



Dissertação de Investigação/Relatório de Atividade Clínica
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Impacto do Reforço da Motivação num Programa de Promoção de Saúde Oral

Mariana Moreira da Silva e Sena Jorge

Orientadora: Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Co-Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires



Impacto do Reforço da Motivação num Programa de Promoção de Saúde Oral

Mariana Moreira da Silva e Sena Jorge

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Mariana Sena Jorge

Quinta Cimo de Vila-Paço de Sousa, nº 41

4560-368 Penafiel

mariana_jorge@msn.com

Resumo

Introdução: O conhecimento dos determinantes de saúde oral permite aos indivíduos tomar consciência das razões dos seus problemas e simultaneamente instituir comportamentos e atitudes que visem a sua resolução. A motivação dota o indivíduos de conhecimentos que lhes permite ter consciência da sua condição oral e torna-lo recetivo às mudanças necessárias, colocando em prática os conhecimentos transmitidos, assumindo a responsabilidade pelo seu bem-estar. **Objetivos:** Caracterizar a saúde oral e determinantes associados em crianças institucionalizadas numa casa de acolhimento - Casa do Gaiato de Paço de Sousa; elaborar um programa de educação e motivação para higiene oral e avaliar a eficácia do programa aplicado. **Metodologia:** Aos participantes foi aplicado um inquérito sobre hábitos relacionados com a saúde oral (alimentares e de higiene). Os participantes foram submetidos a um exame intra-oral não-invasivo para avaliar a história passada e presente de cárie (CPOD), avaliar o índice de higiene oral (IHOS), e à recolha de saliva não estimulada para avaliação microbiológica. Foram ensinadas técnicas corretas de controlo de placa bacteriana, recorrendo à visualização da placa bacteriana e posterior escovagem supervisionada. **Resultados:** O estudo contou com a participação de 23 adolescentes, com uma média de idade de $17,58 \pm 4,24$ anos. O valor $IHOS_{inicial}$ para a amostra total foi de $1,59 \pm 0,69$ e no fim do programa registamos um $IHOS_{final}$ de $0,86 \pm 0,51$. O grupo sem motivação passou de um $IHOS_{inicial}$ de $1,30 \pm 0,36$ para um $IHOS_{final}$ de $0,86 \pm 0,48$, o grupo com motivação adicional passou de um $IHOS_{inicial}$ de $1,85 \pm 0,82$, para um $IHOS_{final}$ de $0,85 \pm 0,57$. Inicialmente 47,8% efetuavam duas escovagens, no fim do programa 73,9% já efetuavam duas escovagens diárias. **Conclusão:** A implementação de um programa de saúde oral levou à redução significativa do índice de higiene oral simplificado. Esta descida foi superior no grupo sujeito a motivação realçando a importância do reforço da motivação nos programas de saúde oral.

Palavras Chave

Promoção de Saúde Oral; Saúde Oral; Escovagem; Crianças institucionalizadas; Placa Bacteriana; Saliva

Abstract

Introduction: Knowing the determining factors for oral health enables the population to be aware of the cause of their problems and simultaneously establish behaviors and attitudes towards their resolution. Motivation of the individuals allows opening to necessary changes, make them pass from knowledge to practice, and be responsible for their own wellbeing. **Objective:** To identify the oral health and its determinants in children living in a charity institution – Paço de Sousa's Casa do Gaiato. To elaborate and set in motion an educational and motivational program and also evaluate its effectiveness. **Methods:** A questionnaire was applied to the participants regarding dietary and hygienic oral health related habits. A non-invasive clinical examination was performed to evaluate past and present carious lesions (DMFT) and to assess the oral health index (IHOS), and an unstimulated saliva sample was collected for microbiological study. Correct plaque control techniques were taught, using plaque disclosing agents followed by supervised brushing. **Results:** The study included the participation of 23 teenagers, age average $17,58 \pm 4,24$ years. The $IHOS_{initial}$ value for the total sample was $1,59 \pm 0,69$, after the program's end the $IHOS_{final}$ value was $0,86 \pm 0,51$. The group with no additional motivation went from an $IHOS_{initial}$ of 1.30 ± 0.36 to an $IHOS_{final}$ of 0.86 ± 0.48 , the group with additional motivation went from an $IHOS_{initial}$ of 1.85 ± 0.82 , to an $IHOS_{final}$ of 0.85 ± 0.57 . Initially 47.8% of the participants performed two daily brushings, at the end of the program 73.9% were performing two daily brushings. **Conclusion:** The implementation of an oral health program led to significant reduction of simplified oral hygiene index. This reduction was higher in the group subject to additional motivation, underlining the importance of enhanced motivation in oral health programs.

Key Words

Oral Health Promotion; Oral Health; Brushing; Institutionalized Children; Dental Plaque; Saliva

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Doutora Maria Lurdes Pereira, um muito obrigada, por ter acreditado neste projecto, toda a disponibilidade, dedicação, apoio, orientação e contribuição para que fosse possível.

À minha co-orientadora Prof. Doutora Isabel Pires, obrigada por toda a ajuda e co-orientação para que fosse possível a realização deste trabalho.

