 5Não efetua escovagens

11. Se não ajuda em todas as escovagens, controla se a escovagem dos dentes do seu educando foi feita corretamente?

☐ 1Não controlo as escovagens
☐ 2Sim, muito raramente
☐ 3Sim, pelo menos uma vez por semana
☐ 4Sim, sempre todos os dias
☐ 5Não efetua escovagens

12. Com que idade a criança começou a escovagem?

☐ 1Ainda não escova
☐ 2Depois do primeiro dente
☐ 3Durante o 1º ano de idade
☐ 4Durante o 2º ano de idade
☐ 5Entre os 3 e os 5 anos de idade

13. Que tipo de escova usa?

☐ 1Nenhuma
☐ 2Manual
☐ 3Elétrica
☐4Outra.Qual?_____

14. Qual a quantidade de pasta dentífrica que coloca na escova?

☐ 1Suficiente para cobrir toda a escova
☐ 2Suficiente para cobrir metade da escova
☐ 3Quantidade do tamanho de uma ervilha ou igual ao tamanho da unha do dedo mindinho do seu educando
☐ 4Não utilizo pasta dentífrica

15. A pasta dentífrica que utiliza contém flúor?

☐ 1Sim
☐ 2Não
☐ 3Não sei

16. Qual é a concentração de flúor presente na pasta dentífrica que o seu educando utiliza?

☐ 1Não sei
☐ 2 O meu educando não usa pasta dentífrica
☐ 3 0 a 1000 ppm
☐ 41000 a 1500 ppm

17. Após a escovagem a criança costuma bochechar a boca com água?

☐ 1Sim.
☐ 2Não.

18. O seu educando utiliza o fio dentário?

☐ 1Não
☐ 2Sim, às vezes
☐ 3Sim, todos os dias
☐ 4Não sabe o que é

19. O seu educando utiliza colutório (líquido para bochechar após escovagens)?

☐ 1Não
☐ 2Sim, às vezes
☐ 3Sim, todos os dias
☐ 4Não sabe o que é

20. O seu educando utiliza raspador de língua?

☐ 1Não
☐ 2Sim, às vezes
☐ 3Sim, todos os dias
☐ 4Não sabe o que é

21. Quando levou a criança ao dentista, pela primeira vez?

☐ 1Nunca foi ao dentista
☐ 2Até aos 6 meses
☐ 3Entre os 7 e os 12 meses
☐ 4Entre os 13 e os 24 meses
☐ 5Depois dos 2 anos

22. Se já foi ao dentista, qual foi o motivo?

☐ 1Dor
☐ 2Não erupção (nascimento) de algum dente
☐ 3Rotina
☐ 4Abcesso
☐5Outro.Qual?_____

SECÇÃO III – QUESTÕES SOBRE OS HÁBITOS ORAIS DA CRIANÇA

23. Atualmente a criança usa chupeta?

☐ 1Sim
☐ 2Não

24. Atualmente a criança chucha no dedo?

☐ 1Sim
☐ 2Não

25. Atualmente a criança usa biberão?

☐ 1Sim
☐ 2Não

26. A criança usa ou usou biberão para adormecer?

☐ 1Sim
☐ 2Não

27. De modo geral, o que contém/continha o biberão?

☐ 1Nunca utilizou biberão
☐ 2Sumo de fruta
☐ 3Água
☐ 4Leite
☐ 5Leite com papa
☐ 6Outro conteúdo: Qual? _____

SECÇÃO IV – QUESTÕES SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA

28. Para cada um dos tipos de alimentos, indique a opção que mais se adequa à situação do seu educando, assinalando apenas uma escolha.

	Todos os dias	*2 ou mais vezes por dia*	*1 vez por dia*	*1 a 2 vezes por semana*	*Mais do que 2 vezes por semana*	*Ocasionalmente (em dias de festa)*	*Nunca*
Consumo de Alimentos Açucarados (bolos, bolachas…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de Guloseimas (chocolates, rebuçados, gomas…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de Sumos de Fruta (Natural, Compal…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de Refrigerantes Não Gaseificados (Ice Tea…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de Refrigerantes Gaseificados (Coca-Cola, Sumol…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

29. Assinale em que momento o seu educando consome alimentos açucarados e/ou guloseimas.

☐ 1 Durante as refeições
☐ 2 No intervalo das refeições
☐ 3 Refeições e intervalos das refeições
☐ 4 Não consome

30. Assinale em que momento o seu educando ingere sumos de fruta, refrigerantes não gaseificados e/ou refrigerantes gaseificados.

