



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS
PROFESSORES RELATIVAMENTE À HIGIENE
ORAL/TRAUMATISMOS DENTÁRIOS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Carolina Miragaia Soares Bravo

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS
PROFESSORES RELATIVAMENTE À HIGIENE
ORAL/TRAUMATISMOS DENTÁRIOS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Carolina Miragaia Soares Bravo

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Coorientador: Professora Doutora Mariana Seabra

Viseu, 2020

When the going gets tough, the tough gets going.

Provérbio

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, pelos conselhos, conhecimentos e disponibilidade ao longo deste projeto e de todo o meu percurso académico. Consigo partilho o gosto pela Odontopediatria.

Aos meus pais, Luís e Vininha, pelo amor que me dão, pelos valores que me transmitem e pelo apoio incondicional. Obrigada por me tornarem na pessoa que sou. Sem vocês nada disto seria possível.

Ao meu irmão Diogo, por ouvir os meus desabafos e pela paciência. Nem sempre foi fácil.

À Marta, por nos apoiarmos mutuamente desde o primeiro dia. Não podia pedir uma amiga e binómia melhor.

À CC (e novamente à Marta) por serem as melhores amigas que a Universidade me deu. Nunca esquecerei os nossos passeios, os nossos cafés, os nossos jantares, as nossas noites de estudo e as nossas noites no Obviamente. Obrigada por me ouvirem rir e chorar e estarem presentes nos bons e maus momentos.

À Inês e à Carolina, as melhores amigas que a vida me deu. Dizem que as amizades com mais de 7 anos duram para sempre; nós já quase duplicamos.

A todos os meus familiares e amigos não mencionados mas que não estão esquecidos. Obrigada por tornarem a minha vida mais feliz.

Aos meus pacientes, pela confiança.

Resumo

Introdução: É na idade escolar que cada indivíduo forma a sua personalidade bem como cria hábitos que perpetuarão para o resto da vida. O professor é visto pelos alunos como exemplo e figura de autoridade, detentor de conhecimento. Tem sido verificada uma falta de conhecimentos por parte dos professores no que diz respeito à saúde oral e traumatismos dentários que os impede de serem educadores nesta matéria.

Objetivos: Caracterizar os conhecimentos e atitudes dos professores do ensino pré-escolar ao secundário relativamente à higiene oral/traumatismos dentários e averiguar a influência das variáveis sociodemográficas e relativas à vigilância em saúde oral. Pretende-se ainda formular um projeto de formação de docentes em saúde oral.

Material e Métodos: Estudo descritivo, observacional, transversal realizado em 204 docentes dos Agrupamentos de Escolas do Centro de Formação EduFor. Os dados foram recolhidos através de um questionário *online* de modo a caracterizar as variáveis sociodemográficas, variáveis dos conhecimentos dos professores em saúde oral, variáveis relativas à vigilância para a saúde oral e variáveis relativas à atitude dos professores perante traumatismos dentários.

Resultados: Verificou-se que 95,5% dos inquiridos nunca teve formação em saúde oral embora 79,2% revelem interesse na área. Os professores revelaram conhecimentos satisfatórios ao nível da escovagem dos dentes e mostraram-se vigilantes. Verificou-se que a maioria dos professores não sabe como agir perante traumatismos dentários, no entanto apresentam maior preocupação com os dentes definitivos. A variável que mais influenciou os conhecimentos dos professores foi o ciclo de ensino.

Conclusão: Os professores de níveis mais baixos apresentaram melhores conhecimentos na área de higiene oral e os docentes do 1º ciclo atuaram mais corretamente perante traumatismos em dentes definitivos. Verificou-se que a formação em primeiros socorros não melhorava a atitude dos professores perante traumatologia oral. Concluiu-se que os docentes necessitam e têm interesse em receber formação em saúde oral.

Palavras-chave: professores, conhecimento, higiene oral, saúde oral, traumatismos dentários.

Abstract

Introduction: School age is a critical period when children develop their personality and habits which are perpetuated for the rest of their life. Teachers are seen by their students as examples and as figures of authority. There is a lack of knowledge and training of teachers about oral health and dental trauma, which block them from being good oral health educators.

Objectives: Characterize the knowledge, habits and attitudes of teachers about oral hygiene and dental trauma and evaluate the influence of sociodemographic and preventive variables. It is also intended to formulate a project to train teachers in oral health.

Material and Methods: A descriptive, observational, cross-sectional epidemiological study was designed with 204 teachers from the school groups that are part of Centro de Formação EduFor. The data were collected through an online questionnaire in order to characterize the sociodemographic variables, variables of the teachers' knowledge in oral health, variables related to preventive oral health and variables related to the teachers' attitudes towards dental trauma.

Results: A descriptive, observational, cross-sectional epidemiological study was designed with 204 teachers from the school groups that belong to Centro de Formação EduFor. The data were collected through an online questionnaire in order to characterize the sociodemographic variables, variables of the teachers' knowledge in oral health, variables related to preventive oral health and variables related to the teachers' attitudes towards dental trauma.

Conclusion: The teachers of lower levels showed better knowledge in the area of oral hygiene and the first cycle teachers would act more correctly if facing dental trauma of permanent teeth. It was found that training in first aid did not improve the attitude of teachers towards oral traumatology. It was concluded that teachers needed and are interested in receiving oral health training.

Key words: teachers, knowledge, oral hygiene, oral health, dental trauma.

Siglas e Acrónimos

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

CPOD – Índice de dentes permanentes Cariados, Perdidos, Obturados

CPI – Cárie Precoce de Infância

PNPSA – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

IADT – *International Association of Dental Traumatology*

AAPD – *American Academy of Pediatric Dentistry*

SO – Saúde oral

Índice

Capítulo I: Introdução	1
Capítulo II: Revisão da literatura	5
1. A Saúde Oral em Meio Escolar	7
2. A cárie e a prevenção para a saúde oral	9
2.1. A cárie dentária	9
2.2. Prevenção	12
3. Os Traumatismos Dentários	16
3.1. Avulsão	18
3.2. Fraturas coronárias	20
Capítulo III: Objetivos	23
Capítulo IV: Materiais e métodos	27
1. Questões de investigação	29
2. Tipologia de estudo	30
3. Variáveis estudadas	30
4. Seleção, recrutamento e avaliação dos participantes	31
5. Instrumento de recolha de dados.....	32
6. Procedimentos Éticos e Legais	34
7. Análise Estatística	35
Capítulo V: Resultados	37
1. Caraterização sociodemográfica	39
2. Caraterização dos comportamentos dos professores em saúde oral em meio escolar	42
3. Caraterização das crenças dos professores relativamente à higiene oral em crianças/adolescentes	43
4. Caraterização das crenças dos professores relativamente à correta utilização dos produtos de higiene oral	45

5. Caracterização das crenças e atitudes dos professores relativamente à vigilância em saúde oral.....	47
6. Caracterização da frequência com que os professores se deparam com situações de traumatismos dentários em meio escolar.....	49
7. Caracterização das atitudes dos professores perante situações de traumatismos dentários em meio escolar	49
8. As variáveis sociodemográficas e os conhecimentos, hábitos e atitudes dos professores em saúde oral.....	51
9. As variáveis relativas à vigilância para a saúde oral e os conhecimentos, hábitos e atitudes dos professores em saúde oral	54
10. As variáveis sociodemográficas e a atitude dos professores perante traumatismos dentários	57
Capítulo VI: Discussão	61
1. Higiene Oral.....	63
2. Traumatismos Dentários.....	68
Capítulo VII: Conclusões.....	71
Bibliografia.....	76
APÊNDICE	85
ANEXOS	97
Anexo 1: Questionário	99
Anexo 2: Consentimento Informado	105
Anexo 3: Autorização da Diretora do Agrupamento de Escolas de Nelas	106
Anexo 4: Autorização da Diretora do Agrupamento de Escolas de Sátão	107
Anexo 5: Autorização da Diretora do Agrupamento de Escolas de Penalva do Castelo	108
Anexo 6: Autorização da Diretora do Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Paiva.....	109
Anexo 7: Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas de Mangualde	110

Anexo 8: Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas de Canas de Senhorim	111
Anexo 9: Autorização do Diretor do Centro de Formação EduFor.....	112
Anexo 10: Parecer da Comissão de Ética da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES-UCP).....	113

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica da amostra.	41
Tabela 2 - Caraterização dos comportamentos dos professores em saúde oral em meio escolar.	42
Tabela 3 - Caraterização das crenças dos professores relativamente ao número de escovagens e timing das mesmas.	44
Tabela 4 - Caraterização das crenças dos professores relativamente à higiene oral em crianças/adolescentes.	44
Tabela 5 - Caraterização das crenças dos professores relativamente à correta utilização dos produtos de higiene oral.	46
Tabela 6 - Caraterização das crenças e atitudes dos professores relativamente à vigilância em saúde oral.	48
Tabela 7 - Caraterização da frequência com que os professores se deparam com situações de traumatismos dentários em meio escolar.	49
Tabela 9 - Relação entre o género e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.	51
Tabela 10 - Relação entre o ciclo de ensino lecionado e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.	53
Tabela 11 – Relação entre a idade e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.	53
Tabela 12 - Relação entre o tempo de serviço e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.	54
Tabela 13 - Relação entre os conhecimentos dos professores em relação ao direito das crianças/adolescentes aos cheques dentista e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.	55
Tabela 14 - Relação entre a opinião dos professores sobre quando deve ocorrer a primeira consulta de Medicina Dentária e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.	56
Tabela 15 - Relação entre a opinião dos professores sobre regularidade de consultas de Medicina Dentária e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.	56
Tabela 16 - Relação entre conhecimento dos professores sobre selantes de fissuras e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.	57

Tabela 17 - Relação entre a formação em saúde oral e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.	59
Tabela 18 - Relação entre a idade dos professores e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.	60
Tabela 19 - Relação entre o tempo de serviço e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.	60

Capítulo I: Introdução

Capítulo I: Introdução

As crianças em idade escolar, principalmente nos níveis de ensino mais baixos, encontram-se num período crítico de desenvolvimento da sua personalidade através de processos de imitação de modelos, dos quais se podem destacar os pais e os professores. (1) Por este motivo se considera fundamental que nesta fase sejam criados hábitos e atitudes saudáveis que possam ser reproduzidos para o resto da vida. (2)

O professor tem um papel fulcral para a formação das crianças tanto para a saúde geral como para a saúde oral. O seu conhecimento sobre a psicologia da criança possibilita-o a educá-la para importância da saúde, alertá-la para as consequências da falta de hábitos saudáveis e ensiná-la a incorporar as boas práticas na sua vida diária. (3) Além do mais, os professores são excelentes comunicadores a quem as crianças e jovens reconhecem autoridade, o que potencia a sua ação preventiva em saúde oral. (4,5)

Posto isto, reconhece-se então o papel imprescindível da escola no desenvolvimento de programas preventivos para a saúde oral tanto em crianças em idade pré-escolar, como em ciclos de ensino mais avançados. Estudos têm vindo a comprovar que crianças que frequentam escolas que integram programas de promoção e preventivos para a saúde oral são positivamente afetadas. (3,6)

Os professores devem ser detentores e transmissores de conhecimentos na área da saúde oral. É de extrema importância que, durante o seu percurso académico, estes sejam orientados nas boas práticas da higiene oral através da integração da formação para a saúde oral nos seus currículos. No entanto, não pode ser esquecido que a ciência está em constante evolução pelo que os docentes devem, ao longo da sua carreira, receber formação contínua que lhes permita recordar e atualizar o que aprenderam durante a sua formação inicial. (7-9)

Uma revisão sistemática realizada por Ghaffari *et al.* (10) permitiu concluir que formações pontuais em saúde oral efetivamente modulam o comportamento dos formados face à higiene oral a curto prazo, o que vem realçar a importância de uma formação contínua no tema.

A falta de formação na área pode fazer com que os professores forneçam informações incorretas ou incompletas aos seus discentes. Outra limitação da integração de programas de promoção de saúde oral em meio escolar é a falta de ferramentas, recursos, tempo e currículos que integrem a educação em saúde oral. (7)

Um fator importante é a capacidade de lidar com situações de traumatismos dentários. Estes acidentes têm sido extensamente descritos e estudados e constatou-se que o sucesso no tratamento destas situações está diretamente ligado ao tempo de ação, que por sua vez está ligado aos conhecimentos na área. (11–14)

As crianças passam grande parte do seu tempo na escola onde, além de brincarem com os seus pares, se envolvem em variadas atividades físicas e desportivas. Marinho *et al.* (15) verificou que a maioria dos traumatismos dentários ocorrem na escola. Uma correta ação no que toca à gestão destes acidentes desde o momento que ocorrem até ao momento em que se chega ao consultório de Medicina Dentária potencia o sucesso do tratamento pós-traumático. Posto isto, é essencial que o professor saiba como proceder perante estes acidentes e que saiba distinguir a conduta adequada perante dentes decíduos e dentes definitivos. (9,16,17)

Diversos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de compreender o nível de conhecimento dos docentes perante situações de trauma dentário e a grande maioria concluiu que estes se encontram consideravelmente abaixo do que seria o ideal. (18–27)

Posto isto, com este trabalho pretende-se averiguar quais os conhecimentos e atitudes dos professores dos Agrupamentos de Escolas integrantes do Centro de Formação EduFor no que concerne à higiene oral e ao modo de atuar perante situações de traumatismos dentários com recurso a um questionário (Anexo 1).

Pretende ainda elaborar-se um projeto de formação para docentes sobre “Saúde oral nos currículos escolares e no dia-a-dia das crianças e adolescentes” (Apêndice) que vá ao encontro dos resultados da investigação, aumentando a literacia dos professores nesta área, de modo a que possam transmitir aos alunos comportamentos adequados.

Capítulo II: Revisão da literatura

Capítulo II: Revisão da literatura

1. A Saúde Oral em Meio Escolar

A educação e a aprendizagem são processos complexos que envolvem diferentes dimensões, tais como a vertente pessoal, cultural e situacional. Posto isto, o perfil do professor tem vindo a sofrer mudanças ao longo dos anos, evoluindo no sentido de, no desempenho da sua atividade profissional, fornecer ferramentas aos seus alunos para a vida prática do dia-a-dia, bem como os clássicos conhecimentos empíricos. (1,28)

Ao longo do tempo, têm surgido e sido comprovadas vertentes de pensamento que defendem a importância do estabelecimento de uma relação pessoal entre o aluno e o professor, além da relação profissional. Uma relação mútua positiva entre pais, educadores e professores com a criança/adolescente permite o desenvolvimento de uma personalidade independente e preparada para lidar com os problemas do dia-a-dia. (1,28,29)

Os pais e professores são os modelos a partir dos quais as crianças desenvolvem e formam a sua personalidade, sendo a sua influência constante e fundamental. As crianças têm uma grande tendência em espelhar na sua vida adulta os modelos de comportamento que observaram durante a infância. (1,28,29)

Em 1995, foi criada a Iniciativa Global de Saúde Escolar da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de promover e melhorar a saúde oral em ambiente escolar de crianças, famílias, professores, funcionários de escolas e outros membros da comunidade. (30)

Em 2003, a OMS emitiu um relatório denominado *Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School* no qual se referem lacunas ao nível de conhecimentos no que concerne a saúde oral por parte dos professores. Este documento realça ainda a influência que a falta de saúde oral pode ter no desempenho escolar das crianças. Em alguns países do mundo, a par da educação sexual e planeamento familiar, a educação para a saúde oral é também (mas não só) da responsabilidade do professor. É neste contexto que surge o incentivo da OMS à formação dos professores em saúde oral, aumentando a literacia dos mesmos nesta área, de modo a que possam transmitir aos alunos comportamentos adequados, esclarecer dúvidas e desmistificar ideias incorretas que possam estar inseridas na comunidade. (31)

De acordo com a OMS podem ser destacados alguns argumentos que defendem a importância da promoção da saúde oral em crianças e jovens bem como a ideia de apresentar a escola como um lugar propício à aprendizagem e desenvolvimento de boas práticas para a saúde oral: (30,31)

- É durante a idade escolar que o ser humano desenvolve crenças, comportamentos e atitudes que praticará ao longo da vida, sendo por isso a altura ideal para a sua formação em saúde oral;
- As escolas proporcionam um ambiente favorável à promoção da saúde oral. Em países menos desenvolvidos, a escola pode ser o único local em que os alunos têm acesso a água potável, o que deve ser encarado como um incentivo ao desenvolvimento de programas de saúde oral e geral;
- A escola é dotada da capacidade de educar para um estilo de vida saudável, incentivando uma alimentação equilibrada e controlando o consumo de hidratos de carbono, tabaco e bebidas alcoólicas;
- A escola proporciona um ambiente psicossocial de apoio e suporte;
- Se aplicada corretamente, a pressão e influência dos colegas pode ser benéfica;
- A escola pode fornecer cuidados preventivos e corretivos.

Posto isto, em 2005, a Direção-Geral de Saúde (DGS) portuguesa estipulou as seguintes orientações para a promoção da saúde oral na escola: (32)

- Dos 3 aos 6 anos as crianças devem realizar uma das escovagens dos dentes no jardim de infância, supervisionadas pelas educadoras, e a educação para a saúde oral deve estar integrada no projeto educativo;
- No 1º ciclo é recomendado que as crianças realizem uma das escovagens no estabelecimento, supervisionadas pelo professor, e que, quinzenalmente, procedam à utilização de uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% para bochechar;
- Entre os 9-10 anos a criança deverá começar a apresentar destreza manual suficiente para utilizar o fio dentário, pelo que esta técnica deve ser explicada e treinada;
- Em idades superiores aos 6 anos, as mensagens de promoção para a saúde oral devem ser coincidentes com as práticas das escolas e devem estar integradas nos programas curriculares do 1º ao 9º ano;
- Nos intervalos, as escolas devem proporcionar aos alunos opções alimentares saudáveis e económicas, como pão, fruta e leite.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) de 2019 ainda se mantém de acordo com estas orientações, fazendo ainda referência ao direito de cada criança/adolescente a usufruir de cheques-dentista nas coortes de 7, 10, 13, 16 e 18 anos. (33)

2. A cárie e a prevenção para a saúde oral

2.1. A cárie dentária

A Medicina Dentária remonta ao ano de 5000 A.C., altura em que se pensava que a causa da cárie dentária era um *verme* no dente. O termo *cárie dentária* foi relatado pela primeira vez na literatura em 1634, e tem origem na palavra latina *carie*, que significa *decadência*. O termo foi usado inicialmente para descrever buracos nos dentes. A cárie dentária é relatada como uma das doenças mais antigas e comuns encontradas no ser humano. (34)

Atualmente, a cárie dentária pode ser descrita como uma doença dinâmica, multifatorial e mediada pelo biofilme, que resulta na desmineralização e remineralização faseada dos tecidos dentários. O processo cariogénico consiste ainda nas interações entre os dentes, os microrganismos presentes na cavidade oral e os fatores associados ao hospedeiro. Enquanto estas interações se encontrarem em equilíbrio a desmineralização e remineralização mantêm-se balanceadas, não se desenvolvendo lesões cáries. No entanto, quando o fenómeno de desmineralização supera o de remineralização o risco de cárie aumenta. (35,36)

Esta patologia tem vindo a ser encarada como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade e é já considerada a doença crónica infantil mais prevalente afetando cerca de 60 – 90% das crianças a nível mundial, bem como a maioria dos adultos. (35,37,38)

Em 2019, o gabinete de estatísticas da Comissão Europeia apresentou um estudo sobre a saúde geral das crianças europeias, no qual se refere também à qualidade da saúde oral das mesmas. Este estudo veio demonstrar que Portugal se encontra entre os países em que há uma maior percentagem (6%) de crianças com carência de tratamentos dentários e dificuldade de acesso ao médico dentista. (39)

Em Portugal, o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais realizado em 2015 e apresentado em 2017, apresenta dados que indicam que 45% das crianças portuguesas com menos de 12 anos manifestam cárie dentária. (40)

Em 2012, Veiga estudou o índice CPOD de uma amostra de adolescentes no concelho de Mangualde, distrito de Viseu, e verificou um índice superior a 3 na maioria dos adolescentes. (41)

A cárie é uma patologia que surge na consequência de uma exposição prolongada a açúcares fermentados associados a um pH baixo que favorece o crescimento de bactérias, como *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus* ou lactobacilos, tolerantes a estas condições de acidez. Existem ainda alguns fatores individuais que predispõem um indivíduo para um maior risco de cárie, tais como uma dieta rica em hidratos de carbono, principalmente açúcares (sacarose, glucose, frutose ou maltose), a qualidade e/ou quantidade de saliva inadequada e/ou outros fatores genéticos que o paciente possa apresentar. (35–37,42,43)

Dentro da cárie dentária pode ser destacada uma entidade com algumas particularidades: a cárie precoce de infância (CPI) que pode ser definida como a presença de uma ou mais cáries (cavidades ou não cavidades), a perda precoce de um ou mais dentes (devido a cárie) ou presença de restaurações em qualquer dente decíduo em crianças com menos de 71 meses. (44)

A prevalência da CPI varia amplamente segundo fatores como raça, cultura ou etnia, estatuto socioeconómico, estilo de vida, padrão alimentar e práticas de higiene oral. Numa revisão da literatura é sugerido que a prevalência de CPI em países desenvolvidos varia entre 1 e 12% enquanto em países em desenvolvimento a prevalência desta patologia dispara para os 70%. (45)

A etiologia da CPI prende-se com quatro fatores principais: a dieta, como o hábito de consumo de leite antes de dormir, sem se escovar os dentes de seguida, ou uma alimentação rica em hidratos de carbono; fatores ambientais, tais como baixo peso à nascença, bebés prematuros, pais pouco instruídos e de baixo estatuto socioeconómico; presença de microrganismos, como *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus* ou lactobacilos, que podem ser transmitidos para a criança através dos pais (transmissão vertical) e que se propagam mais facilmente perante uma pobre higiene oral; e fatores inerentes ao hospedeiro, tais como fraca exposição ao flúor, fatores genéticos ou defeitos de esmalte. (46,47)

A CPI surge, carateristicamente, em superfícies dentárias que apresentariam baixo risco de cárie, como a face vestibular dos incisivos superiores e a face lingual ou palatina de molares inferiores ou superiores, respetivamente. Tipicamente, aparece primeiro nos incisivos maxilares decíduos e propaga-se pelos primeiros molares, caninos e segundos molares, de forma sequencial e segundo a cronologia de erupção. Esta patologia surge inicialmente como umas manchas esbranquiçadas ou acastanhadas junto à margem gengival e progride rapidamente levando à completa destruição da coroa (Figura 1). (46,48)



Figura 1 - Cárie Precoce de Infância.

