

Alexandra Costa

Conhecimentos e comportamentos promotores
da saúde oral na segunda infância:
Perceção dos pais/encarregados de educação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Alexandra Costa

Conhecimentos e comportamentos promotores
da saúde oral na segunda infância:
Perceção dos pais/encarregados de educação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Alexandra Costa

Conhecimentos e comportamentos promotores
da saúde oral na segunda infância:
Perceção dos pais/encarregados de educação

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

Alexandra Costa

RESUMO

A saúde oral é parte integrante e fundamental na saúde geral da criança, desta forma, o intuito desta tese surgiu a partir da reflexão sobre a influência, considerada decisiva, das atitudes e dos conhecimentos dos pais/encarregados de educação para a saúde oral das crianças em idades muito jovens.

Este conhecimento da doença na população é essencial para os profissionais estabelecerem prioridades nos programas de prevenção, intervenção e tratamento. O presente estudo teve como principal objetivo analisar os conhecimentos, comportamentos e hábitos de saúde oral das crianças e relacioná-los com a percepção que os pais/encarregados de educação têm relativamente à prevenção da doença cárie.

Foi realizado um estudo transversal através de questionário a 136 pais/encarregados de educação, com educandos entre os 3 anos e os 6 anos, no infantário da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde. Os fatores estudados foram: a idade das crianças, hábitos alimentares e de higiene oral, a frequência e o motivo de consulta dentária, relacionando aspetos culturais, socioeconómicos e hábitos de saúde oral dos cuidadores.

Conclui-se que quer os conhecimentos quer os comportamentos dos pais/encarregados de educação podem influenciar na promoção da saúde oral das crianças. Ainda existe uma significativa falta de conhecimento de hábitos promotores de saúde oral. Os pais devem implementar práticas de alimentação saudável, devem supervisionar a higiene oral das crianças e devem consultar o dentista regularmente como forma de prevenção de futuros problemas de saúde oral.

Palavras-chave: cárie precoce da infância, comportamentos, conhecimentos, doença cárie, família, fatores de risco, prevenção, promoção da saúde, saúde oral, segunda infância

ABSTRAT

Oral health is an integral and fundamental part of the general health of the child, so the purpose of this thesis was based on the reflection on the influence, considered as decisive, of the attitudes and knowledge of the parents / guardians of children's oral health at very young ages.

This knowledge of the disease in the population is essential for professionals to prioritize prevention, intervention and treatment programs. The present study had as main objective to analyze the knowledge, behaviors and habits of oral health of the children and to relate them to the perception that parents / guardians of education have regarding the prevention of caries disease.

A cross - sectional study was carried out through a questionnaire to 136 parents / guardians, with students aged between 3 years and 6 years, in the Santa Casa da Misericórdia nursery in Vila Verde. The factors studied were: children's age, eating habits and oral hygiene, frequency and reason for dental consultation, relating cultural aspects, socioeconomic aspects and oral health habits of caregivers.

It is concluded that both the knowledge and the behaviors of parents / guardians can influence the promotion of children's oral health. There is still a significant lack of knowledge of oral health promoter habits. Parents should implement healthy eating practices, supervise the oral hygiene of children, and consult with the dentist regularly as a way to prevent future oral health problems.

Key words: early childhood caries, behavior, knowledge, caries disease, family, risk factors, prevention, health promotion, oral health, second childhood

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Frias Bulhosa, que não só se disponibilizou na orientação deste trabalho, como também incentivou, apoiou e contribuiu com o seu conhecimento.

Aos membros da direção, educadoras e auxiliares do Infantário da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, que autorizaram a realização do estudo e pela disponibilidade prestada.

A todos os pais que acederam a colaborar, pois sem eles o estudo não se podia concretizar.

A todos que de alguma forma contribuíram para que todo este projeto fosse possível.

Índice

Resumo.....	V
Abstract	VI
Agradecimentos	VII
Índice de Tabelas.....	IX
Índice de Gráficos	X
Índice de Anexos.....	XI
Índice de Abreviaturas	XII
1. Introdução	1
2. Desenvolvimento.....	4
2.1. Metodologia.....	4
2.2. Fatores Etiológicos.....	4
2.3. Higiene Oral	5
2.4. Nível Socioeconómico	6
2.5. Conhecimentos e hábitos dos pais como determinantes na saúde oral das crianças..	7
3. Resultados	8
4. Discussão.....	13
5. Conclusão.....	14
6. Referências Bibliográficas	15
7. Anexos.....	22

Índice de Tabelas

Tabela I - Associação entre o Parentesco e a Idade do filho aquando da primeira escovagem -----	8
Tabela II - Associação entre o parentesco e ajuda dos pais na escovagem-----	8
Tabela III - Associação entre a ida ao dentista da criança e a responsabilização dos pais pela prevenção das cáries dos filhos -----	9
Tabela IV - Associação entre a presença de fluor na pasta dentífrica das crianças e a hereditariedade das cáries -----	9
Tabela V - Associação entre a verificação da escovagem por parte dos pais e a existência de cáries-----	10
Tabela VI - Associação entre o parentesco e o número de escovagens diárias-----	10
Tabela VII - Associação entre o sexo da criança e a obrigatoriedade por parte dos pais relativamente à escovagem-----	11

Índice de Gráficos

Gráfico I – questão nº 7, grupo B- Costuma verificar se os dentes do seu filho ficam bem escovados?-----11

Gráfico II – questão nº 1, grupo E- Com que regularidade vai ao dentista?-----12

Índice de anexos

Anexo I. Consentimento da Autora do questionário-----	23
Anexo II. Consentimento informado, livre e esclarecimento para a participação na investigação-----	24
Anexo III. Questionário para Pais/Encarregados de Educação-----	25
Anexo IV. Tabela 1 – Verificação por parte dos pais da escovagem dos filhos-----	31
Anexo V. Tabela 2 – Com que regularidade os pais vão ao dentista-----	32
Anexo VI. Consentimento da comissão de ética da Santa Casa da Misericórdia da Vila Verde-----	33
Anexo VII. Consentimento da Instituição para a Elaboração do Trabalho	
1. Requerimento à Provedoria- Infantário da Santa Casa da Misericórdia-	34

Índice de abreviaturas

AAPD- American Academy of Pediatric Dentistry

ADA- American Dental Association

CDC- Center for Disease Control and Prevention

CPI- Cárie Precoce da Infância

DGS- Direção Geral de Saúde

FDI- World Dental Federation

ÍNDICE CPOD- Índice de nº de dentes Cariados, Perdidos e Obturado na dentição permanente

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNPSO- Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

SCMVV- Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma das doenças crónicas mais prevalentes em todo o mundo e, constitui um importante problema tanto a nível da saúde pública como na perspectiva individual e familiar (Arora, 2011). Apesar de se verificar uma diminuição epidemiológica da sua prevalência é, com o seu carácter cumulativo, a doença mais prevalente na infância e, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 60 a 90% da população mundial escolarizada apresenta esta doença.

De acordo com o artigo publicado na recentemente (Calado, 2017) foi realizado um estudo em Portugal, com uma amostra de 3.710 participantes, com idades compreendidas entre os 6, 12 e 18 anos, que apresentou uma prevalência de cáries na ordem dos 45,2%, 47,0% e 67,9 respetivamente, mostrando uma redução significativa das caries. Tendência esta constatada anteriormente, apresentada pela DGS, através dos dados obtidos no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, verifica-se uma redução do índice CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados) - aos 12 anos registava-se um CPOD = 2,95 (ano 2000), de 1,48 em 2006 e 1,18 em 2013. Verifica-se também um aumento de percentagem de jovens com as gengivas saudáveis comparativamente a 2006 (aos 12 anos era 29% e aos 15 anos 22%), enquanto que em 2013 (aos 12 anos era 51,7% e aos 18 41,8%). Comparativamente ao ano de 2006 e 2013, um aumento do número médio de dentes com selantes de fissuras, e da percentagem de crianças e jovens que escovam os dentes à noite antes de deitar (Calado, 2015). Em 2017, foram identificados selantes em 55% das crianças de 12 anos e a média de selantes por indivíduo foi de 3,61 (Calado, 2017).