À Prof.Doutora Benedita Maia por toda a ajuda, pelo tempo dispendido e dedicação para que se realiza-se o estudo microbiológico da saliva.

À Casa do Gaiato de Paço de Sousa, em especial aos participantes e ao Padre Júlio pela disponibilidade, boa disposição e dedicação que deram durante o Programa de Promoção de Saúde Oral.

O meu agradecimento aos meus pais, família e amigos pela força e apoio sempre demonstrados.

Índice

Introdução	1
Material e Métodos	3
Resultados	6
Discussão	10
Conclusão	13
Bibliografia.....	14
Anexos.....	18

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Promoção de Saúde é um método que capacita pessoas ou grupos de indivíduos a controlarem de forma efetiva os determinantes da saúde, indo ao encontro da excelência.^[1] A educação para a saúde oral desde idades precoces promove a saúde oral com reflexos positivos na qualidade de vida em adulto, uma vez que os primeiros anos de vida são fundamentais para a aquisição de funções, estabelecimento de hábitos e desenvolvimento de competências.^[2,3]

A cárie dentária e as doenças periodontais podem ser prevenidas através da implementação de medidas simples de aplicar, no entanto, verifica-se, que a sua prevenção não é muitas vezes alcançada.

A higiene oral deficiente em crianças e adolescentes, pode ter como consequência uma prevalência elevada de patologias orais tais como cárie e gengivite.^[5]

Um dos períodos críticos para a saúde é a adolescência, pois é nesta fase que se experimentam importantes mudanças a nível biológico, cognitivo, emocional e social. A adolescência caracteriza-se por ser a fase de transição da infância para a vida adulta, sendo um importante momento para a tomada de decisões independentes de acordo com as informações disponíveis. É nesta mesma fase que o indivíduo é exposto a diversas situações de risco sociocomportamentais, como por exemplo o tabaco, álcool, a violência, drogas, práticas sexuais inseguras, alimentação inadequada e sedentarismo. Estes comportamentos de risco podem condicionar no futuro a saúde geral e a saúde oral do indivíduo.^[6,7,8,9]

As ações de Promoção de Saúde Oral devem incluir um componente de educação e de motivação. O conhecimento dos determinantes de saúde oral permite aos indivíduos adquirir uma consciência das razões dos seus problemas e simultaneamente instituir comportamentos e atitudes que visem a sua resolução.^[4,5] A motivação permite ao indivíduo ter consciência da sua condição oral e torná-lo recetivo às mudanças necessárias, colocando em prática os conhecimentos adquiridos, assumindo a responsabilidade pelo seu bem-estar.^[6]

O controlo efetivo da placa bacteriana é necessário para manter uma higiene oral adequada. Na ausência de medidas de higiene oral ou de intervenção Médico Dentária, a dentição torna-se mais susceptível à acumulação de placa bacteriana. Consequentemente, instala-se um quadro de gengivite dentro de alguns dias e um

aumento do risco de crescimento bacteriano patogénico diferencial com posterior manifestação de periodontite associada. Vários estudos têm demonstrado que tanto em crianças como em adultos, o controlo da placa bacteriana através da implementação de medidas de higiene oral adequadas leva à eliminação quase total da gengivite.^[9,20,22,] Os principais elementos de controlo de placa bacteriana passam por um reforço dos hábitos de higiene oral. A implementação de um Programa de Saúde Oral tem como objectivo criar medidas de auto-cuidado e de protecção individual.

O objectivo deste estudo foi caracterizar a saúde oral e seus determinantes numa população de jovens adultos institucionalizados, elaborar um programa de educação e motivação para a higiene oral e, adicionalmente, avaliar a eficácia do programa aplicado.

Material e Métodos

Caracterização da amostra

Este estudo, de carácter longitudinal, foi efetuado numa população de 23 crianças/adolescentes institucionalizados na Casa do Gaiato de Paço de Sousa, com idades compreendidas entre os 12 e os 23 anos.

Ética

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. O responsável legal das crianças menores e os jovens adultos receberam informação escrita (Anexo 1) respeitante aos objetivos e métodos do estudo. A participação no estudo foi efetivada após a assinatura da declaração de consentimento (Anexo 2) pelo responsável legal dos menores ou pelos adolescentes quando maiores de idade.

Foi efetuada a codificação dos questionários e fichas clínicas de acordo com as regras de proteção dos dados.

Recolha de Dados

O estudo foi desenvolvido durante 2 meses, estendendo-se de janeiro a fevereiro de 2013. Os participantes foram divididos em dois grupos, com um momento de observação no início e ao fim de dois meses sendo que um grupo foi sujeito a motivação intermédia (B) e outro não (A). A cronograma dos momentos de avaliação encontram-se representados no quadro 1

Quadro 1- Cronograma dos momentos de avaliação	
Dia 0 (Grupo A+B)	<ul style="list-style-type: none">• Aplicação do questionário sobre os conhecimentos dos determinantes da saúde oral• Avaliação do Índice de Higiene Oral Simplificado e CPOD• Motivação para a saúde oral• Avaliação microbiológica da Saliva
Dia 15 (Grupo B)	<ul style="list-style-type: none">• Motivação para a saúde oral
Dia 30 (Grupo A+B)	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação do Índice de Higiene Oral Simplificado e CPOD• Avaliação microbiológica da saliva

A cada participante foi aplicado um questionário (Anexo 3), sobre a forma de entrevista, com o objectivo de caracterizar os conhecimentos sobre a etiologia e prevenção de cárie dentária, bem como os hábitos relacionados com a saúde oral. As questões abordavam os temas de auto-percepção de saúde oral, frequência de escovagem, uso de meios auxiliares de higiene oral, visitas ao médico dentista e hábitos de consumo de alimentos cariogénico.