☐ 1 Durante as refeições
☐ 2 No intervalo das refeições
☐ 3 Refeições e intervalos das refeições
☐ 4 Não consome

Anexo 7- Questionário dos encarregados de educação (fase 1)

U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Código de Identificação
(a preencher pelo inquiridor)

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SAÚDE ORAL PREVENTIVA NO ENSINO PRÉ-ESCOLAR NA REGIÃO NORTE

Caro Encarregado de Educação,

Este questionário tem como objetivo a avaliação da saúde oral no ensino pré-escolar, no Centro Social Paroquial de Chaves, tendo por base a integração numa Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, no qual a sua pessoa e o seu educando serão participantes. Encontra-se integrado numa terceira fase do projeto, onde se irá avaliar diferenças comportamentais relacionadas com a saúde oral.

A participação no estudo é voluntária e toda informação fornecida é confidencial.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

SECÇÃO I – DADOS PESSOAIS

1. **Nome da criança:**
   _____
2. **Idade da criança:** _____ anos
3. **Qual a sua relação de parentesco com a criança?**
   ☐ 1Mãe
   ☐ 2Pai
   ☐3Outro.Qual?_____
4. **Em termos globais, como considera o estado de saúde oral da criança?**
   ☐ 1Mau
   ☐ 2Razoável
   ☐ 3Bom
   ☐ 4Excelente
5. **Considera estar envolvido na saúde oral da criança?**
   ☐ 1Sim
   ☐ 2Não
6. **Quantas vezes o seu educando escova os dentes por dia?**
   ☐ 1Não escova todos os dias
   ☐ 2Uma vez
   ☐ 3Duas vezes
   ☐ 4Três vezes
   ☐ 5Três ou mais vezes
7. **A(s) escovagem(ns) do seu educando são efetuados em que período ? (Pode assinalar mais do que uma opção)**
   ☐ 1Depois do pequeno-almoço
   ☐ 2Depois do almoço
   ☐ 3Depois do jantar

☐ 4Antes de dormir

☐ 5Não efetua escovagens

8. **Em que local é feita essa escovagem?**

☐ 1Só na escola

☐ 2Só em casa

☐ 3Na escola e em casa

☐ 4Não efetua escovagens

9. **É habitual o seu educando ter a sua ajuda para escovar os dentes?**

☐ 1Nunca, ele escova sempre sozinho

☐ 2Ajudo sempre que escova

☐ 3Ajudo às vezes

☐ 4Ajudo uma vez por dia

☐ 5Não efetua escovagens

10. **Se não ajuda em todas as escovagens, controla se a escovagem dos dentes do seu educando foi feita corretamente?**

☐ 1Não controlo as escovagens

☐ 2Sim, muito raramente

☐ 3Sim, pelo menos uma vez por semana

☐ 4Sim, sempre todos os dias

☐ 5Não efetua escovagens

11. **Qual a quantidade de pasta dentífrica que coloca na escova?**

☐ 1Suficiente para cobrir toda a escova

☐ 2Suficiente para cobrir metade da escova

☐ 3Quantidade do tamanho de uma ervilha ou igual ao tamanho da unha do dedo mindinho do seu educando

☐ 4Não utilizo pasta dentífrica

12. **A pasta dentífrica que utiliza contém flúor?**

☐ 1Sim

☐ 2Não

☐ 3Não sei

13. **Qual é a concentração de flúor presente na pasta dentífrica que o seu educando utiliza?**

☐ 1Não sei

☐ 2 O meu educando não usa pasta dentífrica

☐ 3 0 a 1000 ppm

☐ 41000 a 1500 ppm

14. **Após a escovagem a criança costuma bochechar a boca com água?**

☐ 1Sim.

☐ 2Não.