Em alguns países, a cárie dentária é a doença crónica, correlacionada com a dieta, que acarreta mais custos, sobrepondo-se a doenças como obesidade, hipertensão, diabetes e doença arterial coronária (Arora, 2011).

A cariogenicidade envolve uma componente microbiológica que contribui para a patogénese da cárie. Entre os diversos micro-organismos que poderão estar envolvidos no desenvolvimento da lesão de cárie, o *Streptococcus mutans* é o agente etiológico primário de cárie pois possui, de forma mais marcada, as principais características determinantes da cariogenicidade. Contudo, o *Streptococcus sobrinus* e o *Lactobacillus* têm também implicações nesta doença (Pereira, 2001; Kantovitz, 2013; Edelstein, 2016).

A existência de lesões de cárie de progressão rápida em crianças já é conhecida desde há muito tempo. Elias Fass, em 1962, denominou a existência de cáries múltiplas e graves em crianças como “nursing bottle mouth”. Recentemente, e de acordo com a AAPD (2008a), a cárie precoce de infância (CPI) é, tal como a cárie, uma doença crónica e afeta a dentição temporária de crianças em idade pré-escolar. Pode, deste modo, desenvolver-se imediatamente após a erupção dentária e define-se com a presença de pelo menos um dente decíduo com lesão de cárie (cavitada ou não), restaurado ou perdido devido a cárie, em crianças com menos de 6 anos de idade (Areias, 2010; Dye, 2015).

Existem alguns fatores de risco associados à CPI (Casals, 2014). Os hábitos alimentares e comportamentais, a utilização de fluoretos, o controlo do biofilme oral, a colonização precoce por *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus* e *Lactobacillus*, o nível socioeconómico e a história clínica da criança assumem um papel importante na etiopatogenia (Areias, 2010; Arora, 2011; Casals, 2014). Segundo alguns estudos, verifica-se que não é tão importante a quantidade de açúcares ingerida mas sim a frequência de ingestão (Tinanoff, 2000; Hashim, 2009). Sabe-se também que a consistência dos alimentos influencia diretamente a suscetibilidade ao desenvolvimento de lesões de cárie (Tinanoff, 2005).

Relativamente à prática de amamentação, verifica-se que alguns estudos (que relacionam a amamentação com CPI) apresentam algumas variáveis de risco (defeitos de esmalte, lanches noturnos, uso de biberão com hidratos de carbono, contagem elevada de *Streptococcus mutans*, ausência ou deficiência de cuidados de saúde oral, elevada frequência de ingestão de açúcares, primeira visita ao médico-dentista após os 2 anos de idade), que limitaram a veracidade e viabilidade dos mesmos (Losso, 2009; Vitorino, 2014). As cáries associadas à amamentação são também menos graves e extensas que as associadas ao biberão (quer seja pelo volume do mamilo e tetina comparativamente ao biberão, quer pelo teor de açúcares) (Zafar, 2009; Vitorino, 2014).

No que concerne à correlação entre o excesso de peso/obesidade e o risco de desenvolvimento de CPI, também permanece inconclusivo (Kantovitz, 2006).

De acordo com alguns estudos, verifica-se uma relação inversa entre a frequência de escovagem e a prevalência de CPI (Jigjid, 2009; Chankanka, 2011). No entanto, comprova-se que quanto mais cedo se iniciarem métodos de escovagem, menor a prevalência e gravidade da CPI (Harris, 2004; Chu, 2012; Borralho, 2014).

Atualmente existem diferentes *guidelines* baseadas na evidência para o diagnóstico, prevenção e tratamento da CPI tais como: método de avaliação do risco da *American*

Academy of Pediatrics Oral Health (2008a); *guidelines* para a utilização de pasta de dentes fluoretada em crianças com idade inferior a 6 anos da ADA; recomendações da *Task Force* dos serviços de prevenção dos Estados Unidos; *guidelines* da avaliação do risco de cárie em crianças e adolescentes (Casals, 2014; Garcia, 2015). Estas *guidelines* têm o potencial de promover a implementação de melhores práticas de saúde oral pediátrica, tanto no consultório dentário como com os pediatras e médicos de família, sistematizando a tomada de decisão e promovendo níveis de cuidados preventivos e curativos apropriados. Em Portugal, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), tem por base uma estratégia global de intervenção sustentada na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolvendo-se ao longo do ciclo de vida das crianças e jovens (Ministério de Saúde, 2015).

Apesar do carácter multifatorial da CPI, o seu diagnóstico precoce e identificação dos fatores de risco, tornam-se então fundamentais para instituir medidas no sentido preventivo e interventivo. Dada a sua importância no âmbito da saúde pública, o objetivo principal deste estudo é contribuir para o conhecimento do estado de saúde oral de crianças em idade pré-escolar (a partir de uma amostra representativa dessa população), em particular da CPI e fatores associados, através de informações relativas a práticas, conhecimentos e formação dos pais, sobre saúde oral. Tendo em conta que estes têm um papel importante no desenvolvimento das atitudes, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças, bem como na influência exercida nos comportamentos das mesmas, pretende-se relacionar os conhecimentos com os comportamentos na prevenção da saúde oral das crianças, com a finalidade de contribuir para uma melhoria dos programas de promoção da saúde oral em Portugal.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Metodologia

Para a determinação dos objetivos deste estudo e resposta aos mesmos, foi realizado um questionário aos pais ou encarregados de educação (Anexo IV), com educandos entre os 3 e os 6 anos a frequentar o infantário da SCMVV, em Vila Verde. Para aplicação deste questionário foram pedidas as devidas autorizações, não só à instituição acima referida (anexo I), mas também à autora do inquérito original (anexo II), assim como, o consentimento aos pais ou tutores (Anexo III). A população alvo foi a 2^a infância, que engloba crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos. O estudo teve a duração do mês de março de 2017 e num universo de 150 crianças inscritas no jardim-de-infância, obteve-se a participação de cerca de 91% (n=136). Pretendeu-se desta forma, descrever hábitos relacionados com a utilização dos serviços de saúde oral, focando a frequência e motivo das consultas no médico dentista, crenças e atitudes dos pais, como: hábitos de higiene orais e hábitos alimentares. No ato da entrega dos questionários, foi dada uma breve explicação acerca do estudo, sendo este devolvido num envelope fechado, garantindo a confidencialidade dos dados. Desta forma, este estudo teve como suporte uma pesquisa bibliográfica baseada em artigos e livros de odontopediatria publicados entre 1981 e 2017, na base de dados *Pubmed* e *Scielo*, com o intuito de reunir o máximo de informação científica, para sistematizar a informação relativa às cáries precoces da infância, nomeadamente a sua prevalência, etiologia, fatores de risco e estratégias de prevenção.

2.2. Fatores Etiológicos

Aquando da erupção dos dentes o esmalte encontra-se imaturo. Até completar todo o processo de maturação o dente encontra-se mais suscetível ao aparecimento de lesões de cárie (Simmer, 2001; Gussy, 2006). Os processos de desmineralização do esmalte e dentina iniciam-se a partir do biofilme dentário. Para que se inicie são necessários três fatores, nomeadamente fatores do hospedeiro/suscetibilidade da superfície dentária, fatores da dieta e fatores bacterianos durante um determinado período de tempo (Pereira, 2001; Cosme, 2005; Losso 2009;). A dieta, a presença de microrganismos cariogénicos e um hospedeiro vulnerável são determinantes para o surgimento destas lesões, (Vasconcelos,

2004; Ferreira, 2012; Mendes, 2015). Sabe-se que quanto mais cedo a cavidade oral for colonizada pelo *Streptococcus mutans* mais rápida se dá a progressão da doença (Grindejord, 1996). Os níveis de *Streptococcus mutans* presentes na cavidade oral também são determinantes. Em crianças com CPI, o nível destes elementos bacteriológicos é cem vezes superior ao das crianças sem cárie (Mattee, 1992). O controlo da dieta é fundamental na prevenção da CPI. Segundo a AADP (2008b), deve-se reduzir a frequência de ingestão de líquidos e sólidos que contenham açúcares e entre os 12 a 18 meses de idade cessar o uso de biberão. A medicação também pode contribuir na formação deste tipo de lesões de cárie. Em idades precoces é frequentemente administrada, em xarope ou suspensão oral, medicação que não raras vezes contém açúcares, (Gibson, 1999; Quiñonez, 2001).