Foi realizado um exame oral não-invasivo, por uma única pesquisadora treinada e calibrada, numa sala sob iluminação natural e com auxílio de espelho oral e sonda “CPI”. O participante estava sentado numa cadeira e o examinador estava num plano superior de forma a otimizar a observação. Os resultados foram registados em fichas clínicas elaboradas especificamente para a pesquisa. (Anexo 4 e 5)

No exame clínico avaliou-se a história passada e presente de cárie (CPOD), a higiene oral dos participantes através do índice de higiene oral simplificado (IHOS) e adicionalmente foi efectuada a recolha de saliva não estimulada para avaliação microbiológica.

O IHOS tem dois componentes, Índice de Placa (IP) e Índice de Cálculo (IC). Os dentes pré-seleccionados, 16 (V), 11 (V), 26 (V), 36 (L), 31 (V) E 46 (L), são quantificados de 0 a 3, representando a quantidade de cálculo e placa bacteriana. Para cada indivíduo, a pontuação de ambos os índices é somada e dividida pelo número de superfícies observadas. O IHOS resulta da soma do IP com IC. Relativamente ao estado da dentição, cada paciente foi avaliado segundo do índice CPO, de acordo com os critérios preconizados pela OMS, e obtido através da soma dos dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O).

A recolha de saliva foi feita, pedindo cada participante para cuspir num godé estéril. Foram retirados 20 microLitros da saliva recolhida, com auxílio de uma pipeta esterilizada para um eppendorf com meio BHI (Brain Heart Infusion) 20% glicerol com a quantidade de 1:1.

Para o estudo microbiológico utilizaram-se 88 placas de Petri com meio BHI e 308 *Eppendorfs* esterelizados para executarmos duas diluições, 10^{-5} e 10^{-6} , do meio 1:1 BHI 20% glicerol: Saliva do participante. Em cada placa de Petri foram colocados 20 microlitros de cada *Eppendorf* na placa de Petri correspondente, foram incubadas numa Estufa a 37° C. A contagem das colónias foi feita após 24 e 48 horas.

Adicionalmente os participantes foram submetidos a um conjunto de atividades educativas com o objectivo de dar a conhecer quais os factores de risco relacionados

com a cárie dentária e doença periodontal, utilizando modelos e escovas, recursos audiovisuais e atividades educativas. Foi ensinada a técnica de escovagem individual a cada participante de acordo com as suas capacidades, usando o revelador de placa, espelho e elogios como motivação.

Estatística

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados no programa estatístico IBM SPSS Statistics 21 (*Statistical Package for Social Science*) e Microsoft Excel 2010. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio padrão. O valor médio do IHOS entre as duas avaliações foi comparado com recurso ao teste de t-student. Foi usado o teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2) e o teste exacto de Fischer, quando aplicável, para analisar a associação entre as variáveis categóricas. Considerou-se um nível de significância de 0,05%.

Resultados

O estudo contou com a participação de um total de 23 participantes, sendo que 11 pertenciam ao Grupo A e 12 ao Grupo B (com reforço da motivação). Todos os jovens eram do sexo masculino. A idade média dos participantes foi $17,58 \pm 4,24$ anos, de acordo com a tabela I :

Tabela I – Caracterização da distribuição ds idade dos participantes

	n	Mínimo	Máximo	Média±Desvio Padrão
Grupo Total	23	9	25	$17,58 \pm 4,24$
Grupo A	11	14	23	$17,94 \pm 3,25$
Grupo B	12	9	25	$17,71 \pm 5,29$

Estado de saúde e higiene oral dos participantes

No início do estudo o valor $IHOS_{inicial}$ para a amostra total foi de $1,59 \pm 0,69$, no fim do programa registou-se um $IHOS_{final}$ de $0,86 \pm 0,51$ (Tabela II).

Tabela II - Caracterização do estado de saúde e higiene oral dos participantes

	n	Minimo	Máximo	Média±Desvio Padrão	p
$IHOS_{inicial}$	23	0,83	3,83	$1,59 \pm 0,69$	
$IHOS_{final}$	23	0,00	1,67	$0,86 \pm 0,51$	$\leq 0,001$
CPOD	23	0,00	8,00	$1,91 \pm 2,23$	

Considerando a amostra por grupos, o grupo sem motivação (grupo A) passou de um IHOS_{inicial} de 1,30±0,36 para um IHOS_{final} de 0,86±0,48, o grupo com motivação adicional (Grupo B) passou de um IHOS_{inicial} de 1,85±0,82, para um IHOS_{final} de 0,85±0,57, como descrito na Tabela III.

