

Sara Emídio Azevedo

A Saúde Oral em Dentição Infantil

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Sara Emídio Azevedo

A Saúde Oral em Dentição Infantil

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Sara Emídio Azevedo

A Saúde Oral em Dentição Infantil

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Porto, 2015

Resumo

Objectivo: perceber quais os hábitos e conhecimentos de pais de crianças até 36 meses de idade, relativamente à saúde oral dos filhos e, fornecer-lhes as ferramentas necessárias para que possam reunir as condições adequadas para o correcto crescimento, desenvolvimento e funcionamento da sua cavidade oral. **Métodos:** foi desenvolvido um estudo piloto observacional descritivo, aplicado aos pais, a frequentar a IPSS – Centro Social de Esgueira, da cidade de Aveiro, freguesia de Esgueira. A amostra total é constituída por 73 participantes. A colheita de dados foi efectuada através de um inquérito, que serviu de base à realização de uma pequena palestra. Os dados recolhidos, foram introduzidos numa folha de cálculo do Microsoft Office Excel 2007 para Windows (Microsoft®), a partir da qual foi realizada a análise estatística descritiva. Os testes de Qui-quadrado foram substituídos pelos testes de Exacto de Fisher, efectuados no programa “OpenEpi”, disponível em <www.openepi.com>, devido à diminuta dimensão de amostra. **Resultados e Conclusão:** verificou-se que os pais apresentavam conhecimentos sobre temas como a amamentação, biberão, dentífrico fluoretado adaptado à idade e momento de interrupção da chupeta. Reconhecendo também a importância da higiene oral e do tratamento dos dentes decíduos. No entanto, registou-se maior desconhecimento em temas importantes, como a primeira visita ao médico dentista, hábitos de higiene oral antes da erupção do primeiro dente e que medidas adoptar em caso de traumatismo. Observou-se também, uma elevada percentagem de crianças com hábitos de sucção não nutritivos (chupeta e sucção digital). Assim, revela-se importante a realização de acções de promoção de saúde oral, principalmente acerca dos temas em que foi revelado maior desconhecimento.

Palavras-chave: “amamentação”, “biberão”, “dentífrico”, “higiene oral”, “hábitos não nutritivos”, “chupeta”, “sucção digital”, “dentição primária”, “trauma dental”, “odontopediatria”, “educação saúde oral” e “saúde oral”.

Abstract

Objective: understand which children habits and parents knowledge up to 36 months old, regarding the oral health of children and providing them the tools so they can achieve the necessary conditions for the proper growth, development and operation of its oral cavity. **Methods:** it was developed by a descriptive observational pilot study, applied to parents, to attend IPSS – Centro Social de Esgueira, in the city of Aveiro, Esgueira parish. The total sample consists in 73 participants. Data collection was conducted through a questionnaire, which served as the basis for making a short talk. The data collected in the questionnaire were introduced in Microsoft Office Excel 2007 spreadsheet for Windows (Microsoft), from which the descriptive statistical analysis was performed. Chi-Square tests were replaced by Fisher's Exact test, carried out in "OpenEpi" program, available at <www.openepi.com> due to the very small sample size. **Results and Conclusion:** it was found that the parents had knowledge on topics such as breastfeeding, bottle feeding, fluoridated toothpaste adapted to age and time of the pacifier interruption. Recognizing also the importance of oral hygiene and the treatment of primary teeth. However, there was greater ignorance on important issues such as the first visit to the dentist, oral hygiene habits before the first tooth eruption and the measures taken in the event of injury. There was also a high percentage of children with non-nutritive sucking habits (pacifier and finger sucking). Thus, it is revealed important to conduct oral health promotion activities, particularly on the issues which were revealed greater ignorance.

Keywords: “breastfeeding”, “bottle”, “toothpaste”, “oral hygiene”, “sucking non-nutritive”, “pacifier”, “finger sucking”, “primary tooth”, “dental trauma”, “pediatric dentistry”, “oral health education” e “oral health”.

DEDICATÓRIA

À minha Mãe

Ao meu Pai

Ao meu Irmão

À minha Irmã

Ao meu Namorado

À minha Tia

Ao meu Tio

À minha Prima

Ao meu Primo

À minha Avó

Ao meu Avô

A minha Avó Graça

Índice geral

| | pp. |
|--|------------|
| I. Introdução | 1 |
| II. Fase Conceptual | 3 |
| 1. Promoção e Prevenção de Saúde Oral | 3 |
| 2. Amamentação | 4 |
| 3. Biberão | 6 |
| 4. Higiene oral e Dentífrico fluoretado | 7 |
| i. Antes da erupção do primeiro dente | 7 |
| ii. Após erupção do primeiro dente | 8 |
| 5. Chupeta | 10 |
| 6. Sucção digital | 12 |
| 7. Traumatismo dentário | 13 |
| 8. Primeira visita ao Médico Dentista | 14 |
| 9. Importância do tratamento dos dentes decíduos | 15 |
| III. Fase Metodológica | 17 |
| 1. Tipologia do estudo | 17 |
| 2. População alvo | 17 |
| 3. Amostra | 17 |
| 4. Tamanho da amostra | 18 |
| 5. Tipo de amostragem | 18 |
| 6. Locais de colheita de dados | 19 |
| 7. Critérios de inclusão e exclusão | 19 |
| i. Critérios de inclusão | 19 |
| ii. Critérios de exclusão | 19 |
| 8. Plano operacional | 20 |
| 9. Autorizações | 21 |
| 10. Recursos | 21 |
| i. Materiais | 21 |
| ii. Humanos | 22 |
| iii. Financeiros | 22 |
| 11. Recolha de informação | 22 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| i. | Métodos | 22 |
| ii. | Caracterização do inquérito | 22 |
| 12. | Metodologia da análise estatística | 23 |
| IV | Apresentação de resultados | 24 |
| 1. | Caracterização da amostra | 24 |
| i. | Género | 24 |
| ii. | Idade | 24 |
| iii. | Amamentação e Biberão | 26 |
| iv. | Higiene oral e Dentífrico fluoretado | 30 |
| v. | Chupeta | 35 |
| vi. | Sucção digital | 39 |
| vii. | Traumatismo dentário | 42 |
| viii. | Primeira visita ao Médico Dentista | 42 |
| ix. | Importância do tratamento dos dentes decíduos | 45 |
| V | Análise e discussão de resultados | 46 |
| 1. | Género e Idade | 47 |
| 2. | Amamentação e Biberão | 47 |
| 3. | Higiene oral e Dentífrico fluoretado | 48 |
| 4. | Chupeta e Sucção digital | 50 |
| 5. | Traumatismo dentário | 51 |
| 6. | Primeira visita ao Médico Dentista | 52 |
| 7. | Importância do tratamento dos dentes decíduos | 52 |
| VI | Conclusão | 54 |
| VII | Bibliografia | 55 |
| VIII | Anexos | 61 |
| 1. | Consentimento Informando | 62 |
| 2. | Inquérito | 64 |
| 3. | Palestra | 67 |

Siglas e abreviaturas

AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry

ADA – American Dental Association

DGS – Direcção Geral de Saúde

EAPD – European Academy of Pediatric Dentistry

FDI – World Dental Federation

IADT – International Association for Dental Traumatology

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/World Health Organization

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Índice de Figuras

| Figura | Título | pp. |
|---------------|---|------------|
| 1 | Distribuição da amostra por género (em %) | 24 |
| 2 | Distribuição da amostra por faixa etária (em %) | 25 |
| 3 | Distribuição da amostra relativamente à questão “Foi amamentado?” (em %) | 26 |
| 4 | Distribuição da amostra relativamente à questão “Se foi amamentado, até que idade?” (em %) | 27 |
| 5 | “Acha que amamentação tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da sua cavidade oral?” (em %) | 28 |
| 6 | “Acha que o uso de biberão tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da sua cavidade oral?” (em %) | 28 |
| 7 | Distribuição da amostra relativamente à questão “Tem por hábito adormecer o seu filho com o biberão?” (em %) | 30 |
| 8 | Distribuição da amostra em relação aos hábitos de higiene oral antes da erupção do primeiro dente (em %) | 31 |
| 9 | Distribuição da amostra relativamente à utilização de dentífrico (em %) | 33 |
| 10 | Distribuição da amostra relativamente à utilização de Dentífrico adequado à idade (em %) | 34 |
| 11 | Distribuição da amostra relativamente à opinião se a higiene oral diária é fundamental (em %) | 34 |
| 12 | Se utiliza chupeta (em %) | 35 |
| 13 | Distribuição da amostra em relação à questão se já usou chupeta ou se nunca usou (em %) | 36 |
| 14 | Distribuição da amostra relativamente em relação ao momento em que deixou de usar chupeta (em %) | 37 |
| 15 | Distribuição da amostra relativamente à opinião sobre até que idade se deve usar chupeta (em %) | 38 |
| 16 | Distribuição da amostra relativamente à questão se a chupeta tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral (em %) | 38 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 17 | Distribuição da amostra em relação ao hábito de sucção digital (em %) | 39 |
| 18 | Distribuição da amostra relativamente à questão se a sucção digital apresenta benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral (em %) | 40 |
| 19 | Distribuição da amostra relativamente ao conhecimento sobre o que fazer em caso de traumatismos (em %) | 42 |
| 20 | Distribuição da amostra relativamente à questão “Já levou o seu filho ao dentista?” (em %) | 43 |
| 21 | Distribuição da amostra em relação à idade em que foi ao dentista pela primeira vez (em %) | 44 |
| 22 | Distribuição da amostra em relação à questão “Apresentando algum problema acha que se deve tratar os “dentes de leite”?” (em %) | 45 |

Índice de Tabelas

| Tabela | Título | pp. |
|---------------|--|------------|
| 1 | Recomendações em relação à utilização de dentífrico fluoretado | 9 |
| 2 | Organização da amostra | 18 |
| 3 | Relação entre as variáveis Género e Idade | 25 |
| 4 | Relação entre as variáveis Amamentação e Biberão (n) | 29 |
| 5 | Momentos em que realiza higiene oral após erupção do primeiro dente | 31 |
| 6 | Relação entre as variáveis hábitos antes e após erupção do primeiro dente (n) | 32 |
| 7 | Relação entre as variáveis utilização de Dentífrico e Idade | 33 |
| 8 | Em que faixa etária deixou de usar chupeta (n) | 36 |
| 9 | Relação entre o tempo de amamentação e o uso de chupeta (n) | 39 |
| 10 | Relação entre as variáveis Amamentação e Sucção digital (n) | 40 |
| 11 | Relação entre as variáveis Chupeta e Sucção digital (n) | 41 |
| 12 | Relação entre as variáveis Chupeta (já usou ou nunca usou) e Sucção digital (n) | 41 |
| 13 | Distribuição da amostra relativamente à faixa etária em que os inquiridos levaram o filho ao dentista (n) | 43 |
| 14 | Distribuição da amostra em relação à opinião sobre o momento ideal para a primeira consulta ao médico dentista | 44 |

I. Introdução

Hábitos correctos, como por exemplo, uma adequada higiene oral, dieta e visitas regulares ao médico dentista, devem fazer parte do quotidiano do bebé o mais cedo possível, mesmo antes da presença dos primeiros dentes. A prevenção é chave para uma óptima saúde oral.

“Ter saúde oral é muito mais do que ter dentes sãos. É ter práticas de higiene oral adequadas, comportamentos alimentares saudáveis e é ter qualidade de vida.” (DGS, 2008)

Os bebés são seres completamente dependentes dos pais ou responsáveis, por isso, a adopção precoce desses hábitos é da sua inteira responsabilidade. Assim, cabe aos pediatras e odontopediatras, alertar, motivar e orientar para os seus benefícios. Para que as crianças recebam uma adequada educação de saúde oral e a encarem como parte integrante da sua rotina, a realizem sem obrigação e se tornem adultos cientes da sua importância e relação ao nível da saúde geral, emocional, psicológica e social.

Acredito que a prevenção e promoção são o caminho para que a saúde oral em Portugal e no mundo, tenha melhorias consideráveis. Além disso, penso que os primeiros anos são cruciais para a instalação de hábitos na vida da criança e, sendo uma altura em que estão dependentes dos pais ou cuidadores, os mesmos devem ser “ensinados” e motivados a cerca do tema. Assim aproveitei para colocar em prática esta preocupação, para realização da dissertação de final de curso para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nos portais “Google Académico”, “DGS”, “ADA”, “AAPD”, “WHO”, “IADT”, “EAPD”, “Acta pediátrica portuguesa”, “FDI” e nas bases de dados “PubMed”, “SciELO”, “LILACS”, “B-On” e “ScienceDirect”. Com as seguintes palavras-chave: “breastfeeding”, “bottle”, “toothpaste”, “oral hygiene”, “sucking non-nutritive”, “pacifier”, “finger sucking”, “primary tooth”, “dental trauma”, “pediatric dentistry”, “oral health education” e “oral health”. Resultando na recolha de

artigos e outras referências bibliográficas em Português, Inglês e Espanhol publicadas entre 2000 e 2014.

O presente estudo piloto descritivo observacional, foi realizado na cidade de Aveiro, mais concretamente na freguesia de Esgueira, durante o ano lectivo de 2014/2015. O objectivo é perceber quais os hábitos e conhecimentos dos pais de crianças até aos 36 meses em relação à saúde oral dos seus filhos e também, fornecer-lhes as ferramentas necessárias para que possam assegurar que as crianças têm as melhores condições para o correcto crescimento, desenvolvimento e funcionamento da sua cavidade oral.

O estudo inclui a realização de um inquérito aos pais, para perceber as práticas e hábitos mais frequentes assim como, entender quais as maiores dúvidas e dificuldades no que diz respeito à saúde oral do seu filho. Após recolha dos inquéritos e caracterização da amostra, pretende-se realizar uma pequena palestra onde serão abordados todos os assuntos incluídos no inquérito, sendo dado maior ênfase aos temas onde se venha a revelar maior desconhecimento.

II. Fase Conceptual

1. Promoção e Prevenção de Saúde Oral

A prevenção de doenças orais não está apenas relacionada com a cárie dentária, mas também, com problemas gengivais, musculares, faciais, de fala, ortodônticos e estéticos. É importa salientar, que a maioria dos tratamentos de longa duração e com custo elevado, realizados na adolescência ou em idade adulta, podem ser facilmente evitados apenas com a adopção de medidas preventivas na 1ª infância. (Areias et al., 2008; Ferreira et al., 2011)

“A prevenção deve ser vista como base para uma educação que proporcione as condições para um óptimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento.” (Areias et al., 2008)

Os cuidados orais, perinatal e infantil, constituem um dos aspectos cruciais da intervenção precoce que, facilita mudanças de atitude e favorecimento de uma boa saúde bucal, o que permite a prevenção com sucesso de patologias orais. Além disso, dentro das suas diversidades socioculturais, as famílias têm um grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde oral nas crianças. (Faustino-Silva et al., 2008; FDI, 2014)

As crianças, entre o nascimento e os três anos, encontram-se numa situação de total dependência dos pais ou responsáveis. Assim, além de transmitir informações sobre como deveriam cuidar da saúde oral dos seus filhos, é necessário estimular e motivar a adopção de comportamentos adequados. Para isso, devem ser incluídos, em acções educativas de promoção de saúde oral. (Faustino-Silva et al., 2008; Figueira e Leite, 2008; Ferreira et al., 2011; FDI, 2014)

É indispensável, que os profissionais da área de pediatria adoptem medidas preventivas, que são da sua responsabilidade e façam as recomendações necessárias aos pais. Assim, a prevalência de cárie precoce de infância e má-oclusões é reduzida e consequentemente

diminuída as suas consequências físicas, económicas e emocionais na primeira infância. (Areias et al., 2008; Palma, Cahuana e Gómez, 2010)

2. Amamentação

Desde 1991 que a OMS, associada à UNICEF, tem vindo a reunir esforços a nível mundial com o objectivo de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. A AAPD e a OMS, recomendam que os bebés devem ser amamentados exclusivamente até aos 6 meses de vida, ou seja, não devem ingerir nenhum outro tipo de alimento ou bebida, se não o leite materno e, a partir dessa idade, deve ser iniciada a introdução de alimentos complementares. No entanto, a amamentação deve permanecer até a criança perfazer pelo menos 2 anos de idade. (WHO, 2001; Eidelman e Schanler, 2012; Kramer e Kakuma, 2012; AAPD, 2014a)

“A amamentação continua a ser o método mais indicado de alimentação do recém-nascido”. (Passos e Frias-Bulhosa, 2010)