2.3. Higiene Oral

A higiene oral deve ser iniciada a partir da erupção do primeiro dente. Antes da erupção dentária a mucosa da criança já pode estar colonizada pelo *Streptococcus mutans* e como tal, também deve ser higienizada (Cosme, 2005). A não escovagem ou uma ineficaz escovagem está diretamente relacionada com aumento do risco de desenvolvimento da doença cárie existindo uma ligação entre a presença de biofilme oral visível e o nível de *Streptococcus mutans* na saliva (Vitorino, 2014). Um dos aspetos deste estudo prende-se com a seguinte questão: “a pasta de dentes que usa para escovar os dentes ao seu filho tem flúor?” De facto, podemos retirar daqui dois fatores importantes. A supervisão na escovagem e a existência ou não de flúor na pasta dentífrica utilizada. As orientações da DGS (2015) para as crianças dos 3 aos 6 anos baseiam-se essencialmente na motivação da própria criança para hábitos de higiene oral. O facto de estarem a passar por uma fase de imitação permite incentivá-las no processo de escovagem. Apesar da criança ganhar alguma destreza manual, os pais continuam a ser os responsáveis pela supervisão. A nível de dentífrico fluoretado deve conter, tal como no grupo etário dos 0 aos 3 anos, os 1000-1500 ppm (mg/l), sendo uma das escovagens obrigatoriamente após a última refeição antes de deitar. A quantidade de dentífrico a utilizar também é mínima, idêntica ao tamanho da quinta unha do dedo da própria criança. Hoje em dia não se recomenda o uso de fluoretos sistémicos, à exceção de crianças com alto risco para a cárie dentária. O uso de suplementos de flúor (comprimidos 0,25mg de NaF) e ou vernizes de flúor (2,2%) são

aconselhados apenas em crianças com pouca adesão à escovagem ou em casos individuais de crianças com cáries. Podemos antever que, de facto, a escovagem com dentífricos fluoretados é de suma importância na saúde oral. Segundo a AAPD (2008b) a incorporação do flúor nas pastas dentífricas foi responsável pela redução significativa da cárie dentária nos últimos 30 anos. De acordo com a OMS e a FDI, as recomendações são também para a realização de duas escovagens por dia tão cedo quanto possível, sendo uma das escovagens obrigatória antes de dormir (CDC, 2001; Areias, 2008). A escovagem dos dentes duas vezes ao dia reflete os melhores resultados para a saúde oral, de acordo com alguns ensaios clínicos. É amplamente recomendado esta frequência para todas as faixas etárias (Trubey, 2017). A última escovagem é fundamental, uma vez que durante o sono os movimentos de autolimpeza diminuem e há diminuição da produção da saliva, propiciando desta forma a formação de placa bacteriana e aumentando assim o risco de cárie (Areias, 2010).

2.4. Nível Socioeconómico

Diferentes estudos concluem que há uma relação direta e estatisticamente significativa entre o nível de CPI e o nível socioeconómico. Um estudo realizado na Índia concluiu que o baixo nível económico medido a nível de salário mensal está diretamente relacionado com o aumento da prevalência de cárie. Na Austrália outro estudo semelhante concluiu que o baixo estatuto socioeconómico é um fator de risco significativo para cáries precoces da infância, (Hallett, 2003), apesar de se verificar um aumento da prevalência de cárie em crianças pertencentes a estratos sociais mais elevados uma vez que têm facilitado o acesso a alimentos e bebidas açucaradas, (Cosme, 2005). O estatuto socioeconómico apresenta uma correlação negativa com o risco de desenvolvimento de cárie dentária: quanto mais alto o escalão social, menor a incidência e prevalência de cárie dentária (Sanz et al., 2013). Diferentes situações sociais refletem-se em maneiras diferentes de pensar, sentir e agir em relação às necessidades de saúde (Santos, 1994 cit in Branco, 2015). Privação social, estatuto socioeconómico baixo, baixos níveis de instrução e de rendimentos do agregado familiar e famílias numerosas são fatores comumente associados à cárie dentária (Hooley, 2012 cit in Branco, 2015). Em crianças com menos de 5 anos, o SM é transmitido principalmente pela mãe e por outras crianças. Depois dos 5 anos é maioritariamente transmitido por outros elementos da família,

(Ferreira, 2012). Alguns dos financiamentos nos tratamentos de saúde oral, em Portugal - o cheque-dentista, é um aspeto importante e, por vezes, subestimado, que contribuiu para um impacto significativo nos grupos socioeconómicos inferiores. Na Europa tem-se assistido a um enorme progresso na prevenção de cáries em crianças, no qual tem sido bastante discutido quanto aos fatores associados a esse fenómeno, dentre os fatores sociais e comportamentais (Branco, 2015). Seguindo os critérios da OMS, considerando só cáries com cavitação, a prevalência diminuiu para 26%. Em relação a alguns países Europeus (Inglaterra, Suécia e Finlândia) a prevalência de CPI variou desde 1% a 32% (Douglass, 2001; Vasconcelos, 2004). Já em países em desenvolvimento a CPI assume características epidémicas (Weinstein, 2004).

2.5. Conhecimentos e Hábitos dos Pais como Determinantes da Saúde oral das Crianças

Alguns estudos concluem que o baixo nível de escolaridade das mães está relacionada com a prevalência de cárie nas crianças. A falta de conhecimentos das mães, que são as principais cuidadoras das crianças, está associado a um aumento da prevalência da cárie, (Carneiro, 2014). Um estudo realizado no País de Gales, em que participaram 121 pais ou cuidadores de crianças com idades entre 3 e 6 anos, sugere que os pais avaliam a rotina, no que diz respeito à higiene oral dos seus filhos, em relação ao que eles pensam o que outros fazem (Turbey, 2017). Os hábitos de higiene oral dos pais também têm um importante papel no risco e desenvolvimento de lesões de cárie. Um estudo realizado por Poutanen (2007) envolvendo pais e crianças de 11-12 anos constatou uma forte associação entre os hábitos de escovagem dos pais e a prevalência de CPI. A má higiene oral dos pais estava associada a um aumento da presença de cáries iniciais de esmalte, principalmente nas raparigas. Os hábitos de higiene oral na infância são adquiridos principalmente em casa, sendo a mãe o primeiro modelador de comportamento (Blinkhorn, 1981). Na infância os pais/encarregados de educação são os responsáveis pelos hábitos e comportamentos de saúde oral da criança e os comportamentos dos membros mais velhos da família são bastante observados pela criança, que por sua vez também aprenderam com os pais (Matilla, 2000; Matilla, 2005). As intervenções para a mudança de comportamento direcionadas aos pais e cuidadores, representam uma

oportunidade para reduzir a prevalência da cárie dentária em crianças pequenas (Trubey, 2017).

3. RESULTADOS

Para a análise quantitativa foi utilizado o programa SPSS versão 23.

Tabela I - Associação entre o Parentesco e a Idade do filho aquando da primeira escovagem.

		Que idade tinha o seu filho quando começou a escovar os dentes?					Total
		Com menos de um ano de idade	Entre 1 ano e 2 anos de idade	Entre os 2 e 3 anos de idade	Depois dos 3 anos de idade	Não me lembro	
Parentesco:	Mãe	21	46	34	2	0	103
	Pai	3	9	5	1	4	22
Total		24	55	39	3	4	125

Analisando a tabela I podemos aferir o maior número de crianças inicia a escovagem entre 1 e 2 anos de idade. Concluimos também que quem nos dá essa informação são em maior número as mães.