15. O seu educando utiliza o fio dentário?

☐ 1Não
☐ 2Sim, às vezes
☐ 3Sim, todos os dias
☐ 4Não sabe o que é

16. O seu educando utiliza colutório (líquido para bochechar após escovagens)?

☐ 1Não
☐ 2Sim, às vezes
☐ 3Sim, todos os dias
☐ 4Não sabe o que é

17. O seu educando utiliza raspador de língua?

☐ 1Não
☐ 2Sim, às vezes
☐ 3Sim, todos os dias
☐ 4Não sabe o que é

18. Já levou/Planeia levar brevemente a sua criança ao dentista?

☐ 1Não
☐ 2Sim

SECÇÃO III – QUESTÕES SOBRE OS HÁBITOS ORAIS DA CRIANÇA

19. Atualmente a criança usa chupeta?

☐ 1Sim
☐ 2Não

20. Atualmente a criança chucha no dedo?

☐ 1Sim
☐ 2Não

21. Atualmente a criança usa biberão?

☐ 1Sim
☐ 2Não

22. A criança usa biberão para adormecer?

☐ 1Sim
☐ 2Não

23. De modo geral, o que contém o biberão?

☐ 1Não utiliza biberão
☐ 2Sumo de fruta
☐ 3Água
☐ 4Leite
☐ 5Leite com papa
☐ 6Outro conteúdo: Qual? _____

SECÇÃO IV – QUESTÕES SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA

24. Para cada um dos tipos de alimentos, indique a opção que mais se adequa à situação do seu educando, assinalando apenas uma escolha.

	Todos os dias	*2 ou mais vezes por dia*	*1 vez por dia*	*1 a 2 vezes por semana*	*Mais do que 2 vezes por semana*	*Ocasionalmente (em dias de festa)*	*Nunca*
Consumo de Alimentos Açucarados (bolos, bolachas…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de Guloseimas (chocolates, rebuçados, gomas…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de Sumos de Fruta (Natural, Compal…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de Refrigerantes Não Gaseificados (Ice Tea…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consumo de Refrigerantes Gaseificados (Coca-Cola, Sumol…)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. Assinale em que momento o seu educando consome alimentos açucarados e/ou guloseimas.

☐ 1 Durante as refeições
☐ 2 No intervalo das refeições
☐ 3 Refeições e intervalos das refeições
☐ 4 Não consome

26. Assinale em que momento o seu educando ingere sumos de fruta, refrigerantes não gaseificados e/ou refrigerantes gaseificados.

☐ 1 Durante as refeições
☐ 2 No intervalo das refeições
☐ 3 Refeições e intervalos das refeições
☐ 4 Não consome

Anexo 8- Ficha de registo de dados clínicos

U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Centro Social Paroquial de Chaves

FICHA DE REGISTO DE DADOS CLÍNICOS

Dados Pessoais

Nome da criança

_____

Código de Identificação | | | | |

Dados Clínicos

ICDAS II

				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
M																
V																
D																
L																
O						MAXILA										

Direita **Esquerda**

				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
M																
V																
D																
L																
O						MANDIBULA										

Código para restaurações e selantes

0	Sem restauração nem selante
1	Selante parcial
2	Selante total
3	Restauração a resina
4	Restauração a amálgama
5	Coroa de aço
6	Coroa (porcelana, MC, ouro) ou Faceta
7	Fratura ou perda de restauração
8	Restauração provisória

Dentes Ausentes

97	Extraído por cárie
98	Perdido por outro motivo
99	Não erupcionado
P	Implantes

HIPOPLASIAS: assinalar com * na face do dente
FÍSTULAS: assinalar com F por cima da coluna do dente correspondente

Código para diagnóstico de cárie

0	São
1	Primeira alteração do esmalte
2	Alteração marcada no esmalte
3	Descontinuidade do esmalte (sem dentina visivel)
4	Cárie de dentina (sombra cinzenta sobre esmalte)
5	Cavidade com dentina visível
6	Cavidade extensa com dentina visível

TRAUMATISMOS

TE-Trincas de esmalte
FNC- Fratura não complicada da coroa
FCC- Fratura complicada da coroa
L- Luxação Lateral
I- Intrusão
E- Extrusão
A- Avulsão
N- Necrose (alteracão de cor com história de traumatismo)

