

Joana Raquel da Silva Loio Figueiredo

**Hábitos e conhecimentos de saúde oral dos alunos (5º ano ao 9º ano) e
perceção dos mesmos por parte dos seus responsáveis**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

Joana Raquel da Silva Loio Figueiredo

**Hábitos e conhecimentos de saúde oral dos alunos (5º ano ao 9º ano) e
perceção dos mesmos por parte dos seus responsáveis**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

Joana Raquel da Silva Loio Figueiredo

**Hábitos e conhecimentos de saúde oral dos alunos (5º ano ao 9º ano) e
perceção dos mesmos por parte dos seus responsáveis**

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

Sumário

Introdução: Todas as fases de desenvolvimento da criança são importantes e passíveis de intervenção ao nível da promoção da saúde, sendo que a idade pré-escolar e escolar são as mais marcantes na obtenção de comportamentos saudáveis na área da saúde oral.

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo estudar a perceção que os responsáveis têm sobre hábitos e comportamentos de saúde oral infantil e a necessidade para tratamentos, contrapondo com as atitudes e comportamentos dos seus educandos.

Materiais e Métodos: A pesquisa bibliográfica foi feita em diversas bases de dados com as seguintes palavras-chave: comportamentos de saúde oral, conhecimentos de saúde oral, promoção de saúde oral, cáries e desenvolvimento da criança. Os critérios de inclusão foram os estudos feitos sobre saúde oral em crianças. Para a investigação foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário, dividido em duas partes, uma destinada aos responsáveis e outra aos alunos. O estudo teve como população alvo os alunos do Colégio Salesiano de Poiães, tendo sido a amostra constituída por 172 alunos e respetivos responsáveis.

Resultados: Os resultados do estudo confirmam, que a perceção dos responsáveis sobre os comportamentos de saúde oral dos seus educandos é coincidente com os hábitos dos mesmos.

Conclusão: Considera-se que a promoção da saúde oral deve começar nos primeiros anos de vida da criança.

Abstract

Introduction: Every development phase of a child is important and liable to intervention regarding health promotion, in which the pre-school and school age are the most striking in the attainment of healthy behaviors in the oral health area.

Purpose: The present work has the objective of studying the perception by the legal guardians regarding habits and behaviors in an infant's oral health and their necessity for treatment opposing with the attitudes and behaviors of their wards.

Methods: The bibliographic research was performed in several data bases with the following key-words: oral health behaviours, oral health knowledge, oral health promotion, dental caries and child development. The inclusion criteria were the studies done regarding child oral health. Questionnaires were used as data collection instruments for this investigation, they were divided in two parts, one destined for the legal guardians and the other for the students. This study had as a target population the students of the Colégio Salesiano de Poiares, being the sample composed by 172 students and their respective legal guardians.

Results: The study's results confirm that the perception of the legal guardians about the oral health behaviors of their wards matches their habits.

Conclusion: It is considered that the promotion of one's oral health should start in the first years of a child's life.

Dedicatória

“Quando as crianças brincam

*Quando as crianças brincam
É eu as oiço brincar,
Qualquer coisa em minha alma
Começa a se alegrar.*

*É toda aquela infância
Que não tive me vem,
Numa onda de alegria
Que não foi de ninguém.*

*De quem fui é enigma,
É quem serei visão,
Quem sou ao menos sinto
Isto no coração.”*

Fernando Pessoa

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível devido ao contributo de várias pessoas, às quais não posso deixar de manifestar o meu sincero agradecimento.

À Professora Rita Rodrigues agradeço-lhe, muito reconhecidamente, ter sido a minha orientadora, incentivando-me nas fases de elaboração deste trabalho. O seu elevado saber e todo o rigor científico, a sua capacidade de trabalho e a sua maravilhosa disponibilidade foram determinantes neste meu caminho. Não posso também deixar de expressar a minha profunda admiração pelas suas qualidades humanas e a amizade com que me tem distinguido.

À Professora Conceição Manso, coorientadora desta tese, agradeço pela incansável atenção, incentivo e disponibilidade que me dedicou, apesar da sua preenchida agenda. Os seus conselhos muito contribuíram para o resultado final deste trabalho.

Ao Dr. Paulo Fidalgo, diretor pedagógico do Colégio Salesiano de Poiares, pelo carinho, responsabilidade e empenho em colaborar no meu estudo.

À Universidade Fernando Pessoa pela possibilidade de crescimento da minha vida académica.

Por último, agradeço a todos os amores da minha vida, família e amigos, que estão sempre ao meu lado.

Índice Geral

	Página
Índice de Figuras	iii
Índice de Tabelas	iv
Índice de Gráficos.....	v
Índice de Siglas e Abreviaturas	vi
Índice de Anexos	vii
I. Introdução	1
II. Desenvolvimento	2
1. Materiais e Métodos	2
2. Fases de Desenvolvimento da Criança e os diferentes Comportamentos na consulta de Medicina Dentária.....	2
2.1. Caracterização das Idades de acordo com o Comportamento apresentado.	3
2.2. Definição da relação Médico Dentista/Criança/Responsável	5
3. Factores Modificadores do Comportamento	8
3.1. Medo e Ansiedade	9
3.2. Experiências Passadas	9
3.3. Género	10
3.4. Atitude Familiar	10
3.5. Tipos de Pais	11
4. Conceito de Saúde Oral em Crianças e o seu Desenvolvimento na Sociedade actual	12
4.1. Definição de Saúde Oral da Criança	12
4.2. Promoção da Saúde Oral	12
4.3. Prevenção da Cárie Dentária	13
4.4. Escovagem, utilização de Fio dentário e suplementos de Flúor.....	15