Tabela II – Associação entre o parentesco e ajuda dos pais na escovagem

		Mesmo que ajudássemos o nosso filho a escovar os dentes todos os dias, isso não evitaria que tivesse cáries no futuro					Total
		Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	
Parentesco	Mãe	14	31	17	33	5	100
	Pai	3	6	8	5	0	22
Total		17	37	25	38	5	122

Na tabela II existe uma grande discrepância de opiniões relativamente ao facto de os pais poderem evitar as cáries dos filhos se os ajudarem a escovar os dentes. Esta discrepância é mais acentuada nas mães.

Tabela III - Associação entre a ida ao dentista da criança e a responsabilização dos pais pela prevenção das cáries dos filhos

		Como pais é da nossa responsabilidade prevenir as cáries dentárias do nosso filho				Total
		Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	
O seu filho alguma vez foi ao dentista?	Sim	0	1	28	37	66
	Não	2	2	17	45	66
Total		2	3	45	82	132

Na tabela III curiosamente verificamos uma responsabilização por parte dos pais na prevenção das cáries dentárias dos filhos mas, paradoxalmente, uma considerável parte destas crianças nunca foi ao dentista.

Tabela IV- Associação entre a presença de fluor na pasta dentífrica das crianças e a hereditariedade das cáries

		As cáries são hereditárias					Total
		Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	
A pasta de dentes que usa para escovar os dentes ao seu filho tem fluor?	O meu filho não escova os dentes	0	0	1	0	0	1
	O meu filho não escova os dentes com pasta de dentes	0	0	1	0	0	1
filho tem fluor?	Sim	24	28	42	15	1	110
	Não	3	1	1	1	0	6
	Não sei	0	5	2	4	1	12
Total		27	34	47	20	2	130

Ao fazer a leitura da tabela IV, verificamos que uma boa parte das crianças escova os dentes com pasta com fluor, mas que ainda existe a crença por parte de alguns pais de que as cáries são hereditárias.

Tabela V - Associação entre a verificação da escovagem por parte dos pais e a existência de cáries.

		É uma questão de azar se o nosso filho tiver cáries					Total
		Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	
Costuma verificar se os dentes do seu filho ficam bem escovados?	Sim	35	26	13	5	0	79
	Às vezes	16	23	3	2	1	45
	Não	4	2	1	2	1	10
Total		55	51	17	9	2	134

Na tabela V verificamos que existe uma boa percepção de que as cáries não são “um azar”, mas que apesar disso ainda há um número considerável de pais que não verifica a escovagem dos dentes dos filhos.

Tabela VI - Associação entre o parentesco e o número de escovagens diárias

		Se escovarmos os dentes ao nosso filho duas vezes ao dia, podemos prevenir cáries no futuro				Total
		Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	
Parentesco	Mãe	4	3	52	43	102
	Pai	0	3	11	8	22
Total		4	6	63	51	124

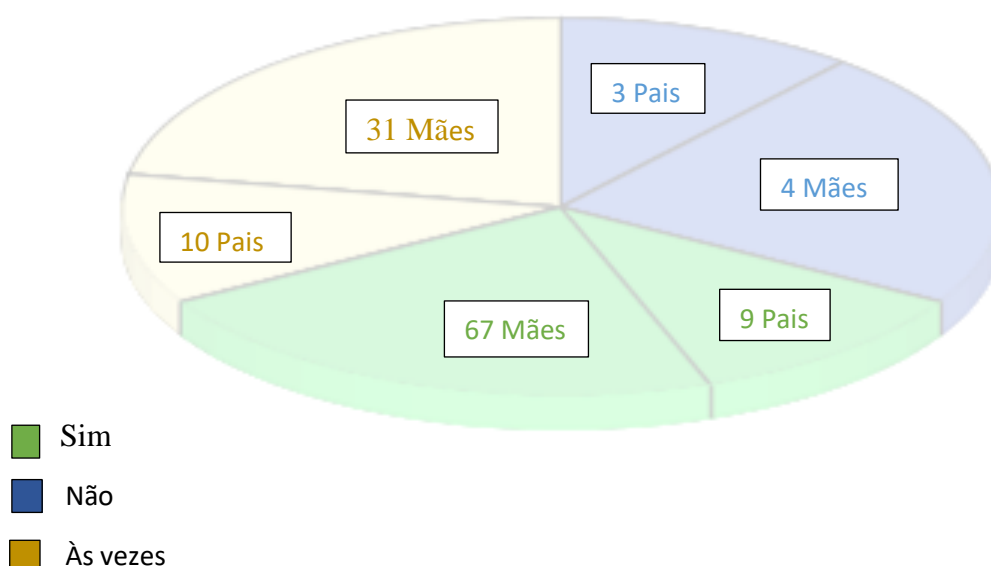
Na análise da tabela VI podemos aferir que uma grande percentagem de mães concorda que, escovar os dentes dos filhos duas vezes ao dia, poderá prevenir as cáries dos seus filhos no futuro.

Tabela VII - Associação entre o sexo da criança e a obrigatoriedade por parte dos pais relativamente à escovagem

		Se o nosso filho não quiser escovar os dentes todos os dias, não achamos que o devemos obrigar					
		Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
Sex	Feminino	34	19	2	6	2	63
	Masculino	28	24	3	4	2	61
Total		62	43	5	10	4	124

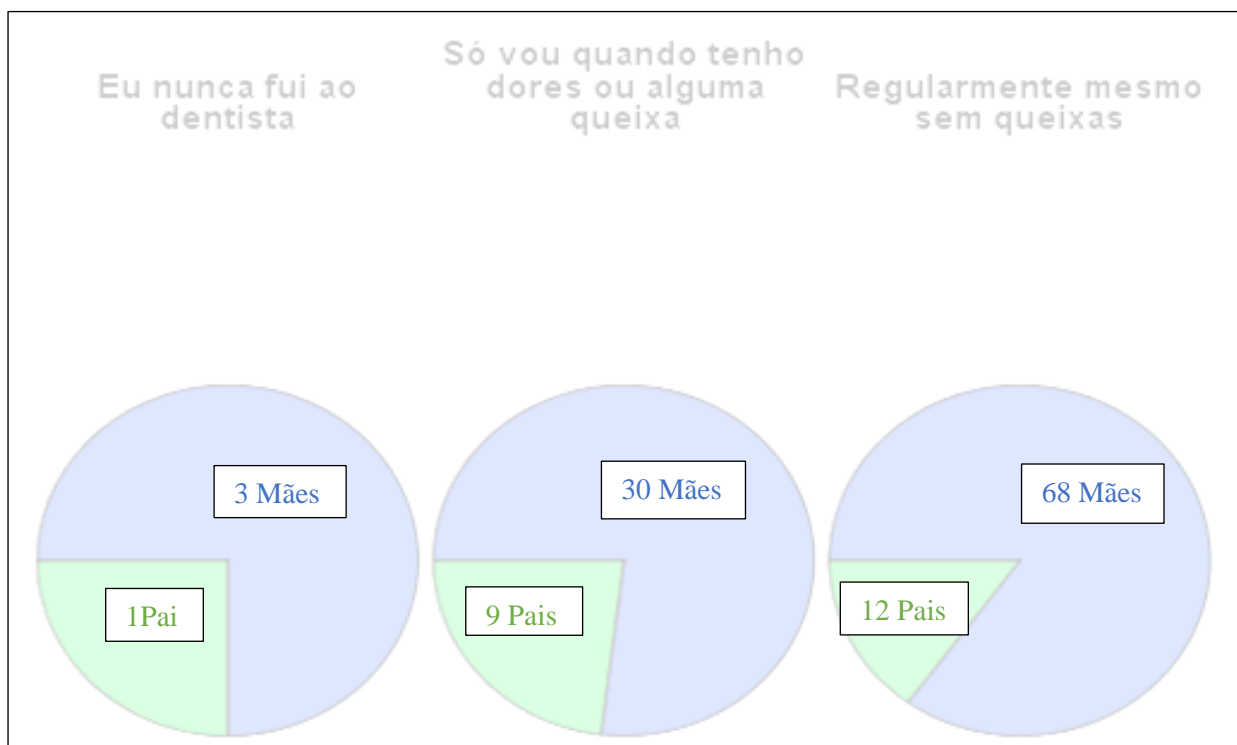
Analisando a tabela acima concluímos que uma considerável percentagem dos pais, concorda que deverá manter vigilância no hábito de escovagem dos dentes dos seus filhos.