A CPI tem repercussões na vida da criança que vão desde dor, presença de abscessos, dificuldades na fala e alimentação e problemas psicológicos. Crianças com esta patologia podem ter consequências no desenvolvimento das arcadas dentárias, principalmente nos casos que o tratamento passa pela extração dos dentes anteriores. Este problema de saúde oral pode ainda privar a criança de ir a algumas aulas com o intuito de comparecer nas consultas de medicina dentária e, conseqüentemente, promover um baixo desempenho académico. Existem ainda estudos que demonstram uma relação entre a presença de CPI e uma diminuição do número de horas de sono da criança que se refletirá numa diminuição do rendimento escolar. (46,48–51)

A prevenção é o pilar mais importante no combate a esta patologia pelo que devem ser tomadas e desenvolvidas estratégias preventivas, tais como uma dieta adequada, incentivo e instruções para a higiene oral e uso de pastas fluoretadas. A aposta na educação para a saúde oral em escolas é uma medida proposta por vários autores. Aos profissionais de Medicina Dentária cabe a deteção das lesões cariosas em fase precoce, aconselhamento para uma dieta equilibrada e adequada e a realização de aplicações tópicas de flúor e selantes sempre que se justifique. Para poder desenvolver o perfil de

cárie de cada indivíduo, o médico dentista deve ter em conta variáveis demográficas, sociais, comportamentais e biológicas, bem como deve realizar um exame intra-oral minucioso complementado por exame radiográfico. (42,46,48,52)

2.2. Prevenção

Ao longo dos últimos 20 anos cada vez mais a saúde oral tem sido alvo da atenção de diversas organizações de renome, como é o caso da OMS que, já em 2003, publicou o *The World Oral Health Report 2003 Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme* onde realça a importância de serem desenvolvidos programas preventivos e promotores de uma boa higiene e saúde oral. (30)

Em Portugal, sendo a prática da Medicina Dentária essencialmente da responsabilidade do setor privado, são notórias as desigualdades socioeconómicas que privam os indivíduos mais desfavorecidos de aceder aos tratamentos de saúde oral que possam necessitar. (41)

Em crianças/adolescentes, a prevalência da cárie dentária (bem como outras patologias orais) encontra-se também associada a indivíduos com dificuldades financeiras e cujos pais/adultos responsáveis tem um baixo grau de literacia. É com base nestas evidências que deve ser considerado o planeamento de programas preventivos e educacionais sobre saúde oral. (53)

Em Portugal foi desenvolvido o PNPSO que, entre outras medidas, prevê a atribuição de cheques dentistas a crianças e adolescentes em diferentes fases do seu crescimento e a realização de bochechos quinzenais com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% em meio escolar para os alunos do 1º ciclo. É ainda digno de destaque o Plano Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) que, a par do seu objetivo de combater carências ou excessos nutricionais, ao promover uma alimentação saudável e equilibrada contribui para a diminuição de consumo de alimentos com potencial cariogénico. (33,54)

Para uma boa saúde oral, mais importante do que tratar os problemas que possam surgir é preveni-los. Deste modo, o incentivo e ensino de boas práticas de higiene oral, a concretização de programas que visem aumentar a formação das crianças e adolescentes nesta área, bem como a comunidade que os rodeia, e o incentivo a idas periódicas ao médico dentista são medidas consideradas fundamentais. (55)

2.2.1. Dieta e nutrição

Segundo a OMS, atualmente, o mundo enfrenta dois problemas relacionados com a alimentação: o déficit nutricional, maioritariamente presente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, e o excesso nutricional, característico de países desenvolvidos. As alterações das dietas dos indivíduos parecem estar, portanto, relacionadas com fatores económicos e com o estilo de vida de cada um. É importante realçar que a dieta influencia a saúde geral de cada pessoa, bem como a saúde oral, podendo originar lesões cáries, defeitos de esmalte, erosão dentária, doença periodontal ou mesmo cancro. Deste modo, torna-se fundamental o desenvolvimento de medidas preventivas que permitam controlar este problema de saúde pública. (30)

O estudo *Global Burden of Disease* realizado em 2017 afirma que os hábitos alimentares incorretos dos portugueses são o terceiro fator de risco para a perda de qualidade de vida podendo levar a problemas como doenças metabólicas, doenças do sistema circulatório ou neoplasias. Este estudo destaca o elevado consumo de bebidas alcoólicas, açúcares e gorduras pelos portugueses que contribuem para o aparecimento de diabetes, hipertensão arterial, colesterol e elevado índice de massa corporal; é também realçado que em Portugal o consumo de cereais integrais, frutas e sementes é mínimo. (56)

Em contrapartida, dados do *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Portugal 2019* demonstram que desde 2008 até 2019 todas as regiões do território português têm vindo a registar uma diminuição da percentagem de crianças obesas ou com excesso de peso. Este estudo concluiu ainda que a obesidade tende a aumentar com o avançar da idade. (57)

Ao nível da saúde oral, a dieta é, provavelmente, o fator mais importante no que toca ao risco de cárie. É, pois, fundamental que o médico dentista faça uma anamnese completa com os pais/adulto responsável pela criança, de modo a perceber que tipos de alimentos ingere, em que altura do dia e com que frequência, apoiando no sentido de educar para uma alimentação mais saudável. Neste contexto, é essencial o papel não só dos profissionais de medicina dentária como também o dos professores. O consumo de refrigerantes deve ser abolido uma vez que são altamente calóricos, cariogénicos e erosivos; os doces, como por exemplo gomas, devem ser substituídos por gomas sem açúcar e com pH neutro; a ingestão de leite antes de dormir, depois de a criança ter lavado os dentes, deve ser desencorajada. (42,58,59)

Dada a tendência para a diminuição do consumo de frutas, produtos hortícolas e leite, vários países, entre os quais Portugal, aderiram à iniciativa do chamado “leite escolar” (Portaria n.º 161/2011 – Diário da República n.º 76/2011, Série I de 2011-04-18). Apesar do leite ser um produto alimentar positivo para o desenvolvimento humano, o “leite escolar” é geralmente aromatizado com açúcares e cacau e a quantidade de sacarose adicionada ao leite contribui para a possibilidade de desenvolvimento de cárie dentária. Vários estudos demonstram que crianças que consumiram este tipo de leites aromatizados apresentaram um índice de cárie dentária superior a crianças com hábito de ingestão de leite sem açúcares adicionados. (59,60)

O PNPAS em Portugal (2019) propõe um conjunto de medidas que visam combater os problemas alimentares que o país apresenta (54):

- Reformular o teor de sal, açúcar e ácidos gordos nos produtos alimentares;
- Legislação que restrinja a publicidade alimentar dirigida a crianças;
- Revisão do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas;
- Promoção da implementação de estratégias locais para a promoção da alimentação saudável;
- *Health Impact Assessment* sobre rotulagem nutricional;
- Melhoria da oferta alimentar nas instituições públicas.

Posto isto, pode concluir-se que uma alimentação saudável é uma das medidas preventivas mais importantes para diminuir o risco de cárie.

2.2.2. Flúor, selantes e consultas ao médico dentista

A cárie dentária é uma doença que pode afetar qualquer pessoa, desde que tenha dentes erupcionados, no entanto nos últimos quarenta anos tem-se observado um declínio desta patologia que se atribui à introdução do flúor na água, no sal e nas pastas de dentes. (61,62)

O flúor é um dos elementos mais abundantes na natureza e tem a elevada capacidade de reagir com outros elementos de modo a formar compostos orgânicos e inorgânicos. O flúor vai então conferir maior resistência ao esmalte através do constante processo de mineralização e desmineralização que ocorre na superfície dentária originado pela diminuição do pH na sequência de produção de ácidos a partir dos hidratos de

carbono. Neste processo de remineralização forma-se uma camada de fluoreto de cálcio na superfície dos dentes, composto este muito mais resistente à desmineralização que o esmalte. (63)

Posto isto, verifica-se que o flúor é um importante meio de prevenção da cárie uma vez que apresenta um papel cariostático exercido a nível tópico potenciado por uma boa higiene oral.

Em Portugal, o PNPSO promove a utilização de flúor, nomeadamente a nível escolar. Todas as crianças do 1º ciclo devem realizar bochechos quinzenais, em contexto escolar, com uma solução de fluoreto de sódio. É também recomendado que os dentes sejam escovados pelo menos duas vezes ao dia, uma das vezes obrigatoriamente à noite, antes de dormir, com uma pasta fluoretada (1000 – 1500 ppm). A utilização de fio dentário complementa a escovagem e deve ser iniciada aos trinta meses, quando a criança apresenta contactos dentários interproximais. De realçar que, como explicado anteriormente, a criança só apresenta destreza manual suficiente para utilizar sozinha o fio dentário a partir dos nove anos de idade, pelo que até essa altura cabe aos pais/adultos responsáveis assegurarem essa fase da higiene da criança. (32,33,64)

A nível de visitas ao médico dentista é recomendado que a criança frequente o consultório a cada 6 meses, no entanto cabe ao médico dentista avaliar as necessidades individuais de cada paciente e decidir se é oportuno realizar consultas mais regularmente. A aplicação tópica de flúor sob a forma de gel ou verniz é da responsabilidade dos profissionais de medicina dentária. A administração de flúor sistémico é contraindicada, em condições normais, desde 2005 sob risco do paciente poder desenvolver fluorose dentária. (32,33)

Os programas de promoção de saúde oral têm também como objetivo promover a aplicação de selantes, outro meio de prevenção muito efetivo. Os selantes de fissuras devem ser aplicados em molares e pré-molares assim que estes erupcionem. Em Portugal, os selantes encontram-se abrangidos pelo PNPSO nas coortes de 7, 10, 13, 16 e 18 anos, idade em que as crianças recebem cheques dentista para realizar os tratamentos dentários de que necessitem. (33,52,65)

Os cheques dentista foram implementados em Portugal em 2007 e são direcionados a diferentes grupos populacionais específicos, dos quais, em 2008, passaram a fazer parte as crianças/adolescentes até aos 16 anos. Estes cheques permitem, a quem os possuir, usufruir de consultas de medicina dentária gratuitas nos consultórios aderentes. (65)

Os cheques dentistas são atribuídos às crianças e jovens nas idades de 7, 10, 13, 16 e 18 anos e têm o objetivo de tratar dentes cariados que o paciente possa eventualmente apresentar ou a colocação de selantes nos dentes definitivos. (65)

3. Os Traumatismos Dentários

Os traumatismos são outro problema grave em crianças a nível oral. Segundo a *International Association of Dental Traumatology* (IADT) e a *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) os traumatismos orais correspondem a 5% das razões que levam um paciente a procurar tratamento dentário. Os traumatismos orais em crianças entre os 0 e 6 anos têm uma prevalência de 18% e são mais comuns na dentição permanente (58,6%) do que na dentição decídua (36,8%). O traumatismo mais comum na dentição decídua é a luxação, enquanto na dentição permanente são as fraturas coronárias. A avulsão em dentição permanente é o trauma dentário mais grave e que poder trazer à vítima consequências para o resto da sua vida. (13,66,67)

Ao longo do tempo, têm vindo a ser desenvolvidos esforços no sentido de compreender a diferença entre os tipos de traumatismos mais frequentes na dentição decídua e na dentição definitiva. Concluiu-se que existe uma relação direta entre o tipo de traumatismo e o tipo de dentição. Até aos 6 anos, as crianças por um lado apresentam uma estrutura óssea menos mineralizada e por outro os dentes decíduos estão em constante processo de formação/reabsorção radicular o que promove traumas que envolvam o movimento dentário, tais como a luxação ou a avulsão. (67)

Os traumatismos orais ocorrem maioritariamente envolvendo as estruturas dentárias, sendo os incisivos maxilares os mais afetados, seguindo-se as lesões nos tecidos moles. A prevalência de traumatismos dentários na população levou a que se fizessem esforços no sentido de compreender quais os fatores etiológicos que estariam na origem deste problema. Posto isto, dividiram-se estes fatores em três grupos: fatores relativos ao comportamento humano, que engloba comportamentos de risco e condições intrínsecas ao indivíduo, tais como hiperatividade, défice de atenção e descoordenações motoras; fatores ambientais (carências materiais ou ambientes perigosos); e fatores anatómicos orais, dos quais são exemplo *overjet* ou incompetência labial. Não pode ser descurado que existem outros fatores de risco que não se integram em nenhuma destas categorias,

tais como o género, presença de doença, dificuldades de aprendizagem, limitações físicas, *piercings* na cavidade oral e uso inapropriado dos dentes. (15,68)

A maioria dos traumatismos orais ocorrem na sequência de quedas, práticas desportivas, ou de lazer, tais como andar de bicicleta e ainda acidentes de viação. A prevalência de traumatismos orais varia consoante a idade, género, estatuto social ou país. Em Portugal, Marinho estudou a prevalência de traumatismos dentários numa população do concelho do Porto e conclui que os locais onde mais frequentemente acontecem estes problemas são na escola (16,5%) e em casa (12%), principalmente devido a quedas (17,3%) e a práticas desportivas (12%). Posto isto, é de extrema importância que os professores sejam dotados de conhecimentos que lhes permitam agir de maneira célere e adequada à situação. É ainda possível diferenciar as causas dos traumatismos mais frequentes consoante a idade das crianças/adolescentes: dos 0 aos 6 anos, fase em que a criança aprende a movimentar-se e ganha alguma independência, é a faixa etária que mais se verificam acidentes devido a quedas ou colisões; dos 7 aos 15 anos a maioria dos traumatismos ocorre na sequência de práticas desportivas; e por fim, dos 21 aos 25 anos a violência é a principal causa responsável por estes tipos de lesões. (15,67)

Depois de uma criança sofrer um traumatismo na dentição decídua é fundamental considerar-se a possibilidade de sequelas ao nível do dente sucessor permanente. Esta relação causa/efeito deve-se à estreita relação anatómica entre os ápices dos dentes decíduos e os gérmenes dos dentes permanentes sucessores. Os tipos de traumatismos que mais levam a consequências na dentição permanente é a luxação e avulsão de dentes decíduos. A descoloração do esmalte, a hipoplasia de esmalte e a dilaceração da coroa ou raiz são algumas das principais sequelas resultantes destes tipos de traumatismos descritas na literatura. (69)

O prognóstico de situações de trauma oral está diretamente relacionado com o tempo de atuação. É fundamental entender alguns tipos de traumatismos como urgências que precisam de ser observadas e intervencionadas o mais brevemente possível. Os traumas dentários demonstraram ainda ter custos financeiros, sociais e psicológicos tanto para o indivíduo que o sofre, como para a sua família. (70,71)

3.1. Avulsão

A avulsão, apesar de ser o traumatismo dentário mais grave (se em dentição definitiva), é também o menos frequente, correspondendo entre 0,5% a 3% dos traumatismos orais que podem acontecer. Nos casos mais extremos uma avulsão pode resultar, a curto ou longo prazo, na perda definitiva do(s) dente(s) em causa. (11,72)

No caso de uma criança/adolescente sofrer uma avulsão em meio escolar é fundamental que o professor consiga manter a calma, tranquilizar a criança e ter consciência da gravidade da situação. O docente deve ter a capacidade de distinguir o tipo de dente que sofreu o traumatismo (decíduo ou definitivo) e optar pela abordagem mais adequada à situação. No caso de ter ocorrido uma avulsão de um dente definitivo é recomendado que o docente reimplante imediatamente o dente na criança; no caso do docente não se sentir confortável em reimplantar o dente, este deve ser transportado até ao médico dentista imerso em leite ou nouro meio de transporte adequado num período de tempo máximo de 60 minutos. (11,72)

Estudos realizados em diferentes países do mundo, tais como Grécia, Turquia, Índia ou Estados Unidos da América afirmaram que o nível de conhecimentos dos professores relativamente ao que fazer em casos de traumatismos dentários como a avulsão era insuficiente. (18,19,73,74)

Um dente decíduo avulsionado nunca deve ser reimplantado; deste modo o professor deve apenas confortar a criança e explicar aos encarregados de educação o sucedido. Não deixa de ser importante que os responsáveis pela criança consultem um médico dentista de modo a planear, se necessário, o tipo de tratamento que a criança deve realizar. (11)

Guidelines da IADT descrevem que é fundamental o médico dentista realizar um exame radiográfico com vista a garantir que não se está perante uma luxação intrusiva ou uma fratura radicular. Devem ainda ser agendadas consultas periódicas de controlo de modo que seja possível avaliar se o dente definitivo sofreu algum tipo de dano. (11,66)

A avulsão de um dente definitivo é extremamente grave e reproduzirá consequências na vida futura da criança/jovem/adulto. Nestes cenários é imperativo que a criança/jovem consulte imediatamente o médico dentista. Espera-se que o professor encontre o dente avulsionado e, preferencialmente, o reimplante na criança; se, por alguma razão, este procedimento não for viável, o professor deve pegar no dente pela coroa e transportá-lo até ao consultório de medicina dentária imerso em leite. O dente

pode também ser transportado dentro da boca do paciente, entre a mucosa jugal e a gengiva ou noutro meio de transporte que apresente condições osmóticas, de pH e temperatura semelhantes à cavidade oral, como é o exemplo do leite. É fundamental que o dente não esteja fora do alvéolo por mais de 60 minutos, caso contrário as células do ligamento periodontal tornam-se inviáveis e o prognóstico reservado. (11)

Após uma avulsão o dente perde a sua vitalidade pulpar uma vez que o seu suprimento neurovascular é interrompido. A viabilidade das células do ligamento periodontal que se encontram na zona radicular do dente consegue manter-se por uma média de 15 a 20 minutos, se o dente for conservado num ambiente adequado. (75)

Para se obter um prognóstico favorável e sucesso a longo prazo o reimplante dentário tem como objetivo a cicatrização favorável das fibras do ligamento periodontal. Quando esta cicatrização não ocorre resulta numa reabsorção da raiz do dente avulsionado devido ao contacto direto entre a raiz e o osso alveolar. Estas situações clínicas desfavoráveis devem-se essencialmente a falhas na conservação do dente antes de ser reimplantado que, por sua vez, se devem à falta de conhecimentos da população em geral, e dos professores em particular, sobre a conduta correta a ter perante cenários de trauma. (72)

Depois de reimplantado o dente, o médico dentista deve proceder à ferulização do mesmo, com recurso a férulas flexíveis, durante duas semanas e programar com o paciente a consulta para realização do tratamento endodôntico e restantes consultas de controlo. (11)

A assiduidade do paciente às consultas de controlo bem como os cuidados a ter no seu dia-a-dia contribuem diretamente para o sucesso do tratamento. No caso das crianças espera-se particular atenção dos seus cuidadores, nomeadamente dos professores em meio escolar, uma vez que práticas desportivas e brincadeiras que envolvam contactos físicos são desaconselhadas. A alimentação deve ser à base de uma dieta mole e os dentes devem ser escovados com uma escova de cerdas macias acompanhada de bochechos com clorexidina 0,2%, duas vezes por dia durante uma semana. (11)

Apesar da probabilidade de falha deste tratamento ele acaba por ser o *gold standard* nestas situações uma vez que, em última análise, é um tratamento reversível. Em todo o caso, o dente reimplantado fornecerá função e estética e funcionará como um mantenedor de espaço enquanto se delineia um plano de tratamento a longo prazo. (72)

3.2. Fraturas coronárias

As fraturas coronárias são o trauma mais comum na dentição definitiva, no entanto também se verificam na dentição decídua. (21,22)

A apresentação clínica, possíveis complicações e sequelas de uma fratura coronária são menos graves do que nos casos de luxação ou avulsão, embora muitas vezes as fraturas estejam associadas a luxações. As fraturas podem estar limitadas ao esmalte ou ao esmalte e dentina, ou podem incluir todo o complexo esmalte-dentina-polpa. Por vezes, pode acontecer a fratura ser mais extensa e envolver o complexo esmalte-dentina-cemento, denominando-se de fratura corono-radicular e pode ainda envolver ou não a polpa dentária. (76)

Um estudo realizado na República Checa, em 2010, com uma amostra de 889 participantes, aponta que os traumatismos dentários mais comuns são as fraturas coronárias sem envolvimento pulpar, com uma prevalência de 26,2% e que, em 2,1% dos casos, estas estavam associadas a luxações; por sua vez as fraturas coronárias com envolvimento pulpar têm uma percentagem de ocorrência de 8,5%, as fraturas corono-radulares afetam 0,5% das vítimas e as fraturas radulares estão presentes em 5,5% dos indivíduos do estudo. (77)

No estudo de Marinho *et al.*, em 2012, em Portugal, numa população de jovens do concelho do Porto, com o objetivo de avaliar a prevalência de traumatismos dentários, concluiu que as fraturas coronárias surgiam em 11,3% dos inquiridos e apenas 2,3% manifestavam ter sofrido fraturas coronárias que envolvessem a polpa. (15)

Como referido anteriormente, um prognóstico positivo está diretamente relacionado com o acompanhamento célere e eficaz da vítima por parte de um médico dentista. Esta premissa é particularmente importante em casos de avulsão, mas não pode ser esquecida perante fraturas coronárias, principalmente se envolverem a polpa. Só uma ação rápida e eficiente permite manter a vitalidade de um dente com exposição pulpar e reduzir a sensibilidade pós-traumática. (78)

Perante situações de fraturas coronárias, seja em dentes decíduos ou permanentes, o professor deve sossegar a criança/jovem e encontrar o fragmento do dente lesado. De seguida, a vítima deve dirigir-se à clínica onde um profissional de Medicina Dentária optará pelo tratamento mais adequado. (66)

Apesar das recomendações por uma ação rápida, a revisão da literatura reporta que continua a haver atrasos na resposta a estas situações, isto é, verificam-se longos

períodos de tempo (desde um mês a um ano) entre o momento em que ocorreu o traumatismo e o momento em que a vítima recorre ao consultório de Medicina Dentária para tratamento. Autores como Pugliesi *et al.* (79) apontam para uma relação entre o tipo de traumatismo sofrido e a urgência sentida pela vítima/cuidadores em procurar ajuda. Em boa verdade, existem vários fatores que podem provocar este atraso na busca de tratamento, no entanto a falta de literacia e conhecimentos da população em geral, e nomeadamente dos professores, relativamente à matéria de traumatismos dentários demonstra ser o principal. (67,76,80–82)

A dentina exposta ou a polpa expostas devem ser imediatamente seladas com material restaurador apropriado. O tratamento definitivo pode ser adiado para mais tarde uma vez que se está perante uma situação traumática para a criança/adolescente e pode não ser possível a sua colaboração nesse momento. (76)

No caso das fraturas corono-radiculares, o nível da fratura, linha de fratura e a quantidade de raiz remanescente determinam o tipo de tratamento a ser seguido. Este é o cenário mais grave no qual o tratamento pode culminar na necessidade de extração do dente envolvido. (76)

Capítulo III: Objetivos

Capítulo III: Objetivos

O objetivo geral desta dissertação é participar no debate atual sobre saúde oral em ambiente escolar e, para se encontrar resposta para a questão de investigação, propõe-se atingir os seguintes objetivos específicos: 1) compreender os conhecimentos e atitudes dos professores relativamente à higiene oral dos alunos; 2) perceber as atitudes dos professores no respeitante à vigilância da saúde oral; 3) caracterizar a forma como os professores atuam perante situações de traumatismos dentários.