Tabela III - IHOS Grupo sem Motivação (A) Vs Grupo com Motivação (B)

		Média			
		n	Inicial±Desvio Padrão	Final±Desvio Padrão	p
IHOS					
Grupo A	11	1,30±0,36	0,86±0,48		≤0,001
IHOS					
Grupo B	12	1,85±0,82	0,85±0,57		

Caracterização dos hábitos relacionados com a saúde oral

Os participantes demonstraram ter alguns conhecimentos sobre etiologia da cárie e saúde oral, dentro dos quais como proceder para manter a saúde oral (Tabela IV).

Relativamente aos conhecimentos da etiologia da cárie verificamos que apenas 43,5% sabiam que consumir muito açúcar é um factor que leva ao aparecimento de cárie, e a maioria achava que os meios adicionais de remoção de placa bacteriana não são importantes para manter a saúde oral .

Tabela IV- Caracterização dos conhecimentos de saúde oral e da etiologia da cárie dos participantes no momento inicial e final

Caraterização dos conhecimentos de saúde oral	Sim n(%) Inicial - Final	Não n(%) Inicial - Final	p
Causas para o Aparecimento de Cárie			
Antibióticos	2 (8,7) – 2 (8,7)	19 (82,6) - 19(82,6)	
Não ir ao Dentista	8 (34,8) – 11 (47,8)	13 (56,5) – 12 (52,2)	
Má Higiene Oral	13 (56,5) – 17 (73,9)	8 (34,8) – 6 (26,1)	
Bacterias	11 (47,8) – 9 (39,1)	10 (43,5) – 14 (60,9)	≥0,05
Consumir muito açúcar	10 (43,5) – 11 (47,8)	11 (47,8) – 12 (52,2)	
Como manter Saúde Oral			
Alimentação equilibrada	8 (34,8) – 15 (65,2)	15 (65,2) – 8 (34,8)	
Baixo consumo de Açucar	11 (47,8) – 12 (52,2)	12 (52,2) – 11 (47,8)	
Escovar os dentes	21 (91,3) – 20 (87)	2 (8,7) – 3 (13)	≥0,05
Usar Fio Dentário	4 (17,4) – 11(57,8)	19 (82,6) – 12 (52,2)	
Usar Colutório	6 (26,1) – 6 (26,1)	17 (73,9) – 17 (73,9)	

Dentro dos hábitos de higiene oral, verificou-se que 30,4% só efetuavam uma escovagem, 47,8% efetuavam duas escovagens e 21,7 % faziam três escovagens diárias.

No fim do programa 73,9% já efetuavam duas escovagens diárias (Tabela VI) .

Tabela VI- Caracterização dos Hábitos de higiene

Caracterização dos hábitos de higiene oral	n (%) inicial	n (%) final	p
Uma escovagem	7 (30,4)	1 (4,3)	≥0,05
Duas escovagens	11 (47,8)	17 (73,9)	
Três escovagens	5 (21,7)	4 (17,4)	
Não sabe / Não responde	0 (0)	1 (4,3)	

Caracterização da contagem microbiológica salivar total

Não se observou uma diminuição significativa no número de colónias de microrganismos salivares quando considerados os participantes por grupos (com e sem motivação intermédia) .

Discussão

O presente estudo contribuiu para caracterizar o impacto do reforço da motivação nos hábitos de higiene oral de uma população de adolescentes e jovens adultos institucionalizados. Adicionalmente permitiu a caracterização dos conhecimentos sobre a etiologia da cárie dentária.

O nosso estudo foi implementado numa população de jovens institucionalizados. Com esta escolha pretendeu-se obter uma população homogénea quanto às suas características socio-económicas e culturais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o grupo de Estudos Internacionais Colaborativos (ICS-I ou II), fizeram uma comparação entre o gradiente social em adolescentes com experiência de cárie e doença periodontal em países de alta e baixo rendimento, e a variedade de sistemas de serviços de saúde oral.^[6] As disparidades sociais no que diz respeito à saúde oral são mais visíveis em países subdesenvolvidos, sendo mais comum em indivíduos de menor nível sócio-económico.^[6,11] Overton et al, afirmam que a educação para a saúde oral é definida como um conjunto de informação planeada, com atividades de aprendizagem, ou experiências que se destinam a promover a saúde oral.^[23]

A qualidade e frequência adequada de escovagem são ferramentas importantes para a manutenção de uma boa saúde oral devendo os Programas de Promoção de saúde oral serem contemplados com o ensino de técnicas de escovagem dentária para que se possa observar uma melhoria da qualidade de escovagem dos participantes.^[20] Para Sharma & Galustians et al, a escovagem é a primeira linha de defesa contra a placa bacteriana e a gengivite.^[33] Løe et al, documentaram que quando ocorria interrupção da escovagem havia uma rápida acumulação de placa bacteriana e desenvolvimento de gengivite num período de três semanas.^[33] No nosso estudo os jovens foram instruídos a escovar os dentes pela técnica de Bass, adaptada à capacidade de cada um, e a usar o fio dentário diariamente. A técnica de Bass é frequentemente recomendada por ser particularmente eficiente na remoção de placa na margem gengival e, assim, na prevenção de patologias periodontais.^[20] Os participantes mostraram-se receptivos a alterarem os hábitos de higiene, reflectiu-se isso numa diminuição significativa do índice de placa em ambos os grupos, embora esta melhoria fosse mais evidente no grupo sujeito a motivação intermédia. Estudos comprovam que sessões de reforço

parecem ser indispensáveis para reduzir, significativamente, os níveis de placa bacteriana.^[31,32]