As inúmeras investigações permitiram perceber que, o aleitamento materno proporciona múltiplas vantagens para a saúde geral do bebé, a nível nutricional e imunológico, com diminuição do risco de infecções gastrointestinais, respiratórias e do ouvido médio e com maior protecção relativamente ao Síndrome de Morte Súbita. Para além das vantagens inumeradas, também se regista protecção no desenvolvimento de doenças crónicas tais como, a asma e benefícios para a saúde materna, como por exemplo, diminuição do risco de cancro da mama e ovário. Importa ainda acrescentar o facto de fortalecer o elo afectivo mãe-bebé, de extrema importância para a saúde psicológica, mental e social da criança. (Aguiar e Silva, 2011; AAPD, 2014a)

A amamentação contribui para o correcto desenvolvimento do sistema estomatognático, pois, permite uma adequada sucção. Os lábios encontram-se bem acoplados (impedindo a entrada de ar), existe um óptimo posicionamento da língua e o ponto de sucção localiza-se na junção entre o palato duro e o mole. Além disso, até que o bebé se consiga alimentar, são necessários 4 movimentos: abertura, protrusão, fechamento e

retrusão. O esforço muscular resultante é normal e tem estímulos adequados para um crescimento ósseo e muscular correcto. (Casagrande et al., 2008; Romero et al., 2011)

Ao sistema estomatognático, estão associadas as funções de respiração, deglutição, mastigação e fala e as estruturas que o compõem agem em conjunto para um determinado fim. Portanto, qualquer alteração que surja numa das estruturas orofaciais pode resultar, num desequilíbrio generalizado. Assim, a amamentação é uma ferramenta fundamental para o correcto funcionamento da cavidade oral e boa saúde geral. (Bervian, Fontana e Caus, 2008; Casagrande et al., 2008)

Estudos indicam que o aleitamento materno afecta a prevalência de hábitos de sucção não nutritivos, que ao se tornarem persistentes, afectam a prevalência de respiração nasal e má oclusão. Assim, promover a amamentação auxilia a prevenção de hábitos de sucção não nutritivos ou deletérios (Casagrande et al., 2008; Passos e Frias-Bulhosa, 2010; Romero et al., 2011; Bueno et al., 2013)

Num país como Portugal, em que os índices de aleitamento materno são insuficientes, os profissionais envolvidos devem tornar-se mais proactivos no auxílio das mães, principalmente nas primeiras semanas pós-parto, dando apoio regular, incentivo e assistência. É extremamente relevante, que seja divulgada a importância da amamentação, informando os pais dos seus benefícios, quer no desenvolvimento das funções orais da criança, quer a nível nutricional, imunológico, afectivo e psicológico. (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005; Casagrande et al., 2008; Aguiar e Silva, 2011)

Importa ainda esclarecer que, em muitas situações os efeitos parecem ser proporcionais à duração da amamentação, por isso, é relevante evitar o abandono precoce, devendo cumprir as recomendações enunciadas anteriormente. (Aguiar e Silva, 2011)

No entanto, não é possível ignorar que, aliado à conjectura económica actual e aos salários baixos, o nosso código de trabalho prevê que a mãe possa ficar de licença de maternidade apenas 4 meses sem qualquer penalização salarial ou 5 meses com penalização. Por isso, muitas vezes, a amamentação exclusiva durante 6 meses, torna-se

pouco viável para a maioria das mulheres, não por sua culpa ou dos profissionais envolvidos. (Aguiar e Silva, 2011)

3. Biberão

Aquando da utilização do biberão, ao contrário do que ocorre na amamentação, a sucção é inadequada, ou seja, os lábios estão entreabertos e não fechados (permitindo a entrada de ar, para compensar a pressão negativa criada dentro do biberão); a língua está hipotónica, com postura incorrecta e flácida e o ponto de sucção é na papila incisiva e não entre o palato mole e o duro. E, para que o bebé receba o alimento, realizam-se apenas dois movimentos de sucção: abertura e fecho, ao contrário dos quatro necessários no aleitamento materno. (Casagrande et al., 2008)

Por isso, o esforço muscular é inadequado, o que pode resultar, em distúrbios miofuncionais da face como, respiração bucal, mordida aberta anterior, mordida cruzada uni ou bilateral, Classe II esquelética, relação terminal distal dos segundos molares decíduos, overjet aumentado, mordida profunda ou deglutição atípica. (Casagrande et al., 2008)

Para que a má oclusão seja prevenida, é necessário que a força que o bebé realiza durante a sucção no biberão, seja o mais semelhante possível à realizada durante a amamentação, para que o desenvolvimento muscular facial se aproxime do ideal. Assim, recomenda-se a utilização de uma tetina anatómica e com orifício pequeno, para que seja favorecido o movimento anterior da mandíbula e a coordenação da sucção, deglutição e respiração. (Areias et al., 2008; Corrêa *cit. in* Palma, Cahuana e Gómez, 2010)

O biberão só deverá ser utilizado para oferecer ao bebé a fórmula artificial de leite. Os restantes líquidos devem ser dados em copos normais ou adaptados; não deve ser adicionado nenhum tipo de açúcar e desaconselha-se a sua utilização durante a noite, após a erupção dos primeiros dentes. (DGS, 2005; Palma, Cahuana e Gómez, 2010; DGS, 2011; AAPD, 2014b)

Deverá ser abandonado progressivamente e substituído por um copo normal ou adaptado, a partir dos 12 meses e definitivamente, no momento da erupção dos molares, que ocorre entre os 18 e os 24 meses. No caso de bebés que não estejam a ser amamentados, sugere-se que o início da utilização do copo de transição ou de uma caneca atractiva seja encorajado, a partir dos 6 ou 8 meses. (DGS, 2005; Areias et al., 2008; Palma, Cahuana e Gómez, 2010; DGS, 2011; AAPD, 2014b)

Importa ainda acrescentar, que a amamentação ou o uso de biberão não são os únicos a influenciar a instalação de hábitos deletérios. Também devem ser tidos em conta factores psicológicos, sociais, culturais e biológicos da vida do bebé, assim como, a predisposição genética a alterações no sistema estomatognático. (Casagrande et al., 2008)

4. Higiene oral e Dentífrico fluoretado

i. Antes da erupção do primeiro dente

Antes da erupção do primeiro dente, a cavidade oral não é colonizada por bactérias cariogénicas. No entanto, é importante que a gengiva seja massajada e a cavidade oral limpa, no máximo uma vez por dia. (Martins & Corrêa *cit. in* Hanna, Nogueira e Honda, 2007; Palma, Cahuana e Gómez, 2010)

Após a última refeição e com auxílio de uma gaze húmida ou uma dedeira de silicone, deve-se friccionar a parte interna da bochecha, gengivas e língua de forma a remover os detritos da alimentação (Martins *cit. in* Faustino-Silva et al., 2008; Areias et al., 2008)

Assim, o bebé terá a gengiva limpa, o que leva a uma diminuição do risco de doenças, como a candidíase oral e, contribui para que o momento da erupção dentária seja menos desconfortável. Além disso, quanto mais cedo for iniciada a manipulação da boca do bebé, mais receptivo ele será aos futuros cuidados de saúde oral. (Areias et al., 2008; Oliveira, Moura e Oliveira, 2008)

Portanto, é fundamental que os médicos dentistas e pediatras saibam orientar os pais quanto à higiene da boca do bebê, mesmo antes da erupção do primeiro dente, para que assim, seja favorecido um melhor desenvolvimento da sua saúde geral e bucal. (Oliveira, Moura e Oliveira, 2008)

ii. Após erupção do primeiro dente

Segundo declaração da FDI (2008), as recomendações específicas para o uso de dentífrico fluoretado, em crianças com menos de 3 anos, devem seguir as orientações nacionais de cada país. Em Portugal, a última norma referente a este tema, data ao ano de 2005 (DGS, 2005). Em 2011, surge o Plano B, uma Orientação com o objectivo geral de propor alternativas, essencialmente práticas, ao desenvolvimento de acções definidas em 2005. (DGS, 2011)

Portanto, em Portugal, o que está preconizado, é que a higiene oral tenha início aquando da erupção do primeiro dente. A higienização deverá ser realizada pelos pais, duas vezes por dia (sendo uma das vezes após a última refeição), com uma gaze ou escova macia e com uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado (semelhante ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da criança) com 1000-1500 ppm de Flúor. (DGS, 2005; DGS, 2011)

Para crianças com idade inferior a 3 anos, não são aconselhados suplementos de flúor. (DGS, 2005; DGS, 2011)

Por sua vez, a AAPD (2014b; 2014c; 2014d) e a ADA (2014), incentivam a realização da higiene oral com uma quantidade semelhante a uma “mancha” de dentífrico fluoretado, para crianças com menos de três anos e, do “tamanho de uma ervilha” entre os três e os seis anos de idade, duas vezes ao dia. Estas recomendações têm como objectivo maximizar os benefícios da utilização de flúor, minimizando o risco de fluorose dentária.

A nível Europeu, as recomendações da EAPD (2009), são distintas e estão sumariadas na tabela 1.

| Idade | Concentração de flúor | Número de vezes | Quantidade |
|-------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|
| 6 meses – 2 anos | 500 ppm | 2 | Tamanho de uma ervilha |
| 2 anos – 6 anos | 1000 ppm | 2 | Tamanho de uma ervilha |
| Mais de 6 anos | 1450 ppm | 2 | 1-2 cm |

Tabela 1 – Recomendações em relação à utilização de dentífrico fluoretado

Neste caso, para além da diminuta quantidade de pasta, a concentração de flúor recomendada é menor, porque se considera que crianças até aos 4 anos, apresentam risco de fluorose dentária elevado, principalmente bebés entre os 15 e os 30 meses. (EAPD, 2009)

Em concordância com as recomendações anteriores, outras investigações, recomendam que a escovagem deva ser feita duas vezes ao dia, pelos pais (FDI, 2008; AAPD, 2014a; AAPD, 2014c)

Em relação à quantidade de dentífrico colocada, sugerem que para crianças com idade inferior a 3 anos, deve ser do “tamanho de um grão de arroz” em vez do “tamanho de uma ervilha” e só a partir dos 3 anos, do “tamanho de uma ervilha”. (Adair et al., 2001; AAPD, 2014a; AAPD, 2014c; FDI, 2014;) Também é aconselhado, que a higiene oral seja feita com uma escova macia e com tamanho adequado à boca da criança e que seja iniciada o mais tardar após a erupção do primeiro dente (AAPD, 2014a)

Acontece que, apesar do flúor ser uma boa forma de diminuir a prevalência de cárie, com óptimo custo-benefício, em crianças com idade inferior a 6 anos, mas principalmente até aos 2 anos (porque ainda não adquiriram o controlo da deglutição), existe um elevado risco de instalação de fluorose dentária, se utilizado de forma incorrecta. (Adair et al., 2001)

Existem inclusivé investigadores a sugerir a não utilização de dentífrico fluoretado sem antes a criança aprender a cuspir, o que ocorre, por volta dos 2/3 anos. (DGS, 2002; Palma, Cahuana e Gómez, 2010; Damião et al., 2010)

Mas, a exposição ao Flúor é importante e a quantidade deve ser baseada nas necessidades específicas de cada paciente. (AAPD, 2014a) Assim, para crianças com idade inferior a 2 anos, o odontopediatra e o pediatra, deverão considerar a concentração de flúor na água e a exposição a outras fontes de flúor, assim como o risco de cárie individual, para decidir o tipo de administração e a frequência de flúor mais adequada para cada criança. Ou seja, deverão ser pesados os riscos e benefícios da sua utilização. (Adair et al., 2001; EAPD, 2009; Palma, Cahuana e Gómez, 2010)

Apesar disso, para diminuir ainda mais o risco de fluorose dentária devem ser feitas as seguintes recomendações aos pais: higiene oral com dentífrico fluoretado, apenas duas vezes por dia; a limpeza deve ser realizada ou supervisionada pelos próprios; a colocação do dentífrico na escova é da sua responsabilidade e devem assegurar que a criança não engule a pasta e que cuspe o excesso. Os dentífricos com sabores atractivos não são recomendados, para não estimular a deglutição do mesmo. (Adair et al., 2001; DGS, 2005; Damião et al., 2010; Oliveira, Santos e Nadanovsky, 2012; FDI, 2014)

5. Chupeta

Em determinadas situações a chupeta pode ser considerada importante, mas é preciso perceber qual é o momento certo para a oferecer ao bebé. (Areias et al., 2008; Eidelman e Schanler, 2012)

A introdução precoce da chupeta pode estar relacionada com menor tempo de amamentação e, por isso, durante o período neonatal, deve ser limitada a situações médicas-específicas. Dessas situações, fazem parte o auxílio no alívio da dor; função de agente calmante; parte integrante de programas de reforço da função motora oral (por exemplo, em bebés prematuros para fortalecimento dos músculos, facilitando a amamentação) e diminuição do Síndrome de Morte Súbita Infantil. (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005; Areias et al., 2008; Eidelman e Schanler, 2012; Nelson, 2012; Demitto, Bercini e Rossi, 2013)

Apesar do mecanismo ser desconhecido, para que o risco de Síndrome de Morte Súbita seja reduzido, as recomendações são para que a chupeta seja utilizada pela criança

sempre que vai dormir, tanto nas sextas de dia como durante a noite. (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005; Neves, 2011; Eidelman e Schanler, 2012) No entanto, se a chupeta cair durante o sono, não é necessário voltar a colocar e, no caso dos bebés não a aceitarem, não deve ser forçada a sua utilização. (Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005; Neves, 2011)

Esclarece ainda que, os efeitos benéficos superam qualquer potencial negativo. Porque, os potenciais efeitos negativos podem ser ultrapassados por uma utilização limitada. Assim, o uso de chupeta recomenda-se apenas até ao primeiro ano de vida, porque é nesta fase o pico do risco de Morte Súbita. (Hauck, Omojokun e Siaday, 2005) E, no caso de bebés que sejam amamentados, só deve ser introduzida após a mesma estar bem estabelecida, por volta das 3 ou 4 semanas de vida, porque o risco no primeiro mês é diminuído e assim não há interferência com o sucesso da amamentação, que por si só, é também um factor protector deste Síndrome. (Aguiar e Silva, 2011; Neves, 2011; Eidelman e Schanler, 2012; AAPD, 2014a)

Embora a utilização de chupeta traga algumas vantagens, a persistência deste hábito resulta em efeitos negativos para a saúde oral. Assim, o hábito deve ser descontinuado o mais tardar aos 2/3 anos de idade, porque a partir dessa fase, a probabilidade de desenvolver uma arcada dentária indesejável e má oclusão no final da fase de dentição primária, aumenta consideravelmente. (Warren e Bischara, 2002; Areias et al., 2008; Palma, Cahuana e Gómez, 2010; Nelson, 2012)

O ideal é que, seja retirada progressivamente a partir dos 8/12 meses e definitivamente aos dois anos, sendo que, é um momento facilitado porque o bebé já se sente mais seguro e tranquilo. No entanto, se necessário, deve ser pedida a colaboração do pediatra e/ou odontopediatra. (Sánchez et al., 2000; Areias et al., 2008; Palma, Cahuana e Gómez, 2010)

As chupetas não devem ser usadas com açúcar ou outras substâncias doces (DGS, 2005; Hauck, Omojokun e Siadaty, 2005) e, idealmente devem ter as seguintes características: ser de silicone (material com maior durabilidade, hipoalergénico e que facilita higienização) em vez de latex; com tamanho adequado à boca da criança; anatómica e com orifícios para ventilação. (Areias et al., 2008; Palma, Cahuana e Gómez, 2010;

Nelson, 2012) É importante que cumpram as normas de segurança e, que sejam correctamente higienizadas para, evitar possíveis infecções buco-dentárias. Além disso, não devem estar ligadas à roupa por fios ou bonecos passíveis de estrangulação ou asfixia. (Sánchez et al., 2000; Neves, 2011; Nelson, 2012)

6. Sucção digital

Existe alguma evidência que a sucção na chupeta tenha menos efeitos nocivos sobre a dentição que a sucção digital, relacionado com o facto de a chupeta ser colocada muitas vezes de lado espontaneamente, por volta dos 2 ou 4 anos. Assim, como é abandonada mais cedo, leva que a gravidade das alterações oclusais registadas seja menor mas, muito associada à variável tempo. (Passos e Frias-Bulhosa, 2010)

Porém, Ducan (*cit. in* Passos e Frias-Bulhosa, 2010) defende que a sucção digital é preferível à chupeta, uma vez que a chupeta é normalmente colocada no centro da cavidade oral o que conduz a uma mordida aberta elíptica. Por sua vez, na sucção digital, o dedo é colocado lateralmente o que leva à inclinação dos incisivos. Para Sánchez et al. (2000), a diferença entre a sucção no dedo e na chupeta, é que o dedo não se perde durante a noite ou cai ao chão e o seu uso é regulado pela criança, o que é uma vantagem porque aprende a tranquilizar-se sozinha, mas uma desvantagem quando necessita ser retirado definitivamente o hábito.