4.5. Aplicação de Selantes de Fissuras.....	18
4.6. Controlo da Dor Dentária.....	19
4.7. Controlo da Dieta em Hidratos de Carbono.....	20
5. Escola como Formadora de Hábitos e Conhecimentos.....	20
6. Projeto de Investigação.....	23
6.1. Tipo de Estudo.....	23
6.2. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	23
6.3. Amostra.....	23
6.3.1. Dimensão da Amostra.....	23
6.4. Recolha de Dados.....	24
6.4.1. Instrumentos de Recolha de Dados.....	24
6.4.2. Metodologia utilizada na Recolha de Dados.....	24
6.5. Tratamento Estatístico de Dados.....	24
6.6. Considerações Éticas.....	25
7. Resultados.....	26
8. Discussão.....	38
 III. Conclusão	 43
 Bibliografia	 44
 Anexos	

Índice de Figuras

Página

Figura 1. Escovagem dentária numa criança.....	16
Figura 2. Uso do fio dentário numa criança	17
Figura 3. Molar sem selante	19
Figura 4. Molar com selante.....	19

Índice de Tabelas

Página

Tabela 1. Influência do género dos alunos nas escovagens diárias	37
---	----

Índice de Gráficos

Página

Gráfico 1. Distribuição do grau de parentesco dos responsáveis	26
Gráfico 2. Idade dos responsáveis	26
Gráfico 3. Género dos alunos	27
Gráfico 4. Idade dos alunos	27
Gráfico 5. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre explicação de saúde oral	28
Gráfico 6. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre vezes que escova os dentes	29
Gráfico 7. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre uso de pasta fluoretada	30
Gráfico 8. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre o uso de outro produto de higiene oral.....	31
Gráfico 9. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre a ajuda a escovar os dentes	32
Gráfico 10. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre ter um dente cariado	32
Gráfico 11. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre dor dentária	33
Gráfico 12. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre lavar os dentes antes de dormir	34
Gráfico 13. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre comer doces	35
Gráfico 14. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre razão de ir ao dentista	36
Gráfico 15. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre medo na consulta.....	37

Índice de Siglas e Abreviaturas

AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry

DGS – Direção-Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

nº – número

Índice de Anexos

Anexo 1. Pedido de Autorização ao Colégio Salesiano de Poiares

Anexo 2. Resposta ao Pedido de Autorização

Anexo 3. Questionário do Responsável

Anexo 4. Questionário do Aluno

I. Introdução

A criança é um ser em permanente desenvolvimento e transformação, tem necessidade de ser compreendida, envolvida e incluída à medida que vai passando pelas diferentes fases do seu crescimento. Desde a primeira infância, passando pela idade pré-escolar e escolar, até à adolescência, todas estas fases são importantes e passíveis de intervenção ao nível da promoção da saúde, sendo que a idade pré-escolar e escolar são as mais importantes e decisivas na obtenção de comportamentos saudáveis na área da saúde oral. No entanto, a intervenção deve ser centrada também nos adultos responsáveis que controlam os comportamentos e traçam as atitudes da criança. Compete a toda a família a prestação de cuidados que asseguram necessidades físicas e afetivas, garantindo protecção e socialização da criança, pois são valores importantes para se integrarem na sociedade atual. A primeira visita ao médico dentista deverá ocorrer no primeiro ano de vida para serem fornecidas as primeiras instruções de higiene oral.

O presente trabalho tem como objetivo estudar a percepção que os responsáveis têm sobre hábitos e comportamentos de saúde oral infantil e a necessidade para tratamentos, contrapondo com as atitudes e comportamentos dos seus educandos.

O tema surgiu a partir da reflexão sobre a influência determinante das atitudes e dos conhecimentos dos responsáveis e das crianças sobre saúde oral. A preferência por este tema, assenta no fato de existir ainda um longo caminho a percorrer sobre atitudes corretas de higiene oral por parte de muitas crianças. Foi realizada uma revisão bibliográfica, para saber o que diferentes autores falam sobre o tema. Para a investigação foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário organizado em duas partes: uma destina-se aos encarregados de educação e a outra às próprias crianças.

II. Desenvolvimento

1. Material e Métodos

A pesquisa bibliográfica foi feita com base em artigos científicos publicados nos últimos 5 anos, nos motores de busca *PubMed*; *SciELO*; *B-On*, e ainda para complementar foi utilizado o repositório da Universidade Fernando Pessoa, da Universidade de Medicina Dentária do Porto e da Universidade Católica de Viseu no período compreendido entre novembro de 2013 e abril de 2014.

A pesquisa eletrónica foi feita utilizando as palavras-chave: *Oral Health Behaviours*; *Oral Health Knowledge*; *Oral Health Promotion*; *Dental Caries*; *Child Development*.

Da pesquisa obteve-se 609 artigos em diversos idiomas disponíveis: português, inglês, espanhol, francês e alemão, e foram selecionados, após leitura do resumo 44 artigos com interesse significativo para a elaboração do trabalho.

2. Fases de Desenvolvimento da Criança e os diferentes Comportamentos na consulta de Medicina Dentária

A *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD), (Academia Americana de Odontopediatria - tradução livre) reconhece a importância da educação, da prevenção, do diagnóstico e do tratamento fundamentais para a manutenção da saúde oral das crianças, desde o seu nascimento até à sua adolescência, incluindo as crianças que necessitem de cuidados especiais. Para tal, é fundamental que o médico dentista adapte a consulta de Odontopediatria ao perfil da criança da melhor maneira possível, podendo variar consoante o estado de desenvolvimento cognitivo da criança (AAPD, 2009).