U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Centro Social Paroquial de Chaves

ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA- MÉTODO DO DESCOLAMENTO FÍSICO (PASS)

Índice de Pass			IP=	
54	51	64	1ºQ	2ªQ
14	11	24		
⊗	⊗	⊗		
84		74	4ªQ	3ºQ
44		34		
⊗		⊗		

PIGMENTAÇÃO DENTÁRIA

☐ Não apresenta pigmentação dentária

☐ Apresenta pigmentação dentária. Dentes_____

ESTADIOS DA ERUPÇÃO DENTÁRIA (referente ao 1º M permanente)

Posição	1º Quadrante	2º Quadrante	3º Quadrante	4º Quadrante
Supra oclusal				
Justa oclusal				
Infra oclusal				
Não erupcionado				

REGISTO OCLUSAL

DIREITA					ESQUERD
Classe I ☐				Classe I ☐	
Classe II ☐	Div 1 ☐	Div 2 ☐	½PM ☐ 1PM ☐	Classe II ☐ Div 1 ☐ Div 2 ☐ ½PM ☐ 1PM ☐	
Classe III ☐	½ PM ☐	1PM ☐		Classe III ☐ ½ PM ☐ 1PM ☐	
Ambos/Um dos molares não erupcionado ☐				Ambos/Um dos molares não erupcionado ☐	

NECESSIDADE DE TRATAMENTO

☐ Baixa

☐ Média

☐ Elevada

Observações:

_____

_____

_____

_____

_____

Anexo 9- Consentimento de participação no estudo de educadores de infância e auxiliares de ação educativa

U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Centro Social Paroquial de Chaves

Informação aos Participantes

Título do estudo: Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-escolar na Região Norte
Investigador Responsável: Marta Fernandes Lage
Contacto e-mail: up201703213@edu.fmd.up.pt
Contacto telefónico: 933362399

Este documento pretende fornecer informação sobre o estudo para o qual foi convidado a participar e que está a ser conduzido no âmbito da tese de mestrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, de modo a que possa decidir de forma informada e consciente sobre a sua participação.

Descrição do estudo
A investigação tem como base três fases:

1ª Fase: Decorrerá uma avaliação, via questionário, dos conhecimentos gerais dos encarregados de educação, educadores de infância e auxiliares de ação educativa relativos à saúde oral. Posteriormente, será feita uma breve formação referente ao respetivo tema.

2ª Fase: Realizar-se-ão rastreios orais às crianças envolvidas no estudo, fazendo uso de espelho e sonda dentária, onde serão avaliados vários aspetos da qualidade da higiene oral deste grupo. Nesta fase será ainda fornecido à criança um kit de escovagem, que deverá permanecer na instituição de ensino para uso após refeições.

3ª Fase: Ocorrerá após três meses da data de implementação das fases anteriores. Surge como um meio de averiguar a eficácia do estudo através de uma nova avaliação dos grupos envolvidos na 1ª fase, via novos questionários, e de segundos rastreios orais às crianças com o intuito de verificar modificações na qualidade de higienização da cavidade oral.

Todos os dados fornecidos ao longo deste projeto são estritamente confidenciais.

Em que consistirá a sua participação
A sua participação enquadra-se na primeira e terceira fases deste estudo.
Na primeira fase, será sujeito ao preenchimento de um questionário anónimo referente a questões gerais de saúde oral e a uma formação posterior que englobará os temas abordados pelo mesmo. Esta formação será online em

horário pós-laboral, não será gravada e a ativação das câmaras pessoais será opcional.
A terceira fase surge 3 meses após a implementação da primeira fase. Será necessário o preenchimento de um segundo questionário, com o objetivo de verificar se os conhecimentos adquiridos foram solidificados e interiorizados. Este questionário seguirá as mesmas normas do aplicado na primeira fase.

Que riscos ou benefícios podem resultar da sua participação
Esta investigação não apresenta riscos. Dentro dos benefícios, os participantes farão uso imediato de informações e recomendações sobre a própria saúde oral e das crianças envolvidas no estudo, assim como a possibilidade de esclarecimento de dúvidas surgidas relativamente à temática da investigação.