Estudos demonstram que os hábitos de sucção não nutritivos são um factor de risco para a presença de mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior. No entanto, Heimer e colaboradores (*cit. in* Passos e Frias-Bulhosa, 2010) defendem que, a cessação precoce destes hábitos pode originar uma resolução natural dessas alterações. Portanto, é necessário remover o hábito antes que a má oclusão ou as displasias esqueléticas existam. (Passos e Frias-Bulhosa, 2010; AAPD, 2014a)

Num estudo de Warren e Bischara (2002), constatou-se que as más oclusões foram diferentes para a chupeta e para a sucção digital. Ambos os comportamentos foram associados ao aumento da prevalência de mordida aberta anterior e diminuição do overbite. No entanto, ao uso de chupeta foi registada maior prevalência de mordida

cruzada posterior, enquanto que, à sucção digital associou-se overjet aumentado e maior profundidade e menor largura do arco dentário superior.

7. Traumatismo dentário

Os traumatismos na dentição decídua são considerados um acontecimento frequente, que pode levar a complicações sérias de ordem morfológica, fisiológica e funcional. (Vasconcellos et al., 2003; Assunção, Cunha e Ferelle, 2007; Assunção et al., 2011)

Ocorrem mais frequentemente, em crianças pequenas do género masculino e, os dentes mais afectados são os incisivos superiores. O tipo de trauma mais comum, na dentição decídua, são as lesões de luxação. Já na dentição permanente, regista-se um maior número de fracturas coronárias não complicadas. Nas crianças, os traumatismos ocorrem, principalmente devido a quedas a andar ou a correr. (Assunção, Cunha e Ferelle, 2007; Assunção et al., 2011; IADT, 2012)

A maioria das vezes, o tratamento mais indicado é a simples monitorização, no entanto, para que os distúrbios sejam minimizados, deve ser feito um correto diagnóstico, tratamento e plano de controlo regular, para que o resultado seja favorável. (Assunção et al., 2011; IADT, 2012)

Traumas em crianças são, muitas vezes, difíceis de examinar e tratar devido à falta de cooperação e devido ao medo inerente, tornando-se num momento angustiante para as mesmas e para os pais. Por isso, a maturidade da criança e a sua capacidade de lidar com a situação de emergência, é um factor importante e que influencia o tratamento. (IADT, 2012)

Como já referido anteriormente, o tratamento recomendado para situações de subluxação, que é o tipo de trauma mais frequente em dentição decídua, é apenas a observação, principalmente num período de 6/8 semanas após trauma. No entanto, devem ser feitas recomendações aos pais para que a cicatrização dos tecidos seja optimizada. Recomenda-se dieta mole durante uma semana; restrição do uso de chupeta; boa higiene oral sempre que comer, com uma escova suave; e aplicação de clorhexidina

0.1% com um cotonete, na zona afectada, duas vezes ao dia durante uma semana. Também se aconselha, informar os pais das possíveis complicações como inflamação gengival, escurecimento da coroa dentária, aumento da mobilidade ou fístula. Os pais deverão vigiar o aparecimento das mesmas e se necessário consultar o odontopediatra. (IADT, 2012)

As sequelas registadas com maior frequência na dentição decídua, após trauma, são a coloração coronária, necrose pulpar, obliteração do canal pulpar e reabsorção radicular, podendo ocorrer de forma simultânea ou subsequentes umas das outras. Existe uma relação directa entre o grau de severidade do traumatismo e a ocorrência de sequelas nos dentes decíduos afectados. (Assunção, Cunha e Ferelle, 2007)

No entanto, deve ser tido em consideração que existe uma estreita relação entre o ápice da raiz do dente decíduo afectado e, o germen do dente permanente subjacente. Assim, malformações dentárias, dentes impactados e distúrbios de erupção, são algumas das consequências que podem surgir, na dentição permanente, após lesões nos dentes decíduos e/ou osso alveolar. (IADT, 2012)

8. Primeira visita ao Médico Dentista

A Academia Americana de Odontopediatria e Palma, Cahuana e Gómez (2010), promovem o estabelecimento de uma “*dental home*”, o mais tardar até ao primeiro ano de vida. (AAPD, 2011; AAPD, 2014a; AAPD, 2014e)

Em Portugal, apesar de não existir nenhuma norma sobre este tema, aconselha-se que a primeira consulta, deve acontecer após a erupção do primeiro dente e nunca depois do primeiro ano de vida da criança. (Areias et al., 2008; Areias et al., 2010)

A primeira visita deve incluir uma completa história médica e odontológica, o exame oral completo e avaliação do risco de desenvolvimento de doenças orais dos tecidos duros e moles, incluindo a avaliação do risco de cárie. Além disso, é também de crucial importância, fornecer educação para a saúde oral aos pais e/ou responsáveis, demonstrar

como realizar uma higiene oral adequada à idade do bebé e avaliar e otimizar a exposição ao flúor. (AAPD, 2014a)

É aconselhado que as crianças frequentem a consulta de saúde oral, pelo menos, uma vez por ano, para que os pais recebam as recomendações individualizadas necessárias e também, formas de agir para que os hábitos deletérios não se tornem persistentes. Além disso, deve ser feito o registo dentário anual para que faça parte do relatório de saúde da criança. (Passos e Frias-Bulhosa, 2010; AAPD, 2011)

No entanto, mesmo antes do bebé nascer, as consultas de controlo de gravidez são um momento oportuno para sensibilizar os pais da importância da saúde oral no contexto da saúde global. (DGS, 2011)

É fundamental que os médicos dentistas e os pediatras saibam orientar correctamente os pais quanto à higienização da cavidade oral do bebé, mesmo antes do aparecimento do primeiro dente, para que seja promovido um melhor desenvolvimento da sua saúde oral e geral. (Oliveira, Moura e Oliveira, 2008)

9. Importância do tratamento dos dentes decíduos

A dentição decídua deve ser mantida da mesma forma que a definitiva. Visto que, as duas dentições apresentam o mesmo grau de importância, com as suas respectivas funções. E, por isso, a sua manutenção é importante para prevenir consequências futuras físicas, económicas e emocionais. (Coelho et al, 2005; Kurame *cit in* Coelho et al., 2007; Palma, Cahuana e Gómez, 2010)

Importa ainda acrescentar que segundo um relatório efectuado pela AAPD (2014e), o impacto a curto e a longo prazo da presença de cárie dentária, principalmente se não sujeita a tratamento afecta a saúde e o bem-estar da criança ao nível oral, mas também geral. Pode resultar em risco de infecção, dor, alterações na mastigação (o que pode levar a distúrbios alimentares que podem resultar num atraso ou deficit de crescimento), dificuldade na fala, alterações do sono, baixa auto-estima, baixo rendimento escolar, etc.

Assim, para que a higiene da dentição decídua seja garantida, é fundamental a educação e prevenção, sendo a conscientização dos pais um factor importante. Devem ser fornecidas orientações sobre a sua importância e medidas preventivas eficazes para que a criança termine a fase da primeira dentição da forma mais saudável. (Coelho et al., 2007)

III. Fase Metodológica

1. Tipologia do estudo

Estudo piloto observacional descritivo.

2. População alvo

Aveiro é uma cidade portuguesa, da região Centro, com cerca de 60 000 habitantes. O município é constituído por 10 freguesias: Eixo, Glória e Vera Cruz, Oliveirinha, Requeixo, Nossa Senhora de Fátima e Nariz, Aradas, Cacia, Esgueira, São Bernardo, São Jacinto e Santa Joana.

O projecto foi realizado na freguesia de Esgueira, por ser este o local de residência da autora.

Das Instituições da já referida freguesia, o Centro Social de Esgueira (Instituição de Solidariedade Social) é a mais representativa no que diz respeito ao número de utentes, pelo que, foi a escolhida como população alvo.

Segundo os dados dos Censos de 2011 pelo INE Esgueira, tem cerca de 13431 residentes sendo que, 678 são crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 4 anos. Destas 386 são do género masculino e 292 do feminino.

3. Amostra

Utilizou-se uma amostra de conveniência constituída pelos utentes da Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) – Centro Social de Esgueira, com idades compreendidas entre os 4 meses (idade mínima para frequentar o infantário) e os 36 meses, sendo um total de 98, distribuídos por 5 salas com a seguinte organização:

Sala 1 – Berçário (9 crianças) e Aquisição de Marcha (14 crianças): 22 crianças

Sala 2 – Berçário (9 crianças) e Aquisição de Marcha (14 crianças): 22 crianças

Sala 3 – Sala mista: 16 crianças

Sala 4 – 2 anos: 18 crianças

Sala 5 – 2 anos: 18 crianças

4. Tamanho da amostra

Como referido, a amostra inicial esperada era de 98 participantes. No entanto, após recolha do consentimento informado (em Anexo), 23 não reuniam, as condições necessárias para participação no estudo.

| Sala | Amostra inicial | Consentimento informado |
|---------------------|-----------------|-------------------------|
| 1 | | |
| Berçário | 9 | 5 |
| Aquisição de Marcha | 14 | 13 |
| 2 | | |
| Berçário | 9 | 3 |
| Aquisição de Marcha | 14 | 11 |
| 3 | 16 | 8 |
| 4 | 18 | 18 |
| 5 | 18 | 17 |
| Total | 98 | 75 |

Tabela 2 – Organização da amostra

Posteriormente, a amostra voltou a ser reduzida para 73, pois dois Encarregados de Educação não procederam à entrega do inquérito devidamente preenchido.

5. Tipo de amostragem

Amostra de conveniência.

6. Locais de colheita de dados

A colheita de dados foi realizada no Centro Social de Esgueira, sendo as Educadoras de Infância e Auxiliares de Acção Educativa, das respectivas salas, o meio de comunicação entre a investigadora e os encarregados de educação, para que o anonimato e a confidencialidade fossem assegurados.

7. Critérios de inclusão e exclusão

i. Critérios de inclusão

- Crianças com idade compreendida entre os 4 e os 36 meses, utentes do Centro Social de Esgueira e com consentimento informado preenchido pelos pais;
- Crianças que frequentaram o infantário no mês de *Setembro* e *Outubro de 2015* (momentos de recolha do consentimento informado e aplicação do inquérito);
- Crianças que os pais aceitaram preencher o inquérito, após recolha do consentimento informado;
- Crianças que os pais, procederam à entrega do inquérito até ao fim do mês de *Outubro*.

ii. Critérios de exclusão

- Crianças com mais de 36 meses;
- Crianças que não frequentaram o infantário no mês de *Setembro* e *Outubro de 2015* (momentos de recolha do consentimento informado e aplicação do inquérito);
- Criança em que os pais, não aceitaram participar no projecto e que, por isso, não assinaram o consentimento informado;

- Crianças que os pais não entregaram o inquérito até ao final do mês de *Outubro*;

8. Plano operacional

Após o parecer da Comissão de Ética da Universidade, o projecto foi sujeito a algumas alterações no que respeita ao plano operacional. Na proposta inicial, o consentimento informado (com toda a explicação do projecto), seria entregue aos pais pela responsável de cada sala. No entanto, a Comissão de Ética exigiu que fosse a autora a fazê-lo e a explicar pessoalmente a cada Encarregado de Educação em que consistia a investigação, ficando a seu cargo a recolha da assinatura do referido documento.

Posto isto, a data de início do projecto foi alterada, por não ser possível à autora cumprir a data proposta inicialmente. Após nova reunião com a instituição para explicar o sucedido, ficou acertado que o projecto iniciaria em *Setembro de 2015*, altura em que inicia o semestre e que decorrem as reuniões de início de actividades lectivas no infantário.

Assim, foi criado um Plano de Actividades, constituído por cinco etapas.

Na primeira etapa, que decorreu no *ano lectivo de 2013/2014*, foi realizada a pesquisa bibliográfica necessária à definição dos objectivos do estudo e à construção do inquérito. Na segunda etapa, em *Setembro 2014*, foram obtidos os consentimentos informados e entregues os inquéritos. Durante o mês de *Outubro de 2014*, os inquéritos foram recepcionados e os respectivos dados introduzidos numa base estatística, para posterior análise dos mesmos. Com base nos dados obtidos e com a pesquisa bibliográfica realizada anteriormente, foi elaborada uma palestra dirigida aos Encarregados de Educação, tendo sido esta a terceira etapa. Com a realização das palestras, nos dias *3, 4 e 24 de Novembro de 2014*, ficou concluída a quarta etapa. Finalmente, na quinta etapa, que decorreu entre *Dezembro de 2014 e Abril de 2015* foi elaborada a discussão, resultados e conclusões da presente investigação.

Após reunião com as Educadoras de Infância concluiu-se que, o melhor momento para a realização da palestra, com duração de cerca de 20 minutos, seria durante a reunião de pais de início do ano lectivo pois, seria assegurada maior participação por parte dos

Encarregados de Educação. No entanto, esta reunião é facultativa e apenas duas Educadoras decidiram fazê-la, Sala 1 e 4. Para as restantes três salas foi marcado um dia comum.

Assim, a palestra da Sala 1 foi realizada no dia *3 de Novembro* às 18h para os pais das crianças da aquisição de marcha e no dia *4 de Novembro* à mesma hora para os do berçário. No dia *4 de Novembro* pelas 18:30h teve lugar a palestra para a Sala 4. Dos 36 pais esperados, estiveram presentes 22.

Relativamente às Salas 2, 3 e 5, e como forma de assegurar uma maior adesão, após informação aos pais na semana anterior, a investigadora esteve presente numa sala cedida pela instituição, entre às 16h e às 19:30h, do dia *24 de Novembro*, estando disponível a iniciar uma palestra sempre que surgissem participantes. No entanto, apesar dos esforços, de 37 pais esperados, compareceu apenas 1.

9. Autorizações

Este estudo só foi possível, graças ao parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa e à autorização da Direcção do Centro Social de Esgueira, após reunião para apresentação do projecto, no dia 28 de Fevereiro, com a Directora Técnica do mesmo, Dra. Carla Maria Azevedo.

10. Recursos

i. Materiais

O inquérito foi impresso em papel, e foram facultadas canetas para o seu preenchimento. A autora também disponibilizou, o material para a realização da palestra: computador, projector, frasco pediátrico, escova infantil, dedeira de silicone e gaze.

ii. Humanos

A realização deste projecto só foi possível devido à colaboração das Educadoras de Infância e Auxiliares de Acção Educativa responsáveis por cada Sala, no momento da entrega e recolha dos inquéritos e, também pelo facto, de terem aceite a realização da palestra no início da reunião de pais (relativamente às Salas 1 e 4) ou por terem informado os pais atempadamente, em relação ao momento da palestra comum (relativamente às Salas 2, 3 e 5).

iii. Financeiros

Impressão dos inquéritos necessários e aquisição de um conjunto de instrumentos dentários ilustrativos, constituído por escova infantil e dedeira de silicone.

11. Recolha de informação

Após pesquisa bibliográfica, realizou-se o inquérito, para que fosse entregue antes da palestra. De forma a cumprir o plano operacional proposto, o inquérito foi deixado ao cuidado das Educadoras de Infância responsáveis por cada sala, que serviram como meio de comunicação com os pais, de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.

i. Métodos

Depois de ter sido elaborado e antes da sua aplicação para objecto de estudo, o inquérito foi preenchido por alguns alunos do 4º ano de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, assim como, por pessoas fora da área da Medicina Dentária, para corrigir possíveis falhas de compreensão ou escrita. Sendo que, os erros encontrados foram posteriormente corrigidos.

ii. Caracterização do inquérito

O inquérito elaborado apresentava perguntas fechadas e uma aberta.

As primeiras perguntas estão relacionadas com a identificação da criança, mais precisamente, género e faixa etária. De seguida, colocam-se questões relativamente aos seguintes temas: alimentação infantil (se foi amamentado, até quando foi amamentado, benefícios da amamentação, benefícios do biberão e uso de biberão nocturno); higiene oral (hábitos higiene antes da erupção do primeiro dente, hábitos de higiene após erupção do primeiro dente, utilização de dentífrico e importância da higiene oral diária); chupeta (utilização, tempo de utilização e benefícios); sucção digital (utilização e benefícios); atitudes a tomar após traumatismo; primeira ida ao dentista (se já visitou o médico dentista e momento ideal para a primeira visita) e, por fim, sobre a importância dos “dentes de leite”. Com a realização do inquérito, pretende-se perceber quais os hábitos e conhecimentos dos pais em relação à saúde oral dos seus filhos.