Conforme a Direção-Geral de Saúde (DGS) indica, a ida ao médico dentista é essencial e deve ocorrer pelo menos uma vez em cada seis meses, pois permite detetar precocemente doenças orais, fornecer orientações sobre higiene oral e expor um conjunto de outras medidas preventivas (DGS, 2008).

A comunicação durante a consulta faz com que haja uma ligação de maior proximidade entre o paciente e o médico, o que irá criar um vínculo de confiança. O médico dentista deve tentar conhecer bem os seus pacientes, saber interagir e comunicar, deve ser atencioso, responder às perguntas pretendidas, o que fará com que o paciente se sinta acolhido e mais tranquilo durante todo o procedimento clínico (Bottan *et al.*, 2010).

O desenvolvimento mental da criança, a sua personalidade e as experiências anteriormente passadas em ambiente médico-dentário têm influência no comportamento durante a consulta. Os sinais verbais e não-verbais, como choro e expressões faciais, são de extrema importância, pois demonstram sentimentos, os quais devem ser observados pelo médico dentista para tentar estabelecer uma relação de confiança com a criança (Coutinho, 2013).

2.1. Caracterização das Idades de acordo com o Comportamento apresentado

Para o sucesso da consulta é importante conhecer e compreender o desenvolvimento físico e emocional das crianças, assim como deduzir os diferentes comportamentos das mesmas (Ramos-Jorge, 2003).

É fundamental o médico dentista apresentar confiança durante a consulta de odontopediatria, utilizando todos os conhecimentos de psicologia e de comportamento infantil, facilitando a relação entre ambos (Ramos-Jorge, 2003; Alves de Moraes *et al.*, 2004).

A idade é relevante na conduta apresentada por uma criança durante os tratamentos. Os diferentes estágios do desenvolvimento físico e emocional são característicos da idade. Naturalmente, as crianças mais pequenas apresentam mais ansiedade e uma maior diversidade de comportamentos em relação às outras. Com o avançar da idade apresentam mais cooperação e menos medos (Klingberg, 2008).

Pode-se caracterizar, genericamente, crianças de acordo com as diferentes idades (Wright, 2001; Ramos-Jorge, 2003; Quesada, 2005a):

- Desde o nascimento até aos três anos – esta fase caracteriza-se pelas habilidades motoras, como o caminhar, correr e saltar. Durante o primeiro ano a criança é totalmente dependente dos pais. Aos dois anos começa a organizar respostas e nota-se um avanço motor e da linguagem, apresentando também uma maior estabilidade emocional. Até aos três anos começa a demonstrar alguns sinais de independência e a palavra “não” é a mais aplicada dentro do seu vocabulário, sendo mesmo a palavra preferida. Entre os dois anos e os três torna-se exigente, rígida e inflexível, sendo a comunicação bastante difícil. Os procedimentos dentários durante a consulta devem então ser curtos e rápidos.
- Idade pré-escolar, dos três anos aos 6 anos – é assinalada por uma fase de conflitos e instabilidade emocional. Os ossos e músculos desenvolvem-se significativamente e as crianças tornam-se muito ativas e adquirem total controlo do seu corpo. Já dominam linguagem perceptível e têm tendência a levar a sua capacidade motora ao máximo, testando todos os limites. Chega mesmo a ser quase intolerável o seu comportamento na cadeira dentária durante uma consulta. Este período marca o início da fase social e é considerada a idade da curiosidade: o “como” e o “porquê” são as palavras preferidas. A fantasia desperta uma grande curiosidade nesta idade e os elogios são extremamente positivos.
- Idade da formação escolar, dos seis aos doze anos – nesta fase as crianças desenvolvem as suas capacidades cognitivas, havendo uma grande influência de fatores culturais. No período entre os seis e os oito anos, a criança desenvolve comportamentos extremos, ou seja, tanto faz uma birra como apresenta logo a seguir boa disposição. No período entre os nove e os doze anos os amigos estão primeiro que a família. Assim sendo, é necessária distinção de idades durante o tratamento: dos seis aos oito anos, a criança precisa de compreensão, explicação dos procedimentos e uma boa comunicação com o médico dentista; dos nove aos doze anos deve-se transmitir à criança a ideia de responsabilidade pelo seu comportamento, evitando críticas, dando conselhos e incentivando-a para os tratamentos.
- Período de adolescência, dos 13 aos 18 anos – nesta fase o indivíduo não é mais uma criança, mas também ainda não é um adulto. Emocionalmente, os jovens aqui

passam um período muito forte, com situações de stresse, ansiedade e preocupações. O estado depressivo é a desordem mais frequente nesta idade, principalmente no género feminino. É fundamental evitar autoridade, crítica e discussões. Deve-se inclui-los nas tomadas de decisões e diminuir a função dos pais nos cuidados de higiene, aumentando a responsabilidade do adolescente.

2.2. Definição da relação Médico Dentista/Criança/Responsável

A Odontopediatria é uma prática para guiar as crianças nas suas experiências dentárias. Elas são a chave principal do futuro e é nelas que devemos investir e promover atitudes saudáveis. De inúmeras diferenças entre as consultas dentárias de um adulto e de uma criança, destaca-se a relação de um para um, nas consultas de um adulto (adulto/dentista) e de um para dois, nas consultas de uma criança (criança/responsável/dentista). Este tipo de relacionamento é conhecido como o triângulo do tratamento odontopediátrico. A criança encontra-se no ápice do triângulo como o foco de atenção especial tanto do odontopediatra como da família representante, normalmente a mãe (Areias *et al.*, 2008; Bottan *et al.*, 2010).