Gráfico I - Costuma verificar se os dentes do seu filho ficam bem escovados?



Através do gráfico I, podemos aferir que os pais têm por hábito a verificação da escovagem dos dentes dos filhos, sobretudo as mães (67). No entanto verificamos que uma fatia considerável de mães (31) só às vezes faz essa monitorização.

Gráfico II – Com que regularidade vai ao dentista?



Na análise do Gráfico II, constatamos facilmente que são as mães quem mais vão ao dentista, mesmo sem queixas. A diferença entre o número de pais e o número de mães que fazem visitas regulares ao dentista é bastante significativa.

4.DISCUSSÃO

Os pais/encarregados de educação têm um papel fundamental na aquisição e desenvolvimento de hábitos de vida e de higiene dos seus filhos, sendo o suporte de todo o processo educativo. As atitudes, os hábitos e os comportamentos dos pais/encarregados de educação, têm influência na educação e prevenção da saúde oral das crianças.

No estudo que efetuámos verificou-se que estes pais/encarregados de educação sentem preocupação e responsabilização sobre o estado de saúde oral das suas crianças, no entanto as visitas ao dentista são escassas, e sensivelmente 93% recorrem ao dentista apenas quando sentem dor. A frequência da escovagem é uma das preocupações dos pais, sendo esta feita maioritariamente 2 ou mais vezes ao dia, sendo particularmente meninas as que apresentam uma maior frequência de escovagens. De acordo com as normas da DGS para as crianças dos 3 aos 6 anos, com alguma destreza manual, os pais continuam a ser os responsáveis pela supervisão da escovagem dos dentes dos seus filhos (aproximadamente 95% respondeu afirmativamente). Os pais têm um impacto direto ainda maior sobre a saúde oral dos seus filhos quando supervisionam frequentemente a execução da escovagem dos dentes das crianças (Zanata, 2003). Verificou-se ainda que a referência ao uso de medidas preventivas para além da pasta e da escova, na grande generalidade nunca foram experienciadas/utilizadas. Relativamente à questão do consumo de alimentos doces, a maioria responde que consome doces de forma limitada e com pouca frequência. Sobre a questão que aborda os fatores causadores da cárie dentária, constatou-se que a grande parte dos pais refere consumo de doces e bactérias. Relativamente à questão de como evitar a cárie dentária verificou-se uma incongruência ao referirem a ida ao dentista regularmente como medida de prevenção, mas a maioria não o faz. É de salientar que os hábitos de higiene oral dos pais têm um papel importante na prevalência da cárie dos filhos e que de facto, a má higiene oral dos pais está associada a um aumento da presença de cáries iniciais de esmalte (Poutanen, 2007). Adicionalmente os próprios comportamentos dentários dos pais, estilo de vida, hábitos e rotinas influenciam o modo como acompanham as crianças (Mattila, 2000). A família tem uma responsabilidade fundamental para com as atividades diárias de higiene oral. As bases de saúde oral do adulto assentam nos anos pré-escolares durante os quais é estabelecido o padrão e o risco de cáries das crianças (Tinanoff, 2005).

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permite-nos concluir que o nível de conhecimentos dos pais/encarregados de educação, ainda não são suficientes para que estes adotem comportamentos/práticas de prevenção da saúde oral. Com exceção da escovagem, para estes educadores não existem outros meios auxiliares de higiene oral (fio, soluções de bochecho...), assim como as visitas ao dentista, que são exclusivamente para tratamento e não para prevenção. No entanto, podemos aferir que a amostra desta investigação revela alguma preocupação quanto a estes hábitos de higiene oral promovendo deste modo a saúde geral. A CPI pode ter repercussões não só a nível de saúde física, como também a nível psicológico e social, comprometendo assim a qualidade de vida destas crianças num futuro próximo. Dado que as mães se destacam nos cuidados orais dos filhos, e dado que o início destes cuidados, para um número bastante significativo, se iniciam por volta dos 2/3 anos, existe uma necessidade de modelar os comportamentos de saúde oral dos adultos na altura da gravidez da mãe, de modo a que a futura prevenção de saúde oral da criança funcione corretamente. Os fatores que descrevem a capacidade familiar para promover e manter adequados comportamentos de saúde oral, são aspetos chave do cuidado de saúde oral pediátrico. Em termos gerais, as crianças no jardim-de-infância são consideradas um grupo alvo importante devido ao seu grande potencial para influenciar/aprender comportamentos de saúde oral num estágio de vida em que os hábitos de saúde estão ainda em formação. O impacto dos pais é ainda forte e por isso estes são parceiros altamente relevantes para a saúde oral. Dada a dimensão abrangente das suas consequências, dever-se-á focalizar a ação na prevenção e deteção precoce, facultando conhecimentos e disponibilizando os meios que permitam a aplicação desses saberes. Termina-se referindo que todo o trabalho a desenvolver neste domínio deverá ser iniciado em casa com a família (os modelos), secundarizado e continuado na escola ao longo do percurso académico sem esquecer a impreterível participação dos profissionais de saúde, neste caso alicerçada na intervenção do médico dentista. Compreender melhor a realidade da população portuguesa e as disparidades nacionais é um categórico à implementação de políticas preventivas de Saúde Oral em larga escala.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatric Dentistry (2014). Guidelines on caries risk assessment, and management for infants, children and adolescents. *Clinical Practice Guidelines* 37(6), pp.132-139.

American Academy of Pediatric Dentistry (2008a). Policy on Early Childhood caries (ECC): Unique challenges and Treatment Options. *Pediatric Dental*, 30(7), pp.44-46.

American Academy on Pediatric Dentistry (2008b). American Academy of P. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatric Dental*, 30(7), pp.40-43.

Areias, C., Macho, V., Frias- Bulhosa, J., e colaborador. (2008). Saúde Oral em Pediatria. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, pp. 126-132.

Areias, C., Macho, V., Raggio, D., Melo, P., e colaborador. (2010). Cárie precoce da infância – o estado da arte. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 41(5), pp.217-221.

Arora, A., Scott, J., Bhole, S., e colaborador. (2011). Early childhood feeding practices and dental caries in preschool children: a multi-centre birth cohort study. *BMC Public Health*, 11: 28. DOI: 10.1186/1471-2458-11-28.

Blinkhorn, S. (1981). Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers – sociological implications. *International Dental Journal*, 31, pp.14-22.

Borrvalho, S. (2014). *Prevalência, Gravidade e Fatores associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa* (Tese de Doutoramento). Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária.

Branco, V. (2015). *Cárie Dentária Infantil. Estudo de prevalência de cárie dentária e seus determinantes sociais, numa amostra de crianças entre os 6 e os 11 anos de idade, do Distrito de Coimbra*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Antropologia Médica. Coimbra: Universidade de Coimbra

Calado, R., Ferreira, C., Nogueira, P., Melo, P. (2015). *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. DGS - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa, 18 de Novembro de 2015.

Calado, R., Ferreira, C., Nogueira, P., e colaborador (2017). Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third National Study. *Community Dental Health*, 34, pp.107-111.

Carneiro, V. (2014). *Cáries Precoces da Infância: Etiologia e Prevenção*. Monografia de Investigação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Faculdade Medicina Dentária Universidade do Porto

Casals, E., García, M., (2014). Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento no Invasivo de la Caries Dental. *RCOE*, 19(3), pp.189-248.

Chankanka, O., Cavanaugh, J., Levy, S., e colaborador (2011). Longitudinal associations between children's dental caries and risk factors. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(4), pp.289–300.

Chu, C., Ho, P., Lo, E. (2012). Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. *BMC Public Health*, pp.12:767.

Cosme P, Marques P. (2005). Cáries Precoces da Infância – Uma revisão bibliográfica. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 46(2), pp.109-116.

DGS (2015) - Programa Nacional de Promoção da Saúde oral – *Estudo Nacional de Prevalência Das Doenças Orais*.

Douglass, J. Tinanoff, N., Tang, J., e colaborador. (2001). Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers. *Community Dent Oral Epidemiol.* 29, pp.14-22.