12. Metodologia da análise estatística

Os dados recolhidos através do inquérito, foram introduzidas numa folha de cálculo do Microsoft Office Excel 2007 para Windows (Microsoft®), a partir da qual foi realizada uma análise estatística descritiva.

Os testes de Qui-quadrado foram substituídos pelos testes de Exacto de Fisher, efectuados no programa “OpenEpi”, devido à diminuta dimensão de amostra, que causa problemas nos pressupostos do primeiro teste.

Para que fosse possível caracterizar a amostra e o inquérito, foi realizada uma análise descritiva dos dados em relação à natureza das variáveis em estudo. Calcularam-se as frequências absolutas (número de casos válidos, n) e frequências relativas (percentagem de casos válidos, %).

IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

i. Género

Após obtenção dos consentimentos informados, foram entregues 75 inquéritos, nas respectivas salas, para que as responsáveis das mesmas procedessem à sua distribuição como acordado anteriormente. Da totalidade de inquéritos entregues, foram recolhidos 73.

Desse total de 73 inquéritos, 30 eram representativos de crianças do sexo feminino, 20 do sexo masculino e de 23 não foi obtida resposta.

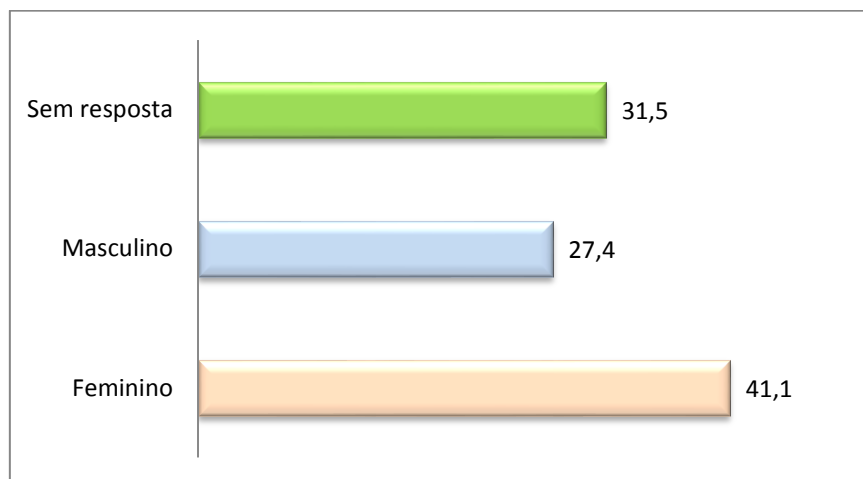


Fig.1 – Distribuição da amostra por género (em %)

ii. Idade

Em relação à distribuição da amostra relativamente à idade regista-se o seguinte: 7 entre os 0-5 meses, 20 com 6-12 meses, 31 entre 13-24 meses e 15 entre 25-36 meses.

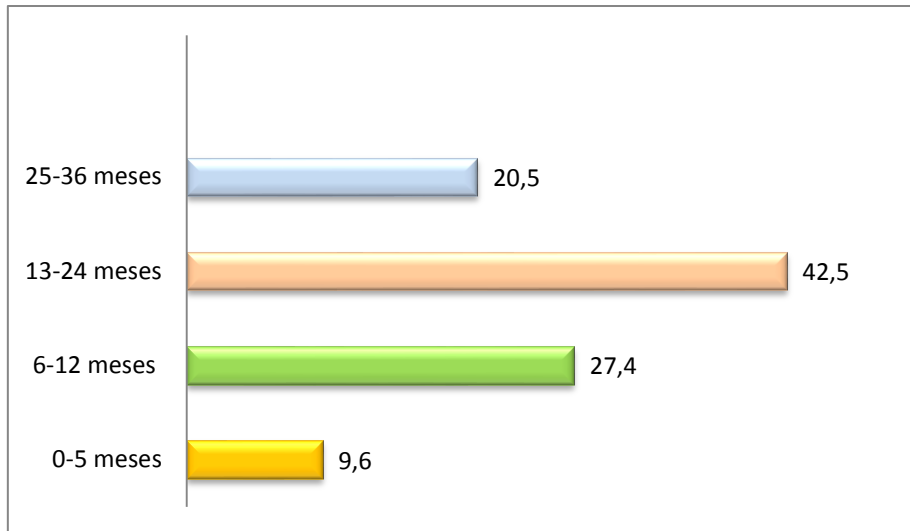


Fig.2 – Distribuição da amostra por faixa etária (em %)

Ao realizar a relação entre as variáveis, Género e Idade, é obtida a seguinte disposição:

| | Feminino | % | Masculino | % |
|-------------|-----------------|----------|------------------|----------|
| | (n) | | (n) | |
| 0-5 Meses | 1 | 3.3 | 1 | 5 |
| 6-12 Meses | 5 | 16.7 | 3 | 15 |
| 13-24 Meses | 13 | 43.3 | 12 | 60 |
| 25-36 Meses | 11 | 36.7 | 4 | 20 |
| Total | 30 | 100 | 20 | 100 |

Tabela 3 – Relação entre as variáveis Género e Idade

Sendo que a amostra final obtida é constituída por uma maior percentagem de rapazes entre os 13-24 meses, seguida por raparigas na mesma faixa etária.

iii. Amamentação e Biberão

À questão “Foi amamentado?”, 69 afirmaram que sim e apenas 4 disseram não o ter feito.

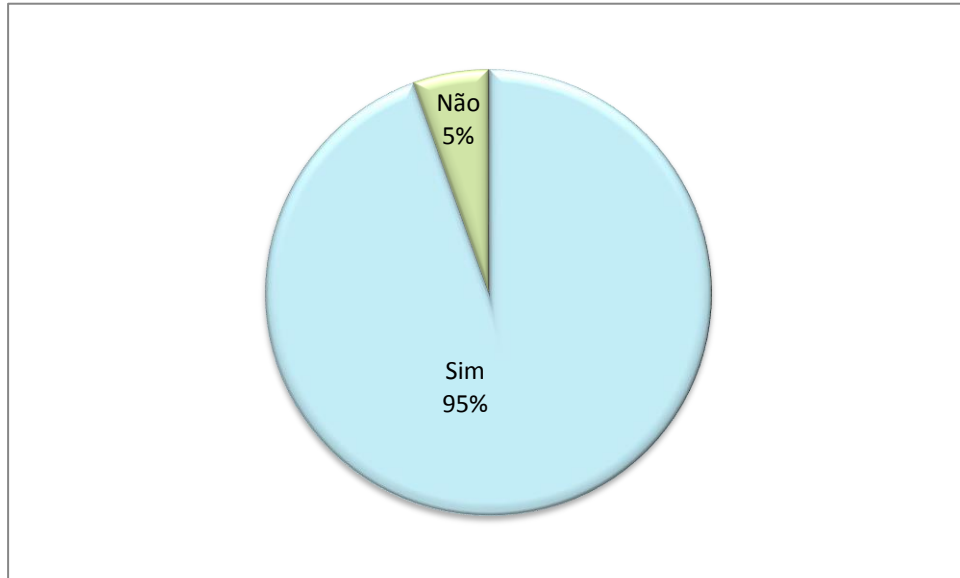


Fig.3 – Distribuição da amostra relativamente à questão “Foi amamentado?” (em %)

Aos inquiridos que responderam afirmativamente à alínea anterior (n=69), foi questionado até que faixa etária durou a amamentação e foram obtidos os seguintes resultados: até aos 0-5 meses, 13 crianças; dos 6 aos 12 meses, 38; dos 13 aos 24 meses, 16; com uma duração superior a 24 meses, 0 e de 2 questionários não houve resposta.

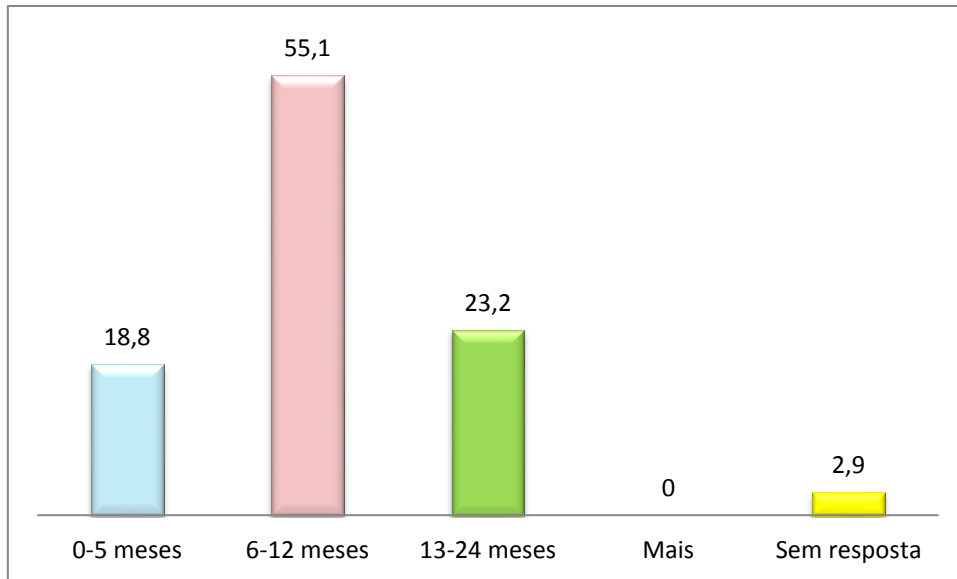


Fig.4 – Distribuição da amostra relativamente à questão “Se foi amamentado, até que idade?” (em %)

Foi questionado se, reconheciam benefícios para correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral na amamentação e na utilização do biberão. Relativamente à Amamentação, foi obtida resposta afirmativa em 68 inquéritos, apenas 4 respostas negativas e 1 sem resposta. Em relação ao Biberão, foi registado o aposto, a maioria das respostas foi negativa, 46; 22 foram positivas e registaram 2 questionários sem resposta.

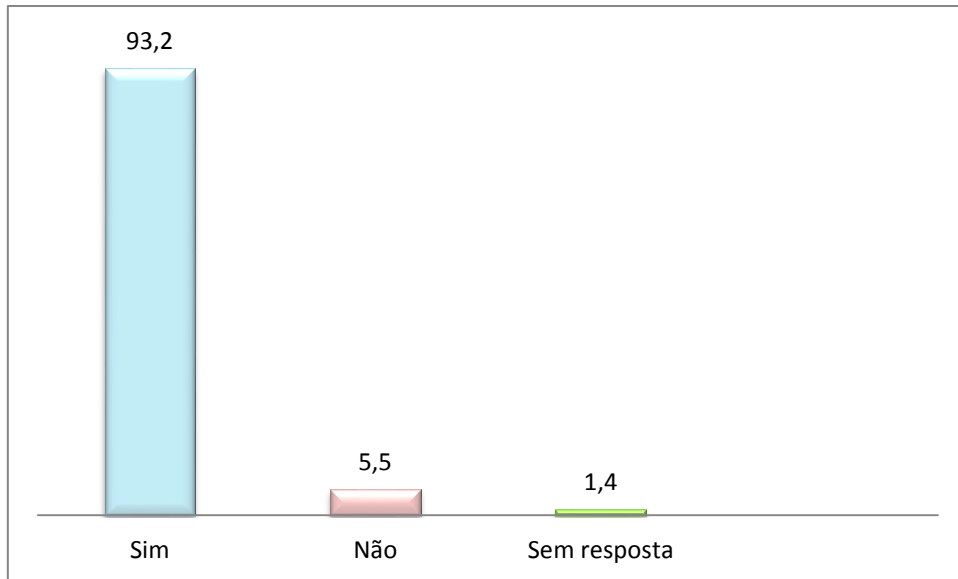


Fig.5 – “Acha que a amamentação tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da sua cavidade oral?” (em %)

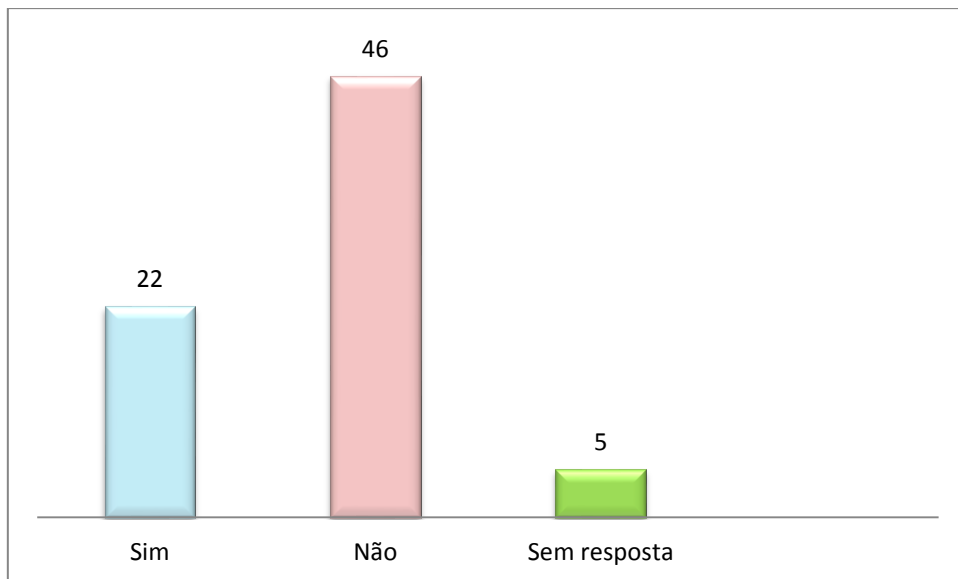


Fig.6 – “Acha que o uso do biberão tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da sua cavidade oral?” (em %)

Foi efectuada a relação entre as duas variáveis, para compreender se, dos inquiridos que responderam, que a amamentação trás benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral, também tem essa opinião em relação ao biberão ou não. Através do teste Exacto de Fisher obteve-se um valor de p (bicaudal) igual a 0.4008. Ou seja, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as duas opiniões.

| Amamentação | Sim | Não | Total |
|--------------------|------------|------------|--------------|
| Biberão | | | |
| Sim | 22 | 0 | 22 |
| Não | 42 | 4 | 46 |
| Total | 64 | 4 | 68 |

Tabela 4 – Relação entre as variáveis Amamentação e Biberão (n)

A última questão relativa ao tema - alimentação infantil, relaciona-se com a utilização do biberão. É feita a questão se o biberão é utilizado no momento de adormecer a criança ao que, a maioria responde não, 71 e apenas 2 reconhecem fazê-lo.

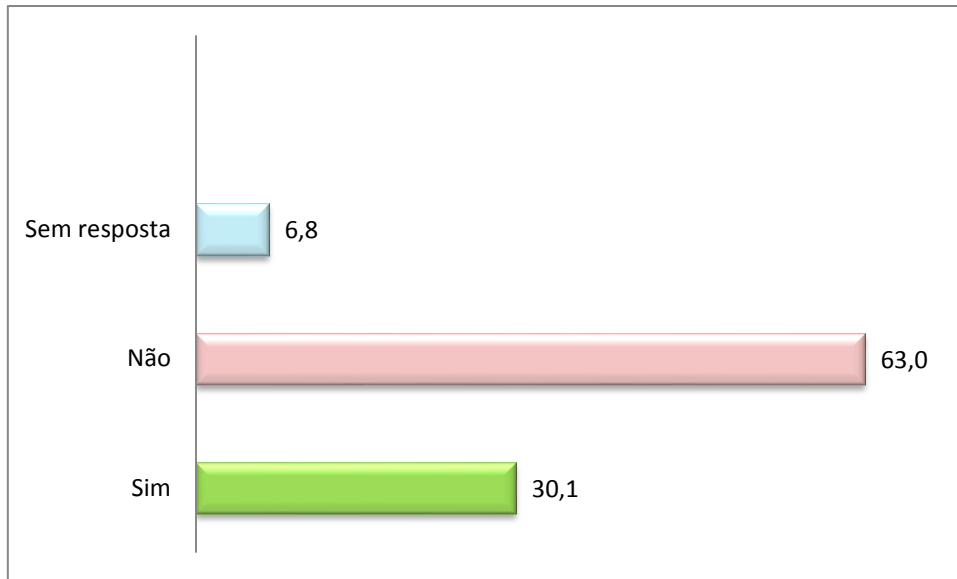


Fig.7 – Distribuição da amostra relativamente à questão “Tem por hábito adormecer o seu filho com o biberão?” (em %)

iv. Higiene oral e Dentífrico fluoretado

Foi colocada a questão se antes da erupção do primeiro dente os pais haviam efectuado algum hábito de higiene oral. Do total de inquiridos, 49 responderam não o ter feito, 22 disseram que sim e de 2 não foi obtida resposta.