Este projeto propõe-se então a caracterizar os conhecimentos dos professores dos Agrupamentos de Escolas que fazem parte do Centro de Formação EduFor sobre a saúde oral e traumatismos dentários em crianças em idade escolar.

Será parte integrante desta investigação conceber uma proposta de formação para professores sobre “Saúde oral nos currículos escolares e no dia-a-dia das crianças e adolescentes” (Apêndice) que vá de encontro aos resultados da investigação, aumentando a literacia dos professores nesta área, de modo a que possam transmitir aos alunos comportamentos adequados, esclarecer dúvidas e desmitificar ideias erradas que possam estar enraizadas na comunidade.

Capítulo IV: Materiais e métodos

Capítulo IV: Materiais e métodos

A dissertação pretende caracterizar os conhecimentos dos professores dos Agrupamentos de Escolas que fazem parte do Centro de Formação EduFor sobre saúde oral e traumatismos dentários em crianças em idade escolar através de um questionário *online*. Foi delineada uma proposta de formação para professores no âmbito da saúde oral, que constitui uma parte fundamental deste estudo.

1. Questões de investigação

O presente trabalho de investigação centra-se no problema “Conseguirão os professores educar para a saúde oral e lidar adequadamente com situações de traumatismos dentários?”.

Embora esteja presente o contexto da descoberta, tem-se em vista sobretudo a busca da globalidade e da compreensão de fenómenos. Através dos dados apurados e da análise realizada, pretende-se interpretar os resultados e tentar, com humildade, seguir o conselho de Umberto Eco quando explica que a importância da investigação é descobrir qualquer coisa que os outros ainda não tenham dito. (83)

As dimensões dos problemas em análise bem como as questões formuladas permitem que se estabeleçam as seguintes hipóteses:

- **H1:** As variáveis sociodemográficas género, idade, tempo de serviço e ciclo de ensino lecionado influenciam os conhecimentos e atitudes dos professores dos Agrupamentos de Escolas pertencentes ao Centro de Formação EduFor em saúde oral.
- **H2:** As variáveis relativas à vigilância para a saúde oral influenciam os conhecimentos e atitudes dos professores dos Agrupamentos de Escolas pertencentes ao Centro de Formação EduFor em saúde oral.
- **H3:** As variáveis sociodemográficas género, idade, tempo de serviço, ciclo de ensino lecionado e formação em primeiros socorros influenciam a atitude dos professores dos Agrupamentos de Escolas pertencentes ao Centro de Formação EduFor perante situações de traumatismos dentários.

2. Tipologia de estudo

Este estudo caracteriza-se por ser um estudo descritivo, observacional, transversal, quantitativo e descritivo-correlacional. (84)

A escolha deste tipo de estudo prende-se com o facto de ser um método de investigação que permite medir variáveis e obter resultados que podem ser comparados com outras populações. (85)

Trata-se de um estudo descritivo uma vez que a sua essência será descrever fenómenos que acontecem numa determinada população através da recolha de informação sob a forma de um questionário. A vertente correlacional do estudo prende-se com o facto de se pretender descobrir a existência (ou não) de relações entre as variáveis em causa. Transversal uma vez que os dados são recolhidos num determinado momento, com uma determinada população, relativamente ao fenómeno que se pretende explorar. (85)

3. Variáveis estudadas

Neste estudo foram avaliadas variáveis dependentes, independentes e as relações entre elas (Figura 2).

Foram definidas como variáveis dependentes os conhecimentos e atitudes dos professores dos Agrupamentos de Escolas pertencentes ao Centro de Formação EduFor relativamente à saúde oral e a atitudes dos professores dos Agrupamentos de Escolas pertencentes ao Centro de Formação EduFor perante traumatismos dentários e estas foram medidas através da aplicação de um questionário (Anexo 1).

Como variáveis independentes definiram-se as variáveis sociodemográficas e de vigilância para a saúde oral.

Assim, diferenciaram-se os professores em função de género, idade, tempo de serviço, habilitações literárias, zona onde trabalha, ciclo de ensino, formação em primeiros socorros, formação em saúde oral e interesse em ter acesso a formação em saúde oral (variáveis sociodemográficas).

Estabeleceram-se as diferenciações relativamente a: conhecimento dos cheques dentista; quando deve ser a primeira ida ao dentista; regularidade aconselhada para ir ao

dentista; conhecimento sobre selantes de fissuras (variáveis de vigilância para a saúde oral).

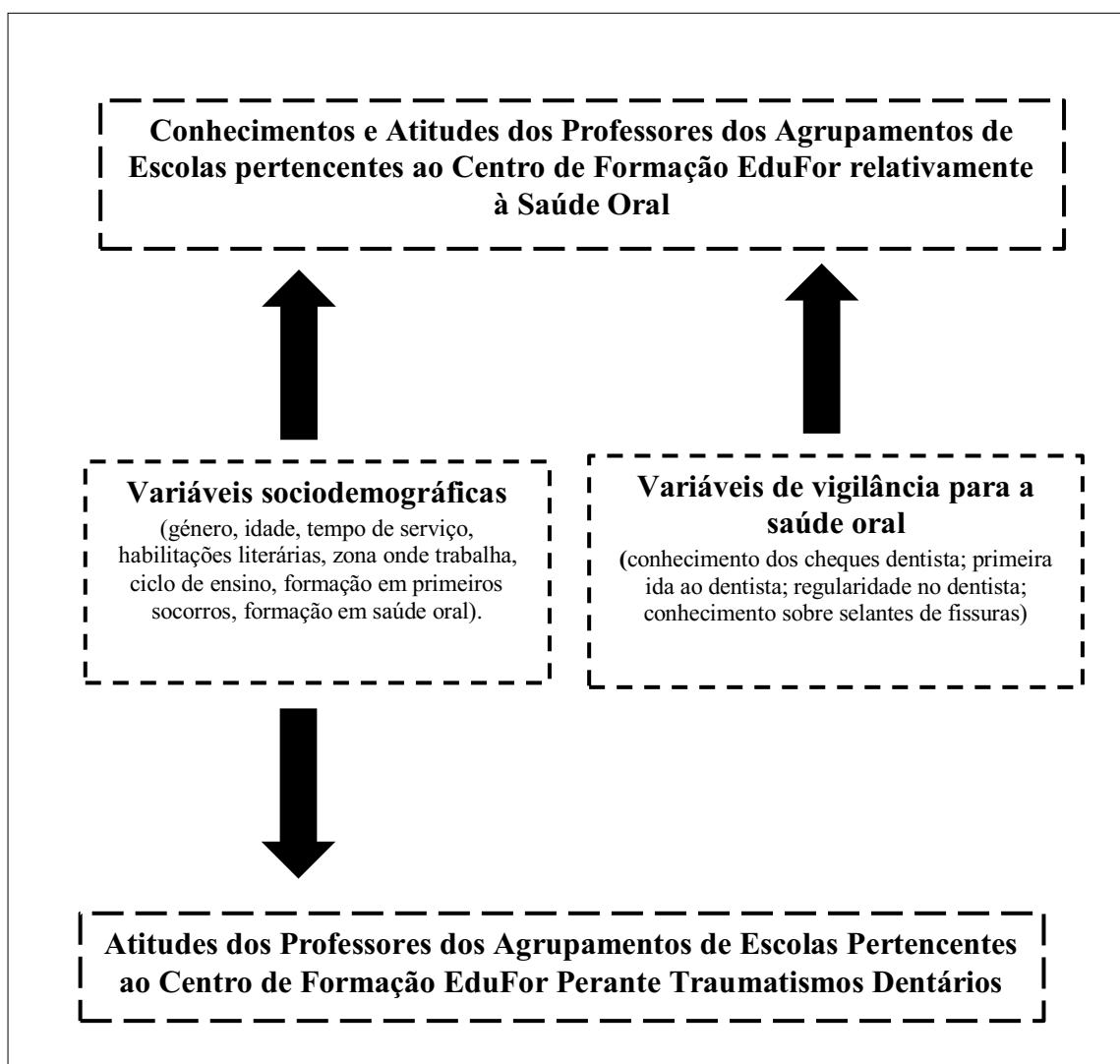


Figura 2 - Representação esquemática da relação das variáveis.

4. Seleção, recrutamento e avaliação dos participantes

Dando cumprimento ao Despacho n.º 18039/2008, de 4 de Julho, as escolas da Região Centro reorganizaram a rede de Centros de Formação de Associação de Escolas (CFAE). Deste processo resultou a criação de 19 novos Centros, substituindo os 55 anteriormente existentes. Assim, foi homologado em Agosto de 2008 o Centro de

Formação EduFor – que engloba todas as escolas dos concelhos de Nelas, Mangualde, Penalva do Castelo, Sátão, Vila Nova de Paiva e da freguesia de Canas de Senhorim.

No presente ano letivo, estão associados ao Centro de Formação EduFor 806 professores de grupos de recrutamento para a docência, desde a educação pré-escolar ao 12º ano. Para participar neste estudo, foram elegíveis os professores pertencentes aos Agrupamentos de Escolas associados do Centro de Formação EduFor, sendo critério de exclusão qualquer docente que não esteja a exercer no presente ano letivo.

Dadas as circunstâncias atuais de ensino não presencial devido à pandemia da *Covid-19* decretado durante a investigação os processos de investigação foram tratados por via eletrónica, através de *e-mail*.

Os questionários (Anexo 1), juntamente com a declaração de consentimento informado (Anexo 2), foram enviados sob a forma de *link* com recurso à plataforma *JotForm*®, ao Diretor de cada Agrupamento de Escolas a quem foi solicitada a divulgação do questionário perante todos os professores em funções efetivas de docência do seu agrupamento escolar. De modo a garantir a confidencialidade de cada participante, o investigador contactou apenas com o diretor das escolas intervencionadas e não foi solicitado, em momento algum, o nome do participante, recolhendo-se apenas dados sociodemográficos.

Os dados foram exportados para um ficheiro *Excel*® e foram posteriormente analisados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS)*® versão 21.0.

5. Instrumento de recolha de dados

Este questionário foi estruturado no sentido de atingir os objetivos anteriormente citados. Neste sentido, todas as questões do questionário foram originalmente constituídas, com base na literatura já existente. (18,19,26,74,86,87)

O questionário é composto por quatro partes e apresenta 30 questões de escolha múltipla e resposta aberta, que em seguida são apresentadas de forma detalhada.

A primeira parte do questionário visa a caracterização sociodemográfica da população alvo; a segunda parte pretende estudar a perceção e as atitudes dos professores perante a higiene oral; na terceira parte do questionário pretende-se caracterizar a vigilância que o professor realiza sobre a saúde oral dos alunos; por fim, a quarta parte

do questionário pretende obter-se informação que permita caracterizar a conduta seguida pelos professores perante a ocorrência de traumatismos dentários.

Na primeira parte do questionário, as nove questões abordam não só dados sociodemográficos como género, idade, tempo de serviço, habilitações literárias, zona onde trabalha e ciclo de ensino (questões 1, 2, 3, 4, 5 e 6), bem como perguntas relativamente à formação de cada professor em primeiros socorros e saúde oral (questões 7, 8 e 8.1) e quanto ao interesse do professor ter acesso a formação no âmbito da saúde oral (questão 9).

Na segunda parte do questionário, as questões 10, 12 e 13 têm como finalidade compreender a atenção dada pelos docentes à higiene oral dos seus alunos, interrogando-os sobre se prestam atenção à higiene oral individual de cada aluno, se sabem se os alunos têm o hábito de escovar os dentes na escola e se, no caso dos professores do 1º ciclo, garantem que os bochechos quinzenais com flúor recomendados pela Direção Geral de Saúde são cumpridos.

As restantes questões serão classificadas como corretas ou incorretas.

Na questão 11 pretende-se que o docente diga que os dentes devem ser escovados pelo menos 2 vezes por dia e que na questão 11.1 assinale que uma das escovagens deve ser realizada obrigatoriamente à noite, antes de ir dormir.

Na questão 14 e 15, respetivamente, considera-se correto que o entrevistado responda que as cerdas da escova devem ser “macias” ou “médias” e que as escovas devem ser substituídas de “3 em 3 meses” ou “quando as cerdas estiverem danificadas”. A questão 16, relativamente à quantidade de pasta de dentes utilizada, será considerada correta apenas se o docente assinalar a opção “do tamanho da unha do 5º dedo da criança”.

Relativamente à quantidade de flúor presente na pasta recomendada para a criança, questão 17, aceita-se como resposta correta a opção “1000-1500 ppm”.

Os dentes devem começar a ser escovados “logo que erupciona o 1º dente decíduo (de leite)” (questão 18), sendo que a criança só tem autonomia para os escovar sozinha a partir dos “7-8 anos” (questão 19).

Por fim, o fio dentário deve começar a ser utilizado a partir do momento que a criança apresenta contactos interproximais, aceitando-se como resposta correta “>2 anos”.

A terceira parte do questionário engloba duas questões acerca da literacia do professor em saúde oral, questionando-o sobre o seu conhecimento relativamente aos cheques dentista (questão 21) e sobre o que são selantes de fissuras (questão 24).

Nesta secção, o professor é ainda questionado sobre a altura indicada para a criança ir pela primeira vez ao médico dentista, considerando-se como resposta correta “quando erupciona o primeiro dente decíduo (de leite) ou, no máximo, quando completa 1 ano de vida” (questão 22) e sobre a frequência de visitas anuais ao consultório de medicina dentária, esperando-se que o docente assinale a opção “6 em 6 meses” (questão 23).

Por fim, na última parte do questionário as questões 25 a 30 têm como propósito caracterizar as atitudes dos docentes na área do trauma dentário. Pretende-se saber com que frequência um professor se depara com traumatismos dentários no exercício da sua profissão (questão 25) e se considera que a conduta a seguir varia consoante o dente envolvido é decíduo ou definitivo (questão 26) considerando-se como resposta correta a opção “sim”.

Na questão 27, relativa ao procedimento a seguir perante uma fratura coronária de um dente decíduo aceita-se como resposta correta “procurava o fragmento do dente fraturado e encaminhava a criança para o médico dentista”; na questão 28 expõe-se o mesmo problema, mas referente a um dente definitivo, sendo a opção correta “procurava o fragmento do dente fraturado e encaminhava a criança para o médico dentista”.

Por último, as questões 29 e 30 expõem uma situação na qual houve a avulsão de um dente decíduo e definitivo, respetivamente. A questão 29 para ser considerada correta deve ser assinalada a opção “encaminhava a criança para o médico dentista”; enquanto na questão 30, o professor deve optar por assinalar a alínea referente a “procurava o dente avulsionado, reimplantava imediatamente o dente na criança e encaminhava a criança para o médico dentista ou transportava o dente imerso em leite e encaminhava a criança para o médico dentista.”

6. Procedimentos Éticos e Legais

Anteriormente à realização do estudo foi feito um pedido de autorização a cada um dos diretores dos agrupamentos de escolas integrantes do Centro de Formação EduFor bem como ao diretor do Centro de Formação EduFor (Anexos 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9).

De seguida, o projeto foi apresentado à Comissão de Ética da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES-UCP) que concedeu um parecer positivo à realização do mesmo (Anexo 10).

Concluído este processo, foi enviado para cada Agrupamento de Escolas um *e-mail* no qual seguia o *link* de acesso ao questionário. Ao aceder ao *link* os docentes encontravam, primeiramente, um Consentimento Informado (Anexo 2) em que estava explicado o objetivo do estudo e as condições nas quais este se desenvolveria. Os docentes só poderiam avançar para a resposta do questionário caso tivessem premido a opção “Concordo.”.

7. Análise Estatística

Os dados foram exportados para um ficheiro *Excel*® e foram posteriormente analisados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS)*® versão 21.0.

A análise dos dados iniciou-se pela estatística descritiva onde foram averiguadas as medidas de distribuição de frequências (relativas e absolutas).

Tratando-se de uma amostra não paramétrica pois não cumpre os requisitos de distribuição normal, homocedasticidade e escala de intervalo de razão, optou-se pela utilização do teste Qui-Quadrado (X^2). O teste Qui-Quadrado permite verificar a associação existente entre duas variáveis nominais. O objetivo da aplicação deste teste é testar a hipótese nula. (88)

Para averiguar a relação entre variáveis ordinais utilizou-se o *Ró de Spearman*. O *Ró de Spearman* é uma correlação bivariada que determina o grau de associação entre variáveis e mede a relação entre elas.

Foram utilizados os seguintes valores de significância na análise estatísticas: se $p < 0,05$ a diferença estatística é significativa; se $p > 0,05$ a diferença não é estatisticamente significativa.

Capítulo V: Resultados

Capítulo V: Resultados

Os resultados que seguidamente se apresentam referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos e estão organizados com o objetivo de dar resposta à questão de investigação e testar as hipóteses formuladas.

Assim, foi caracterizada a amostra estudada tendo em conta as variáveis relativas às crenças e conhecimentos dos professores relativamente à saúde oral, à vigilância dos professores relativamente à higiene oral dos seus alunos e às atitudes dos professores perante traumatismos dentários.

A apresentação e análise dos dados obtidos favorecem uma abordagem descritiva. Encontram-se apresentados sob a forma de tabelas precedidos pela sua descrição e análise. A interpretação ficará reservada para o capítulo da discussão.

1. Caracterização sociodemográfica

A população alvo do estudo é constituída por 806 professores que lecionam nos Agrupamentos de Escolas integrantes do Centro de Formação EduFor. Estes 806 professores apresentam a seguinte distribuição por ciclos de ensino: 80 pertencem ao ensino pré-escolar, 161 ao 1º ciclo do ensino básico, 156 ao 2º ciclo do ensino básico e 409 são docentes do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário.

A presente dissertação consiste num estudo com uma amostra de 204 professores, o que garante uma taxa de resposta superior a 25%, e recorre a métodos probabilísticos e com um nível de confiança de 95%.

Trata-se de uma amostra expressiva, embora moderadamente representativa. A seleção da amostra não restringe as conclusões nem coloca em causa a consistência com a problemática em estudo.

Tal como pode ser verificado na Tabela 1, 26,9% (n=55) eram do género masculino. A maioria dos professores encontrava-se no grupo etário que compreende os 51 e 60 anos (46,5%) e tinha (46,3%) entre 21 e 30 anos de serviço.

No que diz respeito às habilitações literárias 71,8% dos indivíduos participantes no estudo era licenciado e 17,3% complementou a sua formação com mestrado. Nenhum (0%) inquirido do género masculino tinha bacharelato ou doutoramento.

A percentagem de professores que lecionavam numa cidade ou numa aldeia é muito semelhante (14,4% e 12,9%, respetivamente) sendo que 72,8% trabalhava numa vila.

Relativamente ao ciclo de ensino, nenhum (0%) professor do género masculino lecionava o pré-escolar, contrapondo com 24 indivíduos do género feminino (16,4%). Por outro lado, 56,4% dos homens eram professores do 3º ciclo e secundário, sendo que a distribuição das professoras por género era mais uniforme, dando a maioria aulas ao 1º ciclo (30,1%).

No referente aos primeiros socorros, verificou-se que 44,5% dos professores já realizou formação na área. Por outro lado, apenas 9 (4,5%) professores realizaram formação específica em saúde oral, dos quais apenas 1 (1,8%) é do género masculino. Pela análise dos questionários pôde verificar-se que todos os professores que receberam formação em saúde oral receberam também em primeiros socorros.

Por fim, 76,4% dos inquiridos do género masculino e 80,3% do género feminino manifestou interesse em receber formação em saúde oral.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

	Género					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grupos etários						
<30 anos	0	0%	2	1,3%	2	1%
31-40 anos	4	7,3%	10	6,8%	14	6,9%
41-50 anos	19	34,5%	52	35,4%	71	35,1%
51-60 anos	27	49,1%	67	45,6%	94	46,5%
>60 anos	5	9,1%	16	10,9%	21	10,5%
Total de respostas	55	100%	147	100%	202	100%
Tempo de serviço						
<10 anos	1	1,8%	7	4,8%	8	4%
11-20 anos	9	16,4%	22	15%	31	15,4%
21-30 anos	30	54,5%	63	43,2%	93	46,3%
>30 anos	15	27,3%	54	37%	69	34,3%
Total de respostas	55	100%	146	100%	201	100%
Habilitações literárias						
Bacharelato	0	0%	3	2%	3	1,5%
Licenciatura	38	69,1%	106	72,2%	144	71,3%
Pós-Graduação	6	10,9%	10	6,8%	16	7,9%
Mestrado	11	20%	25	17%	36	17,8%
Doutoramento	0	0%	3	2%	3	1,5%
Total de respostas	55	100%	147	100%	202	100%
Zona onde trabalha						
Cidade	2	3,6%	27	18,4%	29	14,4%
Vila	47	85,5%	100	68%	147	72,8%
Aldeia	6	10,9%	20	13,6%	26	12,8%
Total de respostas	55	100%	147	100%	202	100%
Ciclo de ensino						
Pré-escolar	0	0%	24	16,4%	24	11,9%
1º ciclo	16	29,1%	44	30,1%	60	29,9%
2º ciclo	8	14,5%	37	25,3%	45	22,4%
3º ciclo e secundário	31	56,4%	41	28,2%	72	35,8%
Total de respostas	55	100%	146	100%	201	100%
Formação em primeiros socorros						
Sim	23	42,6%	66	45,2%	89	44,5%
Não	31	57,4%	80	54,8%	111	55,5%
Total de respostas	54	100%	146	100%	200	100%
Formação em SO						
Já recebeu	1	1,8%	8	5,4%	9	4,5%
Nunca recebeu	54	98,2%	139	94,6%	193	95,5%
Total de respostas	55	100%	147	100%	202	100%
Interesse em receber formação em SO						
Interessado	42	76,4%	118	80,3%	160	79,2%
Sem interesse	13	23,6%	29	19,7%	42	20,8%
Total de respostas	55	100%	147	100%	202	100%

2. Caracterização dos comportamentos dos professores em saúde oral em meio escolar

A análise dos dados relativos à caracterização dos comportamentos dos professores em saúde oral em meio escolar encontra-se na Tabela 2.

Do total de respondentes, 73,1% afirmou conseguir ter perceção da qualidade da higiene oral dos seus alunos, no entanto 49,1% dos inquiridos do género masculino afirmou não ter essa capacidade. O género feminino demonstrou-se mais alerta, sendo que 81,5% das professoras afirmou conseguir perceber se os alunos têm uma higiene oral adequada. Os professores do pré-escolar (95,8%) foram os mais atentos à higiene oral das crianças, contrapondo com os docentes do 3º ciclo e secundário, dos quais 45,1% não direcionava a sua atenção para a higiene oral dos seus discentes.

Constatou-se que 57,9% dos professores afirmaram que os seus alunos não lavavam os dentes na escola depois de almoçarem e 23,4% não soube responder se as crianças/adolescentes tinham essa prática. Novamente, os professores do pré-escolar demonstraram ser os mais conscientes na matéria e 54,2% confirmaram que os alunos escovavam os dentes na escola depois de almoçarem. A percentagem de resposta positivas à questão diminuiu ao longo dos ciclos, sendo que apenas 6,9% dos professores do 3º ciclo e secundário respondeu “Sim”.