Através do questionário implementado verificamos que somente uma pequena percentagem tinha conhecimentos sobre a etiologia da cárie. Apenas 47,8% sabiam que a “má higiene oral” era um factor etiológico de cárie, e 17,4% sabiam que os meios adicionais de remoção de placa bacteriana eram importantes para manter a saúde oral. No final do programa 73,9% já consideravam a “má higiene oral” como um fator etiológico de cárie, e 47,8% sabiam que era importante o uso de fio dentário para manter a saúde oral. Adicionalmente verificaram-se, nos nossos participantes, melhorias nos conhecimentos e procedimentos relativos à prevenção da cárie .

Baranowski et al, afirmam que embora a educação para a saúde oral possa ser veiculada por pais e professores, tem sido referido que quando em programas de promoção de saúde oral, os participantes são expostos à análise clínica de um profissional de medicina dentária e a questionários sobre a higiene oral, pode haver efeitos positivos sobre a higiene oral do participante.^[26]

Os materiais educacionais usados como o revelador de placa bacteriana, o ensino de técnicas corretas de escovagem (método e frequência) e o uso do fio dentário podem ter contribuído para a melhoria dos valores do índice de higiene oral observado nos participantes. De acordo com Kay e Locker, as intervenções educativas que visam reduzir os níveis de placa bacteriana e melhorar a saúde gengival podem ser bem sucedidas.^[34] Os nossos resultados estão de acordo com os observados numa população de estudantes brasileiros nos quais foram aplicadas duas estratégias motivacionais semelhantes às usadas no nosso estudo.^[33]

A utilização do revelador de placa como meio motivacional não é consensual. Tan et al mostraram que o retorno obtido pela visualização da placa através da utilização do revelador de placa não resultou num aumento significativo do controlo da placa bacteriana, ao contrario do ensinamento correto técnicas de escovagem.^[35]

F. Schäfer et al, observaram que a oferta de dispositivos de feedback na Promoção de saúde e higiene oral pode levar a um aumento da motivação e melhorias na remoção da placa.^[30] Ramona et al, concluíram que a motivação nos programas educativos de prevenção de saúde oral, tem grande importância na redução do índice de

placa bacteriana assim como no índice de sangramento gengival, sendo muito mais efetiva se for acompanhada de sessões de reforço continuado, tal como se verificou no nosso estudo.^[33]

Tem sido referido que os ganhos imediatos decorrentes da implementação de medidas corretas de controlo da placa bacteriana (hálito fresco e dentes limpos) são uma ferramenta motivacional com maior impacto do que os benefícios expectáveis a longo prazo, tais como a prevenção da cárie dentária e da doença periodontal.^[26]

As bases de dados são úteis nos programas de promoção de saúde oral quando se avaliam várias características.^[23] De acordo com um modelo de comunicação para a mudança de comportamento os programas de promoção de saúde oral podem ser projetados com base na estratégia de persuasão de informação, de forma a influenciar os conhecimentos e as atitudes.^[34]

Os três métodos principais para veicular a mensagem nos programas de promoção de saúde oral são a forma verbal, a escrita e métodos audio-visuais.^[34] O programa de saúde oral implementado transmitiu conhecimentos sobre a etiologia da cárie dentária e formas de prevenção desta através da implementação destes três métodos.

Um estudo sobre o relacionamento entre cárie dentária e uma dieta rica em açúcar, comprovou que os alimentos ricos em açúcar são um factor de risco para a cárie dentária.^[23] Durante as apresentações foi demonstrada a relação que existe entre a saúde oral e a saúde em geral. No nosso estudo os participantes demonstraram ter compreendido o papel dos açúcares na etiologia da cárie pois 39,1% dizia consumir raramente alimentos açucarados, no fim do estudo verificamos que esta percentagem aumentou para 47,8%.

Conclusão

A implementação de um programa de saúde oral nesta população reduziu significativamente o índice de higiene oral simplificado (IHOS), num período de dois meses. Esta diminuição observou-se em ambos os grupos de estudo. No entanto, é de referir, que esta descida foi maior no grupo sujeito a motivação realçando a importância do reforço da motivação nos programas de saúde oral.