A gestão do comportamento de uma criança numa consulta odontopediátrica tem como objetivos principais: estabelecer uma boa comunicação entre o triângulo odontopediátrico, ganhar a confiança da criança para um melhor tratamento, explicar os aspetos positivos da prevenção das doenças orais e apresentar um ambiente relaxado, tranquilo e cómodo (Alves de Moraes *et al.*, 2004).

Segundo Wright (2001), Quesada (2005b) e outros autores, controlar o comportamento de uma criança é o meio mais efetivo e eficiente para realizar qualquer tratamento e desenvolver uma atitude cooperativa.

Existem várias formas de agrupar as técnicas de controlo de comportamento. Entre elas por exemplo Quesada (2005b) e Ramos-Jorge (2003) dividem em farmacológicas e não farmacológicas, mas segundo a AAPD (2013/2014a) e muitos autores, elas dividem-se em técnicas básicas e avançadas.

As técnicas básicas de controlo de comportamento serão definidas por ordem crescente de complexidade (AAPD (2013/2014a)):

- “Dessensibilização” – Método efetivo para crianças que tenham desenvolvido ansiedade em relação à consulta. Consiste em introduzir primeiro, cuidados dentários não invasivos à criança, para que esta se sinta gradualmente mais confortável com o tratamento dentário. E, assim, após as primeiras consultas o paciente sentir-se-á mais à vontade para os restantes tratamentos. Não há contra-indicações para esta técnica.
- “Distração” – Desvio da atenção do paciente. O objetivo é distrair a criança com a finalidade de diminuir a sua ansiedade e medo. É indicado para aumentar a tolerância do paciente. Por exemplo, durante a anestesia falar sobre temas do interesse do paciente. Não há contra-indicações para esta técnica.
- “Reforço positivo” – Técnica utilizada para a estimulação de comportamentos desejáveis, elogiando as atitudes corretas da criança, incluindo mudança de voz e de expressão facial. Não há contra-indicações para esta técnica.
- “Dizer-Mostrar-Fazer” – Técnica simples que engloba explicações verbais, utilizando palavras apropriadas ao vocabulário da criança, mostrando alguns instrumentos e os sons reproduzidos por estes e posteriormente proceder ao tratamento como foi explicado e demonstrado à criança. Esta técnica deve ser utilizada em crianças que já tenham desenvolvido a comunicação verbal, caso contrário é pouco eficaz.
- “Diminuição da ansiedade dos pais” – Cada vez mais há uma maior participação dos pais durante a consulta, levando à necessidade de explicar o diagnóstico e plano de tratamento, permitindo que os pais sigam as necessidades das crianças. Sentimentos de ansiedade e medo facilmente são transmitidos dos pais para as crianças, por tudo isto deve-se dar informações sobre as técnicas possíveis sendo em alguns casos, preferível a presença do responsável no tratamento. Esta técnica está contra-indicada quando os pais ou outros responsáveis não colaboram com o médico dentista.

- “Controlo da voz” – Atitude rigorosa perante um comportamento não colaborante. Elevação brusca do tom da voz acompanhada por uma mudança da expressão facial por parte do médico dentista. Após obter a atenção da criança deve-se agradecer e voltar ao tom normal de voz. Neste caso é fundamental exercer autoridade perante a criança. Esta técnica é mais utilizada em crianças rebeldes que pretendem manipular a consulta. É mais indicado em crianças maiores de três anos para estabelecer limites. Está contra-indicado em crianças com dificuldades auditivas.

As técnicas de controlo de comportamento avançadas são (Duque, 2005; Czylusniak, 2007; Glassman, 2009; Girdler, 2009; AAPD, 2013/2014 a:

- “Restrição Física” – Técnica que restringe a liberdade dos movimentos do paciente. Indicada em pacientes não cooperantes, pacientes com deficiência física ou mental e em casos que necessitam de segurança para o paciente, responsável e médico dentista. Contra-indicada para casos que não se consegue a imobilização do paciente ou situações de experiências negativas anteriores.
- “Sedação Consciente” – Controlo farmacológico que pode ser feito pela administração de fármacos por via oral (por exemplo: benzodiazepinas) ou através da utilização da via inalatória com protóxido de azoto. Existe um leque de fármacos com o efeito sedativo para o paciente que podem ser usados isoladamente ou em combinação. Nesse grupo pode-se incluir os narcóticos, ansiolíticos, hipnóticos, entre outros. Os narcóticos e hipnóticos não são recomendados em Odontopediatria. A petidina é um exemplo de um analgésico narcótico com efeitos semelhantes à morfina, mas de menor potência, tem efeito analgésico e sedativo, podendo mesmo causar depressão respiratória. Os ansiolíticos, por exemplo, os anti-histamínicos e as benzodiazepinas são os mais utilizados em Odontopediatria. Um exemplo de uma benzodiazepina muito utilizada pelo seu efeito é o diazepam. A dose oral do diazepam demonstrou ser eficaz e segura em doses de 0,3 a 0,5 mg/kg, bem como o midazolam como alternativa para crianças que vão ser submetidas a procedimentos de curta duração. A hidroxizina, mais conhecida por Atarax[®], pode ser usada em pacientes com intolerância às benzodiazepinas, sendo a dose recomendada 0,6 mg/kg.