Dye, B., Hsu, K., Afful, J. (2015). Prevalence and Measurement of Dental Caries in Young Children. *American Academy of Pediatric Dentistry* 37(3), pp.200-217.

Edelstein, B., Ureles, S., Smaldone, A. (2016). Very High Salivary Streptococcus mutans Predicts Caries Progression in Young Children. *Pediatric Dentistry*, pp.38-44.

Ferreira, R. (2012). *Crianças, conhecimentos e atitudes de crianças pré-escolares acerca de saúde oral*. Dissertação do mestrado integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal

Garcia, R., Borrelli, B., Dhar, V., e colaborador. (2015). Progress in Early Childhood Caries and Opportunities in Research, Policy, and Clinical Management. *Pediatric Dentistry* 37(3), pp.294-299.

Gibson, S., & Williams, S. (1999). Dental caries in preschool children: association with social class, toothbrushing and consumption of sugars. *Caries research*, 33, pp.101-113.

Grindefjord, M., Dahllof, G., Nilsson, B., e colaborador. (1996). Stepwise prediction of dental caries in children up to 3.5 year of age. *Caries Research*, 30, pp.256-266.

Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. (2006). Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *Journal of paediatrics and child health*, 42(1-2), pp.37-43.

Hallett H., O'Rourke P. (2003). Social and behavioural determinants of early childhood caries. *Australian dental journal*, 48(1), pp.27-33.

Harris, R., Nicoll, A., Adair, P., e colaborador. (2004). Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dental Health*. 21 (1), pp.71-85.

Hashim, R., Williams, S., Thomson, W. (2009). Diet and caries experience among preschool children in Ajman, United Arab Emirates. *Eur J Oral Sci*. 117, pp.734-740.

Jigjid, B., Ueno, M., Shinada, K., e colaborador. (2009). Early childhood caries and related risk factors in Mongolian children. *Community Dental Health*. 26, pp.121-128.

Kohn, W., Maas, W., Malvitz, D., e colaborador. (2001) Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *Center for Disease Control and Prevention*, 50 (14), pp.1-42

Kantovitz, K., Pascon, F., Rontani, R., e colaborador. (2006). Obesity and dental caries - A systematic review. *Oral Health Prev Dent*. 4(2), pp.137-144.

Losso, E., Tavares, M., Silva, J., e colaborador. (2009). Severe early childhood caries na integral approach. *Jornal de Pediatria*, 85(4), pp.295-300.

Mattee, M., Mikx, F., Maselle, S., e colaborador. (1992). Mutans streptococci and lactobacilli in breast-fed children. *Caries research*, 26, pp.183-187.

Mattila, M., Rautava, M. (2000). Cáries in five-year-old children and association with family-related factors. *J. Dent. Research*, 79(3), pp. 875-81.

Mattila, M., Rautava, P., Ojanlatva, A., Paunio, P., Hyssala, L., Helenius, H., Sillanpaa, M. (2005). *Will the role of family influence dental cáries among sevenyear-old children?*. *Acta Odontologica Scandinavica*, 63, pp.73-84.

Mendes, S. & Bernardo, M. (2015). Cárie precoce da infância nas crianças em idade pré-escolar do distrito de Lisboa International Caries Detection and Assessment System II. *Estomatol Cir Maxilofac*, 56(3), pp.156-160.

Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde - *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Despacho n.º 153/2005 – 2.ª série

Ministério da Saúde- Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa. Circular normativa nº01/DSE.

Sanz, A.M.G.; Nieto, B.A.G.; Nieto, E.G. (2013). Dental health: the relationship between tooth decay and food consumption. *Nutrición Hospitalaria* 28 (4), pp.64-71.

Pereira, A. (2001). *Cáries precoces da infância*. Porto, Medisa - Edições e Divulgações Científicas, Lda.

Poutanen, R. (2007). Oral Health-Related Knowledge, Attitudes, Behavior, and Family Characteristics Among Finnish Schoolchildren With and Without Active Initial Caries Lesions. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65(2), pp.87-96.

Quiñonez, R., Keels, M., Vann, Jr., e colaboradores. (2001) Early childhood caries: Analysis of psychosocial and biological factors in a high risk population. *Caries Research*, 35, pp.376-383.

Shanmugam, K., Masthan, K., Balachander, e colaboradores. (2013). Dental caries vaccine - a possible option?. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(6), pp.1250-1253.

Simmer, J., & Hu, J. (2001). Dental enamel formation and its impact on clinical dentistry. *Journal of dental education*, 65(9), pp.896-905.

Tinanoff, N. (2005). Association of Diet with Dental Caries en Preschool Children. *Dent Clin N Am*. 49, pp.725-737.

Tinanoff, N e Palmer, C. (2000). Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *Journal of Public Health Dentistry*, 60(3), pp. 197-206.

Trubey, R.J., Moore, S.C., Chestnutt, J.G., (2017). Parental decisions about children's oral health behaviour: relative or absolute? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 45, pp.35-42.

Vasconcelos, N., Melo, P., Gavinha, S. (2004). Estudo dos fatores etiológicos das cáries precoces da infância numa população de risco. *Rev Porto Estomatologia, Medicina dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 45, pp.205-218.

Vitorino, M. (2014). *Prevenção da cárie precoce da infância: Revisão sistemática e estudo de intervenção comunitária durante o período perinatal*. Tese para obtenção de Grau de Mestre em Medicina Dentária - Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal

Weinstein, P., Harrison, R., Benton, T. (2004) Motivating parents to prevent caries in their young children: One -year findings. *J Am Dent Assoc.* 135(6), pp.731-738.

Zafar, S., Harnekar, S., Siddiqi, A. (2009). *Early childhood caries: Etiology, clinical considerations, consequences and management*. *International Dentistry SA*, 11(4), pp.24-3.

Zanata, J.C.; Navarro. M.F.L.; Pereira, J.C.; Franco, E.B.; Lauris, J.R.; Barbosa, S.H. 2003. Effect of Caries Preventive Measures Directed to Expectant Mothers on Caries Experience in their Children. *Braz Dent J*, 14 (2), pp.78-81.

Anexos

Anexo I – Consentimento da autora do questionário

Sonia Alexandra Mendes Borralho

2/0

1

Bom dia Alexandra,
Não vejo qualquer problema em utilizar o questionário.
Caso tenha alguma dúvida ou necessite de algum apoio estarei disponível.
No final do seu trabalho gostaria de conhecer os seus resultados.
Cumprimentos
Sónia Mendes

De: Alexandra costa <xaninhamail@gmail.com>

Enviado: segunda-feira, 2 de Janeiro de 2017 11:14

Para: Sonia Alexandra Mendes Borralho

Cc: Jose Frias Bulhosa

Assunto: Pedido de permissão de utilização de questionário

Exm^a Sr^a Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes Borralho

O meu nome é Alexandra Costa, psicóloga no Infantário da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e aluna na Universidade Fernando Pessoa- Faculdade Ciências da Saúde.

Estou a frequentar o 5º ano do curso de Medicina Dentária (mestrado integrado), tenho como orientador o Professor José Frias Bulhosa e o tema da minha tese é "Conhecimento e comportamentos promotores da saúde oral".

Venho por este meio solicitar a sua permissão para aplicar parte do questionário sobre *cárie na infância- Questionário para pais*, utilizado na sua tese de doutoramento.

Agradeço desde já toda atenção, estando disponível para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atenciosamente,

Alexandra Helena Fernandes Costa

Anexo II – Consentimento Informado, livre e esclarecido para a participação na investigação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

Conhecimentos e comportamentos promotores da Saúde Oral na 2ª Infância – Perceção dos Pais/Encarregados de educação

Declaro que, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da 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, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/ 2017

Assinatura do participante no estudo: _____

O Investigador responsável:

Nome: Alexandra Helena Fernandes Costa

Assinatura:

Contacto: 964560454

E-mail: xaninhamail@gmail.com

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo III – Questionário para Pais/Encarregados de Educação



Questionário para Pais/Encarregados de educação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

O objetivo deste questionário é conhecer os comportamentos e hábitos de saúde oral das crianças e relacioná-los com a perceção que os pais/encarregados de educação têm relativamente à prevenção da cárie. Todas as informações registadas são absolutamente confidenciais.