Quanto aos bochechos quinzenais de flúor recomendados pela DGS para os alunos do 1º ciclo, apenas 71,7% dos professores afirmou existir essa prática na escola onde leciona.

Tabela 2 - Caracterização dos comportamentos dos professores em saúde oral em meio escolar.

	Ciclo de ensino									
	Pré-escolar		1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Perceção da HO dos alunos										
<i>Sim</i>	23	95,8%	45	75%	40	85,1%	39	54,9%	147	72,8%
<i>Não</i>	1	4,2%	15	25%	7	14,9%	32	45,1%	55	27,2%
<i>Total de respostas</i>	24	100%	60	100%	47	100%	71	100%	202	100%
Crianças lavam dentes na escola										
<i>Sim</i>	13	54,2%	14	23,7%	4	8,5%	5	6,9%	36	17,8%
<i>Não</i>	11	45,8%	37	62,7%	33	70,2%	36	50%	117	57,9%
<i>Não sabe</i>	0	0%	8	13,6%	10	21,3%	31	43,1%	49	24,3%
<i>Total de respostas</i>	24	100%	59	100%	47	100%	72	100%	202	100%
Realização de bochechos com flúor										
<i>Sim</i>	-	-	43	71,7%	-	-	-	-	43	71,7%
<i>Não</i>	-	-	17	28,3%	-	-	-	-	17	28,3%
<i>Total de respostas</i>			60	100%					60	100%

3. Caracterização das crenças dos professores relativamente à higiene oral em crianças/adolescentes

Nas Tabelas 3 e 4 são apresentados os dados referentes às crenças dos professores relativamente à higiene oral em crianças e adolescentes que permitiram identificar a frequência e *timing* de escovagem que os professores consideraram indicada, a altura em que os pais devem começar a escovar os dentes aos filhos, a idade em que as crianças conseguem ter autonomia suficiente para concretizarem a sua higiene oral de forma independente e quando devem começar a utilizar fio dentário.

Relativamente ao número de escovagens diárias, 50,2% dos professores recomendaram que os alunos escovassem os dentes três vezes por dia, sendo que apenas 4,5% consideraram que uma vez por dia é suficiente. Nenhum professor (0%) do pré-escolar ou do 2º ciclo respondeu que lavar os dentes uma vez por dia seria o ideal. Verificou-se que 92,6% dos professores reconhece a importância de uma escovagem dentária antes de dormir; as mulheres (96,6%) e as educadoras (100%) eram as mais sensibilizadas para este facto (Tabela 3).

No que concerne à altura indicada para se iniciar a escovagem dos dentes, 61,6% das mulheres afirmou que esta deve começar quando o primeiro dente decíduo erupciona, enquanto 44,2% dos homens propôs que se iniciasse apenas depois dos dois anos de idade; 87,5% dos educadores concordaram que se deveria iniciar assim que erupcionasse o primeiro dente decíduo.

Pôde constatar-se que 56,3% dos professores considerou que as crianças têm autonomia suficiente para realizar a sua higiene oral a partir dos 7 – 8 anos; no entanto 45,8% dos educadores de infância aconselharam que as crianças lavassem os dentes sozinhas a partir dos 2 anos.

Por fim, relativamente ao uso do fio dentário 50,2% dos professores consideraram que se deve começar a utilizar a partir dos seis anos; 19,7% dos professores afirmou que a utilização deste só deve acontecer a partir dos dezoito anos. Em todos os ciclos escolares a maioria dos professores defendeu que as crianças devem começar a utilizar o fio dentário aos seis anos; apenas 18,7% consideram que a utilização se deve iniciar-se aos dois anos.

Tabela 3 - Caracterização das crenças dos professores relativamente ao número de escovagens e timing das mesmas.

	Ciclo de ensino									
	Pré-escolar		1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de escovagens										
1	0	0%	8	13,3%	0	0%	1	1,4%	9	4,5%
2	15	62,5%	25	41,7%	24	51,1%	25	34,7%	89	43,8%
3	9	37,5%	26	43,3%	23	48,9%	44	61,1%	102	50,2%
Outra	0	0%	1	1,7%	0	0%	2	2,8%	3	1,5%
Total de respostas	24	100%	60	100%	47	100%	72	100%	203	100%
Quando escovar os dentes?										
Antes de dormir	24	100%	52	86,7%	45	95,7%	66	93%	187	92,6%
Outra	0	0%	8	13,3%	2	4,3%	5	7%	15	7,4%
Total de respostas	24	100%	60	100%	47	100%	71	100%	202	100%

Tabela 4 - Caracterização das crenças dos professores relativamente à higiene oral em crianças/adolescentes.

	Ciclo de ensino lecionado									
	Pré-escolar		1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Início da escovagem pelos pais										
Quando erupciona o 1º dente decíduo	21	87,5%	27	45,8%	22	48,9%	37	52,1%	107	53,8%
Quando erupciona o 1º dente definitivo	2	8,3%	7	11,9%	3	6,7%	6	8,5%	18	9%
> 2 anos	1	4,2%	21	35,6%	19	42,2%	27	38%	68	34,2%
> 6 anos	0	0%	4	6,8%	1	2,2%	1	1,4%	6	3%
Total de respostas	24	100%	59	100%	45	100%	71	100%	199	100%
Início da escovagem pela criança										
2 anos	11	45,8%	13	22%	20	44,4%	32	45,1%	76	38,2%
7 – 8 anos	12	50%	37	62,7%	25	55,6%	38	53,5%	112	56,3%
10 anos	1	4,2%	9	15,3%	0	0%	1	1,4%	11	5,5%
Total de respostas	24	100%	59	100%	45	100%	71	100%	199	100%
Início uso de fio dentário										
Quando erupciona o 1º dente decíduo	1	5%	3	5,2%	1	2,2%	2	2,9%	7	3,6%
Quando erupciona o 1º dente definitivo	0	0%	13	22,4%	0	0%	2	2,9%	15	7,8%
> 2 anos	4	20%	12	20,7%	7	15,6%	13	18,6%	36	18,7%
> 6 anos	11	55%	24	41,4%	28	63,2%	34	48,5%	97	50,2%
> 18 anos	4	20%	6	10,3%	8	18,2%	19	27,1%	37	19,7%
Total de respostas	20	100%	58	100%	44	100%	70	100%	192	100%

4. Caracterização das crenças dos professores relativamente à correta utilização dos produtos de higiene oral

Na Tabela 5 encontram-se dados referentes às crenças dos professores relativamente à correta utilização dos produtos de higiene oral.

Quando questionados sobre os tipos de cerdas mais apropriados para as crianças, 96,5% dos docentes considerou que estas devem ser macias ou médias. Em relação à frequência com que se deve trocar de escova dentária, 67,3% afirmou que devem ser substituídas a cada três meses e 18,3% quando as cerdas estiverem danificadas.

Foi observado que 67,7% dos professores consideraram que a quantidade correta de pasta dentífrica a ser utilizada por uma criança deve ser equivalente ao tamanho da unha do quinto dedo da criança. Esta opção foi eleita por 83,3% dos professores do pré-escolar e por apenas 56,7% dos professores do 1º ciclo.

No que toca à quantidade de flúor (ppm) apenas 9,3% dos professores escolheu a opção “1000 – 1500 ppm” e verificou-se que conforme os professores lecionavam ciclos de ensino mais elevados, menos elegeram esta opção. Uma grande parte dos professores (40,7%) considerou que a quantidade de flúor mais indicada seria 250 – 500 ppm.

Tabela 5 - Caracterização das crenças dos professores relativamente à correta utilização dos produtos de higiene oral.

	Ciclo de ensino lecionado									
	Pré-escolar		1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cerdas										
Macias	12	50%	25	41,7%	16	34,8%	21	29,2%	74	36,6%
Médias	11	45,8%	32	53,3%	29	63%	49	68,1%	121	59,9%
Duras	1	4,2%	3	5%	1	2,2%	2	2,8%	7	3,5%
Total de respostas	24	100%	60	100%	46	100%	72	100%	202	100%
Trocar de escova de:										
3 – 3 meses	17	70,8%	29	48,3%	32	68,1%	58	81,7%	136	67,3%
6 – 6 meses	1	4,2%	13	21,7%	5	10,6%	4	5,6%	23	11,4%
1 vez por ano	0	0%	6	10%	0	0%	0	0%	6	3%
Se cerdas danificadas	6	25%	12	20%	10	21,3%	9	12,7%	37	18,3%
Total de respostas	24	100%	60	100%	47	100%	71	100%	202	100%
Quantidade de pasta										
Grão de arroz	4	16,7%	12	20%	6	13%	11	15,5%	33	16,4%
Unha 5º dedo	20	83,3%	34	56,7%	35	76,1%	47	66,2%	136	67,7%
Cobrir cerdas	0	0%	14	23,3%	5	10,9%	13	18,3%	32	15,9%
Total de respostas	24	100%	60	100%	46	100%	71	100%	201	100%
Ppm flúor										
250	11	55%	13	22,8%	17	42,5%	26	40%	67	36,8%
250 – 500	5	25%	25	43,9%	19	47,5%	25	38,5%	74	40,7%
500 – 1000	1	5%	12	21%	1	2,5%	10	15,4%	24	13,2%
1000 – 1500	3	15%	7	12,3%	3	7,5%	4	6,2%	17	9,3%
Total de respostas	20	100%	57	100%	40	100%	65	100%	182	100%

5. Caraterização das crenças e atitudes dos professores relativamente à vigilância em saúde oral

Na Tabela 6 são explorados os dados relativos às crenças e atitudes dos professores à vigilância em saúde oral.

Todos os professores (100%) do 2º e 3º ciclo e secundário admitiram ter conhecimento do direito das crianças e adolescentes aos cheques dentistas; apenas 4,2% (n=1) e 3,3% (n=2) dos professores do pré-escolar e 1º ciclo, respetivamente, afirmaram não ter conhecimento deste direito.

A primeira ida ao médico dentista, segundo 23,2% dos professores, deveria acontecer aquando da erupção do primeiro dente decíduo ou, no máximo, quando a criança atinge um ano de vida; 40,4% dos professores consideraram que se deve aguardar até a criança ter dois anos; destacar ainda que 31,4% dos inquiridos considerou que a primeira consulta de medicina dentária deve realizar-se aos seis anos.

Observou-se que 46,7% dos professores considerou que a criança deve ir ao dentista de seis em seis meses e 49,7% afirmou que deve ir anualmente; de destacar que 11,8% dos professores do 1º ciclo afirmaram que a criança deve ir ao dentista só quando apresenta alguma queixa.

Finalmente, à medida que os professores lecionam ciclo de ensino mais elevados o seu conhecimento relativamente ao que são selantes de fissuras diminui.

Tabela 6 - Caracterização das crenças e atitudes dos professores relativamente à vigilância em saúde oral.

	Ciclo de ensino lecionado									
	Pré-escolar		1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cheques dentista										
<i>Sim</i>	23	95,8%	58	96,7%	46	100%	70	100%	197	98,5%
<i>Não</i>	1	4,2%	2	3,3%	0	0%	0	0%	3	1,5%
<i>Total de respostas</i>	24	100%	60	100%	46	100%	70	100%	200	100%
Primeira ida ao dentista										
<i>Quando erupciona o 1º dente decíduo ou 1 ano</i>	8	33,3%	15	25,5%	9	20,5%	14	19,7%	46	23,2%
<i>2 anos</i>	12	50%	31	52,5%	13	29,5%	24	33,8%	80	40,4%
<i>6 anos</i>	3	12,5%	13	22%	17	38,6%	29	40,8%	62	31,4%
<i>Quando erupciona o 1º dente definitivo</i>	0	0%	0	0%	3	6,9%	1	1,4%	4	2%
<i>Dentição definitiva completa</i>	1	4,2%	0	0%	2	4,5%	3	4,2%	6	3%
<i>Total de respostas</i>	24	100%	59	100%	44	100%	71	100%	198	100%
Frequência de idas ao dentista										
<i>6 – 6 meses</i>	14	58,3%	24	40,7%	24	54,5%	30	42,9%	92	46,7%
<i>1 vez por ano</i>	10	41,7%	28	47,5%	20	45,5%	40	57,1%	98	49,7%
<i>Se tiver queixas</i>	0	0%	7	11,8%	0	0%	0	0%	7	3,6%
<i>Total de respostas</i>	24	100%	59	100%	44	100%	70	100%	197	100%
Selantes										
<i>Sim</i>	22	91,7%	51	87,9%	39	84,8%	46	64,8%	158	79,4%
<i>Não</i>	2	8,3%	7	12,1%	7	15,2%	25	35,2%	41	20,6%
<i>Total</i>	24	100%	58	100%	44	100%	71	100%	199	100%

6. Caraterização da frequência com que os professores se deparam com situações de traumatismos dentários em meio escolar

A frequência com que os professores se deparam com traumatismo dentários em meio escolar encontra-se descrita na Tabela 7.

Quando inquiridos sobre já se terem deparado na sua vida profissional com situações de traumatismos dentários 33,2% respondeu afirmativamente. De destacar que 50% dos professores do pré-escolar já se depararam com estas situações e que a sua prevalência é mais elevada em ciclos de ensino mais baixos.

Tabela 7 - Caraterização da frequência com que os professores se deparam com situações de traumatismos dentários em meio escolar.

	Ciclo de ensino									
	Pré-escolar		1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Já lidou com algum trauma dentário</i>										
<i>Sim</i>	12	50%	26	43,3%	20	42,6%	9	12,7%	67	33,2%
<i>Não</i>	12	50%	34	56,7%	27	57,4%	62	87,3%	135	66,8%
<i>Total de respostas</i>	24	100%	60	100%	47	100%	71	100%	202	100%

7. Caraterização das atitudes dos professores perante situações de traumatismos dentários em meio escolar

Nas Tabela 8 encontram-se descritas as atitudes dos professores perante situações de traumatismos dentários em meio escolar em função do ciclo de ensino .

No que concerne à atitude correta a tomar perante situações de trauma dentário, os professores do pré-escolar foram o grupo que mais considerou que o tipo de dente afetado não influenciava a abordagem pela qual se devia optar.

Quando inquiridos sobre o que devia ser feito perante fraturas de dentes decíduos apenas 25,2% dos professores procuraria o fragmento da coroa fraturada e encaminharia a criança para o médico dentista; a atitude mais prevalente é aguardar pelos pais/encarregados de educação para que resolvam a situação (43,6%). Os professores do pré-escolar foram os que apresentaram uma atitude mais passiva, sendo que apenas 12,5% procuraria o fragmento do dente em causa; 32,6% dos professores do 2º ciclo tentariam encontrar a parte fraturada do dente.

Verificou-se que 48,2% dos professores teria a preocupação de encontrar o fragmento do dente fraturado caso estivessem perante um dente definitivo. Novamente, os professores do 2º ciclo foram os mais conscientes da importância de encontrar o fragmento do dente definitivo

fraturado (64,4%), contrastando com os do pré-escolar em que apenas 26,1% tomaria essa atitude.

Relativamente ao modo como se deve proceder perante situações de avulsão de dentes deciduos, 16,4% tomaria a atitude de reimplantar o dente ou de o transportar em leite até ao médico dentista. Esta atitude foi também a opção tomada por 25% dos professores do 1º ciclo.

Em situações de avulsão de um dente definitivo, 43,3% dos professores do 1º ciclo e 32,7% dos professores do 2º ciclo reimplantaria o dente ao aluno ou transportá-lo-ia em leite até ao dentista.

Tabela 8 - Caracterização das atitudes dos professores perante situações de traumatismos dentários em meio escolar em função do ciclo de ensino.

	Ciclo de ensino									
	Pré-escolar (n=24)		1º ciclo (n=60)		2º ciclo (n=47)		3º ciclo (n=72)		Total (n=204)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atitude correta varia consoante o traumatismo ocorre num dente deciduo ou num dente definitivo?										
Sim	11	45,8%	42	70%	33	73,3%	49	69%	135	67,5%
Não	13	54,2%	18	30%	12	26,7%	22	31%	65	32,5%
Total de respostas	24	100%	60	100%	45	100%	71	100%	200	100%
Fratura de dente deciduo										
Encaminhar para MD	8	33,3%	16	26,7%	13	28,3%	26	36,1%	63	31,2%
Procurar o fragmento e encaminhar para MD	3	12,5%	17	28,3%	15	32,6%	16	22,2%	51	25,2%
Esperar pelos pais / encarregados de educação	13	54,2%	27	45%	18	39,1%	30	41,7%	88	43,6%
Total de respostas	24	100%	60	100%	46	100%	72	100%	202	100%
Fratura de dente permanente										
Encaminhar para MD	8	34,8%	11	18,6%	6	13,4%	28	38,9%	53	26,6%
Procurar o fragmento e encaminhar para MD	6	26,1%	29	49,2%	29	64,4%	32	44,4%	96	48,2%
Esperar pelos pais / encarregados de educação	9	39,1%	19	32,2%	10	22,2%	12	16,7%	50	25,2%
Total de respostas	23	100%	59	100%	45	100%	72	100%	201	100%
Avulsão de dente deciduo										
Encaminhar para o MD	10	41,7%	9	15%	13	28,2%	23	32,4%	55	27,4%
Reimplantar ou guardar dente em leite e ir para o MD	3	12,5%	15	25%	8	17,4%	7	9,9%	33	16,4%
Lavar o dente e ir para o MD	0	0%	14	23,3%	8	17,4%	16	22,5%	38	18,9%
Esperar pelos pais / encarregados de educação	11	45,8%	22	36,7%	17	37%	25	35,2%	75	37,3%
Total de respostas	24	100%	60	100%	46	100%	71	100%	201	100%
Avulsão de dente definitivo										
Encaminhar para o MD	6	25%	4	6,7%	11	23,9%	32	45,7%	53	26,5%
Reimplantar ou guardar dente em leite e ir para o MD	7	29,2%	26	43,3%	15	32,7%	6	8,6%	54	27%
Lavar o dente e ir para o MD	2	8,3%	16	26,7%	10	21,7%	21	30%	49	24,5%
Esperar pelos pais / encarregados de educação	9	37,5%	14	23,3%	10	21,7%	11	15,7%	44	22%
Total de respostas	24	100%	60	100%	46	100%	70	100%	200	100%

8. As variáveis sociodemográficas e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral

Em que medidas as variáveis sociodemográficas (género, idade, tempo de serviço e ciclo de ensino) influenciam os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral?

Para verificar se o género e o ciclo de ensino exerceram ou não influência sobre os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral aplicou-se o teste Qui-Quadrado.

Como se pode observar na Tabela 9, foi encontrado um nível de significância $p < 0,05$ para a questão 10 (No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?), $p = 0,000$, e para a questão 18 (Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?), $p = 0,005$.

Posto isto, pôde inferir-se que o género influenciou a perceção que os professores têm sobre a higiene oral dos seus alunos, bem como influenciou a idade que os professores consideraram indicada para os pais começarem a higienizar a cavidade oral das crianças. Verificou-se que o género feminino era o mais consciente no tema.

Tabela 98 - Relação entre o género e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.

Género	Qui-quadrado de Pearson (χ^2)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 10	19,036	1	0,000
Questão 11	6,293	3	0,098
Questão 12	5,160	2	0,076
Questão 17	6,863	3	0,076
Questão 18	13,040	3	0,005
Questão 19	0,678	2	0,712
Questão 20	2,421	4	0,659

Questão 10 – No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?
Questão 11 – Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?
Questão 12 – Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar os dentes depois de almoço?
Questão 17 – Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?
Questão 18 – Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?
Questão 19 – A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?
Questão 20 – A partir de que idade se deve usar fio dentário?

Através da análise da Tabela 10 pôde verificar-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para todas as questões em foco, exceto para a questão 17 (Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?).

No que diz respeito à perceção da higiene oral (questão 10) verificou-se um $p = 0,000$, o que indica que o ciclo de ensino influenciou a perceção dos professores relativamente à higiene oral dos seus alunos. Pela análise dos dados concluiu-se que os professores do pré-escolar eram os mais atentos à higiene oral dos seus alunos, enquanto quase metade dos professores do 3º ciclo e secundário afirmaram não reparar na higiene oral dos discentes.

Em relação ao número de escovagens diárias recomendadas (questão 11) verificou-se que $p=0,004$, o que nos permite inferir que o ciclo de ensino lecionado influenciou a opinião dos professores relativamente ao número de escovagens diárias que devem ser realizadas, sendo que os professores dos ciclos mais elevados recomendavam uma maior frequência de escovagem dentária que os professores de níveis mais baixos.

No que concerne à altura em que os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos (questão 18) verificou-se que $p=0,029$, o que permitiu concluir que o ciclo de ensino ao qual o docente dá aulas influenciou a sua opinião sobre a presente matéria. Averiguou-se que os professores do pré-escolar eram os mais conscientes de que a escovagem dentária se deve iniciar assim que erupciona o primeiro dente decíduo.

Pôde também deduzir-se que o ciclo de ensino influenciou a perceção dos professores relativamente à capacidade de uma criança escovar os dentes de forma independente uma vez que se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,002$). Concluiu-se que os professores do 1º ciclo eram os mais conscientes de que as crianças só conseguem ter destreza manual suficiente e autonomia para escovar os dentes sozinhas a partir dos 7 – 8 anos.

Por fim, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa relativamente à opinião dos professores no que toca à idade com que uma criança deve começar a utilizar fio dentário ($p=0,002$). Apesar da maioria dos professores de todos os ciclos não ter noção da idade recomendada para se iniciar esta prática, foram os professores do pré-escolar e primeiro ciclo que responderam mais corretamente à questão.

Em suma, pôde concluir-se que a variável “ciclo de ensino” influenciou todos os parâmetros em análise apresentando sempre um $p<0,05$ à exceção do parâmetro que avaliou a opinião dos docentes relativamente à quantidade de flúor indicada para uma pasta de dentes de criança, o qual apresentou $p=0,053$. Verificou-se então que de um modo geral, à medida que os professores lecionavam ciclos de ensino mais elevados apresentavam menos conhecimentos no que respeita às boas práticas em saúde oral, à exceção do parâmetro relativo ao número de escovagens dentárias em que os professores do 3º ciclo e secundário se mostraram mais preventivos.

Tabela 90 - Relação entre o ciclo de ensino lecionado e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.

Ciclo de ensino	Qui-quadrado de Pearson (X ²)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 10	21,608	3	0,000
Questão 11	24,209	9	0,004
Questão 12	48,122	6	0,000
Questão 17	16,711	9	0,053
Questão 18	18,578	9	0,029
Questão 19	21,288	6	0,002
Questão 20	31,322	12	0,002

Questão 10 – No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?
Questão 11 – Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?
Questão 12 – Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar os dentes depois de almoço?
Questão 17 – Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?
Questão 18 – Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?
Questão 19 – A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?
Questão 20 – A partir de que idade se deve usar fio dentário?