A técnica de sedação consciente com gás inalatório produz um estado de depressão mínimo, no qual o paciente mantém a capacidade de controlar a respiração e de responder a estímulos físicos. A consulta cria frequentemente um ambiente de ansiedade e medo em relação ao atos clínicos, principalmente em pacientes com experiências anteriores desagradáveis, com especial incidência em crianças com fobias ou distúrbios mentais e físicos, comprometendo os tratamentos médico-dentários. Tornou-se uma técnica utilizada em pacientes não cooperantes e em intervenções complicadas. O uso da sedação consciente com o protóxido de azoto tem uma grande importância na medicina dentária, pelo fato de reduzir ansiedade (Duque, 2005; Czlusniak, 2007; Glassman, 2009).

Girdler em 2009 afirma que este tipo de sedação inalatória apresenta rápida indução e fácil recuperação. Não é uma técnica invasiva e este gás é relativamente inerte, não provocando assim alterações metabólicas. Possui pouco efeito a nível do sistema cardiovascular e respiratório, produz alguma analgesia. A sua administração é através de uma máscara nasal (Girdler, 2009).

- “Anestesia Geral” – Esta técnica deve ser utilizada em crianças com compromissos físicos e/ou mentais, em que o tratamento não poderia ser efetuado utilizando anestesia local, ou em crianças muito ansiosas e nada cooperantes (Wright, 2001; Buchanan, 2003; Josgrillberg, 2005).

3. Factores Modificadores do Comportamento

Existem motivos diversos que podem influenciar o comportamento da criança. Por exemplo, a aparência física do médico dentista desempenha um papel importantíssimo, como as cores do uniforme ou até as toucas (Wolf, 2012).

Mais do que a aparência física do médico dentista existem outros fatores que moldam o comportamento da criança, tais como:

3.1. Medo e Ansiedade

O medo e a ansiedade são considerados sinónimos, mas devem ser vistos como duas entidades distintas. O medo é um estado de angústia e mal estar associado a uma situação de desconhecimento; inicia-se dos 3 aos 6 anos. O medo objetivo resulta de experiências anteriores traumáticas e o subjetivo desenvolve-se devido a informações dadas pelos familiares e/ou amigos. A ansiedade, por outro lado, prepara as crianças para algo que vai acontecer e é fundamental o médico dentista educar os pacientes de forma a ajustar os níveis de ansiedade para cada ocasião (Klingberg, 2008).

O consultório pode ser considerado um local perturbador, no qual um paciente com dor e num estado suscetível requer atendimento de um profissional que saiba lidar com os transtornos de medo e ansiedade próprios daquela situação. O médico dentista deve tomar medidas para minimizar o stresse e estabelecer uma relação de confiança com o paciente. Para crianças que tentem impedir o tratamento dentário, por medo e ansiedade, devem ser planeadas medidas para que se adaptem e colaborem nas restantes consultas (Possobon *et al.*, 2007).

Em 2009, Fioravante indica que 25% das crianças apresentam comportamentos não cooperantes, o que leva ao aumento no número e duração das consultas, bem como à não realização dos tratamentos planeados para aquela consulta (Fioravante, 2009).

3.2. Experiências Passadas

Um importante dado a pensar para o planeamento do tratamento dentário de uma criança diz respeito à interpretação das experiências anteriores, positivas ou negativas, vivenciadas por ela. Deve haver cuidado especial para possíveis traumas psicológicos, pois fixam relações de incompatibilidade com o profissional. Também é necessária uma visão biopsicossocial, possibilitando ampliar o conhecimento do paciente, da sua inserção social e familiar, familiarizando-o com o consultório, todo o instrumental e toda a equipa de profissionais. As crianças que já tenham sido sujeitas a experiências negativas anteriores apresentam comportamentos não colaborantes. O estado emocional de um paciente que assiste a uma consulta pela primeira vez é bastante diferente daquele paciente com experiências negativas prévias (Coutinho, 2013).

3.3. Género

As meninas escovam os dentes mais frequentemente que os meninos, provavelmente porque são mais orientadas a seguirem os modelos das mães, ao passo que os meninos tendem a imitar os seus pais. As crianças do género feminino tendem a demonstrar mais medo do que as do género masculino. Outra diferença é que os meninos apresentam melhores condutas quando se dão informações rígidas a nível do comportamento. As meninas são mais preocupadas com a saúde oral do que os meninos, por norma, relevando que os dentes são muito importantes para a imagem pessoal. Em vários estudos pode verificar-se que o género masculino considera ter um melhor aspeto físico do que o feminino, uma vez que este último é mais exigente consigo em termos de aparência física (Bica *et al.*, 2011; Castilho *et al.*, 2013; Vázquez-Nava *et al.*, 2013).

3.4. Atitude Familiar

O comportamento dos pais em relação à higiene oral tem uma influência direta na saúde oral dos filhos. Quando os pais controlam a escovagem e o consumo de açúcar, as crianças apresentam hábitos de saúde oral melhores quando comparadas com crianças que não têm supervisão. Assim sendo, as estratégias de promoção de saúde oral devem ter como foco não apenas os filhos, mas também os pais. Para além dos pais, também a restante família influencia o comportamento da criança, por exemplo, as crianças provenientes de famílias estruturadas e organizadas tendem a apresentar menos problemas de comportamento na consulta do que as crianças com ambientes familiares problemáticos, sendo estas últimas o grupo mais difícil de tratar. A família é responsável pela transmissão dos medos. Os pais ansiosos afetam negativamente o comportamento da criança (Castilho *et al.*, 2013).

As mães são as principais responsáveis pela saúde dos filhos. Segundo Moreira (2006) são elas quem mais acompanham as crianças à consulta (69,34%). Os pais e outros familiares devem ser informados de que os hábitos de saúde oral influenciam a saúde geral das crianças e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Portanto, é necessário um programa educacional de saúde mais sólido envolvendo todos os familiares, fornecendo a orientação adequada sobre como manter a saúde das crianças, resultando numa melhor qualidade de vida. Alguns estudos apontam que o conhecimento de saúde oral dos

responsáveis/familiares foi construído principalmente pelo contato com o médico dentista e pelos meios de comunicação (Moreira, 2006; Figueira, 2008; Castilho *et al.*, 2013).