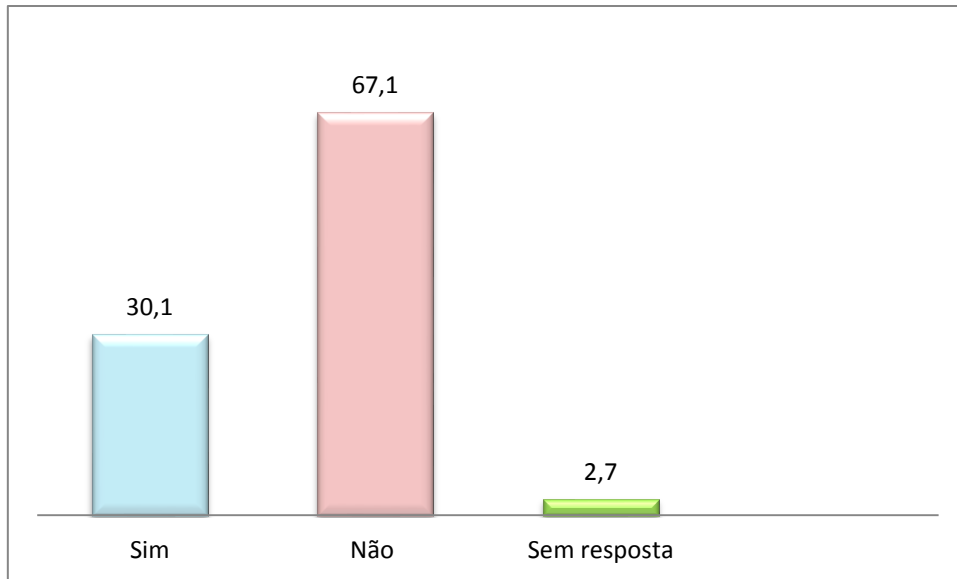


Fig.8 – Distribuição da amostra em relação aos hábitos de higiene oral antes da erupção do primeiro dente (em %)

A pergunta seguinte procura saber, em que momentos se realiza a higiene oral, depois da erupção do primeiro dente. A tabela seguinte apresenta as respostas.

| | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|------------------------------|----------------|-----------------|
| Sem primeiro dente | 5 | 6,8 |
| Nunca | 0 | 0,0 |
| Manhã | 1 | 1,4 |
| Almoço | 0 | 0,0 |
| Noite | 28 | 38,4 |
| Manhã e Noite | 31 | 42,5 |
| Manhã, Almoço e Noite | 2 | 2,7 |
| Sem resposta | 6 | 8,2 |

Tabela 5 – Momentos em que realiza higiene oral após erupção do primeiro dente

A maioria dos pais afirma fazer a higiene oral ao seu filho de manhã e à noite (42.5%) ou apenas à noite (38.4%).

De seguida apresenta-se uma tabela em que é feita a relação entre os hábitos de higiene oral antes da erupção do primeiro dente e após a erupção do primeiro dente.

| | Não | Sim |
|-----------------------|-----|-----|
| Sem 1º dente | 4 | 1 |
| Nunca | 0 | 0 |
| Manhã | 0 | 1 |
| Almoço | 0 | 0 |
| Noite | 21 | 7 |
| Manhã e noite | 18 | 12 |
| Manhã, almoço e noite | 1 | 1 |

Tabela 6 – Relação entre as variáveis hábitos antes e após erupção do primeiro dente (n)

Constatou-se que 4 bebés, por ainda não terem o primeiro dente, ainda não têm nenhum hábito de higiene oral.

Na seguinte questão procurou-se saber se, do total dos inquiridos que faz higiene oral (n=69), quantos utilizam dentífrico. Responderam 57 que sim, 8 que não e 4 não responderam.

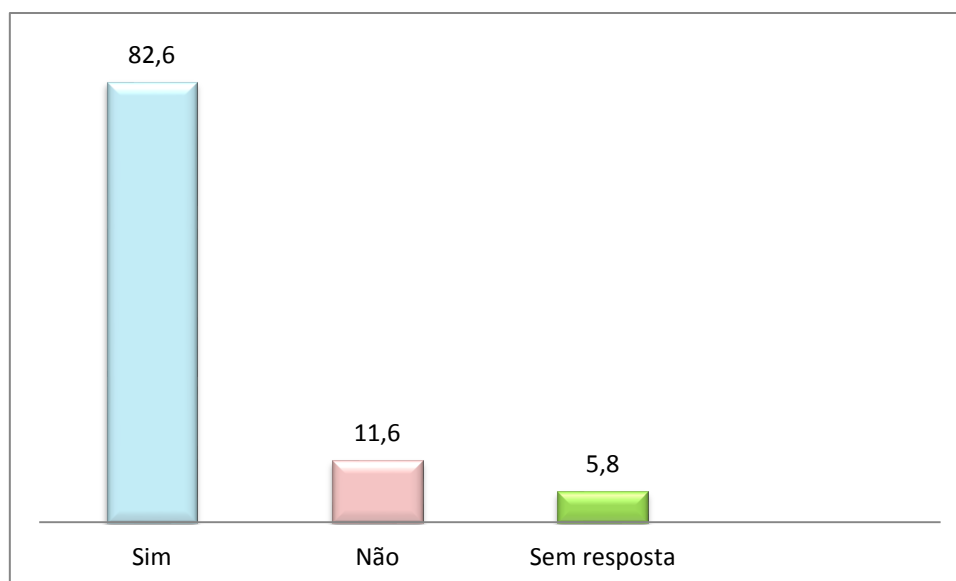


Fig.9 – Distribuição da amostra relativamente à utilização de dentífrico (em %)

| Utilização de dentífrico / Idade | Não utiliza dentífrico | Utiliza dentífrico | Total |
|----------------------------------|------------------------|--------------------|-------|
| | 0-5 meses | 1 | 2 |
| 6-12 meses | 4 | 13 | 17 |
| 13-24 meses | 3 | 27 | 30 |
| 25-36 meses | 0 | 15 | 15 |
| Total | 8 | 57 | 65 |

Tabela 7 – Relação entre as variáveis utilização de Dentífrico e Idade

Dos que responderam à questão (n=65), procurou-se saber se, existiria associação significativa entre a idade e a utilização de dentífrico durante a higiene oral. Foi obtido um valor de $p= 0.1038$, ou seja, não se verifica associação estatisticamente positiva entre as duas variáveis.

Do total de amostra que afirmou utilizar dentífrico durante a higiene oral (n=57), foi colocada a questão se utilizavam dentífrico fluoretado adequado à idade e concluiu-se o seguinte: 56 utilizam e 1 disse não o fazer.

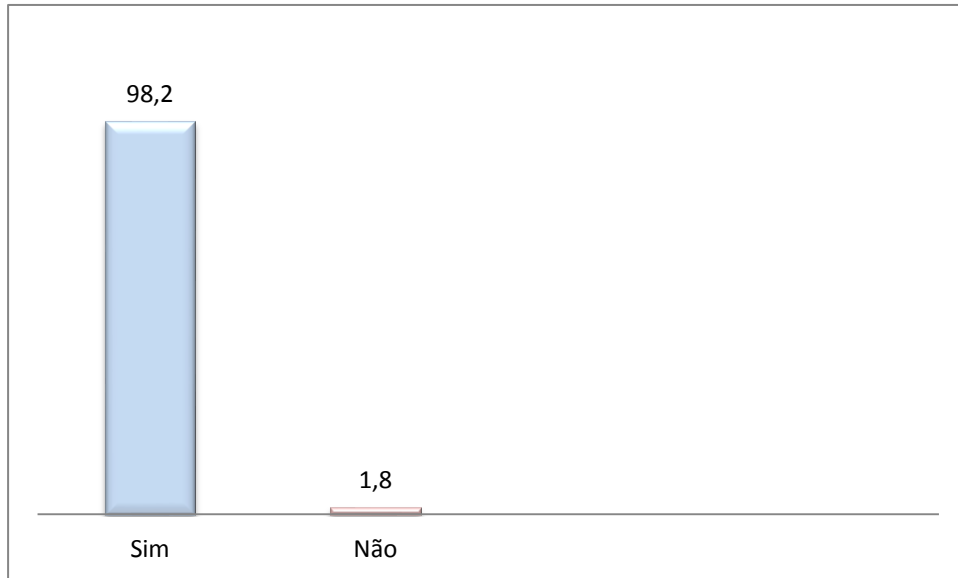


Fig.10 – Distribuição da amostra relativamente à utilização de dentífrico adequado à idade (em %)

Por fim, colocou-se a questão se a higiene oral diária seria fundamental para a manutenção da saúde oral. Da totalidade dos inquiridos que responderam fizeram-no afirmativamente, n=71. De 2 não foi encontrada resposta.

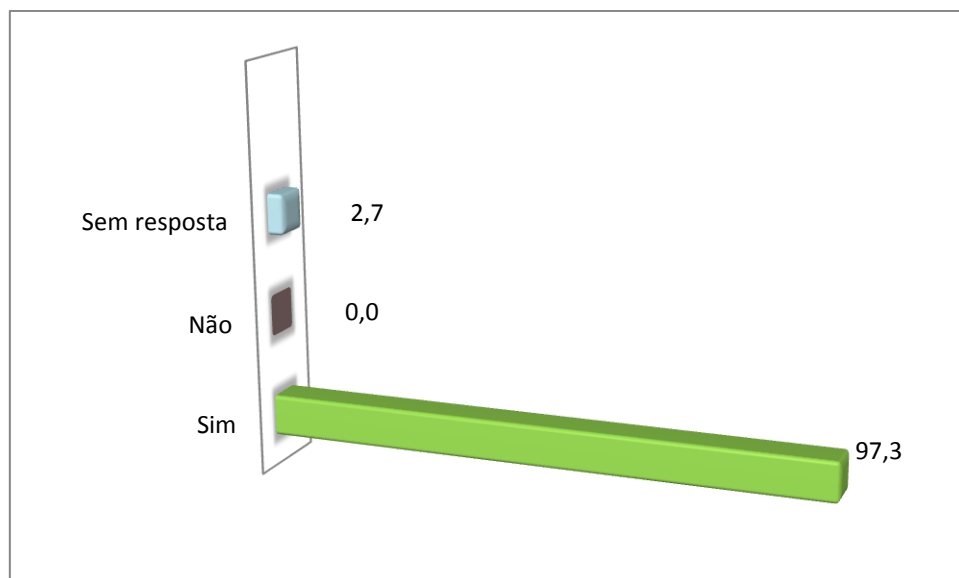


Fig.11 – Distribuição da amostra relativamente à opinião se a higiene oral diária é fundamental (em %)

v. Chupeta

Os pais foram questionados se o seu filho utiliza ou não chupeta, 58 responderam que sim, 14 que não e apenas 1 preferiu não responder.

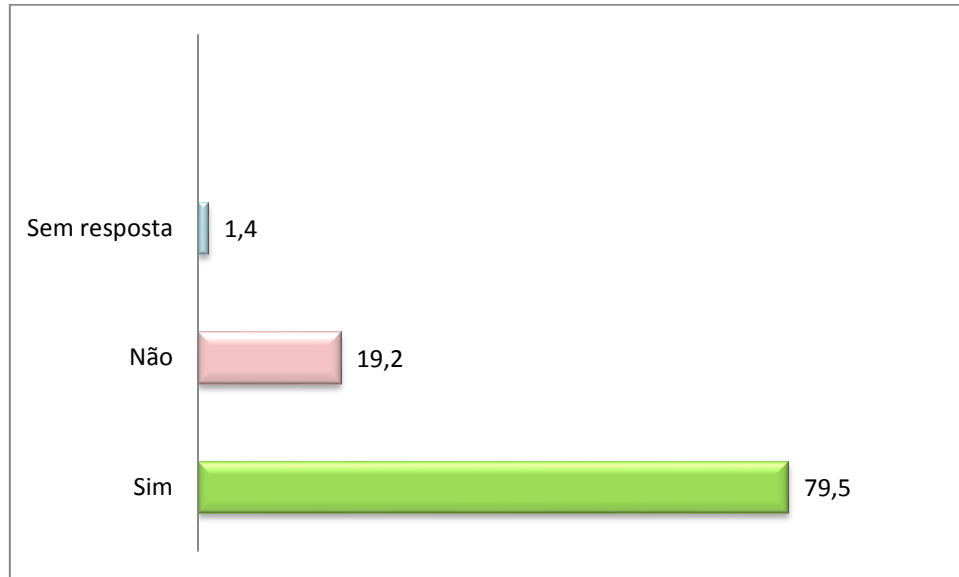


Fig.12 – Se utiliza chupeta (em %)

Aos inquiridos que responderam que o seu filho não utiliza chupeta (n=14), foi questionado se, nunca utilizou ou se já tinha usado. O número de respostas para cada alínea foi igual, 7. 1 dos questionários não tinha esta questão respondida.

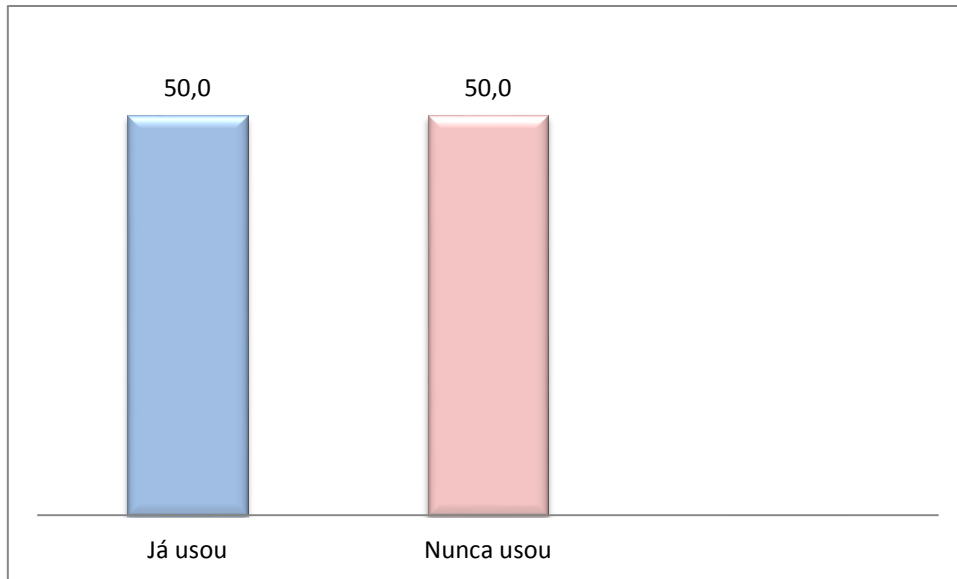


Fig.13 – Distribuição da amostra em relação à questão se já usou chupeta ou se nunca usou (em %)

Aos pais das crianças que, neste momento, não utilizam mas que já utilizaram (n=7) foi perguntado, em que faixa etária a deixou de utilizar, e obteve-se a seguinte distribuição de resultados:

| Idade (meses) | N |
|----------------------|----------|
| 0-5 | 1 |
| 6-12 | 1 |
| 13-24 | 2 |
| 25-36 | 3 |
| Mais | 0 |
| Tota | 7 |

Tabela 8 – Em que faixa etária deixou de usar chupeta (n)

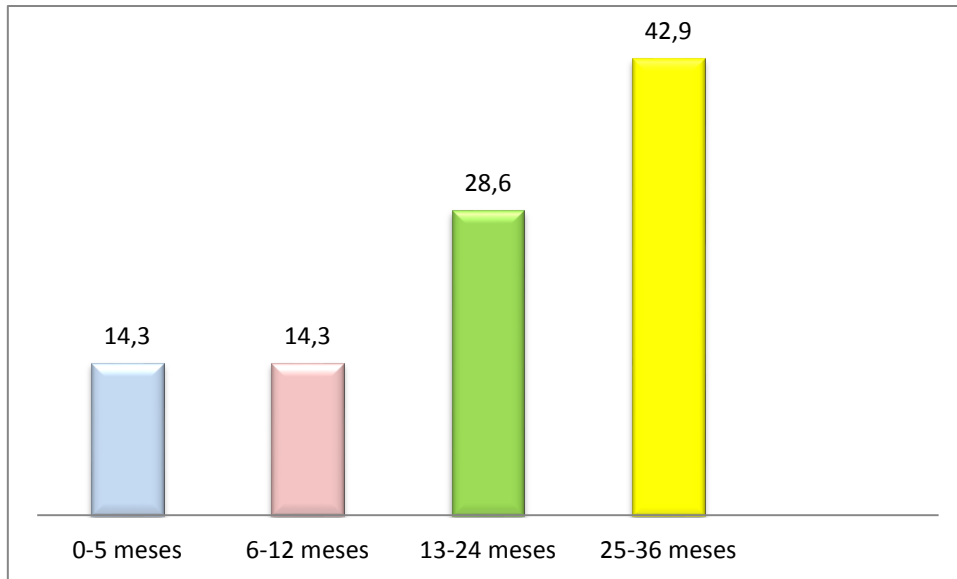


Fig.14 – Distribuição da amostra em relação ao momento em deixou de usar chupeta (em %)

A todos os Encarregados de Educação foi feita a questão “Na sua opinião, em que idade se deve usar?”. Resultou na seguinte distribuição por faixa etária: dos 0-5 meses, 5; dos 6 aos 12 meses, 4; dos 13-24 meses, 43; dos 25-36 meses 13; mais, 0 e 8 não responderam.