Para verificar se a idade ou o tempo de serviço influenciavam os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral aplicou-se o Ró de Spearman.

Na Tabela 11 pode observar-se a relação entre a idade dos professores e os seus conhecimentos e atitudes relativamente à saúde oral.

Através da análise da tabela, pôde observar-se uma correlação baixa entre todos os parâmetros em foco e a idade dos professores uma vez que $Ró < 0,2$. (88)

Verificou-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade dos professores e as respostas dadas pelos mesmos às questões em análise uma vez que, para todos os parâmetros, $p > 0,05$.

Em suma, não foi possível inferir que a idade cronológica dos professores influenciasse os seus conhecimentos e atitudes em saúde oral.

Tabela 101 – Relação entre a idade e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.

Idade dos professores	Ró de Spearman	p
Questão 10	-0,54	0,444
Questão 11	-0,039	0,583
Questão 12	-0,033	0,636
Questão 17	-0,070	0,435
Questão 18	0,107	0,132
Questão 19	-0,114	0,108
Questão 20	0,088	0,221

Questão 10 – No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?
Questão 11 – Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?
Questão 12 – Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar os dentes depois de almoço?
Questão 17 – Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?
Questão 18 – Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?
Questão 19 – A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?
Questão 20 – A partir de que idade se deve usar fio dentário?

Na Tabela 12 encontra-se descrita a relação entre o tempo de serviço e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral e pôde observar-se uma correlação baixa entre todos os parâmetros em análise e o tempo de serviço dos professores uma vez que $Ró < 0,2$. (88)

O único parâmetro que apresentou diferenças estatisticamente significativas é a idade a partir da qual os professores consideraram que a criança deve começar a utilizar fio dentário ($p=0,049$), sendo que se verificou que os professores com idade superior aos 50 anos responderam mais acertadamente à questão.

Concluiu-se então que, de uma forma geral, o tempo de serviço dos professores não influencia os seus conhecimentos ou atitudes em saúde oral.

Tabela 112 - Relação entre o tempo de serviço e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.

Tempo de serviço	Ró de Spearman	p
Questão 10	-0,065	0,362
Questão 11	-0,012	0,863
Questão 12	-0,106	0,132
Questão 17	-0,069	0,358
Questão 18	0,007	0,918
Questão 19	-0,080	0,262
Questão 20	0,142	0,049

Questão 10 – No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?
Questão 11 – Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?
Questão 12 – Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar os dentes depois de almoço?
Questão 17 – Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?
Questão 18 – Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?
Questão 19 – A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?
Questão 20 – A partir de que idade se deve usar fio dentário?

Verificou-se que o ciclo de ensino é a variável sociodemográfica que mais influenciou os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral, sendo que os professores que lecionavam ciclos de ensino mais baixos dominavam melhor as instruções para o que é considerada uma correta higiene oral.

9. As variáveis relativas à vigilância para a saúde oral e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral

Em que medidas as variáveis relativas à vigilância para a saúde oral (cheques dentista, primeira ida ao dentista, regularidade de consultas e selantes de fissuras) influenciam os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral?

Para verificar se o conhecimento dos professores sobre cheques dentista e selantes de fissuras, idade em que se deve ir pela primeira vez ao dentista e regularidade de consultas de medicina dentária exerceu ou não influência sobre os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral aplicou-se o teste Qui-Quadrado.

Como se verifica na Tabela 13 foi encontrado um $p<0,05$ para os parâmetros sobre a quantidade de flúor recomendada para uma pasta de dentes de criança, sobre a capacidade de

autonomia de uma criança escovar os seus dentes sozinha e sobre a idade que se deve começar a utilizar o fio dentário ($p=0,044$, $p=0,015$ e $p=0,002$, respetivamente).

Deste modo, concluiu-se que o conhecimento dos professores acerca do direito das crianças/adolescentes aos cheques dentista só influenciou os conhecimentos e atitudes dos docentes nos assuntos avaliados pelas questões 17, 19 e 20, sendo que os professores cientes do direito das crianças aos cheques dentista foram os que responderam mais corretamente a estas questões.

Tabela 123 - Relação entre os conhecimentos dos professores em relação ao direito das crianças/adolescentes aos cheques dentista e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.

Direito aos cheques dentista	Qui-quadrado de Pearson (X^2)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 10	2,367	1	0,124
Questão 11	7,603	3	0,055
Questão 12	4,359	2	0,113
Questão 17	8,090	3	0,044
Questão 18	2,295	3	0,514
Questão 19	8,405	2	0,015
Questão 20	17,386	4	0,002

Questão 10 – No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?
Questão 11 – Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?
Questão 12 – Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar os dentes depois de almoço?
Questão 17 – Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?
Questão 18 – Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?
Questão 19 – A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?
Questão 20 – A partir de que idade se deve usar fio dentário?

Na Tabela 14 foi avaliada a relação entre a opinião dos professores sobre quando deve ocorrer a primeira consulta de Medicina Dentária e os conhecimentos e atitudes dos mesmos em saúde oral.

Através da análise da tabela verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) para nenhum dos parâmetros em foco, à exceção do referente à idade em que a criança deve começar a utilizar o fio dentário na sua rotina de higiene oral.

Assim se concluiu que a opinião dos professores sobre a altura em que deve ser realizada a primeira consulta de Medicina Dentária não influenciou os seus conhecimentos e atitudes em saúde oral.

Tabela 134 - Relação entre a opinião dos professores sobre quando deve ocorrer a primeira consulta de Medicina Dentária e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.

1ª ida ao dentista	Qui-quadrado de Pearson (X ²)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 10	6,705	4	0,152
Questão 11	3,648	12	0,989
Questão 12	5,944	8	0,653
Questão 17	13,813	12	0,313
Questão 18	7,819	12	0,799
Questão 19	2,830	8	0,945
Questão 20	58,185	16	0,000

Questão 10 – No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?
Questão 11 – Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?
Questão 12 – Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar os dentes depois de almoço?
Questão 17 – Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?
Questão 18 – Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?
Questão 19 – A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?
Questão 20 – A partir de que idade se deve usar fio dentário?

Tal como se pode observar Tabela 15 foi encontrado um $p < 0,05$ para os parâmetros sobre o número de escovagens diárias, a quantidade de flúor recomendada para uma pasta de dentes de criança e a idade que se deve começar a utilizar o fio dentário.

Pôde então concluir-se que a opinião dos professores sobre a altura em que deve ser realizada a primeira consulta de Medicina Dentária influencia os conhecimentos e atitudes em saúde oral dos professores, na medida em que os professores que responderam corretamente a esta questão fizeram-no também aos parâmetros avaliados pelas questões 11, 17 e 20.

Tabela 145 - Relação entre a opinião dos professores sobre regularidade de consultas de Medicina Dentária e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.

Regularidade de consultas de Medicina Dentária	Qui-quadrado de Pearson (X ²)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 10	0,125	2	0,939
Questão 11	27,618	6	0,000
Questão 12	7,105	4	0,130
Questão 17	16,545	6	0,011
Questão 18	3,469	6	0,748
Questão 19	6,270	4	0,180
Questão 20	26,644	8	0,002

Questão 10 – No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?
Questão 11 – Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?
Questão 12 – Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar os dentes depois de almoço?
Questão 17 – Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?
Questão 18 – Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?
Questão 19 – A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?
Questão 20 – A partir de que idade se deve usar fio dentário?

Por último, na Tabela 16 está descrita a relação entre o conhecimento dos professores sobre selantes de fissuras e os conhecimentos e atitudes dos mesmos em saúde oral. Nesta é possível verificar que só se detetaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para os parâmetros relativos à perceção que o professor tinha da higiene oral dos seus alunos e sobre a atenção dos professores ao facto de os seus alunos lavarem ou não os dentes em meio escolar depois de almoçarem ($p = 0,026$ e $p = 0,000$, respetivamente).

Posto isto, conclui-se que o conhecimento dos professores relativamente aos selantes de fissuras não influenciou os seus conhecimentos e atitudes em saúde oral.

Tabela 156 - Relação entre conhecimento dos professores sobre selantes de fissuras e os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral.

Selantes de fissuras	Qui-quadrado de Pearson (X^2)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 10	4,935	1	0,026
Questão 11	6,255	3	0,100
Questão 12	15,360	2	0,000
Questão 17	5,744	3	0,125
Questão 18	7,196	3	0,066
Questão 19	0,047	2	0,977
Questão 20	5,297	4	0,258

Questão 10 – No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?
Questão 11 – Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?
Questão 12 – Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar os dentes depois de almoço?
Questão 17 – Qual a quantidade de flúor indicada para a pasta de dentes da criança?
Questão 18 – Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?
Questão 19 – A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?
Questão 20 – A partir de que idade se deve usar fio dentário?

De um modo geral, pôde inferir-se que não existem evidências estatisticamente significativas que justifiquem que as variáveis relativas à vigilância dos professores em saúde oral influenciem os seus conhecimentos e atitudes na área.

10. As variáveis sociodemográficas e a atitude dos professores perante traumatismos dentários

Em que medidas as variáveis sociodemográficas (género, idade, tempo de serviço, ciclo de ensino, formação em primeiros socorros e formação em saúde oral) influenciam a atitude dos professores perante traumatismos dentários?

Para verificar se o género, o ciclo de ensino, a formação em primeiros socorros ou a formação em saúde oral exerceria ou não influência sobre a atitude dos professores perante situações de traumatismos dentários em meio escolar aplicou-se o teste Qui-Quadrado.

Na Tabela 17 pode observar-se a relação entre o género e a atitude dos professores perante traumatismos dentários. Nenhum dos parâmetros analisados apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Deste modo, pode inferir-se que a variável sociodemográfica género não influenciaria o modo de atuação dos professores perante traumatismos.

Tabela 17 - Relação entre o gênero e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.

Gênero	Qui-quadrado de Pearson (X ²)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 26	0,023	1	0,878
Questão 27	0,802	2	0,669
Questão 28	0,881	2	0,644
Questão 29	1,114	3	0,774
Questão 30	6,721	3	0,081

Questão 26 – Considera qua a conduta a seguir numa situação de traumatismo dentário varia consoante estamos perante um dente decíduo (“de leite”) ou definitivo?

Questão 27 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança partia um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 28 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança/adolescente partia um dente definitivo como procederia?

Questão 29 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 30 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente definitivo como procederia?

Na Tabela 18 está representada a relação entre as atitudes dos professores perante traumatismos dentários em função do ciclo de ensino que lecionam.

Através da análise da tabela foi possível concluir que só existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) quando os professores lidam com traumatismos em dentes definitivos.

Deste modo, pôde deduzir-se que o ciclo de ensino influenciou a maneira como os professores atuariam perante situações de traumatismos em dentes definitivos, mas não influenciou a conduta a seguir em situações de traumatismos em dentes decíduos. Os professores do 1º ciclo, que trabalham com crianças entre os 6 e 10 anos de idade, demonstraram ser os mais preparados para lidar com situações de trauma dentário.

Tabela 18 - Relação entre o ciclo de ensino lecionado e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.

Ciclo de ensino	Qui-quadrado de Pearson (X ²)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 26	6,079	3	0,108
Questão 27	5,049	6	0,538
Questão 28	19,224	6	0,004
Questão 29	16,889	9	0,050
Questão 30	41,716	9	0,000

Questão 26 – Considera qua a conduta a seguir numa situação de traumatismo dentário varia consoante estamos perante um dente decíduo (“de leite”) ou definitivo?

Questão 27 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança partia um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 28 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança/adolescente partia um dente definitivo como procederia?

Questão 29 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 30 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente definitivo como procederia?

Na Tabela 19 pode observar-se a relação entre a formação em primeiros socorros e a atitude dos professores perante traumatismos dentários. Pôde verificar-se que apenas o parâmetro avaliado pela questão 28 (Se assistisse a uma situação na qual uma criança/adolescente partia um dente definitivo como procederia?) apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,031$).

Posto isto, pôde concluir-se que a formação em primeiros socorros, de uma forma geral, não influenciou a atuação dos professores perante situações de traumatismos dentários.

Tabela 19 - Relação entre a formação em primeiros socorros e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.

Formação em primeiros socorros	Qui-quadrado de Pearson (X ²)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 26	1,197	1	0,274
Questão 27	0,399	2	0,819
Questão 28	6,919	2	0,031
Questão 29	6,720	3	0,081
Questão 30	4,666	3	0,198

Questão 26 – Considera qua a conduta a seguir numa situação de traumatismo dentário varia consoante estamos perante um dente decíduo (“de leite”) ou definitivo?

Questão 27 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança partia um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 28 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança/adolescente partia um dente definitivo como procederia?

Questão 29 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 30 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente definitivo como procederia?

A Tabela 20 descreve a relação entre a formação em saúde oral e a atitude dos professores perante traumatismos dentário. Pela análise da tabela compreende-se que nenhum dos parâmetros analisados apresentou diferenças estatisticamente significativas uma vez que todos eles apresentaram $p > 0,05$.

Assim pôde inferir-se que a formação em saúde oral não influenciou a atitude dos professores perante situações de trauma dentário.

Tabela 160 - Relação entre a formação em saúde oral e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.

Formação em saúde oral	Qui-quadrado de Pearson (X ²)	Graus de liberdade (df)	p
Questão 26	0,004	1	0,948
Questão 27	1,802	2	0,406
Questão 28	0,990	2	0,610
Questão 29	1,835	3	0,607
Questão 30	0,994	3	0,803

Questão 26 – Considera qua a conduta a seguir numa situação de traumatismo dentário varia consoante estamos perante um dente decíduo (“de leite”) ou definitivo?

Questão 27 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança partia um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 28 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança/adolescente partia um dente definitivo como procederia?

Questão 29 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 30 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente definitivo como procederia?

Para verificar se a idade ou o tempo de serviço teve influência sobre os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral aplicou-se o teste de Ró de Spearman.

Pela análise das Tabelas 21 e 22 é possível verificar-se que $Ró < 0,2$ para todos os parâmetros, o que indica uma baixa correlação entre os parâmetros em análise e a idade e tempo de serviço dos professores. Observou-se também que nenhum dos parâmetros apresenta diferenças estatisticamente significativas uma vez que para todos eles $p > 0,05$.

Posto isto, concluiu-se que nem a idade nem o tempo de serviço dos professores influenciaria o seu modo de ação perante traumatismos dentários em meio escolar.

Tabela 171 - Relação entre a idade dos professores e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.

Idade dos professores	Ró de Spearman	p
Questão 26	0,069	0,334
Questão 27	0,109	0,123
Questão 28	0,093	0,190
Questão 29	0,049	0,485
Questão 30	0,059	0,403

Questão 26 – Considera qua a conduta a seguir numa situação de traumatismo dentário varia consoante estamos perante um dente decíduo (“de leite”) ou definitivo?

Questão 27 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança partia um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 28 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança/adolescente partia um dente definitivo como procederia?

Questão 29 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 30 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente definitivo como procederia?

Tabela 182 - Relação entre o tempo de serviço e a atitude dos professores perante traumatismos dentário.

Tempo de serviço	Ró de Spearman	p
Questão 26	0,056	0,431
Questão 27	0,030	0,677
Questão 28	0,032	0,652
Questão 29	0,108	0,126
Questão 30	0,029	0,683

Questão 26 – Considera qua a conduta a seguir numa situação de traumatismo dentário varia consoante estamos perante um dente decíduo (“de leite”) ou definitivo?

Questão 27 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança partia um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 28 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança/adolescente partia um dente definitivo como procederia?

Questão 29 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente decíduo (“de leite”) como procederia?

Questão 30 – Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente definitivo como procederia?

Em conclusão, o ciclo de ensino é a única variável sociodemográfica que influenciou a ação dos professores perante situações de traumatismos dentários, mas apenas se os dentes envolvidos fossem os dentes definitivos; as restantes variáveis demonstraram não influenciar o modo de ação dos professores. Verificou-se que os professores do primeiro ciclo foram os mais preparadas para lidar com traumatismos dentários de dentes definitivos.

Capítulo VI: Discussão

Capítulo VI: Discussão

O presente capítulo tem como objetivo analisar e discutir os dados obtidos no “Capítulo V: Resultados”.

Será realizada uma reflexão crítica seguindo de uma forma sistemática os objetivos e as hipóteses que foram delineadas para este estudo, estabelecendo comparação com os resultados obtidos noutros trabalhos de investigação já realizados.

1. Higiene Oral

No relatório *Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School* emitido pela OMS são referidas lacunas nos conhecimentos dos professores relativamente à saúde oral. É neste contexto que surge o incentivo da OMS à formação dos professores na área, aumentando a literacia dos mesmos, de modo a que estes possam transmitir aos alunos comportamentos adequados. (31)

Para uma boa saúde oral, mais importante do que tratar os problemas que possam surgir é apostar na prevenção. Deste modo, o incentivo e ensino de boas práticas de higiene oral, a concretização de programas que visem aumentar a formação das crianças e adolescentes nesta área, bem como a comunidade que os rodeia, e o incentivo a idas periódicas ao médico dentista são exemplos de medidas consideradas fundamentais. (55)

Estudos têm vindo a comprovar a efetividade e os benefícios da formação na área da saúde oral, o que prova a sua importância. (10,89,90) Analisados os dados obtidos pelo questionário foi possível compreender que na amostra em estudo apenas 4,5% dos professores recebeu formação na área da saúde oral, o que não coincide com as orientações propostas e solicitadas pela OMS. (31,91) Por outro lado, 79,2% dos inquiridos afirmou ter interesse em melhorar os seus conhecimentos na área, o que se encontra de acordo com o verificado em estudos realizados em diversos países do mundo, tais como a Grécia, a Croácia e a Austrália, entre outros. (18–27)

No que diz respeito à atitude dos professores perante a higiene oral dos seus alunos, na amostra estudada verificou-se que 72,8% dos professores afirmou conseguir perceber se os seus alunos tinham uma higiene oral adequada, no entanto apenas 17,8% dos inquiridos afirmou ter conhecimento de que os seus alunos escovam os dentes em ambiente escolar. Importa destacar o facto de que os professores do pré-escolar eram os mais preocupados com a higiene oral dos seus alunos, apresentando uma postura mais vigilante. As diretrizes do PNPSO

preconizam que as crianças em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) escovem os dentes na escola, supervisionadas por um adulto; pela análise dos dados conclui-se que apenas 54,2% dos educadores de infância destes agrupamentos de escolas implementa esta prática com os seus alunos.(32,92)

No estudo de Silva, (86) numa população de professores no Porto, foi encontrada uma percentagem (89,6%) de professores que atentavam na higiene oral dos seus alunos superior à deste estudo. Numa investigação realizada na Nigéria por Ehizele *et al.* (25) 91,6% dos respondentes consideraram ter uma postura ativa no que diz respeito à educação para a higiene oral dos seus alunos. Na Grécia, Lontou *et al.* (26) verificou que 92,4% dos docentes que receberam formação no âmbito da saúde oral implementaram a prática da escovagem dentária em meio escolar. Esta prática é particularmente importante uma vez que garante que crianças cujos pais não estejam sensibilizados para a importância da higiene oral escovem os seus dentes pelo menos uma vez ao dia com a vigilância e apoio de um adulto e é certamente um bom exemplo que Portugal devia seguir.

Apesar das recomendações da DGS (92) verificou-se o dado preocupante de que 28,3% dos professores do 1º ciclo não proporcionam aos seus alunos bochechos quinzenais com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2%.

A DGS (92) recomenda que todas as crianças escovem os dentes pelo menos 2 vezes por dia, uma das vezes obrigatoriamente à noite. Pela análise dos dados foi possível verificar que 94,1% dos inquiridos considerou que os dentes devem ser lavados pelo menos duas vezes por dia, sendo que 49,5% dos professores considerou que as crianças deviam lavar os dentes três vezes por dia, valor superior ao recomendado e bastante positivo uma vez que revela a importância que a classe profissional dá à escovagem dentária. Por outro lado, tendo em conta as horas que as crianças passam na escola a terceira escovagem teria que ser realizada nesse local, preferencialmente depois do almoço, no entanto a maioria dos professores não está sensibilizado para a importância de escovar os dentes em meio escolar.

Os dados deste estudo quanto à correta frequência de escovagem dos dentes foram muito superiores aos verificados por diversos outros autores noutros países. (25,26,93–98) Relativamente ao *timing* de escovagem, 92,6% dos professores inquiridos considerou que uma das escovagens tem que ser realizada à noite, antes da criança ir dormir, tal como orienta a DGS. (92) Novamente, os resultados são muito positivos comparando com os obtidos por Lontou *et al.* (26) que verificou que apenas 53,8% dos professores reconhece a importância da escovagem da noite.

Verificou-se que 54,5% dos professores sabia que os dentes devem começar a ser higienizados logo que erupciona o primeiro dente decíduo, resultado superior aos encontrados por Liontou *et al.* (26) na Grécia e por Baltacı *et al.* (98) na Turquia.

Foi observado ainda que 56,6% dos inquiridos respondeu que a criança só tem capacidade para realizar a sua higiene oral sozinha a partir dos 7 – 8 anos. Em 2016, Mota *et al.* (97) avaliou uma amostra de professores na Índia e conclui que 71,1% dos mesmos considerava que as crianças eram capazes de realizar a sua higiene oral de forma autónoma; em contrapartida, também na Índia, Sekhar *et al.* (96) observou que 83,5% dos inquiridos considerava que até aos 10 anos as crianças tinham que ser acompanhadas por um adulto na sua escovagem dentária, o que é suportado pelo estudo de Liontou *et al.* (26)

No que diz respeito ao fio dentário, 51% dos professores dos Agrupamentos de Escolas do Centro de Formação EduFor consideraram que a sua utilização deve surgir apenas aos 6 anos de idade, contradizendo o recomendado pela Ordem dos Médicos Dentistas que preconiza que a sua utilização deve ser iniciada a partir do momento que a criança estabelece contactos interproximais, isto é, a partir dos 30 meses, altura em que erupcionam os segundos molares decíduos. (64)

No que concerne aos conhecimentos dos professores relativamente à correta utilização dos produtos de higiene oral foi possível averiguar que 96,5% dos inquiridos considerou que as crianças devem utilizar escovas de dentes com cerdas macias ou médias, o que é bastante satisfatório e está em conformidade com o observado por Sekhar *et al.* (96)

Nos estudos de Lawal *et al.* (94), Maganur *et al.* (95) e Sekhar *et al.* (96) foi verificado que mais de 70% dos respondentes considerou que as escovas de dentes devem ser trocadas pelo menos a cada três meses ou quando as cerdas ficam danificadas, o que vai ao encontro do determinado neste estudo.

No que concerne à pasta de dentes, 67,2% dos respondentes sabia qual a quantidade de pasta de dentes indicada para uma criança, no entanto os inquiridos não apresentavam consciência da quantidade de flúor recomendada para as pastas de dentes, sendo que apenas 9,3% sabia que o indicado é 1000 – 1500 ppm. Também Liontou *et al.* (26) verificou uma falta de conhecimento dos professores no que toca à presença de flúor nas pastas de dentes.