Por favor preencha o círculo ou escreva a sua resposta em cada uma das questões. Em cada uma das perguntas escolha só uma opção, exceto quando indicado o contrário.

Modo de preenchimento do círculo



Modo de preenchimento do círculo em caso de engano



Relação de parentesco com a criança? Mãe Pai Avó/Avô Irmão/Irmã Outro

Data de nascimento da criança? — —

Sexo da criança? Feminino Masculino

A- Perguntas gerais sobre Saúde Oral

1- O seu filho alguma vez foi ao dentista? Sim Não

1.2- Se respondeu que NÃO foi ao dentista, refira qual a razão:

- Foi ao médico de família ou pediatra
- Ir ao dentista é muito caro
- Não tive disponibilidade de tempo
- O meu filho não iria colaborar com o tratamento
- Teve dores, mas o dente é de leite e vai cair

1.3- Se respondeu que SIM, com que regularidade leva o seu filho ao dentista?

- Só quando o meu filho tem queixas
- Todos os meses
- De 3 em 3 meses
- De 6 em 6 meses
- Uma vez por ano

1.4- Qual a razão da última visita do seu filho ao dentista? (Por favor colocar a principal razão)

- O meu filho nunca foi ao dentista
- Dores de dentes ou abscesso
- Extrair ou tratar um dente
- Consulta de prevenção
- Conhecer o estado de saúde da boca
- Fazer limpeza ou fazer selantes
- Outra razão. Qual? _____

B- Limpeza dos dentes

- 1- **Com que frequência o seu filho escova os dentes?**
- Nunca
 - Raramente
 - Nem todos os dias
 - Uma vez por dia
 - Duas ou mais vezes por dia
- 2- **A pasta de dentes que usa para escovar os dentes ao seu filho tem flúor?**
- O meu filho não escova os dentes
 - O meu filho não escova os dentes com pasta dos dentes
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- 3- **Além da pasta e da escova o seu filho usa mais algum produto de higiene oral?**
- Não
 - Sim, usa o fio dentário
 - Sim, toma ou tomou comprimidos de flúor
 - Sim, utiliza liquido para bochechar
- 4- **Em que altura do dia o seu filho escova os dentes? (Pode marcar mais do que uma opção)**
- Após o pequeno almoço
 - Depois do almoço
 - Depois do jantar
 - Antes de dormir
 - O meu filho não escova os dentes
- 5- **Que idade tinha o seu filho quando começou a escovar os dentes?**
- Com menos de um ano de idade
 - Entre 1 ano e 2 anos de idade
 - Entre os 2 e 3 anos de idade
 - Depois dos 3 anos de idade
 - Não me lembro
 - Não escova os dentes
- 6- **Ajuda o seu filho a escovar os dentes?**
- O meu filho não escova os dentes
 - Sempre
 - Às vezes
 - Só à noite
 - Nunca
 - Não ajudo, mas relembro-lhe sempre para ir escovar os dentes
- 7- **Costuma verificar se os dentes do seu filho ficam bem escovados?**
- Sim
 - Às vezes
 - Não

C- Alimentação

1- O seu filho costuma comer alimentos doces? (doces, bebidas açucaradas)

- Sim Não

1.2- Se SIM, com que frequência?

- Raramente
 Poucas vezes
 Uma vez ao dia
 Duas vezes ao dia
 Mais de duas vezes ao dia

2- Costuma limitar ao seu filho o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições?

- Sim Às vezes Não

D- INFORMAÇÕES GERAIS

1- Na sua opinião quais são os fatores que causam cárie dentária? (Pode marcar mais que uma opção)

- Bactérias
 Açúcar e doces à refeição
 Guloseimas fora das refeições
 Hereditariedade (a doença passa de pais para filhos)
 Não sei

2- Como pensa que se pode evitar a cárie dentária? (Pode marcar mais do que uma opção)

- Alimentação saudável
 Bochechos com água
 Bochechos com flúor
 Escovar os dentes com pasta com flúor
 Evitar doces fora das refeições
 Ir regularmente ao dentista
 Não pode ser evitada
 Não sei

3- No grupo seguinte grupo de afirmações, indique preenchendo o círculo de 1 a 5, qual a sua concordância, sendo 1 “Discordo completamente” e 5 “Concordo completamente”.

	1 Discordo completamente	2 Discordo	3 Nem concordo Nem discordo	4 Concordo	5 Concordo completamente
3.1- Como pais temos confiança que podemos diminuir o risco de cárie do nosso filho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2- As cáries não melhoram por si só.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3- As cáries podem ter consequências graves para a saúde geral do nosso filho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4- Como pais é da nossa responsabilidade prevenir as cáries dentárias do nosso filho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5- Aborrecer-me-ia que o meu filho perdesse um dente de leite por causa de cárie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6- Se o nosso filho não quiser escovar os dentes todos os dias, não achamos que o devemos obrigar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7- As cáries são um problema grave nos dentes de leite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8- É da responsabilidade do dentista prevenir que o nosso filho tenha cáries.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9- Não importa o que façamos, é muito provável que o nosso filho venha a ter cáries.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.10- É uma questão de azar se o nosso filho tiver cáries.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11- Podemos prevenir as cáries do nosso filho se reduzirmos alimentos e bebidas doces entre as refeições.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.12- Se escovarmos os dentes ao nosso filho duas vezes ao dia, podemos prevenir cáries no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.13- As cáries são hereditárias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.14- Se o nosso filho usar uma pasta de dentes com flúor, isso ajudará a prevenir cáries.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.15- Se o nosso filho tiver cáries é um mero acaso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.16- Mesmo que ajudássemos o nosso filho a escovar os dentes todos os dias, isso não evitaria que tivesse cáries no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.17- Levar regularmente o nosso filho ao dentista é a melhor forma de prevenir cáries.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E- Hábitos dos pais

- 1- **Com que regularidade vai ao dentista?**
- Eu nunca fui ao dentista
 - Só vou quando tenho dores ou alguma queixa
 - Regularmente mesmo sem queixas
- 2- **Qual a razão da sua última visita ao dentista? (por favor, coloque a razão principal)**
- Eu nunca fui ao dentista
 - Dores de dentes ou abscesso
 - Extrair ou tratar um dente
 - Consulta anual de prevenção
 - Outro. Qual? _____
- 3- **Com que frequência escova os seus dentes?**
- Nunca
 - Raramente
 - Nem todos os dias
 - Uma vez por dia
 - Duas ou mais vezes por dia
- 4- **Em que altura do dia escova os seus dentes? (Pode marcar mais do que uma opção)**
- Após o pequeno almoço
 - Depois do almoço
 - Depois do jantar
 - Antes de dormir
 - Eu não escovo os dentes
- 5- **Refira qual a situação profissional/profissão?**
- Mãe _____
- Pai _____
- 6- **Refira qual o nível de instrução da mãe e do pai.**

	Mãe	Pai
Licenciatura, mestrado ou Doutoramento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacharelato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12º ano, 9º ano e 12 anos de escolaridade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolaridade entre 4 e 9 anos (entre o 5º e o 9º ano)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menos de 4 anos de escolaridade ou sem instrução	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas e preencheu os círculos de forma correta. Depois coloque o questionário no envelope e feche-o para garantir a confidencialidade dos dados. No final pode entregar o envelope fechado à educadora do seu filho.

Muito obrigada pela colaboração.