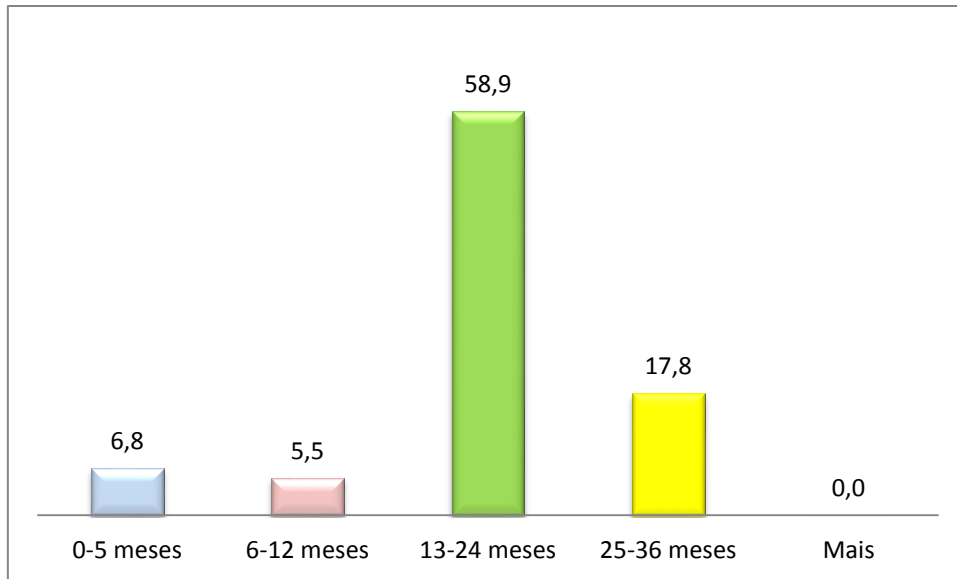


Fig.15 – Distribuição da amostra relativamente à opinião sobre até que idade se deve usar chupeta (em %)

Quando se solicita a opinião em relação aos benefícios da chupeta, 10 responderam ter benefícios para o desenvolvimento inicial da cavidade oral, 57 tinham opinião contrária e 6 não responderam.

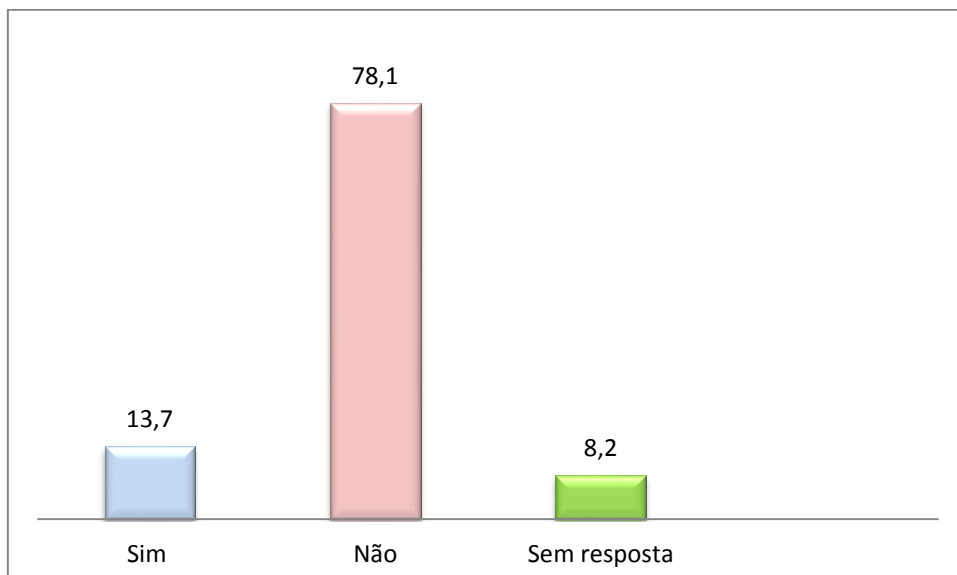


Fig.16 – Distribuição da amostra relativamente à questão se a chupeta tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral (em %)

Através do teste Exacto de Fisher pretendeu-se perceber se existiria associação significativa entre o tempo de amamentação maior ou menor a um ano de idade e a utilização de chupeta. Foi obtido um valor de $p=0.7743$, ou seja, não existe associação entre as variáveis.

| Chupeta Amamentação | Utiliza | Não utiliza | Total |
|------------------------|------------|-------------|-----------|
| | 0-12 meses | 41 | 9 |
| 13-24 meses | 12 | 4 | 16 |
| Total | 53 | 13 | 66 |

Tabela 9 – Relação entre o tempo de amamentação e o uso de chupeta (n)

vi. Sucção digital

De todos os pais inquiridos, apenas 8 disseram que o seu filho tinha o hábito de “chuchar no dedo”, 64 responderam negativamente e de 1 não foi obtida resposta.

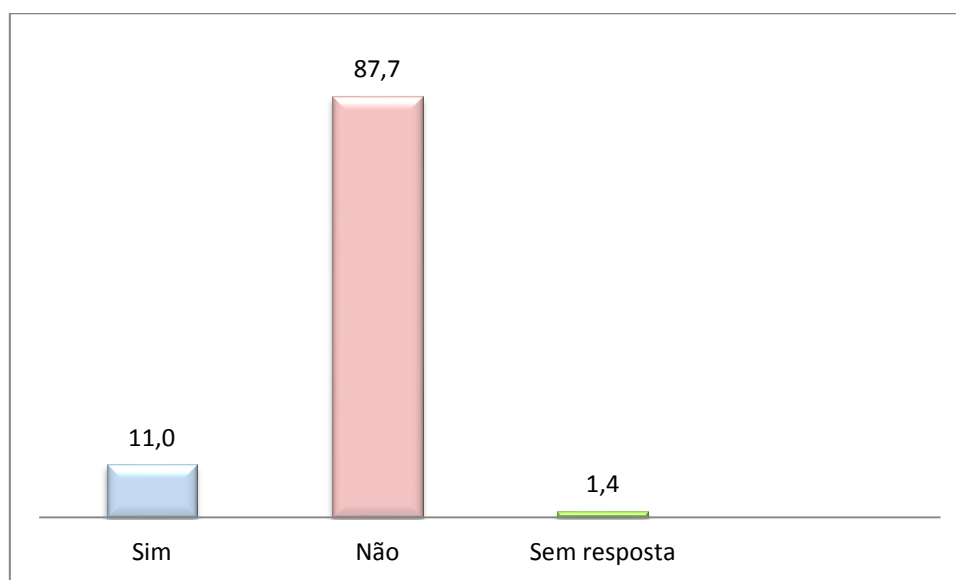


Fig.17 – Distribuição da amostra em relação ao hábito sucção digital (em %)

Na pergunta seguinte, coloca-se a questão, se esse hábito terá benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral, a maioria disse não ter (64); 4 disseram que sim e 5 não responderam.

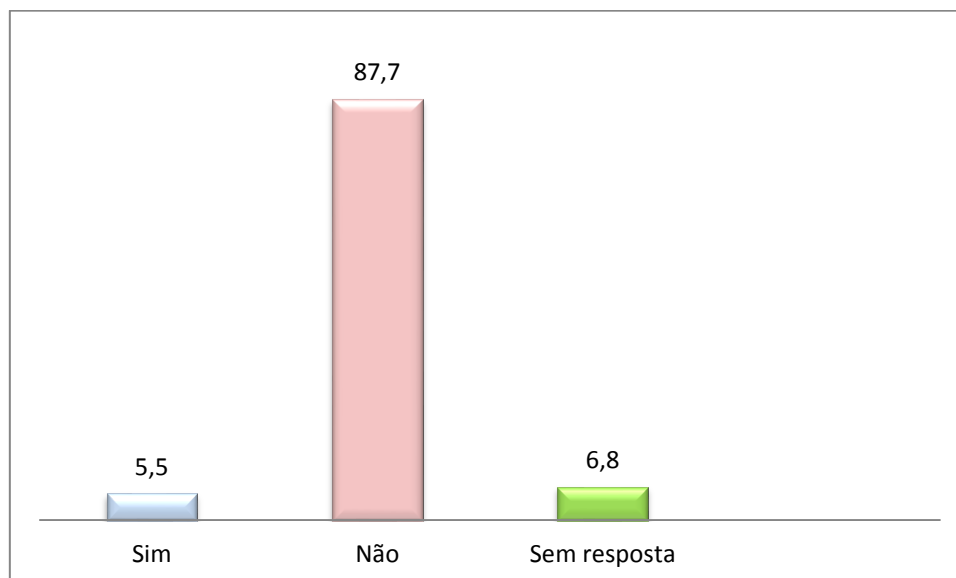


Fig.18 – Distribuição da amostra relativamente à questão se a sucção digital apresenta benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral (em %)

Recorrendo ao teste Exacto de Fisher, procurou-se saber se existiria relação entre a duração da amamentação (mais ou menos de um ano de vida) e a presença do hábito de sucção digital. O valor de p obtido foi igual a 0.2565, ou seja, não existe associação entre as variáveis.

| Sucção digital \ Amamentação | Sim | Não | Total |
|------------------------------|----------|-----------|-----------|
| 0-12 meses | 7 | 43 | 50 |
| 13-24 meses | 0 | 16 | 16 |
| Total | 7 | 59 | 66 |

Tabela 10 – Relação entre as variáveis Amamentação e Sucção digital (n)

Foi realizada a relação entre a utilização de chupeta e o hábito de sucção digital e obteve-se a seguinte tabela de resultados:

| Chupeta / Sucção digital | Utiliza | Não utiliza | Total |
|--------------------------|------------|-------------|-------|
| | Sim | 4 | 4 |
| Não | 54 | 10 | 64 |
| Total | 58 | 14 | 72 |

Tabela 11 – Relação entre as variáveis Chupeta e Sucção digital (n)

De seguida, foi efectuada uma tabela para relacionar as variáveis “Não utiliza chupeta” com os hábitos de sucção digital.

| Chupeta / Sucção digital | Já usou | Nunca usou | Total |
|--------------------------|------------|------------|-------|
| | Sim | 2 | 2 |
| Não | 5 | 5 | 10 |
| Total | 7 | 7 | 14 |

Tabela12 – Relação entre as variáveis Chupeta (já usou ou nunca usou) e Sucção digital (n)

Verificou-se que 4 inquiridos, responderam que o seu filho utiliza a chupeta e “chucha no dedo”. E que apenas 5 crianças, nunca apresentaram nenhum dos hábitos de sucção não nutritiva questionados.

vii. Traumatismo dentário

Para saber se os encarregados de educação sabiam o que fazer em caso de traumatismo dentário, foi colocada essa questão, em que se obteve as seguintes respostas: 51 disseram não saber, 20 afirmaram saber e apenas 2 não responderam.

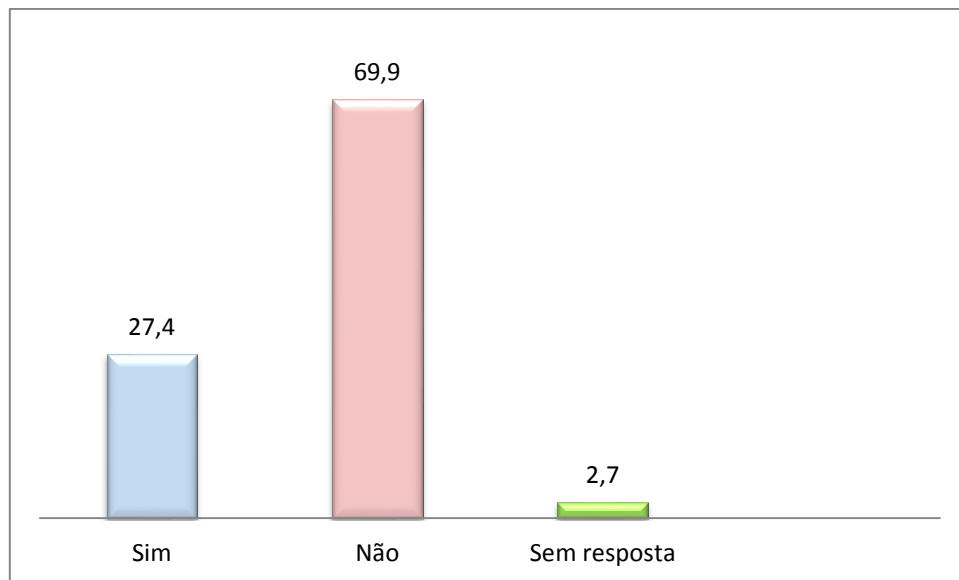


Fig.19 – Distribuição da amostra relativamente ao conhecimento sobre o que fazer em caso de traumatismo (em %)

Relativamente a este tema, foi feita uma segunda questão de resposta aberta aos pais que responderam saber que medidas tomar em caso de traumatismo. A esta pergunta obteve-se maioritariamente a resposta “Ir ao Médico Dentista”, as restantes respostas foram: “colocar gelo”, “deve-se guardar o fragmento e ir ao dentista”, “ir ao dentista e ter uma boa higiene oral” e “verificar se o dente está a abanar ou mais escuro e se sim procurar um dentista”.

viii. Primeira visita ao Médico Dentista

Do total de participantes no estudo, apenas 9 dos inquiridos já levaram o seu filho ao dentista, 62 disseram ainda não o ter feito e 2 não responderam.