Os cheques dentistas foram implementados em Portugal em 2008 e satisfatoriamente 98,5% dos respondentes tinha conhecimento do direito das crianças aos mesmos. (54,65)

No que toca às consultas de Medicina Dentária, apenas 23,2% dos professores reconheceu a importância da primeira consulta se realizar assim que erupcionasse o primeiro dente decíduo ou durante o primeiro ano de vida. Apesar de insatisfatório, os resultados obtidos foram superiores aos de Mota *et al.* (97) e equivalentes aos de Liontou *et al.* (26) e Baltacı *et*

al.(98) No que toca à regularidade com que as consultas de Medicina Dentária devem ser realizadas 46,7% dos professores recomendou que fossem de seis em seis meses; 49,7% considerou uma consulta anual suficiente. Dos inquiridos por Sekhar *et al.* (96) 32% defenderam que se visitasse o médico dentista duas vezes ao ano, enquanto 28% consideraram que uma visita anual era suficiente. Neste estudo verificou-se que 79,8% dos inquiridos sabiam o que eram selantes dentários.

Em que medidas as variáveis sociodemográficas (género, idade, tempo de serviço e ciclo de ensino) influenciam os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral?

Nesta investigação foi possível verificar que o género do professor não teve influência sobre os seus conhecimentos e atitudes no que diz respeito à higiene oral, excetuando-se os parâmetros relativos à perceção dos professores quanto à higiene oral dos seus alunos e à idade em que se deve iniciar a escovagem dentária. Nestes dois aspetos o género feminino mostrou ter uma atitude mais preventiva que os homens, registando-se diferenças estatisticamente significativas, o que pode estar relacionado com o facto do género feminino tendencialmente ser mais preocupado com as questões referentes a uma boa higiene oral. (99)

Lawal *et al.*, (94) no seu estudo na Nigéria, verificou que as mulheres apresentavam mais consciência da importância da higiene oral do que os homens; o mesmo foi verificado por Aljanakh *et al.* (27) na Arábia Saudita. Também na Arábia Saudita, Ahmad (93) verificou que os conhecimentos do sexo feminino em saúde oral eram superiores aos dos homens, no entanto os homens apresentavam atitudes mais corretas, o que indica que as mulheres não empregavam os conhecimentos que detinham nos comportamentos que tomavam. Por outro lado, Shodan *et al.* (100) não verificou diferenças significativas no que toca aos conhecimentos de prevenção para a saúde oral entre os dois géneros.

No que diz respeito ao ciclo de ensino foi possível verificar que este influenciou os conhecimentos dos professores em todos os parâmetros analisados à exceção do relativo à quantidade de flúor recomendado para as pastas de dentes das crianças, verificou-se que a falta de conhecimento é transversal. Esta investigação averiguou que os professores de ciclos de ensino mais baixos apresentam os conhecimentos e atitudes mais corretos e que à medida que o ciclo de ensino se torna mais alto o grau de conhecimento diminui. Tal pode prender-se com o facto de os professores do pré-escolar e 1º ciclo lecionarem planos curriculares mais flexíveis que lhes permitem integrar outras matérias, como a saúde oral, nas suas aulas. Esta flexibilidade pode também justificar que os professores tenham mais interesse em se aculturar e educar noutras áreas de modo a que possam transmitir aos seus alunos um leque mais amplo de

conhecimentos e boas prática. Em ciclos de ensino mais elevados os planos curriculares tornam-se mais exigentes verificando-se falta de tempo por parte dos professores para integrarem outros conteúdos nas suas aulas.

Não foi possível comparar os dados obtidos com outros estudos uma vez que não foram encontrados estudos que envolvam professores de todos os níveis de ensino obrigatório e que, por sua vez, comparassem os conhecimentos dos diferentes grupos. Até à data a maioria dos estudos tem-se focado em professores que trabalham com crianças em idade pré-escolar ou no primeiro ciclo uma vez que é predominantemente nesta fase de vida que as crianças desenvolvem mais a sua personalidade. No entanto, é fundamental que os professores dos ciclos de ensino mais elevados continuem a transmitir aos seus alunos a importância da higiene oral para que os bons hábitos não sejam esquecidos pelos alunos e assim consigam preservar mais eficazmente uma boa saúde oral. (1,10,28,29)

Esta investigação conclui que nem a idade nem o tempo de serviço exerceram influência sobre os conhecimentos e atitudes dos professores da amostra em estudo.

No que diz respeito à influência da idade, o mesmo foi verificado nas pesquisas de Ahmad (93) e Lawal *et al.* (94). Acresce que, estes autores verificaram que quanto mais experientes os professores eram, isto é, quanto maior o seu tempo de serviço, mais adequada era a sua atitude preventiva no que concerne à higiene e saúde oral. Também Liontou *et al.* (26), Baltacı *et al.* (98) e Shodan *et al.* (100) verificaram que os professores com mais anos de experiência eram os que detinham melhores conhecimentos e atitudes de higiene oral. Liontou *et al.* (26) verificou ainda que quanto maior o tempo de serviço do professor, maior a probabilidade de este integrar programas de promoção de saúde oral na sua prática de ensino.

No que concerne a H1 “As variáveis sociodemográficas género, idade, tempo de serviço e ciclo de ensino lecionado influenciam os conhecimentos e atitudes dos professores dos Agrupamentos de Escolas pertencentes ao Centro de Formação EduFor em saúde oral.” a investigação aferiu que o ciclo de ensino é a variável que mais influência exerceu nos conhecimentos e atitudes dos professores.

Em que medidas as variáveis relativas à vigilância para a saúde oral (cheques dentista, primeira ida ao dentista, regularidade de consultas e selantes de fissuras) influenciam os conhecimentos e atitudes dos professores em saúde oral?

Um dos objetivos desta investigação era averiguar se os professores mais vigilantes e com mais conhecimentos teóricos preventivos eram também os que apresentavam melhores conhecimentos e atitudes de higiene oral e saúde oral.

Não foram encontrados dados que justificassem que os professores cientes do direito das crianças aos cheques dentista tivessem melhores conhecimentos e atitudes de higiene oral e saúde oral. Tal facto estará relacionado com a elevadíssima percentagem de inquiridos que responderam afirmativamente à questão em causa e, portanto, não foi possível estabelecer uma relação conclusiva.

Também não se verificou que os professores mais informados relativamente à correta frequência do consultório de medicina dentária tivessem mais conhecimentos e melhores atitudes no que concerne à higiene oral. A influência do conhecimento dos selantes de fissuras neste tema também não se verificou.

Os dados obtidos não são passíveis de comparação uma vez que não foram encontrados estudos que avaliassem e comparassem estas mesmas variáveis.

Conclui-se então que H2 “As variáveis relativas à vigilância para a saúde oral influenciam os conhecimentos e atitudes dos professores dos Agrupamentos de Escolas pertencentes ao Centro de Formação EduFor em saúde oral” foi refutada pela investigação.

2. Traumatismos Dentários

A maioria dos traumatismos orais ocorrem na sequência de quedas, práticas desportivas, ou de lazer, tais como andar de bicicleta e ainda acidentes de viação. Em Portugal, Marinho *et al.* (15) estudou a prevalência de traumatismos dentários numa população do concelho do Porto e concluiu que os locais onde mais frequentemente acontecem estes problemas são na escola (16,5%) e em casa (12%), principalmente devido a quedas (17,3%) e a práticas desportivas (12%). Posto isto, é de extrema importância que os professores sejam dotados de conhecimentos que lhes permitam agir de maneira célere e adequada à situação. (101,102)

Através da análise dos dados obtidos no questionário foi possível verificar que 33,2% dos respondentes já se depararam com situações de traumatismos dentários em meio escolar, percentagem esta que duplica os valores encontrados por Marinho *et al.* relativos à prevalência de traumatismos dentários numa população de adolescentes na cidade do Porto. (15)

Os resultados obtidos relativamente a esta questão são suportados pelos estudos de Tzimpoulas *et al.* (18) e Caldera *et al.* (21) que encontraram valores semelhantes relativamente à percentagem de traumatismos dentários com os quais os professores se depararam ao longo da sua carreira (29% e 35,5%, respetivamente). Por outro lado, Al-Sehaibany *et al.*, (103) na Arábia Saudita, observou valores muito superiores aos determinados neste estudo, com uma percentagem de 65%, e no Brasil, Antunes *et al.* (22), testemunhou valores inferiores (16,6%).

Verificou-se que a atitude dos professores variava consoante estavam perante fraturas coronárias de dentes decíduos e definitivos, sendo que os últimos eram os mais merecedores da preocupação dos docentes. Aproximadamente o dobro dos professores (48,5%) relatou ter em atenção procurar o fragmento do dente fraturado caso este fosse definitivo, comparativamente à possibilidade de se estar perante um dente decíduo (24,9%).

Em 2017, nos EUA, Sienkiewicz *et al.* (19) verificou que 57% das cuidadoras de crianças em idade pré-escolar sabia lidar corretamente com uma fratura coronária em dentição decídua, valores consideravelmente superiores aos encontrados nesta investigação em que apenas 12,5% das educadoras de infância teriam a atitude acertada. Al-Sehaibany *et al.* (103) verificou que 48,5% dos inquiridos não procuraria o fragmento do dente, mesmo que este fosse definitivo. Numa investigação levada a cabo por Bakarčić *et al.* (20) na Croácia verificou-se que 82% dos inquiridos não sabia que o fragmento do dente fraturado podia ser colado novamente ao dente pelo médico dentista. Resultados mais satisfatórios foram encontrados numa população colombiana em que 63% dos respondentes afirmaram procurar o fragmento do dente lesado. (21)

Constatou-se que 25,2% dos professores não estavam cientes que os dentes decíduos não podem ser reimplantados, o que se encontra em conformidade com os dados relatados por Sienkiewicz *et al.* (19), por Krishna *et al.* (24) e por Addo *et al.* (104) que verificaram que 76%, 69% e 60,8%, respetivamente, dos respondentes sabiam que não está indicado reimplantar dentes decíduos.

No que toca a dentes definitivos avulsionados, apenas 27% dos professores interrogados soube qual seria a conduta correta a seguir, resultados estes inferiores aos reportados em outros estudos internacionais anteriormente realizados. (18,21,24,102–106)

Em que medida as variáveis sociodemográficas (género, idade, tempo de serviço, ciclo de ensino, formação em primeiros socorros e formação em saúde oral) influenciam a atitude dos professores perante traumatismos dentários?

Nesta investigação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas que justifiquem que o género do professor influencie a atitude do mesmo perante situações de trauma dentário, o que vai de encontro com o estudo realizado por Tzimpoulas *et al.* em Atenas, Grécia, e por Attarzadeh *et al.* no Irão. (18,23).

No que concerne ao ciclo de ensino verificou-se que este tem influência sobre a atitude dos professores perante traumatismos dentários em dentes definitivos, sejam eles fraturas

coronárias ou avulsões. Os professores dos ciclos intermédios (1º e 2º ciclo) são os que apresentam uma percentagem de resposta mais elevada no respeitante a preocuparem-se em procurar o fragmento do dente fraturado e reimplantar imediatamente o dente avulsionado ou, caso não o conseguissem fazer, transportar o dente em leite até chegarem ao consultório de Medicina Dentária. Ao analisar estudos já existentes verificou-se que nenhum autor cruzou estas variáveis o que indica a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos que comprovem esta hipótese em outras populações.

Verificou-se que 44,5% dos professores receberam formação em primeiros socorros, no entanto ao analisar-se se esta influenciava o comportamento dos mesmos perante situações de trauma dentário não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Através da leitura de outros estudos verificou-se que no Brasil a percentagem de professores com formação em primeiros socorros era menor do que na população desta investigação. (22) Por outro lado, Silva, (86) em Portugal, Awad *et al.*, (107) nos Emirados Árabes Unidos, Fux-Noy *et al.*, (106) em Israel, Attarzadeh *et al.*, (23) no Irão, e Krishnam *et al.*, (24) na Austrália, verificaram valores superiores na percentagem de professores com formação em primeiros socorros. Attarzadeh *et al.* (23) também não verificou diferenças significativas no que concerne às atitudes de professores com formação em primeiros socorros perante situações de trauma dentário.

Verificou-se que apenas 4,5% dos inquiridos recebeu formação no âmbito da saúde oral, sendo que 79,2% afirma ter interesse em alargar os seus conhecimentos na área. Este facto encontra-se de acordo com o reportado em outros estudos já existentes realizados em diversos países do mundo. (18–24,74,103)

No presente estudo foi possível constatar que nem a idade dos professores, nem o tempo de serviço influenciaram a postura dos docentes perante situações de traumatismos dentários, uma vez que não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Estes dados encontram-se de acordo com os dados apresentados por Attarzdeh *et al.* (23) e por Baltacı *et al.* (98) e contrastam com os do grego Tzimpoulas *et al.* (18) que verificou que os professores com mais de 35 anos de idade e mais de 10 anos de serviço detinham conhecimentos mais adequados relativamente à conduta que deveria ser seguida em situações de trauma dentário.

No que concerne a H3 “As variáveis sociodemográficas género, idade, tempo de serviço, ciclo de ensino lecionado e formação em primeiros socorros influenciam a atitude dos professores dos Agrupamentos de Escolas pertencentes ao Centro de Formação EduFor perante situações de traumatismos dentários.” a investigação confirma que o ciclo de ensino é a variável que mais influenciou a atitude dos professores.

Capítulo VII: Conclusões

Capítulo VII: Conclusões

Tomando como referência o enquadramento teórico do estudo e a análise e a interpretação de dados, salientam-se alguns aspetos que, pela sua pertinência merecem maior destaque e levantam questões para futuras investigações.

Foi possível verificar-se que o ciclo de ensino foi a variável que mais influenciou os conhecimentos dos professores relativamente à higiene oral de cada aluno, bem como a atitude dos professores perante situações de traumatismos dentários.

No que diz respeito à perceção dos professores em relação à higiene oral dos alunos, à sua opinião no que toca à altura em que os pais devem começar a escovar os dentes dos seus filhos e sobre quando a criança os pode começar a higienizar sozinha, bem como no que concerne à utilização do fio dentário verificou-se que os professores do pré-escolar e 1º ciclo dominavam melhor estas questões. É importante que assim seja porque são estes docentes que educam as crianças mais pequenas e que conseguem realizar uma sensibilização para o assunto da saúde oral. Sabe-se que as crianças quanto mais pequenas são, mais consideram o seu professor como modelo e portanto é de suma importância que estes docentes estejam bem preparados neste foro.

Por outro lado, os professores de ciclos mais elevados (3º ciclo e secundário) foram os que mais importância deram ao número de escovagens diárias, sendo o grupo de professores que mais recomendou que se realizassem três escovagens diárias. Por outro lado, foram também os professores do 3º ciclo e secundário os que menos tinham conhecimento de que os seus alunos escovassem os dentes na escola, o que demonstra um contrassenso no que diz respeito ao que os professores consideram correto e aquilo que colocam em prática.

No que diz respeito aos traumatismos dentários verificou-se que 85,1% dos professores do 2º ciclo, em algum momento da sua carreira, já se deparou com casos de traumatismos dentários. Estes professores trabalham com crianças com idades compreendidas entre os dez e os doze anos e que transitam para uma fase de vida de maior liberdade e menor vigilância por parte de adultos nos seus tempos livres, o que associado à energia e atividade física características destas idades resulta em mais traumatismos dentários.

Averiguou-se que 50% os professores do pré-escolar já se deparou com traumatismos dentários na sua profissão, percentagem consideravelmente inferior do que a encontrada para os professores do 2º ciclo, no entanto verificou-se que foram os professores do pré-escolar que responderam mais corretamente à forma como deveriam atuar perante traumatismos de dentes

definitivos, o que indica uma maior preocupação do grupo neste aspeto. Tal pode prender-se ao facto de que é por volta dos seis anos que as crianças começam a trocar a dentição, iniciando-se pelo setor anterior. Sabe-se que o setor anterior, devido às características anatómicas que lhe são inerentes, é o que mais frequentemente sofre traumas dentários. (15,68) Tendo o professor consciência da importância destes dentes definitivos para a vida futura da criança é natural que a sua preocupação em saber atuar perante estas situações seja acrescida.

Ao analisar-se a literatura já existente verifica-se a necessidade de serem realizados mais estudos que avaliem a influência do ciclo de ensino nos conhecimentos e atitudes dos professores relativamente à higiene oral e traumatismos dentários. Verifica-se que a maioria dos estudos já realizados se foca em avaliar as atitudes de professores de ciclos de ensino mais baixo, predominantemente professores do ensino pré-escolar. No entanto, alunos de qualquer idade podem sofrer traumatismos dentários, principalmente durante a prática de atividades desportivas nas aulas de Educação Física, as quais são obrigatórias até ao 12º ano. Posto isto, torna-se fundamental que qualquer professor tenha os conhecimentos necessários para lidar com estas situações.

Apesar de 44,5% dos professores já ter realizado formação em primeiros socorros não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas que comprovem que estes professores estariam melhores preparados para lidar com situações de traumatismos dentários. Este dado vem demonstrar que existe a necessidade de se desenvolver mais a área da traumatologia oral neste tipo de formações, principalmente quando o público-alvo são professores que lidam diariamente com crianças e adolescentes.

A dissertação permitiu também concluir que apenas 4,5% dos professores teve acesso a formação no âmbito da saúde oral, enquanto a grande maioria referiu ter interesse na área (79,2%). Tendo em conta este aspeto considera-se importante levar a cabo as seguintes propostas:

- Seria importante que os currículos dos professores, tanto em Universidades como em ensino Politécnico, contemplassem a educação para a saúde oral.
- Os centros de formação poderiam proporcionar aos professores a oportunidade de participar em ações de formação creditadas na área da saúde e traumatologia oral. É com base nesta premissa que foi realizado o projeto da ação de formação “Saúde oral em contexto escolar e no dia-a-dia das crianças e adolescentes” (Apêndice).
- Os professores devem ser incentivados a participar em *workshops*, seminários e palestras de curta duração de modo a atualizarem os seus conhecimentos em saúde oral.

- Tendo em conta que aproximadamente metade dos professores recebeu formação em primeiros socorros seria importante que uma parte desta formação fosse dirigida ao que fazer perante traumatismos dentários.
- Nas escolas podem ser expostos *posters* e distribuídos folhetos alusivos à higiene oral.
- Os professores podem instalar nos seus *tablets* ou *smartphones* aplicações fidedignas que os ajudem a lidar com situações de traumatismos dentários com que se possam deparar, como por exemplo a aplicação *ToothSOS®* criada pela IADT.

Ao concluir esta dissertação surgiu uma nova questão de investigação: estarão os professores dos ciclos mais baixos melhor preparados para educar para a saúde oral e lidar com traumatismos dentários? Torna-se então imperativo que se desenvolvam novos estudos com outras populações que permitam verificar se os dados obtidos nesta investigação são replicáveis.

Tendo em conta o interesse que os professores demonstraram em receber formação em saúde oral seria oportuno, em continuidade com esta investigação, desenvolver um novo projeto que, após se formar os docentes na área, avaliasse novamente os seus conhecimentos e atitudes em saúde oral e traumatismos dentários de modo a que fosse possível verificar a eficácia da formação.

Chegada a este ponto, dá-se por concluída esta dissertação, relembrando a famosa frase de Bill Gates: *Treatment without prevention is simply unsustainable.*

Bibliografia

1. Cole M, Cole S. The development of children and journey through childhood development. 5th ed. Worth Publishers; 2000.
2. Fernando S, Kanthi R, Johnson N. Preschool teachers as agents of oral health promotion: an intervention study in Sri Lanka. *Community Dent Health*. 2013;30:173–7.
3. Al-Tamimi S, Petersen PE. Oral health situation of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. *Int Dent J*. 1998;48(3):180–6.
4. Mayer AB, Smith BJ, McDermott RJ. Health Education: Always Approved but Still Not Always on Schools' Radar. *Am J Heal Educ*. 2011;42(6):349–59.
5. Barros A, Moreira L, Santos H, Ribeiro N, Carvalho L, Santos-Silva F. “Cancer – Educate to Prevent” – High-School Teachers, the New Promoters of Cancer Prevention Education Campaigns. *PLoS One*. 2014;9(5):1–10.
6. Flanders RA. Effectiveness of dental health educational programs in schools. *J Am Dent Assoc*. 1987;114(2):239–42.
7. Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):677–85.
8. Tomar SL, Reeves AF. Changes in the Oral Health of US Children and Adolescents and Dental Public Health Infrastructure Since the Release of the Healthy People 2010 Objectives. *Acad Pediatr*. 2009;9(6):388–95.
9. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health*. 2006;42:37–43.
10. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Buunk-Werkhoven YAB, Noroozi M, Armoon B. Are educating and promoting interventions effective in oral health?: A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2017;16:1–11.
11. Andersson L, Andreasen JO, DiAngelis, Day P, Heithersay G, Trope M, et al. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion of Permanent Teeth. *Int Assoc Dent Traumatol*. 2012;40(6):424–31.
12. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries : 3 . Injuries in the Primary Dentition. *Int Assoc Dent Traumatol - Ref Man*. 2013;40:174–82.
13. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012;28:2–12.

14. Bakland LK. Revisiting Traumatic Pulpal Exposure: Materials, Management Principles, and Techniques. *Dent Clin North Am.* 2009;53(4):661–73.
15. Marinho ACMR, Manso MC, Colares V, de Andrade DJC. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em adolescentes no concelho do Porto. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac.* 2013;54(3):143–9.
16. Hallas D, Fernandez JB, Herman NG, Moursi A. Identification of Pediatric Oral Health Core Competencies through Interprofessional Education and Practice. *Nurs Res Pract.* 2015;2015(2):1–7.
17. Rowan-Legg A. Oral health care for children – a call for action. *Paediatr Child Heal.* 2013;18(1):37–43.
18. Tzimpoulas N, Markou M, Zioutis V, Tzanetakis GN. A questionnaire-based survey for the evaluation of the knowledge level of primary school teachers on first-aid management of traumatic dental injuries in Athens, Greece. *Dent Traumatol.* 2019;0:1–10.
19. Sienkiewicz KL, Rainchuso L, Boyd LD, Giblin L. Child Care Providers' Knowledge About Dental Injury First Aid in Preschool-age Children. *J Dent Hyg.* 2017;91(3):55–62.
20. Bakarčić D, Hrvatin S, Maroević M, Jokić NI. First aid management in emergency care of dental injuries – knowledge among teachers in Rijeka, Croatia. *Acta Clin Croat.* 2017;56:110–6.
21. Marcano-Caldera M, Mejía-Cardona JL, Parra Sanchez JH, de la Espriella CM, Morales EC, Varón GS, et al. Knowledge about emergency dental trauma management amongst school teachers in Colombia: a baseline study to develop an education strategy. *Dent Traumatol.* 2018;34(3):164–74.
22. Antunes LAA, Rodrigues AS, Martins AM do C, Cardoso ES, Homsí N, Antunes LS. Traumatic dental injury in permanent teeth: knowledge and management in a group of Brazilian school teachers. *Dent Traumatol.* 2016;32(4):269–73.
23. Attarzadeh H, Kebriaei F, Sadri L, Foroughi E, Taghian M. Knowledge and Attitudes of Elementary Schoolteachers on Dental Trauma and its Management in Yazd, Iran. *J Dent.* 2017;18(3):212–8.
24. Krishnan R, Whitworth T, Coughtrey N, Skapetis T. Sydney Primary School Teachers' Knowledge and Attitudes with Regards to Traumatic Dental Injury Management. *J Dent Res Orig.* 2016;3(2):1–8.
25. Ehizele A, Chiwuzie J, Ofili A. Oral health knowledge, attitude and practices among Nigerian primary school teachers. *Int J Dent Hyg.* 2011;9:254–60.