Bibliografía

1. Ottawa Charter for Health Promotion. Health promotion international, and Canadian journal of public health.1986; 77: 425–430
2. Benzian H, Nackstad C, Barnard, J. The role of the FDI World Dental Federation in global oral health. Bulletin of World Health Organization. 2005; 83(9): 719-120
3. Barriuso L, Sanz B. Variables asociadas al uso de los servicios de salud bucodental por la población preescolar en España: un análisis de la encuesta nacional de salud. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86: 115-124.
4. Gaio, DC, Moysés, SJ, Bisinell, JC, Franc, BHS, Moysés, ST. Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. Health Promotion International. 2010; 25(4): 425-434.
5. Mullally B. Child oral health promotion experiences in Northern Ireland. Br Dent J. 2002; 192(3): 175.
6. Mbawalla HS, Masalu JR, Åstrøm AN. Socio-demographic and behavioral correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, the Limpopo - Arusha school health project (LASH): A cross-sectional study. BMC Paediatrics 2010, 10: 87.
7. Unfer B, Saliba O. Evaluate of popular knowledge and everyday practices in oral health. Rev Saúde Pública 2000; 34(2): 190-195.
8. Saliba-Garbin CA, Ispier-Garbin AJ, Moreira-Arcieri R et al. La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente - Adolescents' perception of oral health. Rev. Salud Pública 2009; 11(2): 268-277.
9. Silveira JL, Oliveira Vd, Padilha WW. Evaluation of the reduction of the visible plaque index and of the gum bleeding index in a program of oral health promotion for children. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16(2):169-174.
10. Barriuso Lapresa L, Sanz Barbero B, Hernando Arizaleta L. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. An Pediatr (Barc). 2012;76(3):140-147.
11. Vettore MV, Moysés SJ, Sardinha LM, Iser BP. Socioeconomic status, tooth brushing frequency and health-related behaviors in adolescents: an analysis using the PeNSE database. Cad. Saúde Pública. 2012; 28 Suppl: 101-13.

12. Correa CRS, Saintrain MVL, Fernandes APGV. Adolescent oral health: odontological needs raised by community health agents. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2012; 25(2): 131-138.
13. Gontijo DT, Buiati PC, Santos RL, Ferreira ATD. Factors related to the institutionalization of children and adolescents received in the district of Uberaba. MG. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2012; 25(2): 139-150.
14. Silvestre JAC, Dias MAS, Teixeira EH. Conceptions of health promotion present at the National Oral Health Conferences. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2012; 25(3): 305-310.
15. Oliveira ET, Lima Junior JF, Soares FNCS, Maia ER. Social dentistry in the context of Health Promotion. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2008; 21 (1): 75-79
16. Simpson DD. A Framework for Implementing Sustainable Oral Health Promotion Interventions. *J Public Health Dent*. 2011 Winter; 71 Suppl 1:S84:94.
17. Passalacqua A, Reeves AO, Newton T, Hughes R, Dunne S, Donaldson N, Wilson N. An assessment of oral health promotion programmes in the United Kingdom. *Eur J Dental Educ*. 2012; 16(1): 19-26.
18. Vieira APGF, Karbage JP. The impact of dental care in oral health of children. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2011; 24(1): 10-15.
19. Maia MAC, Santos JS. Quality of life in the Family Health Program: the view of community health workers and users. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2011; 24(3): 228-237.
20. Harnacke D, Mitter S, Lehner M, Munzert J, Deinzer R. Improving Oral Hygiene Skills by Computer-Based Training: A Randomized Controlled Comparison of the Modified Bass and the Fones Techniques. *PLOS ONE*. 2012; 7(5). doi:10.1371/journal.pone.0037072.
21. Knevel RJM, Neupane S, Shresst B, Mey L. Buddhi Bangara Project on oral health promotion: a 3- to 5-year collaborative programme combining support, education and research in Nepal. *Int J Dent Hyg*. 2008; 6(4): 337–346.
22. D’Cruz AM, Aradhya S. Impact of oral health education on oral hygiene knowledge, practices, plaque control and gingival health of 13- to 15-year-old school children in Bangalore city. *Int J Dent Hygiene*. 2013; 11(2): 126-133.

23. Yazdani R. Dental health and school-based health education among 15-year-olds in Tehran, Iran [Academic Thesis]. Helsinki, Finland: University of Helsinki Finland; 2009.
24. Garcia LB, Bulla JR, Kotaka CR, Tognim MCB, Cardoso CL. Bacteriological and salivary tests for evaluation of caries risk. *Rev Bras Análises Clínicas*. 2009; 41(1): 69-76.
25. Hioe KP, van der Weijden GA. The effectiveness of self-performed mechanical plaque control with triclosan containing dentifrices. *Int J Dent Hyg*. 2005; 3(4): 192–204.
26. Yazdani R, Vehkalahti MM, Nouri M, Murtomaa H. School-based education to improve oral cleanliness and gingival health in adolescents in Tehran, Iran. *Int J Paediatr Dent*. 2009; 19(4): 274-281.
27. Zwig JM, Phillips SD, Lindberg LD. Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *J Adolesc Health*. 2002; 31: 343-353.
28. Hublet A, De Bacquer D, Valimaa R, Godeau E, Schmid H, Rahav G, et al. Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC Public Health*. 2006; 6:280.
29. Alamian A, Paradis G. Correlates of multiple chronic disease behavioral risk factors in Canadian children and adolescents. *Am J Epidemiol* 2009; 170:1279-1289
30. Schäfer F, Nicholson JA, Gerritsen N, Wright RL, Gillam DG, Hall C. The effect of oral care feed-back devices on plaque removal and attitudes towards oral care. *Int Dent J*. 2003; 53(6 Suppl 1): 404-408.
31. Saba-Chujfi E. Avaliação de diferentes métodos de motivação em relação à higiene bucal aplicados em crianças de 7 e 12 anos de idade [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1986.
32. Turssi CP, Marcantônio RAC, Boeck EM, Rocha AL. Influência do reforço da motivação no controle da placa bacteriana em escolas da zona rural. *Rev ABOPREV*. 1998; 1:16-21.
33. Toassi R, Petry P. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(5): 634-7.
34. Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health*. 1998; 15(3):132-144