Em relação aos cuidados de higiene oral, verifica-se que a maior parte dos responsáveis auxiliou na escovagem dentária do educando. Esta atitude está associada à presença de hábitos de escovagem por parte dos responsáveis. Dos problemas orais avaliados, a cárie dentária foi apontada como a doença mais conhecida pelos pais, enquanto a menos conhecida foi a doença periodontal (Moreira, 2006; Figueira, 2008; Castilho *et al.*, 2013).

Ainda existe um longo caminho a percorrer, pois o desconhecimento de doenças, hábitos e atitudes orais poderá prejudicar muito a população infantil. As medidas preventivas mais apontadas pelos responsáveis para as doenças acima descritas são a escovagem, o uso de fio dentário e as idas regulares ao dentista. Seria pertinente existirem palestras para terem mais informação sobre saúde oral, compreendendo assim, a importância da ausência de ingestão de sacarose entre as refeições ou ao deitar, de um baixo consumo de alimentos com açúcar, de uma alimentação equilibrada e até de atenção especial ao flúor das pastas dentífricas. É necessário, portanto, estimular os pais a adotarem o comportamento desejado e não só transmitir informações teóricas sobre como deveriam cuidar da saúde oral dos seus filhos (Moreira, 2006; Figueira, 2008; Castilho *et al.*, 2013).

3.5. Tipos de Pais

Krikken em 2008 definiu quatro tipos de pais (Krikken, 2008):

- “Pais Competentes” – Estabelecem limites para o comportamento dos seus filhos, criando interações positivas, raramente utilizam castigos e preferem explicar as razões pelas quais não permitem determinado comportamento. Encorajam os seus filhos a tornarem-se independentes.

- “Pais Autoritários” – Estabelecem muitos limites, são distantes e utilizam maioritariamente atitudes de punição.
- “Pais Permissivos” – Têm falta de controlo nos seus filhos e não são muito exigentes, possuem, mesmo assim, uma ligação emocional forte.
- “Pais Negligentes” – Têm falta de controlo nos filhos e não possuem laços afetivos nenhuns com a criança.

4. Conceito de Saúde Oral em Crianças e o seu Desenvolvimento na Sociedade actual

4.1. Definição de Saúde Oral da Criança

Nesta área, é necessária a cooperação de várias pessoas como familiares, professores, médicos dentistas, enfermeiros e médicos de família, a fim de aumentar a eficácia da educação para a saúde oral, prevenindo doenças orais futuras. Neste caso, a criança sente cuidados especiais e vai revelando melhores comportamentos, comprometendo-se a aceitar a colaboração não só do dentista, mas de todos os profissionais (Albino, 2012).

Considerando que a escovagem e o uso do fio dentário frequentes eliminam bactérias cariogénicas e substâncias fermentáveis da superfície dos dentes, os hábitos de higiene oral ajudam a evitar algumas patologias, tais como doenças periodontais e cáries dentárias, considerados problemas de saúde pública comuns. Os hábitos de escovagem devem ser apresentados às crianças pelos pais, médico dentista ou outros responsáveis e praticados diariamente (Castilho *et al.*, 2013).

4.2. Promoção da Saúde Oral

Nos últimos anos, o conhecimento científico relacionado com a saúde oral tem vindo a crescer e o desenvolvimento da medicina dentária tem vindo a ser bastante divulgado. A evidência da prevenção para o controlo de doenças orais e necessidade de manutenção da saúde oral tornou-se cada vez mais reconhecida pela comunidade. O mais importante

nesta época é divulgar ao máximo como podemos promover a saúde oral, começando principalmente pelas crianças, de modo a que o futuro da saúde oral seja o mais promissor possível (Dagli, 2008; Garcia, 2012).

As consultas regulares ao médico dentista devem ocorrer de acordo com a higiene oral da criança, pois assim permitem detetar precocemente os sinais de doença. Quanto melhor for a higiene oral, maior será o período entre consultas. Durante estas consultas de rotina, devem ser fornecidas indicações específicas para promover hábitos saudáveis e aplicar medidas preventivas primárias como aplicação de flúor e selantes de fissuras. A pouca motivação para ir visitar o dentista deve ser ultrapassada com programas de promoção e divulgação de atitudes orais saudáveis. O médico dentista é a chave da instrução para a saúde oral correta (Dagli, 2008; Garcia, 2012).

A promoção da saúde oral é então considerada uma meta de desenvolvimento para as crianças. Por exemplo, a cárie dentária pode influenciar negativamente a capacidade de uma criança comer, dormir e até estudar (Moysés, 2012).

4.3. Prevenção da Cárie Dentária

A placa bacteriana é uma massa viscosa composta de restos alimentares e saliva que pode conter bactérias tais como o *Streptococcus mutans*, que facilitam o estágio inicial da cárie. Depois, esta película esbranquiçada sofre calcificação a partir dos sais de cálcio presentes na saliva, formando uma placa mineralizada denominada por tártaro. A cárie é considerada uma doença infectocontagiosa cuja etiologia é multifatorial. A sua prevenção passa por evitar uma dieta cariogénica, praticar uma boa higienização oral e supervisionar os indivíduos mais suscetíveis, incluindo aqui a predisposição genética e mau posicionamento dentário (Melo, 2006; Areias *et al.*, 2008; Barros, 2013; Pereira, C. *et al.* 2013).