26. Liontou V, Agouropoulos A, Gizani S, Papagiannoulis L. Knowledge of preschool teachers in the prefecture of Attica of early childhood oral health. Association with their demographic and personal characteristics. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2016;17(6):467–74.
27. Aljanakh M, Siddiqui AA, Mirza AJ. Teachers' Knowledge about Oral Health and Their Interest in Oral Health Education in Hail , Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016;10(1):88–93.
28. Bottoli C. Relação professor e aluno: desafios e complexidades. VI Congr Int Educ. 2015;1–9.
29. Rodrigues Brait LF, De Macedo KMF., Da Silva FB, Silva MR, Rezende de Souza AL. A Relação Professor/Aluno No Processo De Ensino E Aprendizagem. *Itiner Reflectionis*. 2010;6:1–15.
30. World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. 2003.
31. Kwan S, Peterson PE. Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School. WHO Document Production Services. 2003.
32. DGS. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Administrações Regionais de Saúde e todos os Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde. Lisboa, Portugal; 2005.
33. Céu A, Ferreira SC JM. Programa Nacional De Promoção Da Saúde Oral. Direção-Geral da Saúde. Lisboa; 2019.
34. Rathee M, Sapra A. Dental Caries. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2020.
35. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. *Nat Rev*. 2017;3:1–16.
36. Walter J. Loesche. Role of *Streptococcus mutans* in Human Dental Decay. *Microbiol Rev*. 1986;50(4):353–80.
37. World Health Organization. Sugars and dental caries. Vol. 78, Who Technical Information Note. 2017.
38. Patel R. The state of oral health in Europe. Platform for Better Oral Health in Europe. 2012.
39. Eurostat. Children's health in the EU in 2017. 2019.
40. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. III Estudo de Prevalência das Doenças Oraís. Direção Geral da Saúde. Lisboa; 2015.
41. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2013;54(1):27–32.
42. Lagerweij M, Van Loveren C. Impact of Diet and Nutrition on Oral Health. Zohoori F, Duckworth R, editors. *Monogr Oral Sci*. 2019;28:68–76.

43. Bradshaw DJ, Lynch RJM. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. *Int Dent J.* 2013;63(2):64–72.
44. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Ref Man.* 2014;32(6):41–4.
45. Congiu G, Campus G, Lugliè PF. Early childhood caries (ECC) prevalence and background factors: A review. *Oral Heal Prev Dent.* 2014;12(1):71–6.
46. Anil S, Anand PS. Early childhood caries: Prevalence, risk factors, and prevention. *Front Pediatr.* 2017;5:1–7.
47. Veiga N, Aires D, Douglas F, Pereira M, Vaz A, Rama L, et al. Dental Caries: A Review. *J Dent Oral Heal.* 2016;2(5):1–3.
48. Seow WK. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(5):941–54.
49. Arrow P, Klobas E. Child oral health-related quality of life and early childhood caries: A non-inferiority randomized control trial. *Aust Dent J.* 2016;61(2):227–35.
50. Abed R, Bernabe E, Sabbah W. Family impacts of severe dental caries among children in the United Kingdom. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(1):1–10.
51. Vieira-Andrade RG, Gomes GB, de Almeida Pinto-Sarmiento TC, Firmino RT, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, et al. Oral conditions and trouble sleeping among preschool children. *J Public Health (Bangkok).* 2016;24(5):395–400.
52. Fontana M, Gonzalez-Cabezas C. Evidence-Based Dentistry Caries Risk Assessment and Disease Management. *Dent Clin North Am.* 2019;63(1):119–28.
53. Borges HC, Garbín CAS, Saliba O, Saliba NA, Moimaz SAS. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. *Braz Oral Res.* 2012;26(6):564–70.
54. Gregório MJ, Guedes L, Sousa SM de. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa; 2019.
55. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev Port Saúde Pública.* 2013;31(2):158–65.
56. WHO. Global Burden of Disease Study 2017. 2017.
57. COSI Portugal 2019 : Excesso de peso e Obesidade infantil continuam em tendência decrescente. 2019.
58. Ingle, John; Bakland, Leif; Baumgartner JC. Handbook of Pediatric Dentistry. 3rd Ed. Cameron AC, Widmer RP, editors. Canberra: Elsevier; 2008. 206 p.
59. Woodward M, Rugg-Gunn AJ. The impact of Diet and Nutrition on Oral Health. In: Zohoori F, Duckworth R, editors. Monographs in Oral Science. 2020. p. 77–90.
60. Gabinete de Planeamento Políticas e Administração Geral. Estratégia Nacional de

- Implementação do Regime Escolar em Portugal. Lisboa; 2017.
61. Moore D, Poynton M, Broadbent JM, Thomson WM. The costs and benefits of water fluoridation in NZ. *BMC Oral Health*. 2017;17(134):1–8.
 62. Bidwell J. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Public Health Nurs*. 2018;35(1):85–7.
 63. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cien Saude Colet*. 2000;5(2):381–92.
 64. Saúde Oral em Crianças - Ordem dos Médicos Dentistas [Internet]. Available from: <http://www.omd.pt/publico/criancas>
 65. Simões J, Figueiredo Augusto G, do Céu A, Ferreira MC, Jordão M, Calado R, et al. Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. *Health Policy (New York)*. 2018;122:803–7.
 66. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, Diangelis AJ, Andersson L, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol*. 2012;28(3):174–82.
 67. Zaleckiene V, Peciuliene V, Brukiene V, Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatol Balt Dent Maxillofac J*. 2014;16:7–14.
 68. Born CD, Jackson TH, Koroluk LD, Divaris K. Traumatic dental injuries in preschool-age children: Prevalence and risk factors. *Clin Exp Dent Res*. 2019;5:151–9.
 69. Lenzi MM, Alexandria AK, Ferreira DMTP, Maia LC. Does trauma in the primary dentition cause sequelae in permanent successors? A systematic review. *Dent Traumatol*. 2014;31(2):79–88.
 70. Andreasen JO, Andreasen FM, Skeie A, Hjørting-Hansen E, Schwartz O. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries - A review article. *Dent Traumatol*. 2002;18(3):116–28.
 71. Kenny K, Day PF, Sharif MO, Parashos P, Lauridsen E FC. What are the important outcomes in Traumatic Dental Injuries? An international approach to the development of a Core Outcome Set. *Dent Traumatol*. 2018;34(1):4–11.
 72. Day PF, Duggal M, Nazzal H. Interventions for treating traumatised permanent front teeth: Avulsed (knocked out) and replanted. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(2).
 73. Bayram M, Koruyucu M, Seymen F. Assessment of knowledge among public and private elementary school teachers in dental trauma management. *Dent 3000*. 2017;5(1):1–7.
 74. Panwar M, Rao D, Bhaskar SA, Panwar S. Assessment of Knowledge and Attitude of

- School Teachers Regarding Emergency Management of Dental Trauma in Udaipur City, India: A Cross-sectional Study. *Int J Oral Care Res.* 2018;7(1):58–63.
75. Kokkali V V., Bendgude V, Sharangpani G. Comparative evaluation of post-traumatic periodontal ligament cell viability using three storage media. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2017;18(3):209–14.
 76. Güngör HC. Management of crown-related fractures in children: An update review. *Dent Traumatol.* 2014;30(2):88–99.
 77. Hecova H, Tzigkounakis V, Merglova V, Netolicky J. A retrospective study of 889 injured permanent teeth. *Dent Traumatol.* 2010;26(6):466–75.
 78. Boschini L. Home management of crown fractures of two central incisors complicated by exposure of the pulp. *G Ital Endod.* 2018;32(2):76–9.
 79. Pugliesi DMC, Cunha RF, Delbem ACB, Sundefeld MLMM. Influence of the type of dental trauma on the pulp vitality and the time elapsed until treatment: A study in patients aged 0-3 years. *Dent Traumatol.* 2004;20(3):139–42.
 80. Batstone MD, Waters C, Porter SAT, Monsour FNT. Treatment delays in paediatric dento-alveolar trauma at a tertiary referral hospital. *Aust Dent J.* 2004;49(1):28–32.
 81. Güngör HC, Uysal S, Altay N. A retrospective evaluation of crown-fractured permanent teeth treated in a pediatric dentistry clinic. *Dent Traumatol.* 2007;23(4):211–7.
 82. Andersson L. Epidemiology of Traumatic Dental Injuries. *J Endod.* 2013;39(3):2–5.
 83. Eco U. *Como se faz uma tese em ciências humanas.* 13^a Edição. Lisboa: Editorial Presença; 2007.
 84. Oliveira S. *Tratado de Metodologia Científica - Projetos de pesquisas TCI, TCC, Monografias, Dicações e Teses Pioneiras.* Thomson Learning; 2001.
 85. Fortin M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidactica; 2009.
 86. Silva CSFC, Pereira M de LFL, Lunet NMS. *Conhecimentos dos professores do primeiro ciclo do ensino básico público da cidade do Porto sobre traumatismos dentários e saúde oral infantil.* Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2013.
 87. Dias JP de SS, Veiga N, Figueiredo A. *Hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos estudantes da Escola Secundária Alves Martins.* 2015.
 88. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS.* 6^a. Robalo M, editor. Lisboa: Edições Silabo; 2014.
 89. Dedেকে AA, Osuh ME, Lawal FB, Ibiyemi O, Bankole OO, Taiwo JO, et al. Effectiveness of an oral health care training workshop for school teachers: a pilot study. *Ann Ibadan Postgrad Med.* 2013;11(1):18–21.

90. Jain S, Bhat N, Asawa K, Tak M, Singh A, Shinde K, et al. Effect of training school teachers on oral hygiene status of 8-10 years old government school children of Udaipur city, India. *J Clin Diagnostic Res.* 2016;10(8):95–9.
91. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37:1–8.
92. DGS. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa; 2019.
93. Ahmad MS. Oral Health Knowledge and Attitude among Primary School Teachers of Madinah, Saudi Arabia. *J Contemp Dent Pract.* 2015;16(4):275–9.
94. Lawal FB, Bankole OO. Oral Health Awareness and Practices of Primary School Teachers in Ibadan, Nigeria. *J West African Coll Surg.* 2014;4(2):47–65.
95. Marwah N, Satish V, Dayanand M, Maganur PC, Vishwas T. Knowledge, Attitudes, and Practices of School Teachers toward Oral Health in Davangere, India. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2017;10(1):89–95.
96. Sekhar V, Sivsankar P, Easwaran MA, Subitha L, Bharath N, Rajeswary K, et al. Knowledge, attitude and practice of school teachers towards oral health in Pondicherry. *J Clin Diagnostic Res.* 2014;8(8):12–6.
97. Mota A, Oswal KC, Sajnani DiA, Sajnani AK. Oral Health Knowledge, Attitude, and Approaches of Pre-Primary and Primary School Teachers in Mumbai, India. *Scientifica (Cairo).* 2016;2016:1–8.
98. Baltacı E, Baygın Ö, Tüzüner T, Korkmaz FM. Evaluation of the knowledge, attitudes and behaviors of pre-school teachers on oral and dental health in the city center of Trabzon. *Eur Oral Res.* 2019;53(1):12–20.
99. Mamai-Homata E, Koletsi-Kounari H, Margaritis V. Gender differences in oral health status and behavior of Greek dental students: A meta-analysis of 1981, 2000, and 2010 data. Vol. 6, *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry.* 2016. p. 60–8.
100. Shodan M, Prasad KVV, Javali SB. School teachers' knowledge of oral disease prevention: a survey from Dharwad, India. *J Invest Clin Dent.* 2012;3(1):62–7.
101. Lieger O, Graf C, El-Maaytah M, Arx V. Impact of educational posters on the lay knowledge of school teachers regarding emergency management of dental injuries. *Dent Traumatol.* 2009;25(4):406–12.
102. Al-Asfour A, Andersson L, Al-Jame Q. School teachers' knowledge of tooth avulsion and dental first aid before and after receiving information about avulsed teeth and replantation. *Dent Traumatol.* 2008;24(1):43–9.

103. Al-Sehaibany FS, Almubarak DZ, Alajlan RA, Aldosari MA, Alqahtani ND, Almaflehi NS, et al. Elementary school staff knowledge about management of traumatic dental injuries. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2018;10:189–94.
104. Addo ME, Parekh S, Moles DR, Roberts GJ. Knowledge of dental trauma first aid (DTFA): The example of avulsed incisors in casualty departments and schools in London. *Br Dent J*. 2007;202(10):1–6.
105. Skeie MS, Audestad E, Bårdsen A. Traumatic dental injuries - knowledge and awareness among present and prospective teachers in selected urban and rural areas of Norway. *Dent Traumatol*. 2010;26(3):243–7.
106. Fux-Noy A, Sarnat H, Amir E. Knowledge of elementary school teachers in Tel-Aviv, Israel, regarding emergency care of dental injuries. *Dent Traumatol*. 2011;27(4):252–6.
107. Awad MA, Alhammadi E, Malalla M, Maklai Z, Tariq A, Al-Ali B, et al. Assessment of Elementary School Teachers' Level of Knowledge and Attitude regarding Traumatic Dental Injuries in the United Arab Emirates. *Int J Dent*. 2017;2017:6–11.

APÊNDICE



SAÚDE ORAL EM CONTEXTO ESCOLAR E NO DIA-A-DIA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*Projeto de candidatura para acreditação de ação de formação
para professores.*

Equipa de formação:

Carolina Bravo

Prof.^a Dr.^a Andreia Figueiredo

Prof.^a Dr.^a Mariana Seabra

Viseu, 2020

1. Justificação e fundamentação da ação

O tema “Saúde oral em contexto escolar e no dia a dia das crianças e adolescentes” surge após uma cuidada reflexão acerca da influência exercida pelos professores na saúde oral de cada criança/adolescente, bem como a forma como atuam perante situações de trauma dentário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda e incentiva a formação dos professores em saúde oral, aumentando a literacia dos mesmos nesta área, de modo a que possam transmitir aos alunos comportamentos adequados, esclarecer dúvidas e desmitificar ideias erradas que possam estar inseridas na comunidade. (1,2)

Em 2005, a Direção Geral de Saúde (DGS) portuguesa, através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), propôs a integração da saúde oral nos currículos escolares. (3)

Sendo os professores (e os pais/encarregados de educação) os principais educadores das crianças e jovens, considera-se fundamental a existência de formação no âmbito da saúde oral direcionada a esta classe profissional tendo como finalidade perceber e esclarecer as dúvidas que os docentes possam ter relativamente ao tema. (2)

Diversos estudos têm vindo a comprovar a efetividade e os benefícios da formação na área da saúde oral, o que prova a sua importância. (4,5)

A Saúde Oral em Meio Escolar

A educação e aprendizagem são processos complexos que envolvem diferentes dimensões, tais como a vertente pessoal, cultural e situacional. Posto isto, o perfil do professor tem vindo a sofrer mudanças ao longo dos anos, evoluindo no sentido de se tornar um ser que fornece ferramentas aos seus alunos para a vida prática do dia-a-dia, bem como os clássicos conhecimentos empíricos. (6,7)

Os pais e professores são os modelos a partir dos quais as crianças desenvolvem e formam a sua personalidade, sendo a sua influência constante e fundamental. As crianças têm uma grande tendência em espelhar na sua vida adulta os modelos de comportamento que tiveram durante a infância. (6,7)

Posto isto, em 2003, a Organização Mundial de Saúde emitiu um relatório denominado *Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School* no qual se referem lacunas ao nível de conhecimentos no que concerne à saúde oral por parte dos professores. Este documento realça ainda a influência que a falta de saúde oral pode ter no desempenho escolar das crianças. Em alguns países, a par da educação sexual e planeamento familiar, a educação para a saúde oral é também (mas não só) da responsabilidade do professor e projeta este ideal para o resto do mundo. É neste contexto que surge o incentivo da OMS à formação dos professores em saúde oral, aumentando a literacia dos mesmos nesta área, de modo a que possam transmitir aos alunos comportamentos adequados. (2)

O projeto da ação de formação que nos propomos realizar surge a par do desenvolvimento da dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária “Conhecimentos e Atitudes dos Professores Relativamente à Higiene Oral/Traumatismos Dentários” (2020). Este estudo permitiu concluir a existência de um défice de formação dos professores pertencentes aos Agrupamentos de Escolas que integram o Centro de Formação EduFor bem como manifestou a vontade de os mesmos alargarem os seus conhecimentos na área em questão.

De acordo com a OMS podem ser destacados alguns argumentos que defendem a importância da promoção da saúde oral em crianças e jovens bem como apresentam a escola como um lugar propício à aprendizagem e desenvolvimento de boas práticas para a saúde oral: (1,2)

- É durante a idade escolar que o ser humano desenvolve crenças, comportamentos e atitudes que praticará ao longo da vida, sendo por isso a altura ideal para a sua formação em saúde oral.
- As escolas proporcionam um ambiente favorável à promoção da saúde oral.
- A escola é dotada da capacidade de educar para um estilo de vida saudável, incentivando uma alimentação equilibrada e controlando o consumo de hidratos de carbono, tabaco e bebidas alcoólicas.
- A escola proporciona um ambiente psicossocial de apoio e suporte.
- Se aplicada corretamente, a pressão e influência dos colegas pode ser benéfica.
- A escola pode fornecer cuidados preventivos e corretivos.

Posto isto, em 2005, a Direção Geral de Saúde (DGS) portuguesa estipulou as seguintes orientações para a promoção da saúde oral na escola: (3)

- Dos 3 aos 6 anos as crianças devem realizar uma das escovagens dos dentes no jardim de infância, supervisionadas pelas educadoras, e a educação para a saúde oral deve estar integrada no projeto educativo.
- No 1º ciclo é recomendado que as crianças realizem uma das escovagens no estabelecimento, supervisionadas pelo professor, e que, quinzenalmente, procedam à utilização de uma solução de fluoreto de sódio a 0,2% para bochechar.
- Entre os 9-10 anos a criança deverá começar a apresentar destreza manual suficiente para utilizar o fio dentário, pelo que esta técnica deve ser explicada e treinada.
- Em idades superiores aos 6 anos, as mensagens de promoção para a saúde oral devem ser coincidentes com as práticas das escolas e devem estar integradas nos programas curriculares do 1º ao 9º ano.
- Nos intervalos, as escolas devem proporcionar aos alunos opções alimentares saudáveis e económicas, como pão, fruta e leite.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) de 2019 ainda se mantém de acordo com estas orientações, fazendo ainda referência ao direito de cada criança a usufruir de cheques-dentista nas coortes de 7, 10 e 13 anos. (8)

Os Traumatismos Dentários

Os traumatismos são outro problema recorrente em crianças a nível oral e correspondem a 5% das razões que levam um paciente a procurar tratamento dentário. Os traumatismos orais em crianças entre os 0 e 6 anos têm uma prevalência de 18% e são mais comuns na dentição permanente (58,6%) do que na dentição decídua (36,8%). O traumatismo mais comum na dentição decídua é a luxação, enquanto na dentição permanente são fraturas coronárias. A avulsão em dentição permanente é o trauma dentário mais grave e que traz ao paciente consequências para o resto da sua vida. (9–12)

A prevalência de traumatismos dentários na população levou a que se fizessem esforços no sentido de compreender quais os fatores etiológicos que estariam na origem deste problema. Posto isto, dividiram-se estes fatores em três grupos: fatores relativos ao comportamento humano, fatores ambientais e fatores anatómicos orais. (13,14)

A maioria dos traumatismos orais ocorrem na sequência de quedas, práticas desportivas, ou de lazer, tais como andar de bicicleta e ainda acidentes de viação. A prevalência de traumatismos orais varia consoante a idade, género, estatuto social ou país. Em Portugal, Marinho estudou a prevalência de traumatismos dentários numa população do concelho do Porto e conclui que os locais onde mais frequentemente acontecem estes problemas são na escola (16,5%) e em casa (12%), principalmente devido a quedas (17,3%) e a práticas desportivas (12%). Posto isto, é de extrema importância que os professores sejam dotados de conhecimentos que lhes permitam agir de maneira célere e adequada à situação. (11,13)

O prognóstico de situações de trauma oral está diretamente relacionado com o tempo de ação. É fundamental entender os traumatismos como uma urgência que precisa de ser observada e intervencionada o mais breve possível. (15,16)

2. Objetivos a atingir

No trabalho de investigação “Conhecimentos e Atitudes dos Professores Relativamente à Saúde Oral/Traumatismos Dentários” foram identificadas as principais lacunas nos conhecimentos e atitudes dos professores relativamente à higiene oral e os erros cometidos pelos docentes quando têm que lidar com situações de traumatismos dentários. Posto isto, a presente formação pretende que os formados sejam capazes de:

- ser vigilantes quanto à higiene oral individual de cada aluno;
- explicar como se deve realizar a escovagem dos dentes bem como o uso de fio dentário;
- aconselhar os alunos relativamente à frequência de escovagens dentárias recomendadas;
- incentivar os alunos a realizarem a sua higiene oral também em contexto escolar;
- explicar aos alunos qual a quantidade de pasta de dentes adequada;
- conhecer a quantidade de flúor (em ppm) indicada para as pastas de dentes das crianças/adolescentes;
- garantir o direito das crianças/adolescentes aos cheques-dentista nas idades contempladas;

- alertar alunos e pais/encarregados de educação quanto à importância de visitar um médico dentista e quanto à regularidade/periodicidade dessas visitas;
- educar para uma alimentação saudável e estilo de vida equilibrado;
- atuar corretamente perante situações de fratura coronária de um dente decíduo;
- atuar corretamente perante situações de fratura coronário de um dente definitivo;
- atuar corretamente perante situações de avulsão de um dente decíduo;
- atuar corretamente perante situações de avulsão de um dente definitivo;
- refletir sobre a importância da informação recolhida na qualidade do processo educativo;
- avaliar os efeitos produzidos e o impacto da formação no final da ação de formação.

3. Conteúdos da ação

A formação “Saúde oral em contexto escolar e no dia a dia das crianças e adolescentes” decorrerá numa perspetiva teórica e interativa na qual o formador pretende melhorar a literacia dos docentes na área bem como criar uma espaço de discussão e partilha de experiências que os professores possam ter vivenciado ao longo da sua vida profissional.