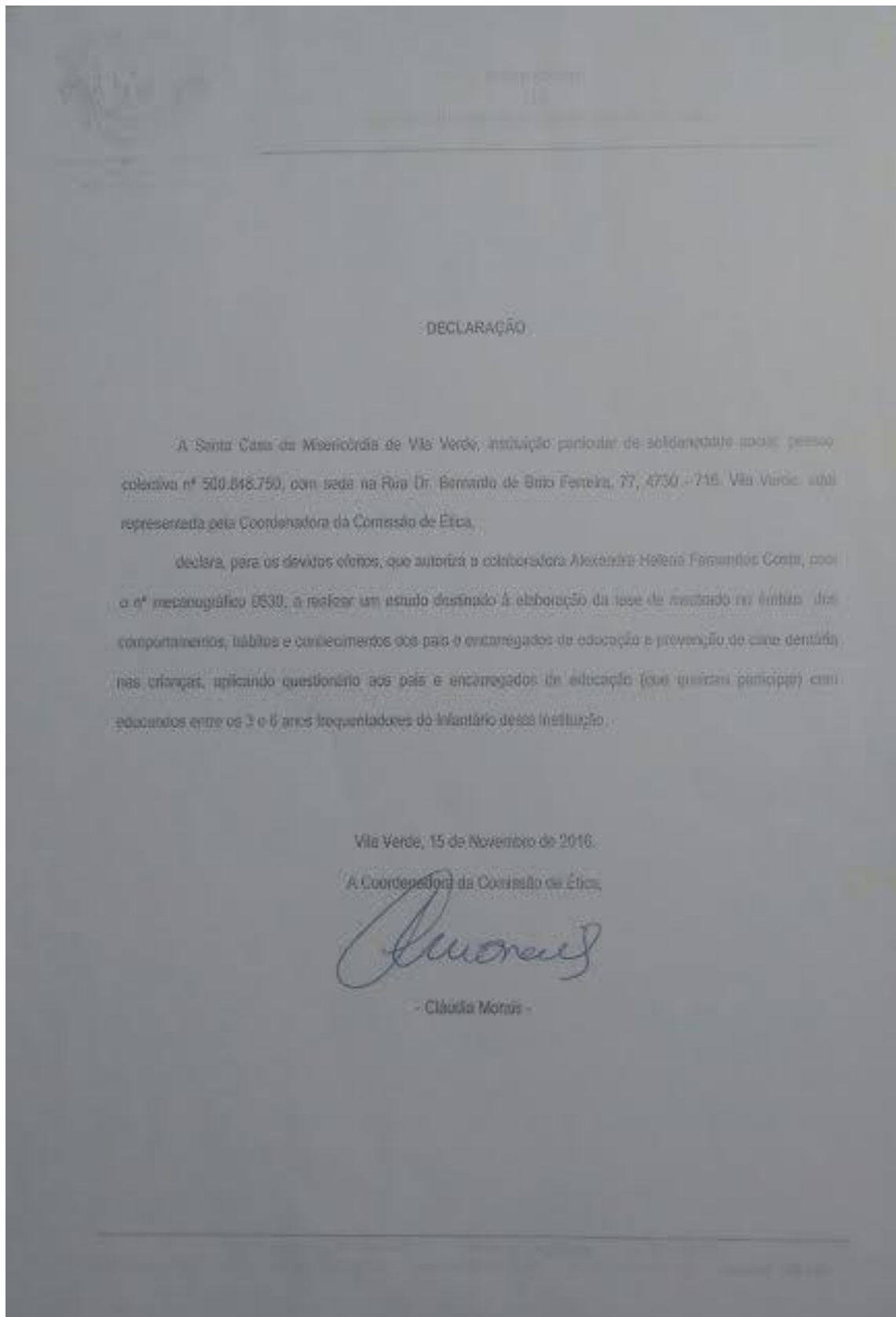
Anexo IV – Tabela 1: Verificação por parte dos pais da escovagem dos filhos

		Válido		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem
Com que frequência o seu filho escova os dentes?	Mãe	96	93,2%	103	100,0%
	Pai	22	100,0%	22	100,0%
Além da pasta e da escova o seu filho usa mais algum produto de higiene oral?	Mãe	96	93,2%	103	100,0%
	Pai	22	100,0%	22	100,0%
Que idade tinha o seu filho quando começou a escovar os dentes?	Mãe	96	93,2%	103	100,0%
	Pai	22	100,0%	22	100,0%
Costuma verificar se os dentes do seu filho ficam bem escovados?	Mãe	96	93,2%	103	100,0%
	Pai	22	100,0%	22	100,0%

Anexo V – Tabela 2 – Com que regularidade os pais vão ao dentista


		Válido		Total	
		N	Percentagem	N	Percentagem
Com que frequência o seu filho escova os dentes?	Data Nascimento				
	2011	56	96,6%	58	100,0%
	2012	17	100,0%	17	100,0%
	2013	40	90,9%	44	100,0%
	2014	3	75,0%	4	100,0%
	2010	2	100,0%	2	100,0%
Além da pasta e da escova o seu filho usa mais algum produto de higiene oral?	2011	56	96,6%	58	100,0%
	2012	17	100,0%	17	100,0%
	2013	40	90,9%	44	100,0%
	2014	3	75,0%	4	100,0%
	2010	2	100,0%	2	100,0%
Que idade tinha o seu filho quando começou a escovar os dentes?	2011	56	96,6%	58	100,0%
	2012	17	100,0%	17	100,0%
	2013	40	90,9%	44	100,0%
	2014	3	75,0%	4	100,0%
	2010	2	100,0%	2	100,0%
Costuma verificar se os dentes do seu filho ficam bem escovados?	2011	56	96,6%	58	100,0%
	2012	17	100,0%	17	100,0%
	2013	40	90,9%	44	100,0%
	2014	3	75,0%	4	100,0%
	2010	2	100,0%	2	100,0%

Anexo VI – Consentimento da Comissão de Ética da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde



Anexo VII – Consentimento da Instituição para a elaboração do trabalho

1. Requerimento a Provedoria – Infantário da Santa Casa da Misericórdia



REQUERIMENTO À PROVEDORIA

NOME COLABORADOR	ALEXANDRA HELEN FERREIRA COSTA				
N.º IDENTIFICATIVO	0530	CATEG. PROFISSIONAL	BIOLOGA CLINICA		

UNIDADE	VALÊNCIA				
<input type="checkbox"/> VA A VERDE	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> LAI	<input checked="" type="checkbox"/> CACHE/JARDIM	<input type="checkbox"/> CAO	
<input type="checkbox"/> PRADO	<input type="checkbox"/> UCO's	<input type="checkbox"/> CENTRO DIA	<input type="checkbox"/> EMP. OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> UTA RESIDUAL	
<input type="checkbox"/> VALDOM	<input type="checkbox"/> FARMACIA	<input type="checkbox"/> APOIO DOMICILIO	<input type="checkbox"/> PASTELARIA	<input type="checkbox"/> OUTRO	

Ex.º Sr. Provedor,

Venho por este meio solicitar a V. Ex.ª

a autorização para a realização de um estudo sobre a elaboração da taxa de matrícula. A aplicação do estudo será feito no Jardim de Infância e Jardim de estudo e habilitar os computadores / atividades, materiais e conhecimentos dos pais / encarregados de educação quanto à saúde oral dos seus educandos e a prática de correção dentária nas crianças. Para a realização deste estudo irá ser aplicado um questionário aos pais / encarregados de educação com abrangendo entre os 3 anos a 6 anos.

Desde já peço a atenção devida a este assunto.

O COLABORADOR	DATA:	02/11/2016	ASSINATURA:	Alexandra Helen Ferreira Costa
---------------	-------	------------	-------------	--------------------------------

RESPONSÁVEL DO SERVIÇO	PARECER DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO	
Informação do Responsável Serviço	<input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL	<input type="checkbox"/> DESFAVORÁVEL
	02/11/2016 Assinatura: [Assinatura]	

DEP. RECURSOS HUMANOS	PARECER RH	
Informação do Dep. Recursos Humanos	<input type="checkbox"/> FAVORÁVEL	<input type="checkbox"/> DESFAVORÁVEL
	/ / Assinatura:	

PROVEDORIA	PARECER PROVEDOR	
Observações	<input type="checkbox"/> DEFERIDO	<input checked="" type="checkbox"/> INDEFERIDO
	/ / Assinatura: [Assinatura]	

TOMADA DE CONHECIMENTO DO PARECER POR PARTE DO REQUERENTE	
17/11/2016	Assinatura: Alexandra Helen Ferreira Costa

SCM/IV.278.3