De que forma serão tratados os seus dados
Os questionários serão mantidos separados dos consentimentos assinados, que contêm os dados que o(a) podem identificar (nome e contacto de e-mail). As respostas aos questionários serão assim utlizadas de forma anónima, apenas para fins académicos e de divulgação científica, no âmbito deste estudo. Se nos fornecer o seu contacto de e-mail, este será utilizado apenas para comunicações relacionadas com este estudo e não será partilhado com terceiros.

Que direitos é que poderá exercer enquanto titular dos dados
O participante tem o direito de aceitar ou recusar a participação no estudo e ainda a desistir da participação a qualquer momento, sem contrapartidas. Tem ainda a possibilidade de solicitar a eliminação ou retificação dos dados fornecidos. Qualquer uma das hipóteses sugeridas anteriormente, poderão ser requisitadas via e-mail para a investigadora.

Como poderá obter mais informações
Qualquer necessidade de esclarecimento extra referente ao estudo poderá ainda ser solicitada via e-mail da investigadora.
Quaisquer dúvidas relacionadas com o tratamento dos seus dados pessoais poderão também ser endereçadas à Encarregada da Proteção de Dados da Universidade do Porto, através do e-mail dpo@reit.up.pt.

U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Centro Social Paroquial de Chaves

Consentimento

Eu, abaixo assinado, _____ (nome completo), compreendi a informação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, sobre o estudo "Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-Escolar na Região Norte", que está a ser conduzido no âmbito da tese de mestrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e para o qual é pedida a minha participação. Sei que poderei desistir do estudo a qualquer momento, sem ter que dar justificações e sem que isso possa trazer-me quaisquer consequências.

Nestas circunstâncias,

- ☐ Aceito livremente participar neste estudo, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável.
- ☐ Aceito ser contactado(a) pela investigadora, para comunicações relacionadas com a realização deste estudo, ou com os resultados do mesmo, para o que forneço o meu contacto de e-mail: _____

Data ___ / ___ / _____

Participante:
_____

Investigadora:
_____

Anexo 10- Consentimento de participação no estudo de encarregados de educação e das crianças

U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Centro Social Paroquial de Chaves

Informação aos Participantes

Título do estudo: Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-escolar na Região Norte
Investigador Responsável: Marta Fernandes Lage
Contacto e-mail: up201703213@edu.fmd.up.pt
Contacto telefónico: 933362399

Este documento pretende fornecer informação sobre o estudo para o qual foi convidado a participar, juntamente com o seu educando, e que está a ser conduzido no âmbito da tese de mestrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, de modo a que possa decidir de forma informada e consciente sobre a vossa participação.

Descrição do estudo
A investigação tem como base três fases:

1ª Fase: Decorrerá uma avaliação, via questionário, dos conhecimentos gerais dos encarregados de educação, educadores de infância e auxiliares de ação educativa relativos à saúde oral. Posteriormente, será feita uma breve formação referente ao respetivo tema.

2ª Fase: Realizar-se-ão rastreios orais às crianças envolvidas no estudo, fazendo uso de espelho e sonda dentária, onde serão avaliados vários aspetos da qualidade da higiene oral deste grupo. Nesta fase será ainda fornecido à criança um kit de escovagem, que deverá permanecer na instituição de ensino para uso após refeições.

3ª Fase: Ocorrerá após três meses da data de implementação das fases anteriores. Surge como um meio de averiguar a eficácia do estudo através de uma nova avaliação dos grupos envolvidos na 1ª fase, via novos questionários, e de segundos rastreios orais às crianças com o intuito de verificar modificações na qualidade de higienização da cavidade oral.

Todos os dados fornecidos ao longo deste projeto são estritamente confidenciais.

Em que consistirá a sua participação
A sua participação enquadra-se na primeira e terceira fases deste estudo.
Na primeira fase, será sujeito ao preenchimento de um questionário referente a questões gerais de saúde oral e a uma formação posterior que englobará os

temas abordados pelo mesmo. Esta formação será online em horário pós-laboral, não será gravada e a ativação das câmaras pessoais será opcional.
A terceira fase surge 3 meses após a implementação da primeira fase. Será necessário o preenchimento de um segundo questionário, com o objetivo de verificar se os conhecimentos adquiridos foram solidificados e interiorizados. Este questionário seguirá as mesmas normas do aplicado na primeira fase.