35. Tan AE, Wade AB. The role of visual feedback by a disclosing agent in plaque control. *J. Clin Periodontal* 1980; 7(2): 140-148

ANEXOS

Explicação do estudo

“Impacto do Reforço da Motivação num Programa de Promoção de Saúde Oral”

Sou aluna da faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e este ano realizo a minha Tese de Mestrado Integrado. Pretendo desenvolver um estudo onde vou avaliar o impacto da motivação da saúde oral nos programas de promoção de saúde oral. Para tal, pretendo realizar uma ação de promoção de saúde oral, onde será avaliado o estado de saúde oral e ensinada a técnica de escovagem mais adequada a cada participante, assim como o estudo microbiológico da saliva. Tendo em conta que a saúde oral é um componente integral na saúde geral e que é fundamental uma correta higiene oral, peço que autorize o presente estudo.

Os participantes serão submetidos a um conjunto de atividades educativas para prevenção da cárie dentária e doença periodontal, utilizando recursos audiovisuais, escovas e uma escovagem supervisionada. Será ainda avaliado o estado de saúde oral de cada paciente através do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), da soma das superfícies cariadas, perdidas e obturadas (CPOS), Índice de Hemorragia Pós-Sondagem Simplificado (IHPSS) e estudo microbiológico salivar. Para a recolha de dados, será elaborado um inquérito e uma ficha clínica, referente a cada participante.

Desde já agradeço,

Mariana Moreira da Silva e Sena Jorge

(Estudante 5º Ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária)

Declaro que recebi, li e compreendi a explicação do estudo:

(Representante legal)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

Título: «Impacto do Reforço da Motivação num Programa de Promoção de Saúde Oral»

_____ (nome completo),
compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a), sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra assegurada. Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos desde que irreversivelmente anonimizados.

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do(a) responsável do participante:

A Investigadora

_____ (tlm: 913757229 mariana_jorge@msn.com)

A Orientadora:

_____ (mpereira@fmd.up.pt)

A Co-Orientadora

_____ (ipires@gmail.com)

QUESTIONÁRIO

É constituído por 22 questões. O tempo estimado de resposta ao questionário é de aproximadamente 10 minutos.

A participação no estudo é voluntária e toda informação fornecida é confidencial. Agradeço a disponibilidade e colaboração neste estudo.

Ano de nascimento? |__|__|__|__|

1. Como considera o seu estado de saúde oral em termos globais?

- ₁ Mau
- ₂ Razoável
- ₃ Bom
- ₄ Excelente
- ₉ Não sabe / Não Responde

2. Quais são as principais causas para o aparecimento da cárie dentária (pode assinalar mais que uma resposta)

- ₁ Antibióticos
- ₂ Não ir ao dentista
- ₃ Má higiene oral
- ₄ Bactérias
- ₅ Consumir muito açúcar
- ₉ Não sabe / Não Responde

3. O que fazer para manter a saúde oral. Pode, se assim desejar, assinalar mais que uma resposta:

- ₁ Alimentação equilibrada
- ₂ Baixo consumo de açúcar
- ₃ Escovar os dentes
- ₄ Usar fio dentário
- ₅ Usar um colutório (liquido para bochechar)
- ₆ Ir ao dentista
- ₉ Não sabe / Não Responde

4. Quando consultou o médico dentista pela última vez?

- ₁ Há menos de 1 ano
- ₂ Entre 1 - 3 anos
- ₃ Há mais 3 anos
- ₉ Não sabe / Não responde

5. Recorda-se do motivo da última ida ao dentista?

- ₁ Rotina
- ₂ Dor
- ₃ Nunca visitou
- ₄ Outro
- ₉ Não sabe / Não responde

6. Acha que a alimentação vai influenciar a saúde oral?

- ₁ Não
- ₂ Sim
- ₉ Não sabe / Não responde

7. Quantas vezes escova os dentes por dia?

₀ Não escova

₁ 1 Vez

₂ 2 Vezes

₃ 3 Vezes

₉ Não sabe / Não responde

8. Indique quais os momentos de escovagem?

Após o pequeno - almoço

₀ Não

₁ Sim

₉₉ Não sabe / Não responde

Após o almoço

₀ Não

₁ Sim

₉ Não sabe / Não responde

Após o jantar

₀ Não

₁ Sim

₉₉ Não sabe / Não responde

Outros momentos _____

9. Utiliza algum meio adicional de remoção de placa bacteriana (fio dentário ou escovilhão)?

₀ Nunca usa

₁ 1 Vez/dia

₂ Mais de 1 vez/dia

₃ Ocasionalmente

₉ Não sabe / Não responde

10. Utiliza regularmente algum produto para Bochechar?

₀ Nunca usa

₁ 1 Vez/dia

₂ Mais de 1 vez/dia

₃ Ocasionalmente

₉ Não sabe / Não responde

Se usa. Qual: _____

11. Com que frequência consome refrigerantes não gaseificados (ice-tea, bongo)?

₀ Não consome

₁ Raramente

₂ 1 vez semana

₃ 1 vez por dia

₄ 2 ou mais vezes por dia

12. Quando consome refrigerantes não gaseificados (ice-tea, bongo) qual o momento do dia?

- ₁ Normalmente no intervalo das refeições
- ₂ Normalmente a acompanhar as refeições
- ₃ Normalmente no intervalo e acompanhar as refeições
- ₄ Normalmente á noite quando já se encontra deitado