Sessões presenciais (13h)

1ª sessão (7h): A Saúde Oral e o Papel do Professor

- Introdução da ação: apresentação do programa, documentos de apoio e avaliação.
- Planificação do trabalho a desenvolver no âmbito da ação de formação.
- Reflexão sobre a importância da formação dos professores em Saúde Oral.
- Reflexão sobre o enquadramento da Medicina Dentária no Sistema Nacional de Saúde e dificuldades de acesso sentidas pela população ao consultório de Medicina Dentária.
- Prevalência das principais patologias orais.
- Apresentação de características simples que permitam ao docente identificar que o aluno apresenta uma higiene oral inadequada.
- A influência do professor na criação de crenças e comportamentos nos alunos.

- Importância da prevenção:
 - ✓ Promoção de uma alimentação saudável;
 - ✓ Importância de uma correta higiene oral;
 - ✓ O flúor;
 - ✓ A consulta de medicina dentária e os cheques dentistas;
- Saúde oral em meio escolar (normas da Direção Geral de Saúde e Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral).
- O papel do professor no combate à negligência dentária: como atuar?
- Discussão e esclarecimento de dúvidas dos docentes.

2ª sessão (6h): Traumatismos Dentários em Meio Escolar

- Prevalência de traumatismos dentários.
- Fatores predisponentes para traumatismos dentários.
- Escola como um dos locais onde mais frequentemente ocorrem traumatismos dentários.
- Fraturas coronárias e avulsão: como agir?
- Consequências de uma ação inadequada ou tardia perante traumatismos dentários.
- Partilha de experiências vivenciadas pelos professores ao longo da sua carreira que envolvam traumatismos dentários.
- Apresentação de casos de traumatismos dentários: discussão.
- Esclarecimento de dúvidas dos docentes.

4. Regime de avaliação dos formandos

A presença dos formandos na ação de formação é de caráter obrigatório sendo parte integrante da avaliação.

Os formandos devem entregar um Relatório Final, no qual realizam uma reflexão sobre as aprendizagens adquiridas e enunciam um balanço da formação.

Será ainda dado aos formandos um questionário sobre os assuntos abordados na formação o qual terá caráter avaliativo bem como poderá ser utilizado como instrumento de investigação para projetos futuros, caso o formando assim o consentir.

A avaliação expressa-se de acordo com a tabela de 1 a 10 valores, conforme indicado na Carta Curricular CCPFC-3/2007, de 26 de setembro, respeitando todos os dispositivos legais da avaliação contínua.

5. Bibliografia

1. World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. 2003.
2. Kwan S, Peterson PE. Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health-Promoting School. WHO Document Production Services. 2003.
3. DGS. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Administrações Regionais de Saúde e todos os Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde Contacto. Lisboa, Portugal; 2005.
4. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Buunk-Werkhoven YAB, Noroozi M, Armoon B. Are educating and promoting interventions effective in oral health?: A systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2017;16:1–11.
5. Dedeke AA, Osuh ME, Lawal FB, Ibiyemi O, Bankole OO, Taiwo JO, et al. Effectiveness of an oral health care training workshop for school teachers: a pilot study. *Ann Ibadan Postgrad Med.* 2013;11(1):18–21.
6. Bottoli C. Relação professor e aluno: desafios e complexidades. VI Congr Int Educ. 2015;1–9.
7. Rodrigues Brait LF, De Macedo KMF., Da Silva FB, Silva MR, Rezende de Souza AL. A Relação Professor/Aluno No Processo De Ensino E Aprendizagem. *Itiner Reflectionis.* 2010;6:1–15.
8. Céu A, Ferreira SC JM. Programa Nacional De Promoção Da Saúde Oral. Direção-Geral da Saúde. Lisboa; 2019.
9. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries : 3 . Injuries in the Primary Dentition. *Int Assoc Dent Traumatol - Ref Man.* 2013;40:174–82.
10. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol.* 2012;28:2–12.

11. Zaleckiene V, Peciuliene V, Brukiene V, Drukteinis S. Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatol Balt Dent Maxillofac J*. 2014;16:7–14.
12. Council on Clinical Affairs, Committee on the Adolescent. Adolescent Oral Health Care. Vol. 40:6, American Academy Of Pediatric Dentistry. 2015.
13. Marinho ACMR, Manso MC, Colares V, de Andrade DJC. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em adolescentes no concelho do Porto. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2013;54(3):143–9.
14. Born CD, Jackson TH, Koroluk LD, Divaris K. Traumatic dental injuries in preschool-age children: Prevalence and risk factors. *Clin Exp Dent Res*. 2019;5:151–9.
15. Andreasen JO, Andreasen FM, Skeie A, Hjørting-Hansen E, Schwartz O. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries - A review article. *Dent Traumatol*. 2002;18(3):116–28.
16. Kenny K, Day PF, Sharif MO, Parashos P, Lauridsen E FC. What are the important outcomes in Traumatic Dental Injuries? An international approach to the development of a Core Outcome Set. *Dent Traumatol*. 2018;34(1):4–11.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário

I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. *Género:*

Masculino;

Feminino.

2. *Idade:*

<30 anos;

30 – 40 anos;

40 – 50 anos;

> 50 anos.

3. *Tempo de serviço?*

<10 anos;

10 – 20 anos;

20 – 30 anos;

>30 anos

4. *Habilitações literárias:*

Bacharelato;

Licenciatura;

Pós-graduação;

Mestrado;

Doutoramento.

5. *A escola onde trabalha fica numa zona:*

Cidade;

Vila;

Aldeia.

6. *Ciclo de ensino:*

Pré-escolar;

1º ciclo;

2º ciclo;

3º ciclo e secundário;

7. *Tem alguma formação de primeiros socorros?*

Sim;

Não.

8. *Já teve alguma formação na área da saúde oral?*

Sim;

Não.

8.1. *Se sim, onde e de quantas horas?* _____

9. *Considera ser do seu interesse ter acesso a formações no âmbito da saúde oral?*

Sim;

Não.

II – CARATERIZAÇÃO DO CONHECIMENTO E ATITUDES PERANTE A HIGIENE ORAL

10. *No exercício da sua profissão consegue perceber se os seus alunos têm uma higiene oral adequada?*

Sim;

Não.

11. *Na sua opinião, as crianças/adolescentes devem escovar os dentes quantas vezes por dia?* _____ vezes.

11.1. *Em que altura(s) do dia?*

De manhã;

Depois de almoço;

Antes de dormir.

12. *Na escola onde trabalha as crianças/adolescentes têm o hábito de escovar dos dentes depois de almoço?*

Sim;

Não;

Não sei.

13. Na sua escola, as crianças do primeiro ciclo fazem bochechos quinzenais de flúor?

(Responda apenas se for professor do 1º ciclo)

Sim;

Não.

14. As cerdas das escovas devem ser:

Macias;

Médias;

Duras.

15. Quando deve ser trocada a escova de dentes?

3 em 3 meses;

6 em 6 meses;

1 vez por ano;

Quando as cerdas estiverem danificadas.

16. A quantidade de pasta adequada para uma criança com menos de 6 anos é:

Do tamanho de um grão de arroz;

Do tamanho da unha do 5º dedo da criança;

Deve cobrir toda a zona de cerdas da escova.

17. Qual a quantidade de fluor indicada para a pasta de dentes da criança?

250 ppm;

250 – 500 ppm;

500 – 1000 ppm;

1000 – 1500 ppm.

18. Com que idade os pais devem começar a escovar os dentes aos seus filhos?

Logo que erupciona o 1º dente decíduo (“de leite”);

Logo que erupciona o primeiro dente definitivo;

> 2 anos;

> 6 anos;

19. *A partir de que idade a criança é capaz para escovar os dentes sozinha?*

- 2 anos;
- 7-8 anos.
- 10 anos.

20. *A partir de que idade se deve usar fio dentário?*

- Logo que erupciona o 1º dente decíduo (“de leite”);
- Logo que erupciona o primeiro dente definitivo;
- > 2 anos;
- > 6 anos;
- > 18 anos.

III – CARATERIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE ORAL

21. *Tem conhecimento que as crianças têm direito a cheques dentistas?*

- Sim;
- Não.

22. *Segundo as orientações da DGS, com que idade a criança deve ir pela primeira vez ao dentista?*

- Quando erupciona o primeiro dente decíduo (“de leite”) ou, no máximo, quando completa 1 ano de vida;
- 2 anos;
- 6 anos;
- Quando erupciona o primeiro dente definitivo;
- Quando completa a dentição definitiva.

23. *Com que frequência a criança deve ir ao médico dentista?*

- 6 em 6 meses;
- 1 vez por ano;
- Só quando tem alguma queixa.

24. *Sabe o que são selantes de fissuras?*

- Sim;
- Não.

IV – CARACTERIZAÇÃO DA ATITUDE DOS PROFESSORES PERANTE TRAUMATISMOS DENTÁRIOS

25. *Ao longo da sua carreira já se deparou com alguma situação de traumatismos dentários?*

Sim;

Não.

25.1. *Se sim descreva sucintamente a situação.*

26. *Considera que a conduta a seguir numa situação de traumatismo dentário varia consoante estamos perante um dente decíduo (“de leite”) ou definitivo?*

Sim;

Não.

27. *Se assistisse a uma situação na qual uma criança partia um dente decíduo (“de leite”) como procederia?*

Encaminhava a criança para o médico dentista;

Procurava o fragmento do dente fraturado e encaminhava a criança para o médico dentista;

Esperava que os pais/encarregado de educação da criança a fossem buscar e resolvessem a situação.

28. *Se assistisse a uma situação na qual uma criança/adolescente partia um dente definitivo como procederia?*

Encaminhava a criança para o médico dentista;

Procurava o fragmento do dente fraturado e encaminhava a criança para o médico dentista;

Esperava que os pais/encarregado de educação da criança a fossem buscar e resolvessem a situação.

29. *Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente decíduo (“de leite”) como procederia?*

Encaminhava a criança para o médico dentista;

Procurava o dente avulsionado, reimplantava imediatamente o dente na criança e encaminhava a criança para o médico dentista ou transportava o dente imerso em leite e encaminhava a criança para o médico dentista.

Procurava o dente avulsionado, lavava-o durante pelo menos 30 segundos e encaminhava a criança para o médico dentista;

Esperava que os pais/encarregado de educação da criança a fossem buscar e resolvessem a situação.

30. *Se assistisse a uma situação na qual uma criança sofria uma avulsão (dente sai inteiro, com raiz incluída) de um dente definitivo como procederia?*

Encaminhava a criança para o médico dentista;

Procurava o dente avulsionado, reimplantava imediatamente o dente na criança e encaminhava a criança para o médico dentista ou transportava o dente imerso em leite e encaminhava a criança para o médico dentista.

Procurava o dente avulsionado, lavava-o durante pelo menos 30 segundos e encaminhava a criança para o médico dentista;

Esperava que os pais/encarregado de educação da criança a fossem buscar e resolvessem a situação.

Obrigada pela participação!

Anexo 2: Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Este estudo é desenvolvido para a obtenção do grau de Mestrado em Medicina Dentária pela aluna Carolina Miragaia Soares Bravo sob orientação da Prof. Dr.^a Andreia Figueiredo no âmbito da disciplina de Odontopediatria. A população alvo é composta pelas escolas que integram o Centro de Formação EduFor: Agrupamento de Escolas de Nelas, Agrupamento de Escolas de Mangualde, Agrupamento de Escolas de Penalva do Castelo, Agrupamento de Escolas de Sátão, Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Paiva e Agrupamento de Escolas de Cana de Senhorim. Este estudo tem como objetivo caracterizar os conhecimentos dos professores dos Agrupamentos de Escolas que fazem parte do Centro de Formação Edufor sobre a saúde oral e traumatismos dentários em crianças em idade escolar. Será ainda parte integrante deste projeto de investigação conceber a acreditação de uma proposta de formação para professores sobre "Saúde oral nos currículos escolares e no dia a dia das crianças e adolescentes".

O preenchimento deste questionário é voluntário, sendo garantido o anonimato e sigilo na sua realização. Os dados serão utilizados para efeitos de tratamento estatístico e redação de uma dissertação de mestrado. Não existirá qualquer remuneração pela participação neste projeto de investigação, não havendo qualquer repercussão pela não participação. O projeto de investigação e presente questionário foram submetidos à Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento o participante pode contactar a equipa de investigação através do e-mail bravocarolina97@gmail.com.

Anexo 3: Autorização da Diretora do Agrupamento de Escolas de Nelas



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, eu, Olga Maria Costa Carvalho, Diretora do Agrupamento de Escolas de Nelas, autorizo que o estudo sobre "Conhecimentos e Atitudes dos professores relativamente à higiene oral/traumatismos dentários" seja realizado no Agrupamento de Escolas de Nelas.

No Agrupamento exercem funções os seguintes professores:

- 15 professores do pré-escolar;
- 28 professores do 1º ciclo;
- 19 professores do 2º ciclo;
- 61 professores do 3º ciclo e Secundário.

Agrupamento de Escolas de Nelas, 16 de abril de 2020



Anexo 4: Autorização da Diretora do Agrupamento de Escolas de Sátão



Diretora do Agrupamento de Escolas de Sátão

para mim ▾

15:58 (há 7 horas)



Boa tarde, Carolina:

Aqui vai o que me pediste.

Eu, Diretora do Agrupamento de Escolas de Sátão, autorizo que o estudo sobre "Conhecimentos e Atitudes dos professores relativamente à higiene oral/traumatismos dentários" seja realizado no Agrupamento de Escolas de Sátão.

No Agrupamento exercem funções os seguintes professores:

18 professores do pré-escolar;

35 professores do 1º ciclo;

26 professores do 2º ciclo;

60 professores do 3º ciclo e Secundário.

Um abraço e continuação de Bom Domingo.

Helena Castro

Anexo 5: Autorização da Diretora do Agrupamento de Escolas de Penalva do Castelo



Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares
Direção de Serviços da Região Centro



Agrupamento de Escolas de Penalva do Castelo

DECLARAÇÃO

Rosa Maria de Carvalho Figueiredo, Diretora do Agrupamento de Escolas de Penalva do Castelo, autorizo que o estudo sobre “Conhecimentos e Atitudes dos professores relativamente à higiene oral/traumatismos dentários” seja realizado no Agrupamento de Escolas de Penalva do Castelo.

No Agrupamento exercem funções os seguintes professores:

- 10 professores do pré-escolar;
- 22 professores do 1º ciclo;
- 24 professores do 2º ciclo;
- 54 professores do 3º ciclo e Secundário.

Penalva do Castelo, 20 de abril de 2020

A diretora

Assinado por: ROSA MARIA DE CARVALHO
FIGUEIREDO
Num. de Identificação Civil: B0603205556
Data: 2020.04.20 13:43:42 Hora de Verão de GMT



Anexo 6: Autorização da Diretora do Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Paiva



Direção AEVNP
para mim

quinta, 16/04, 09:41 (há 3 dias) ★ ↶ ⋮

Eu, Diretor do Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Paiva, autorizo que o estudo sobre "Conhecimentos e Atitudes dos professores relativamente à higiene oral/traumatismos dentários" seja realizado no Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Paiva.

No Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Paiva exercem funções os seguintes professores:

- 10 professores do pré-escolar;
- 13 professores do 1º ciclo;
- 14 professores do 2º ciclo;
- 45 professores do 3º ciclo e Secundário.

Cumprimentos,

O diretor
João Adelino Santos

Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Paiva - 161883 | NIPC 600084280
Rua Padre Joaquim Rodrigues da Cunha | 3650-235 Vila Nova de Paiva | Telefone: 232 609 020 | Fax: 232 609 021
Email geral: geral@escolasdevnpaiva.pt | Email direção: direcao@escolasdevnpaiva.pt | <http://www.escolasdevnpaiva.pt>

Anexo 7: Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas de Mangualde



Agnelo Figueiredo <diretor@esfa.pt>

para mim

quarta, 15/04, 16:06 (há 4 dias)



Cara Carolina

Autorizo.

Todavia, deve ter presente que etamos a viver uma situação de excepcionalidade, donde poderá resultar uma fraca adesão.

Eu, Diretor do Agrupamento de Escolas de Mangualde, autorizo que o estudo sobre "Conhecimentos e Atitudes dos professores relativamente à higiene oral/traumatismos dentários" seja realizado no Agrupamento de Escolas de Mangualde.

No Agrupamento exercem funções os seguintes professores:

20 professores do pré-escolar;

50 professores do 1º ciclo;

60 professores do 2º ciclo;

140 professores do 3º ciclo e Secundário.

Cumprimentos

--

Agnelo Figueiredo

Diretor

escolas de MANGUALDE

Anexo 8: Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas de Canas de Senhorim



Diretor AE Canas de Senhorim
para mim ▾

00:46 (há 22 horas) ★ ↶ ⋮



Ola Carolina

Conforme solicitado, autorizo que o estudo sobre "Conhecimentos e Atitudes dos professores relativamente à higiene oral/traumatismos dentários" seja realizado no Agrupamento de Escolas de Canas de Senhorim.

No Agrupamento exercem funções os seguintes professores:

- __7__ professores do pré-escolar;
- __13__ professores do 1º ciclo;
- __13__ professores do 2º ciclo;
- __49__ professores do 3º ciclo e Secundário.

Bom trabalho!

Agrupamento de Escolas de Canas de Senhorim
O Diretor
António Cunha

Anexo 9: Autorização do Diretor do Centro de Formação EduFor



Diretor - Centro de Formação EduFor <diretor@edufor.pt>
para mim ▾

17/04/2020, 01:32 (há 2 dias) ★ ↶ ⋮

Ex.ma Dra. Carolina Bravo

No seguimento do seu email, sou a declarar, na qualidade de Diretor do Centro de Formação de Associação de Escolas EduFor, que considero ser pertinente a elaboração, no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, de uma proposta de acreditação de uma ação de formação para professores sobre "Saúde oral nos currículos escolares e no dia a dia das crianças e adolescentes" que venha a ser estruturada no âmbito do estudo sobre "Conhecimentos e atitudes dos professores relativamente à higiene oral/traumatismos dentários", desde que exista disponibilidade dos docentes das escolas associadas para a frequentar. Sou ainda a informar da disponibilidade do Centro de Formação em todo o apoio que seja necessário à planificação, divulgação e dinamização da formação em causa.

Com os melhores cumprimentos,
José Miguel Sousa
Diretor do EduFor
www.edufor.pt

Serviços Administrativos EduFor <adm@edufor.pt> escreveu no dia quarta, 15/04/2020 à(s) 13:56:

Anexo 10: Parecer da Comissão de Ética da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES-UCP)



Parecer sobre o projeto nº 38
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2018/2021

Projeto de Investigação Na reunião do dia 7 de maio de 2020, a CES-UCP esteve reunida por videoconferência e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta.
Título: Conhecimentos e atitudes dos professores relativamente à higiene oral/traumatismos dentários. Projeto apresentado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa Viseu. Sem financiamento.
Investigador Principal: Carolina Miragaia Soares Bravo Orientador: Andreia Figueiredo e Mariana Torres de Seabra
Segundo o resumo do projeto apresentado pela investigadora: <i>"INTRODUÇÃO: Os professores são pessoas cruciais na aprendizagem que as crianças fazem ao longo da vida, servindo de exemplo para muitos dos comportamentos e atitudes que estas adotam. Sabemos que as mensagens transmitidas pelos professores nas salas de aula, são captadas de forma especial pelos alunos, principalmente quando estes são mais novos. OBJETIVOS: Este estudo tem como objetivo perceber qual a perspetiva dos Professores face à saúde oral nas crianças e avaliar o seu nível de conhecimento acerca dos corretos hábitos de higiene oral e situações de traumatismos dento-alveolares. MATERIAL E MÉTODOS: As variáveis a estudar serão: conhecimentos dos professores acerca da periodicidade de escovagem dentária, utilização de dentífrico, quantidade de dentífrico a utilizar, conduta a tomar perante situações de traumatismos dentários (avulsão em dentição decídua e permanente e fraturas coronais). O material necessário é a realização de um questionário que avalie as variáveis identificadas. Propomos realizar um questionário que avalie os conhecimentos dos professores num tempo T0 (sem intervenção), seguida da formação e novas avaliações com o mesmo questionário num tempo T1 (imediatamente após a formação) e num tempo T2 (diferido num período de tempo, como por exemplo 2 semanas). Desta forma conseguimos avaliar objetivamente qual o ganho obtido com a intervenção. Pretendemos deixar com os professores um Guia de Boas Práticas para que fique disponível na biblioteca das escolas participantes. MODALIDADE DE RECRUTAMENTO: Numa primeira fase (T0), será enviado um e-mail para o diretor de cada uma das escolas intervencionadas onde constará o link do questionário a ser aplicado, realizado com recurso à plataforma JotForm®. Numa segunda fase (T1) será enviado para o diretor da escola uma apresentação relativa à saúde oral, seguida do mesmo questionário. O diretor reencaminhará esse e-mail para todos os professores dessa escola que constituem a população alvo. Por fim, os dados serão exportados para ficheiro excel e posteriormente serão analisados. POPULAÇÃO: Educadores de Infância e professores do 1º, 2º e 3º ciclo, dos Agrupamento de Escolas do Sótão; Agrupamento de Escolas de Oliveira de Frades; Agrupamento de Escolas de Castro Daire; Outros agrupamentos que manifestem disponibilidade nos concelhos limítrofes de Viseu. RECOLHA DE DADOS: Os investigadores do estudo irão apenas contactar com o diretor das escolas intervencionadas, sendo este responsável pela distribuição do questionário. No questionário não é solicitado em momento algum o nome do participante, sendo apenas recolhidos dados sociodemográficos."</i> APRECIÇÃO ÉTICA após esclarecimentos A) Beneficência Fundamentação adequada e com recurso a fontes bibliográficas credíveis. A.1) Valor científico O desenho do estudo foi alterado para um "estudo descritivo observacional transversal" que utiliza como instrumento métrico um questionário aplicado num único momento. Foi calculado o tamanho da amostra e existe um plano de análise estatística. B) Respeito pela Dignidade Humana O consentimento adquiriu a forma tácita e foi disponibilizado o contacto da investigadora para esclarecimento de dúvidas. Foram apresentadas as autorizações dos Diretores dos Agrupamentos de Escolas e do Diretor do Centro de Formação Edufor que fazem parte da população.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Estiveram presentes na reunião nº 17 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-Presidente: Doutora M^ª Teresa Marques

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutor Pedro Garcia Marques

Dr. Eugénio Fonseca

Doutora Ana Mineiro Zaky

Doutora Marta Brites

Mestre Ivone Gaspar

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 7 de maio de 2020, realizada por vídeo conferência, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de **Parecer Favorável**.

Solicita-se à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa: ces.ucp@lisboa.ucp.pt

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

Mara de Sousa Freitas

07/05/2020