A participação do seu educando enquadra-se na segunda e terceira fases deste estudo.
Na segunda fase, o seu educando será sujeito a uma breve apresentação direcionada à idade e a um posterior rastreio oral que dispõem de espelho e sonda dentária descartáveis. Este rastreio terá lugar na instituição de ensino, numa sala privada e devidamente higienizada. Nesta fase será ainda fornecido um kit de higiene oral constituído de bolsa, escova e pasta adequada à idade que deverá permanecer na instituição de ensino e só estará disponível nas horas apropriadas à escovagem dentária.
A terceira fase surge 3 meses após a implementação da segunda fase. Aqui será feito um segundo rastreio oral (dentro das mesmas condições do primeiro) para verificar a eficácia da introdução da escovagem em horário escolar.

Que riscos ou benefícios podem resultar da sua participação
Esta investigação não apresenta riscos. Dentro dos benefícios, os participantes farão uso imediato de informações e recomendações sobre a própria saúde oral e das crianças envolvidas no estudo, assim como a possibilidade de esclarecimento de dúvidas surgidas relativamente à temática da investigação.

De que forma serão tratados os seus dados
Os questionários serão mantidos separados dos consentimentos assinados, que contêm os dados que o(a) podem identificar diretamente (nome e contacto de e-mail). As suas respostas serão associadas à avaliação oral efetuada ao seu educando, através da indicação do nome e da idade deste.
Toda a informação recolhida para o estudo será tratada de forma confidencial e utlizada apenas para fins académicos e de divulgação científica, no âmbito deste estudo. Os resultados serão apresentados de forma agregada, sem qualquer referência à identidade dos participantes.
Se nos fornecer o seu contacto de e-mail, este será utilizado apenas para comunicações relacionadas com este estudo e não será partilhado com terceiros.

Que direitos é que poderá exercer enquanto titular dos dados
O participante tem o direito de aceitar ou recusar a participação no estudo e ainda a desistir da participação a qualquer momento, sem contrapartidas. Tem ainda a possibilidade de solicitar a eliminação ou retificação dos dados fornecidos. As mesmas condições se aplicam aos direitos seu educando.

Qualquer uma das hipóteses sugeridas anteriormente, poderão ser requisitadas via e-mail para a investigadora.

Como poderá obter mais informações

Qualquer necessidade de esclarecimento extra referente ao estudo poderá ainda ser solicitada via e-mail da investigadora.

Quaisquer dúvidas relacionadas com o tratamento dos seus dados pessoais poderão também ser endereçadas à Encarregada da Proteção de Dados da Universidade do Porto, através do e-mail dpo@reit.up.pt.

U.PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Centro Social Paroquial de Chaves

Consentimento

Eu, abaixo assinado, _____ (nome completo), encarregado de educação de _____ (nome da criança) compreendi a informação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, sobre o estudo "Implementação de um programa de Saúde Oral Preventiva no Ensino Pré-Escolar na Região Norte", que está a ser conduzido no âmbito da tese de mestrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e para o qual é pedida a minha participação, juntamente com a do meu educando. Sei que poderei desistir do estudo a qualquer momento, sem ter que dar justificações e sem que isso possa trazer-me quaisquer consequências.

Nestas circunstâncias,

- ☐ Aceito livremente participar neste estudo, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável.
- ☐ Aceito livremente a participação do meu educando neste estudo, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável.
- ☐ Aceito ser contactado(a) pela investigadora, para comunicações relacionadas com a realização deste estudo, ou com os resultados do mesmo, para o que forneço o meu contacto de e-mail: _____

Data ___ / ___ / _____

Participante:
_____

Investigadora:
_____

Anexo 11- Fotografia com exemplo de disposição do *kit* de higiene oral

Vamos
lavar os dentes?
Ana Maria
Diogo
Diogo
Dylan
Maria
Nuno
Yuri

Anexo 12- Fotografias da exposição lúdica sobre a saúde oral adaptada às crianças

LUZ... DE NÓS PARA O MUNDO
CUIDADOS A TER COM OS DENTES