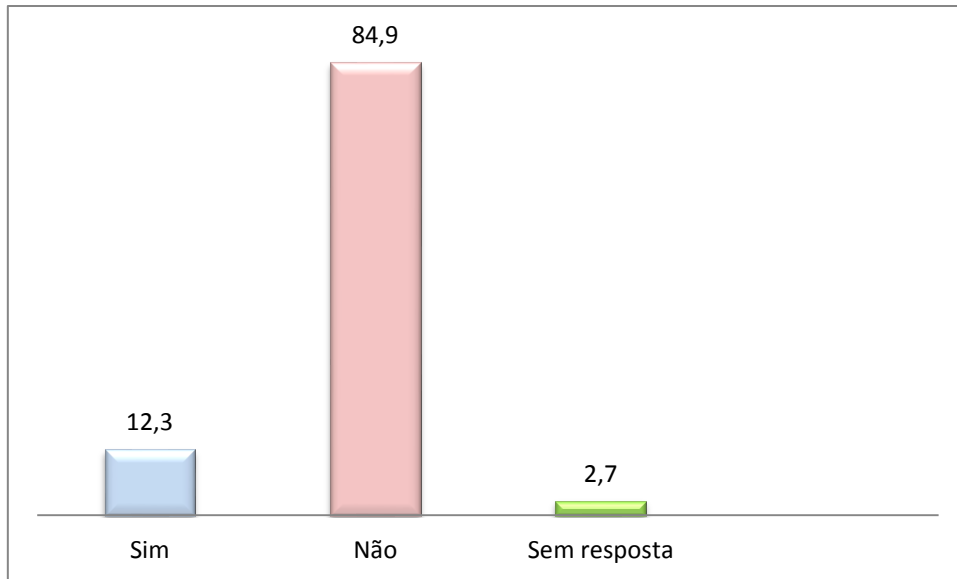


Fig.20 – Distribuição da amostra relativamente à questão “Já levou o seu filho ao dentista?” (em %)

Aos inquiridos que responderam já ter levado o filho ao dentista (n=9), foi perguntado em que faixa etária o haviam feito, o que resultou na seguinte tabela de resultados:

| Idade (meses) | N |
|---------------|----------|
| 0-5 | 1 |
| 6-12 | 3 |
| 13-24 | 4 |
| 25-36 | 1 |
| Total | 9 |

Tabela 13 – Distribuição da amostra relativamente à faixa etária em que os inquiridos levaram o filho ao dentista (n)

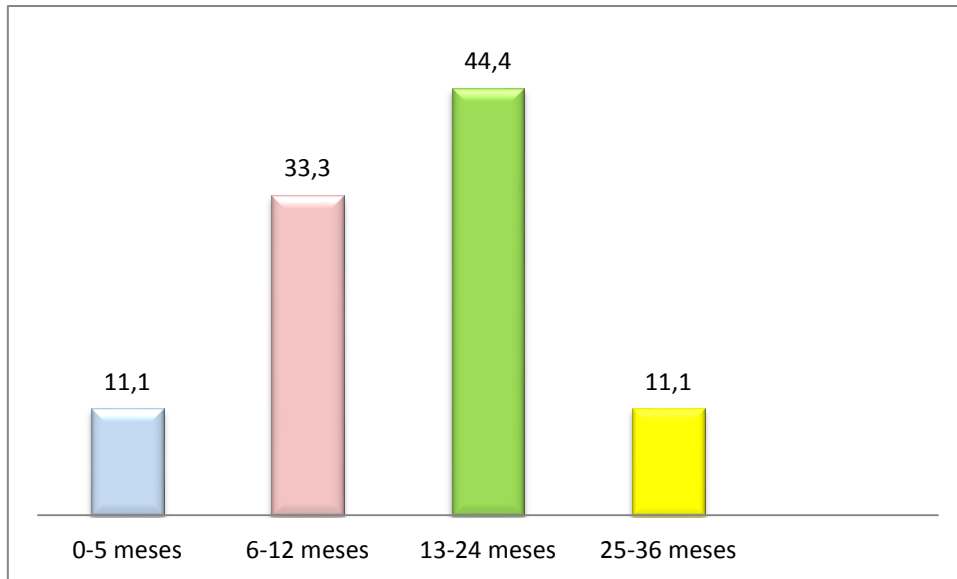


Fig.21 – Distribuição da amostra em relação à idade em que foi ao dentista pela primeira vez (em %)

Ao total de inquiridos que ainda não levaram o seu filho ao dentista (n=62), mais foi questionado quando acham ser a idade indicada para o fazer e os resultados foram os seguintes:

| Idade (anos) | N | % |
|---------------------|----------|----------|
| 4-7 | 42 | 67.7 |
| 8-10 | 1 | 1.6 |
| 11-13 | 2 | 3.2 |
| Mais tarde | 11 | 17.7 |
| Sem resposta | 6 | 9.7 |
| Total | 62 | 100 |

Tabela 14 – Distribuição da amostra em relação à opinião sobre o momento ideal para a primeira consulta ao médico dentista

ix. Importância do tratamento dos dentes decíduos

Na última pergunta do inquérito foi colocada a seguinte questão “Apresentando algum problema, acha que se devem tratar os “dentes de leite”?”, 68 disseram que sim, apenas 2 responderam que não e 3 não responderam.

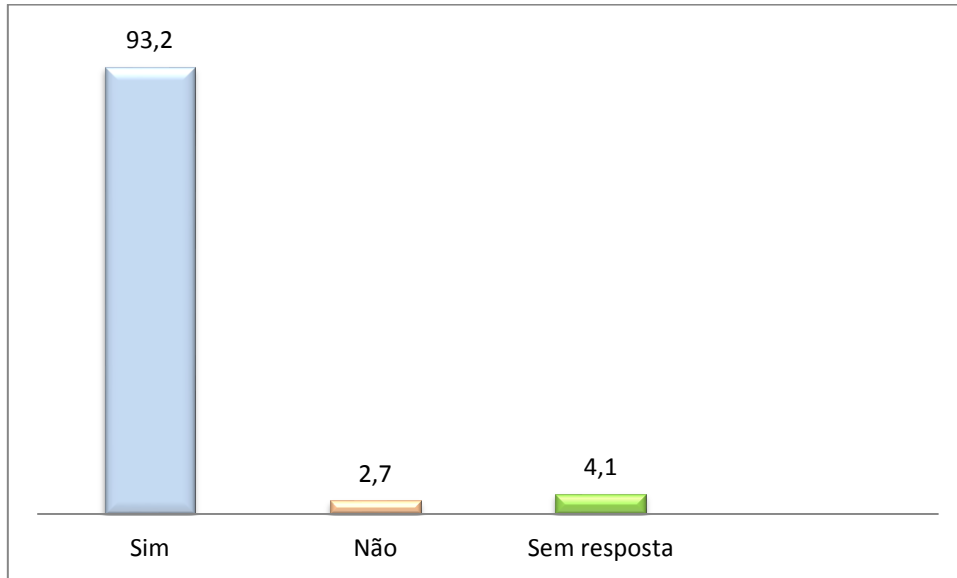


Fig.22 – Distribuição da amostra em relação à questão “Apresentando algum problema acha que se deve tratar os “dentes de leite”?” (em %)

V. Análise e discussão de resultados

Todos os Encarregados de Educação a quem foi solicitada, pela autora, a sua participação no projecto aceitaram colaborar. No entanto, o número de consentimentos informados preenchidos, 75, não correspondeu ao esperado inicialmente, 95. Esta diferença de 23 participantes deve-se ao facto, do estudo ter sido realizado durante o mês de *Setembro e Outubro de 2014* e, sendo uma altura de início de ano lectivo, a instituição ainda não estar a funcionar com todos os utentes: havia crianças de férias, outras que não tinham atingido a idade mínima para frequência no infantário, umas já inscritas mas que ainda nem haviam nascido e existiam também ainda vagas por preencher.

Após recolha dos consentimentos informados possíveis, foram entregues os inquéritos às Educadoras responsáveis de cada sala para que procedessem à sua entrega. Dos 75 questionários entregues, foram recolhidos 73. Por serem preenchidos em casa, houve dois pais que não entregaram o inquérito em tempo útil, final do mês de *Outubro de 2014*.

Para que fosse possível, perceber se a palestra tinha contribuído para o aumento dos conhecimentos dos pais em relação à saúde da cavidade oral dos seus filhos, foi elaborado um segundo inquérito para ser entregue após a palestra. No entanto, devido à diferença de participantes registada entre o primeiro (73) e o segundo (23) inquérito ser considerável, não foi possível cumprir esse propósito.

De seguida, serão discutidos os resultados relativos às questões do inquérito realizado.

Foi assumido um estudo puramente descritivo porque a amostra é diminuta o que condiciona a associação entre variáveis. Além disso, em algumas questões os outros estudos comparativos apresentavam diferentes metodologias de estudo o que não possibilita a correcta comparação de resultados com a presente discussão.

1. Género e Idade

No presente estudo, obteve-se uma amostra de 27.4% meninos e 41.1% meninas, no entanto, esta questão destacou-se, pelo elevado número de inquiridos que não respondeu, 41.1%. Esta situação poderá dever-se à formatação dada ao inquérito, porque esta pergunta encontra-se na mesma linha que a pergunta referente à idade, sem que fosse feito parágrafo e, por esse motivo, provavelmente “passou despercebida” aos pais.

Relativamente à idade, a faixa etária mais registada foi a dos 13-24 meses, o que não se revela uma surpresa, visto que, no momento do questionário, era a faixa etária mais prevalente nas crianças da instituição.

2. Amamentação e Biberão

No presente estudo, apenas 5.5% das crianças não foi amamentada. Do total de inquiridos (n=73), 91.8% recebeu o leite materno desde o nascimento aos 5 meses, reduzindo para 74% entre os 6 e os 12 meses e para 21.9% até aos dois anos. Mais do que 24 meses, ninguém disse ter amamentado.

Nesta investigação, não ficou esclarecido se a amamentação tinha sido ou não exclusiva até aos seis meses, no entanto, a percentagem de crianças a recebê-la, exclusivamente ou não, até ao primeiro ano de vida, é bastante positiva. Assim como, num estudo realizado por Albuquerque et al. (2010), em creches públicas na cidade de João Pessoa, onde foram avaliadas 292 crianças entre os 12 e os 36 meses e em que 83,3% das crianças que realizaram o aleitamento natural exclusivo fizeram-no até os seis primeiros meses de vida.

No entanto, os resultados obtidos por Sandes et al. (2007), não foram tão satisfatórios. Em 475 puérperas na Maternidade do Hospital de Santa Maria em Lisboa, obtiveram-se os seguintes resultados: 91% amamentavam no momento de saída do Hospital mas, até aos 3 meses baixou para 54% e voltou a diminuir para 34.1% aos 6 meses.

Em concordância com o número de participantes, que afirmou ter amamentado o seu filho, uma expressiva percentagem, 93.2% acredita que a amamentação acarreta benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral do bebé, o que demonstra que estão sensibilizados para os inúmeros benefícios da amamentação, como por exemplo, o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático e a diminuição da prevalência de hábitos deletérios, que podem ter como consequência má-oclusão. (Casagrande et al., 2008)

Em seguida, relativamente ao biberão, as opiniões dividem-se em 30.1% que acredita que sim e 63.0% que diz o biberão não tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral. A verdade é que o biberão não tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral, porque, ao contrário do que ocorre na amamentação, o esforço muscular é inadequado, o que pode resultar, em distúrbios miofuncionais da face (Casagrande et al., 2008)

Para as duas últimas questões abordadas, apesar de existir diversos artigos sobre os temas, não são encontradas perguntas semelhantes ao presente estudo, para se proceder à comparação.

Por último, pretendeu-se saber se os pais têm o hábito de adormecer o seu filho com o biberão, apenas 2.7% diz ter esse hábito. Contrariamente ao registado por Ferreira et al. (2011), que num questionário realizado a 406 pais ou responsáveis de pré-escolares entre os 2 e 5 anos, obteve uma percentagem de 47.8% que referiram uso de biberão nocturno.

3. Higiene oral e Dentífrico fluoretado

Quando questionados se antes da erupção do primeiro dente têm ou tiveram algum hábito de higiene oral, apenas 30% dos participantes responde que sim.

Num estudo realizado por Faustino-Silva et al. (2008), em que foi efectuada uma entrevista estruturada a 235 pais de crianças em idade pré-escolar, 45% dos entrevistados acredita que a higiene oral não deve ter início antes da erupção do

primeiro dente. Na investigação de Aguiar (*cit. in* Faustino-Silva et al., 2008) com 160 crianças entre os 0 e os 36 meses, 71% dos pais não tinha hábitos de higiene oral antes do aparecimento dos primeiros dentes. Também num trabalho de Coelho et al. (2005), apenas 10% das mães iniciaram a higienização nos primeiros dias do filho e 3.3% aos 3 meses de vida.

Portanto, no presente estudo e em concordância com o observado noutras investigações, percebe-se que a maioria dos pais, não tem hábitos de higiene oral antes da erupção do primeiro dente. Mas, quando questionados sobre esses hábitos após a erupção do primeiro dente, nenhum participante disse não o fazer. Ou seja, os pais só começam a dar importância ao tema da higiene oral depois da erupção do primeiro dente.

Relativamente aos momentos em que a limpeza é efectuada, 42.5% dos inquiridos diz que a higiene oral do seu filho é feita duas vezes por dia (manhã e noite), 39.8% apenas uma vez (manhã ou noite) e 2.7% três vezes ao dia (manhã, almoço e noite).

No entanto, os 2.7% de inquiridos que afirmou realizar a higiene três vezes por dia, essa situação só se poderá verificar nos dias em que os bebés estejam ao seu cuidado, porque no infantário não se realiza limpeza da cavidade oral.

Num estudo realizado por Damião et al. (2010), recorrendo a uma entrevista com o auxílio de um questionário em 126 pais de crianças entre os 6 e os 36 meses, os resultados são mais animadores, com 85% a afirmar realizar a higiene oral 2 a 3 vezes ao dia.

Dos inquiridos, 78% diz que na higiene oral do seu filho está incluído o dentífrico fluoretado. Novamente, no estudo realizado por Damião et al. (2010), 126 crianças, 5 (3.97%) escovam os dentes sem dentífrico, 23 não usavam escova (a limpeza era com gaze) e 98 (77.78%), ou seja, a maioria utilizava dentífrico fluoretado, tal como na presente investigação.

Ainda sobre a utilização de dentífrico, pretende-se saber se é utilizado dentífrico adequado à idade. Do total de inquiridos, 76.7% diz utilizar. Num estudo efectuado por

Damião et al. (2010), 34.69% utilizavam dentífrico convencional ou de adulto e 65.31% o infantil, com menos concentração de flúor. O que vai de encontro aos resultados encontrados no presente estudo.

Ainda sobre o tema da higiene oral, 97.3% dos pais respondeu afirmativamente à questão “Acha que uma higiene oral diária é fundamental para a manutenção da sua saúde oral?”, o que demonstra que apesar das percentagens de número ideal de vezes em que é realizada a higiene oral não ser o ideal, os pais apresenta conhecimento da importância da mesma para a saúde oral.

4. Chupeta e Sucção digital

Relativamente à chupeta é feita a questão “Usa?”, 79.5% responderam que sim. Tal como se verifica num estudo realizado por Albuquerque et al. (2010), onde das 292 crianças entre os 12 e 36 meses avaliadas 61.6% tem o hábito de sucção de chupeta.

Nesta investigação, da amostra total de 79.5% que responderam que usam chupeta, 32.9% já se encontra na faixa etária entre os 13-24 meses e 15.1% tem idade compreendida entre os 25-36 meses. O que demonstra que, provavelmente, a tendência será semelhante à verificada no estudo de Albuquerque et al. (2010), em que 60.0% das crianças avaliadas, permaneceram com o hábito até aos 25-36 meses.

Quando a questão é feita sobre a sucção digital, a percentagem de respostas positivas é menor, comparativamente com o uso de chupeta. Apenas 12% diz que o seu filho tem o hábito de “chuchar no dedo”. O mesmo se verificou, mais uma vez, no estudo Albuquerque et al. (2010) em que 8.2% realizada sucção digital, contrastando com 61.6% que utiliza chupeta.

Ao fazer a relação entre as duas variáveis percebe-se que existem 4 crianças que usam a chupeta e o dedo. E 4 que usam o dedo e não a chupeta, mas dessas, duas já usaram a chupeta em algum momento. É possível perceber também que, apenas 5, nunca utilizaram a chupeta ou o dedo como forma de sucção não nutritiva.

Ou seja, no presente estudo, obteve-se uma amostra de 74.0% de crianças que no momento do questionário usam apenas a chupeta, 5.5% que usam só o dedo e 5.5% que têm os dois tipos de hábito.

Assim como na presente investigação, no estudo de Furtado e Vedovello Filho (2007), em que foram examinadas 146 crianças entre os 3 e 6 anos, observou-se uma prevalência alta de hábitos de sucção não nutritivos, 69.8%. Também no trabalho de Albuquerque et al. (2010) já referido anteriormente, 69.2% dos participantes apresentavam algum tipo de sucção não nutritiva.

Quando se coloca a questão “Na sua opinião, até que idade se deve usar?”, todos os inquiridos respondem conforme as recomendações, ou seja, ninguém é da opinião que o hábito deverá persistir para lá dos 3 anos de idade.

Ainda sobre este tema e, apesar da grande prevalência de crianças com hábito de sucção de chupeta, quando se coloca a questão se a sua utilização tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral do bebé, 78.1% dos inquiridos acredita não ter. A mesma questão foi realizada em relação à sucção digital, no entanto, em concordância com número reduzido de crianças que não tem o hábito, apenas 5.5% respondeu afirmativamente. No entanto, não se encontrou nenhum estudo, com questões semelhantes.

5. Traumatismo dentário

Quando questionados sobre se tinham conhecimento do que fazer em caso de traumatismo, apenas 27.4% dos pais responderam afirmativamente. Ainda sobre o tema, realiza-se uma pergunta de resposta aberta, para que esclarecessem quais as medidas que adoptariam, à qual a maioria responde “Ir ao médico dentista”.

Os pais demonstraram saber o que fazer em caso de traumatismo, visto que, responderam correctamente à pergunta de resposta aberta. No entanto, a percentagem de inquiridos que não respondeu assertivamente, é significativa.