13. Com que frequência consome refrigerantes gaseificados (coca-cola,fanta)?

- ₀ Não consome
- ₁ Raramente
- ₂ 1 vez semana
- ₃ 1 vez por dia
- ₄ 2 ou mais vezes por dia

14. Quando consome refrigerantes gaseificados (coca-cola, fanta) qual o momento do dia?

- ₁ Normalmente no intervalo das refeições
- ₂ Normalmente a acompanhar as refeições
- ₃ Normalmente no intervalo e acompanhar as refeições
- ₄ Normalmente á noite quando já se encontra deitado

15. Com que frequência consome sumos de fruta (natural ou nêctar)?

- ₀ Não consome
- ₁ Raramente
- ₂ 1 vez semana
- ₃ 1 vez por dia
- ₄ 2 ou mais vezes por dia

16. Quando consome sumos de fruta (natural ou nêctar) qual o momento do dia?

- ₁ Normalmente no intervalo das refeições
- ₂ Normalmente a acompanhar as refeições
- ₃ Normalmente no intervalo e acompanhar as refeições
- ₄ Normalmente á noite quando já se encontra deitado

17. Com que frequência consome chocolate?

- ₀ Não consome
- ₁ Raramente
- ₂ 1 vez semana
- ₃ 1 vez por dia
- ₄ 2 ou mais vezes por dia

18. Quando consome chocolate qual o momento do dia?

- ₁ Normalmente no intervalo das refeições
- ₂ Normalmente como sobremesa das refeições
- ₃ Normalmente á noite quando já se encontra deitado

19. Com que frequência consome alimentos açucarados (Bolos e bolachas)? ₀ Não consome

- ₁ Raramente
- ₂ 1 vez semana
- ₃ 1 vez por dia
- ₄ 2 ou mais vezes por dia

20. Quando consome alimentos açucarados (Bolos e bolachas qual o momento do dia?

- ₁ Normalmente no intervalo das refeições
- ₂ Normalmente como sobremesa das refeições
- ₃ Normalmente á noite quando já se encontra deitado

21. Com que frequência consome guloseimas (gomas, caramelos e rebuçados)?

₀ Não consome

₁ Raramente

₂ 1 vez semana

₃ 1 vez por dia

₄ 2 ou mais vezes por dia

22. Quando consome guloseimas (gomas, caramelos e rebuçados) qual o momento do dia?

₁ Normalmente no intervalo das refeições

₂ Normalmente como sobremesa das refeições

₃ Normalmente á noite quando já se encontra deitado

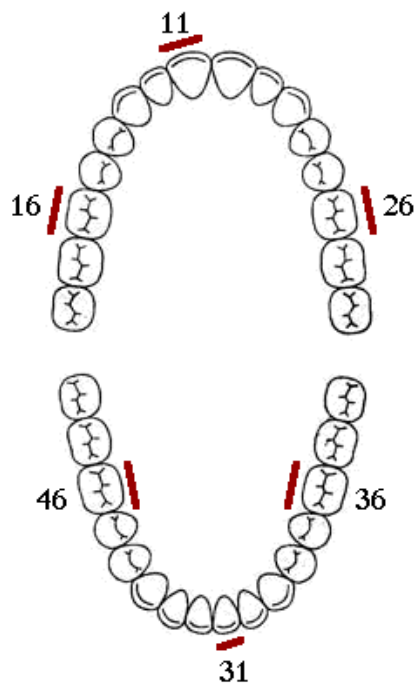
Muito obrigado pela sua colaboração!

Ficha Clínica

Código do Participante: _____

DATA: _____

Índice de Higiene oral simplificado (IHOS)



DENTE	Placa bacteriana	Cálculo
16		
11		
26		
36		
31		
46		

Índice de placa

- 0- Não tem placa nem manchas;
- 1- Placa não ultrapassa 1/3 da superfície do dente, ou presença de manchas extrínsecas sem outros detritos;
- 2- Entre 1/3 e 2/3;
- 3- Mais de 2/3.

Índice de cálculo

- 0- Sem cálculo;
- 1- Cálculo supragengival não cobre mais de 1/3 da superfície exposta;
- 2- Entre 1/3 e 2/3 ou presença de manchas individuais de cálculo subgengival ao redor da porção cervical do dente, ou ambos;
- 3- Mais 2/3 ou banda contínua de cálculo

CPO

CPO		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75		

Códigos:

0	São	A
1	Cárie	B
2	Obturado + Cárie	C
3	Obturado s/ cárie	D
4	Perdido por cárie	E
5	Ausente	
6	Selante	F
7	Pilar ou coroa	G
8	Não erupcionado	
T	Fractura	T
9	Excluído	