Apesar da grande maioria das lesões registadas na dentição decídua necessitar apenas de acompanhamento, deverá ser feito um correto diagnóstico, tratamento e plano de acompanhamento, para que o resultado seja favorável e que não se registem complicações. Assim como fornecidas recomendações importantes que os pais deverão seguir no período pós trauma. (IADT, 2012; Assunção et al., 2011)

6. Primeira visita ao Médico Dentista

Dos participantes, 85% ainda não levou o filho ao dentista e quando questionados qual seria o melhor momento para o fazer, 58% indicaram ser entre o 4 e os 7 anos, seguido de 15% que achou ser depois dos 13 anos.

Dos 12% que já tinham levado o filho ao dentista, a maioria (6%) foi entre os 13-24 meses e apenas 5% até ao primeiro ano.

No estudo de Ferreira et al. (2011), constituído por 391 pais ou responsáveis de pré-escolares com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos, 41.4% ainda não tinha visitado o médico dentista. E no de Faustino-Silva et al. (2008), apenas 30% dos pais ou responsáveis relataram que a criança deveria ser levada à primeira consulta odontológica antes do primeiro ano de vida.

A situação verificada, não corresponde às recomendações da Academia Americana de Odontopediatria, que aconselha que a primeira ida ao médico dentista se deve realizar entre os seis meses (momento da erupção do primeiro dente) e o primeiro ano de vida, para que seja feito um aconselhamento preventivo aos pais e definido um plano de acompanhamento consoante o risco de cárie. (AAPD, 2014a)

7. Importância do tratamento dos dentes decíduos

No trabalho de Coelho, et al. (2005), com 300 mães de crianças entre os 2 e 6 anos, quando se colocou a questão se as mães achavam importante restaurar um dente decíduo, 53.3% responderam que sim e 46.7% não consideraram importante. Nesse estudo, colocou-se também a questão se a dentição temporária é tão importante quanto a

dentição permanente, 33.4% disseram que sim e 66.6% disseram que não era tão importante.

No presente estudo, coloca-se uma última questão: “Apresentando algum problema, acha que se devem tratar os “dentes de leite”?”, a qual, 93% dos participantes responderam afirmativamente. O que contraria o encontrado nos estudos acima referidos e demonstra que os inquiridos reconhecem a importância do tratamento dos dentes decíduos, se esta situação se revelar necessária.

VI. Conclusão

No presente estudo, os pais apresentam um nível de conhecimento acima do esperado, relativamente a temas como a amamentação, utilização de biberão nocturno, utilização de dentífrico adequado à idade e momento em que deve ser retirada a chupeta. Assim como, reconhecem a importância da higiene oral e do tratamento, se indicado, dos dentes decíduos.

No entanto, existem assuntos em que revelam maior desconhecimento. Apesar de não referirem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da cavidade oral através da utilização da chupeta ou sucção digital, a maioria das crianças possui um destes hábitos, havendo inclusive bebés a realizar os dois simultaneamente.

Além disso, não é dada importância à higiene oral antes da erupção do primeiro dente, a maioria dos participantes não sabe o que fazer em caso de trauma dentário e a primeira ida ao dentista é realizada tardiamente.

Na opinião da autora, apesar de haver assuntos em que é revelado maior conhecimento, existem outros, igualmente importantes, em que ficou demonstrada maior ignorância.

Regista-se ainda que, apesar de ter havido colaboração para o preenchimento dos inquéritos, no momento da palestra o mesmo não se verificou, o que inviabilizou uma parte do estudo. Assim, é possível observar alguma falta de interesse no que respeita a palestras sobre saúde oral, o que provavelmente se relaciona com a falta de importância que ainda se dá ao tema.

Assim, continua a ser importante a realização destes programas para dotar os pais dos conhecimentos necessários, principalmente sobre os assuntos em que foi encontrado maior desconhecimento. Importa também, motiva-los para a Saúde Oral.

VII. Bibliografia

1. AAPD. (2011). Policy on Oral Health in Child Care Centers. [Em linha]. Disponível em http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_OHCCareCenters.pdf. [Consultado em 20/04/2014];
2. AAPD. (2014a). Guideline on infant oral health care. [Em linha]. Disponível em http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_infantOralHealthCare.pdf. [Consultado em 20/04/2014];
3. AAPD. (2014b). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. [Em linha]. Disponível em http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications.pdf. [Consultado em 20/04/2014];
4. AAPD. (2014c). Policy on Use of Fluoride. [Em linha]. Disponível em http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_FluorideUse.pdf. [Consultado em 20/04/2014];
5. AAPD. (2014d). Guideline on Fluoride Therapy. [Em linha]. Disponível em http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_fluoridetherapy.pdf. [Consultado em 20/04/2014];
6. AAPD. (2014e). The state of the little teeth. [Em linha]. Disponível em http://www.aapd.org/aapd%E2%80%99s_state_of_little_teeth_report_an_examination_of_the_epidemic_of_tooth_decay_among_our_youngest_children/. [Consultado em 19/03/2014];
7. ADA. (2014). Fluoride toothpaste use for young children, *JADA*, 145(2), pp. 190-191;

8. Adair, S.M. *et alli* (2001). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5014a1.htm>>. [Consultado em 12/04/2015];
9. Aguiar, H e Silva, A.I. (2011). Aleitamento materno, *Acta Med Port*, 24(S4), pp. 889-896;
10. Albuquerque, S.S.L. *et alli* (2010). A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância, *Ciência Saúde Colectiva*, 15(2), pp. 371-376;
11. Areias, C. *et alli* (2008). Saúde Oral em Pediatria, *Acta Pediat Port*, 40(3), pp.126-132;
12. Areias, C. *et alli* (2010). Cárie precoce da infância – o estado da arte, *Acta Pediatr Port*, 41(5), pp. 217-221;
13. Assunção, L.R.S. *et alli* (2011). Luxation injuries in primary teeth: a retrospective study in children assisted at an emergency service, *Braz Oral Res*, 25(2), pp. 150-156;
14. Assunção, L.R.S., Cunha, R.F. e Ferelle, A. (2007). Análise dos traumatismos e suas sequelas na dentição: uma revisão da literatura. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, 7(2), pp. 173-179;
15. Bervian, J., Fontana, M. e Caus, B. (2008). Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais – revisão de literatura, *RFO*, 13(2), pp.76-81;
16. Bueno, S.B. *et alli* (2013). Association of breastfeeding pacifier use, breathing pattern and malocclusion in preschoolers, *Dental Press J Orthod*, 18(1), pp. 301-306;

17. Casagrande, L. *et alli* (2008). Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático, *Rev Fac Odontol*, 49(2), pp 11-17;
18. Coelho, M.L.G. *et alli* (2007). Perda precoce da dentição decídua: análise da percepção das mães de crianças de 02 a 06 anos de idade na sede do distrito de Jaibaras, *SANARE*, 1(1), pp. 85-92;
19. Damião, L.S. *et alli* (2010). Uso de dentífrico fluoretado e hábitos de escovação em crianças de 6 a 36 meses de idade, *Rev Odontol Bras Central*, 19(51), pp. 295-300;
20. Demitto, M.O., Bercini, L.O. e Rossi, R.M. (2013). Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo, *Ecola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(2), pp. 271-276;
21. DGS. (2002). Circular informativa nº41/DSE de 26/07/2012 – Saúde oral: administração de flúor. Lisboa, DGS;
22. DGS. (2005). Circular normativa nº 01/DSE de 18/01/2005. Programa nacional de promoção da saúde oral. Lisboa, DGS;
23. DGS. (2008). Estudo nacional de prevalência das doenças orais. Lisboa, DGS;
24. DGS. (2011). Orientação nº007/2011 de 25/03/2011. Programa nacional de promoção da saúde oral – plano B. Lisboa, DGS;
25. EAPD. (2009). Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. [Em linha]. Disponível em < <http://www.eapd.eu/dat/82C0BD03/file.pdf>>. [Consultado em 03/04/2015];
26. Eidelman, A.I. e Schanler, R.J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk, *AAP*, 129(3), pp. 827-841;

27. Faustino-Silva, D.D. *et alli* (2008). Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimento de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, *Rev odonto cienc*, 23(4), pp. 375-379;
28. FDI. (2008). La promotion de la santé dentaire grâce au dentifrice fluoré. [Em linha]. Disponível em <<http://www.fdiworldental.org/media/24380/Promoting%20dental%20health%20through%20fluoride%20toothpaste%20FR.pdf>>. [Consultado em 29/03/2015];
29. FDI. (2014). La salud bucodental perinatal e infantil. [Em linha]. Disponível em <http://www.fdiworldental.org/media/59436/1-fdi_ps-perinatal_and_infant_oral_health_final_es.pdf>. [Consultado em 29/03/2015];
30. Ferreira, J.M.S. *et alli* (2011). Práticas de pais sobre higiene bucal e dieta de pré-escolares da rede pública, *Revista Gaúcha Odontologica*, 59(2), pp. 265-270;
31. Figueira, T. e Leite, I. (2008). Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos, *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 8(1), pp. 87-92;
32. Furtado, A.N.M. e Vedovello Filho, M.A. (2007). A influência do período de aleitamento materno na instalação de hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de maloclusão na dentição decídua, *RGO*, 55(4), pp. 335-348;
33. Hanna, L.M.O., Nogueira, A.J.S. e Honda, V.Y.S. (2007). Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês, *RVO*, 55(3), pp. 271-274;
34. Hauck, F.R., Omojokun, O.O. e Siadaty, M.S. (2005). Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis, *Pediatrics*, 116(5), pp. 716-723;
35. IADT. (2012). Dental trauma guidelines. [Em linha]. Disponível em <<http://www.iadt-dentaltrauma.org/19%20%20iadt%20guidelines%20combined%20-%20lr%20-%202011-5-2013.pdf>>. [Consultado em 15/04/2015];

36. Instituto Nacional de Estatística. [Em linha]. Disponível em <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt>. [Consultado em 18/02/2014];
37. Kramer, M.S. e Kakuma, R. (2012). *Optimal duration of exclusive breastfeeding (review)*. The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons;
38. Nelson, A.M. (2012). A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage, *Journal of Pediatric Nursing*, pp.690-699;
39. Neves, C. (2011). Novas recomendações na prevenção da morte súbita do latente, *Rev Port Clin Geral*, 27, pp. 566-568;
40. Oliveira, B.H., Santos, A.P.P. e Nadanovsky, P. (2012). Uso de dentífricos fluoretados por pré-escolares: o que os pediatras precisam de saber?. [Em linha]. Disponível em <http://www.researchgate.net/publication/257762186_Uso_de_dentifrcios_fluoretados_por_crianas_em_idade_pr-escolar_o_que_os_pediatras_precisam_saber>. [Consultado em 12/04/2015];
41. Oliveira, D.F.S., Moura, H.G. e Oliveira, A.J. (2008). Higiene bucal de bebês de 0 a 6 meses, *Revista científica do ITPAC*, 1(1), pp. 34-38;
42. OpenEpi. [Em linha]. Disponível em <http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm>. [Consultado em 20/02/2015];
43. Palma, C., Cahuana, A. e Gómez, L. (2010). Guía de orientacion para la salud bucal en los primeros años de vida, *Acta Pediatr Esp*, 68(7), pp. 351-357;
44. Passos, M.M. e Frias-Bulhosa, J. (2010). Hábitos de sucção não nutritivos, respiração bucal, deglutição atípica – impactos na oclusão dentária, *Rev Port Estomatologia Dent Cir Maxilofac*, S1(1), pp.121-127;

45. Romero, C.P. *et alli* (2011). Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns to the prevalence of anterior open bite in primary dentition, *J Appl Oral Sci*,19(2), pp.161-168;
46. Sánchez, L. *et alli* (2000). Uso del chupete: beneficios y riesgos, *Esp Pediatr*, 53(6), pp. 580 -585;
47. Sandes, A.R. *et alli* (2007). Aleitamento materno – prevenção e factores condicionantes, *Acta Med Port*, 20, pp. 193-200;
48. Vasconcellos, R.J.H. *et alli* (2003). Trauma na dentição decídua: enfoque actual, *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 3(2), pp. 17-24;
49. Warren, J.J. e Bischara, S.E. (2002). Duration of nutritive and non-nutritive sucking behaviours and their effects on the dental arches in the primary dentition, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 121(4), pp. 347-356;
50. WHO. (2001). *Optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation*. Geneva, WHO.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado (nome completo) -----

-----,

responsável pelo participante no projecto (nome completo) -----

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

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/_____/20__

Assinatura do Responsável pelo participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

ANEXO 2 – INQUÉRITO

A saúde oral em dentição infantil

O meu nome é Sara Azevedo, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, e estou a preparar a minha Tese de Mestrado que tem como tema “A Saúde Oral em Dentição Infantil”.

O objectivo deste projecto é facultar aos pais de crianças até aos 36 meses, as ferramentas necessárias para que possam garantir que os seus filhos tenham melhores condições para o correcto crescimento, desenvolvimento e funcionamento da sua cavidade oral.

Com a sua participação neste inquérito, de resposta simples e rápida, será possível perceber as práticas e hábitos mais frequentes assim como, entender quais as maiores dúvidas e dificuldades no que diz respeito à saúde oral do seu filho. Com a informação recolhida, pretende-se realizar uma pequena palestra onde serão abordados todos os assuntos incluídos neste inquérito, sendo dado maior ênfase aos temas onde se venham a revelar maiores dúvidas.

Relativamente ao seu filho

1) Dados

| | |
|--|--|
| 1.1) Idade (meses) | 1.2) Sexo |
| 0-5 <input type="checkbox"/> 6-12 <input type="checkbox"/> 13-24 <input type="checkbox"/> 25-36 <input type="checkbox"/> | Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |

2) Alimentação infantil

| | | | | | |
|---------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1) | Foi amamentado? | Sim | Não | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2.1.1) | Se SIM , até que idade? (meses) | 0-5 | 6-12 | 13-24 | Mais |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2) | Acha que a amamentação tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da sua cavidade oral? | Sim | Não | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2.3) | Acha que o uso do biberão tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da sua cavidade oral? | Sim | Não | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 2.4) | Tem por hábito adormecer o seu filho com biberão? | Sim | Não | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

3) Higiene Oral

| | | | | | | |
|---------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1) | Antes da erupção do 1º dente tem ou teve algum hábito de higiene? | Sim | Não | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 3.2) | Depois da erupção do 1º dente, em que momentos é feita? | Não tem 1º dente | Nunca | Manhã | Almoço | Noite |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3) | Utiliza dentífrico? | Sim | Não | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 3.3.1) | Se SIM , utiliza dentífrico adequado à sua idade? | Sim | Não | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 3.4) | Acha que uma higiene oral diária é fundamental para a manutenção da sua saúde oral? | Sim | Não | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

4) Chupeta

| | | | | | | | |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1) | Usa? | | | | | Sim | Não |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.1.1) | Se NÃO , | | | Já usou | | Nunca usou | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 4.2.1) | Se JÁ USOU , deixou em que idade? (meses) | 0-5 | 6-12 | 13-24 | 25-36 | Mais | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4.2) | Na sua opinião, até que idade se deve usar?(meses) | 0-5 | 6-12 | 13-24 | 25-36 | Mais | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4.3) | Acha que a sua utilização tem benefícios para o correcto desenvolvimento inicial da sua cavidade oral? | | | | | Sim | Não |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5) Sucção digital

| | | | | | |
|------|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 5.1) | Tem por hábito “chuchar no dedo”? | | | Sim | Não |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2) | Acha que este hábito tem benefícios para o correcto desenvolvimento da sua cavidade oral? | | | Sim | Não |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6) Traumatismos

| | | | | | |
|--------|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 6.1) | Em caso de traumatismo dentário sabe que medidas utilizar? | | | Sim | Não |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.1.1) | Se SIM , dê um breve exemplo de uma das possíveis medidas a adoptar? | | | | |

7) Primeira ida ao dentista

| | | | | | | | |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.1) | Já alguma vez levou o seu filho ao dentista? | | | | | Sim | Não |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.1.1) | Se SIM , em que idade? (meses) | 0-5 | 6-12 | 13-24 | 25-36 | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7.1.2) | Se NÃO , qual acha que será a idade mais indicada? (anos) | 4-7 | 8-10 | 11-13 | Mais tarde | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 8) | Apresentando algum problema, acha que se devem tratar os “dentes de leite”? | | | Sim | Não |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obrigada pela colaboração!

ANEXO 3 – PALESTRA