Os fatores predisponentes podem ser agrupados em primários e secundários. Os primários são essenciais à ocorrência da doença e englobam os fatores do hospedeiro - suscetibilidade, os fatores do agente - bactérias com potencial cariogénico e os fatores do ambiente - sacarose. Isoladamente não são capazes de desencadear a doença, só a sua ligação associada ao fator tempo é que define o seu desenvolvimento. Os secundários

influenciam a evolução da doença. A saliva desempenha um papel fundamental através do seu contributo de limpeza das superfícies dentárias, de eliminação do substrato, de capacidade tampão e da sua acção antibacteriana (Melo, 2006; Areias *et al.*, 2008; Barros, 2013).

A cárie não é o resultado de um evento individual, mas sim de um acumular de eventos, que ocorrem ao longo de um período de tempo. Resulta de um processo dinâmico de desmineralização e remineralização, provocado pelo metabolismo microbiano na superfície dentária, a que o hospedeiro não consegue responder, predominando assim a desmineralização. Se perdurar este desequilíbrio, ocorre perda mineral e poderá haver cavitação. Não sendo um processo linear, pode a balança fisiológica entre a desmineralização e remineralização equilibrar-se, o que se traduz na estabilização da lesão (Melo, 2006; Areias *et al.*, 2008; Barros, 2013).

O padrão clínico desta doença difere de indivíduo para indivíduo, de dente para dente e de superfície para superfície. Alguns dados epidemiológicos evidenciam que as fossas e fissuras das superfícies oclusais dos molares são os locais mais vulneráveis para o aparecimento da doença. A progressão de cárie na criança é normalmente mais rápida do que no adulto e este fato deve-se às condicionantes anatómicas, às dificuldades em higienizar a cavidade oral e ao elevado consumo de alimentos açucarados (Melo, 2006; Areias *et al.*, 2008; Barros, 2013).

O rastreio dentário nas escolas é uma das melhores formas de prevenção da cárie nas crianças. Em Portugal cerca de dois terços das crianças com seis anos têm cárie e aos doze anos têm cerca de três dentes cariados, perdidos ou obturados. Os rastreios devem ser efetuados o mais cedo possível de forma a prevenir ou detetar as cáries (Oom, 2012).

As principais razões, segundo Oom (2012) para antecipar estes rastreios são:

- A criança não efetuar a escovagem ou esta ser ineficaz;
- A criança ingerir com frequência alimentos açucarados entre as refeições;
- A criança não usar pasta com a quantidade de flúor recomendada;
- A criança comer ou beber alimentos antes de ir dormir sem lavar os dentes.

Os rastreios servem também para rever os princípios básicos dos cuidados dos dentes, incluindo limpeza e hábitos alimentares saudáveis (Oom, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2012, 60% a 90% das crianças em idade escolar têm cárie e na maioria associada a dor e a desconforto. O primeiro mapa de prevalência de cárie em crianças de 12 anos em 1969 mostrava que era maior nos países industrializados do que nos países em desenvolvimento. Hoje em dia, verifica-se uma diminuição dessa prevalência nos países industrializados e um aumento nos países em desenvolvimento e o principal fato desta mudança é a diferença relacionada com a dieta e higiene oral (*World Health Organization*, 2012).

O Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais em 2008, mostra que a prevalência de cárie dentária em Portugal tem vindo a diminuir nas crianças e nos adolescentes, nos últimos anos, devido à implementação de programas de saúde oral (DGS, 2008).

“... Com prevenção, orientação e carinho, o Odontopediatra pode construir uma geração cárie zero, livre de problemas de oclusão e sem medo de ir ao dentista.” (Coutinho, 2013).

4.4. Escovagem, utilização de Fio Dentário e Suplementos de Flúor

Escovagem

A escovagem consiste na melhor forma mecânica de remoção da placa bacteriana e dos restos alimentares. É realizada sempre após as refeições principais não devendo a língua ser esquecida, bem como o palato. Deve ser supervisionada pelos pais, até ao momento em que a criança adquire o total controlo dos seus movimentos e total responsabilidade dos mesmos, normalmente aos 6 anos. O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral tem o cuidado de aconselhar a escovagem pelo menos duas vezes por dia, de manhã a seguir ao pequeno-almoço e à noite antes de deitar. Só a escovagem eficaz e competente remove a placa bacteriana. A duração da escovagem deve ser de dois a três minutos. Deve começar logo que os dentes erupcionem. A substituição da escova deve

ser feita preferencialmente de três em três meses, mas depende muito do estado de deterioração, deve ser trocada quando as cerdas começarem a ficar deformadas. A escova deverá ser adaptada ao tamanho da boca da criança e as suas extremidades devem ser arredondadas por uma questão de segurança. É um objecto intransmissível e deve ser guardada num local seco com as cerdas voltadas para cima (DGS, 2005; Areias *et al.*, 2008; Oom, 2012; Fernandes, 2013).

Apesar da grande maioria das crianças fazer a escovagem supervisionada, há um número significativo que relata a escovagem sem supervisão. Isto é um dado importante porque o fato de escovar, não quer dizer que escove de uma maneira adequada. A supervisão parental possibilita reconhecer áreas onde escovou pior e como pode melhorar e é também uma altura em que os pais podem elogiar aquilo que ela fez bem, reforçando a motivação desta em relação à tarefa da escovagem dos dentes (Curnow *et al.*, 2002; Areias *et al.*, 2008; Costa *et al.*, 2008; Paredes *et al.* 2009; Prakash *et al.* 2012).

Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) a escovagem até aos 3 anos deve ser realizada pelos pais, dos 3 aos 6 deve ser realizada progressivamente pela criança, mas sempre supervisionada e ajudada pelos pais, depois dos 6 anos deve ser realizada só pela criança e devidamente supervisionada pelos pais até a criança possuir destreza suficiente e responsabilidade para efetuar uma escovagem correta (Figura 1), (OMD a).



Figura 1. Escovagem dentária numa criança. Adaptado da (OMD a)

Fio dentário

O fio dentário é um complemento imprescindível à higiene oral, pois permite a higienização dos espaços interdentários onde o acesso com a escova é difícil. É recomendável de modo a prevenir as cáries nas faces interproximais dos dentes e até mesmo o desencadear de doenças periodontais. O uso de fio utilizado pela criança só está recomendado quando esta começa a ter destreza manual, habitualmente aos oito anos (Figura 2). Deve ser utilizado uma vez ao dia, de preferência antes de deitar, sendo que anterior a esta idade deve ser utilizado o fio dentário por um responsável. Deve ser introduzido na higiene da criança no momento em que esta possua dentes adjacentes, normalmente aos 6 meses, que é quando erupcionam os incisivos inferiores decíduos (Oom, 2012).



Figura 2. Uso de fio dentário numa criança. Adaptado da (OMD a)

Suplementos de Flúor

Os níveis adequados de flúor na cavidade oral são determinantes para a saúde oral, pois contribuem para a prevenção da cárie dentária. Isto é conseguido na aplicação de fluoretos pela escovagem e/ou realização de bochechos periodicamente. A ação

preventiva e terapêutica destes é conseguida pela sua ação tópica através de três mecanismos (Veiga, 2009; Pereira *et al.*, 2013):

- Inibição do processo de desmineralização;
- Potenciação do processo de remineralização;
- Inibição da ação da placa bacteriana.

O progresso da medicina dentária demonstra que mais importante do que o flúor ingerido é o flúor que fica depositado diretamente nas superfícies dos dentes. Para além disso foram descritos casos de crianças com menos de seis anos em que o excesso de flúor ingerido de forma prolongada provocou manchas nos dentes.

A administração de flúor é recomendada por orientação da OMS para países com a taxa de prevalência de cárie dentária semelhante a Portugal, isto é, com um nível de doença moderado e sem outras fontes de flúor, nomeadamente nas águas de abastecimento público (Areias *et al.*, 2008; Oom, 2012).

4.5. Aplicação de Selantes de Fissuras

No âmbito da Odontopediatria, a cárie dentária permanece numa das primordiais preocupações dos médicos dentistas. Os selantes de fissuras fazem parte de estratégias preventivas em crianças com alto risco de cárie. Selantes são resinas que são aplicados nos sulcos mais profundos, pois são os locais mais suscetíveis para o aparecimento da cárie e onde a higienização é mais difícil. Algumas revisões anteriores, expõem a superioridade de selantes sem carga em relação aos com carga, seja pela demonstração de menos microinfiltrações ou pela maior retenção ao fim de dois anos. Os selantes sem carga são capazes de penetrar mais facilmente nas fissuras das faces oclusais e não têm a desvantagem dos ajustes oclusais após terminada a polimerização. Também refere que os selantes com cores são vantajosos em relação aos transparentes, visto ser mais fácil a avaliação clínica do estado do selante em consultas de controlo (Figura 3 e 4), (Simonsen, 2011).

Apesar da maior atenção ser dirigida ao primeiro molar definitivo, não se deve esquecer que os dentes temporários por vezes também apresentam fissuras retentivas de alimentos e que a verdadeira prevenção se inicia na dentição temporária e não na

definitiva. Aconselha-se o selamento dos dentes decíduos quando existe elevado índice de cárie (Areias *et al.*, 2008; Simonsen, 2011; Pereira *et al.*, 2013).

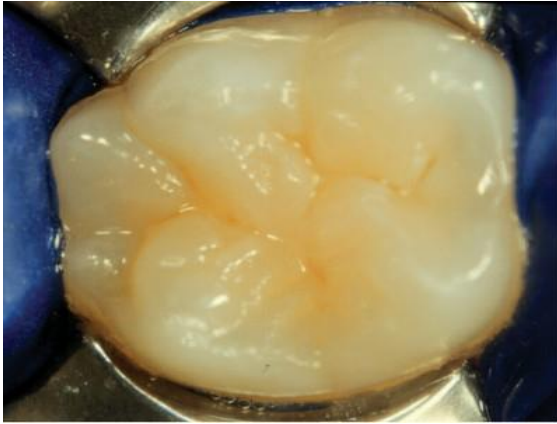


Figura 3. Molar sem selante. Adaptado da (OMD a)

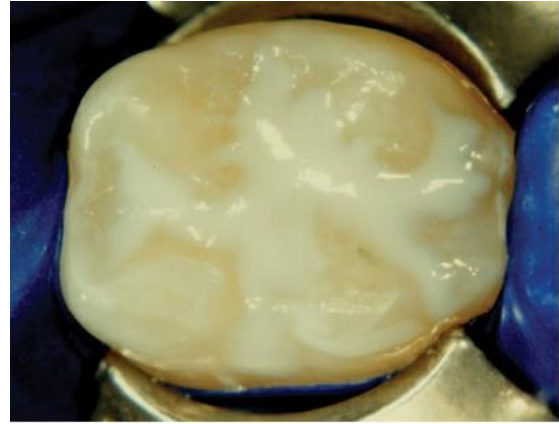


Figura 4. Molar com selante. Adaptado da (OMD a)

4.6. Controlo da Dor Dentária

Fatores socioeconómicos, aspetos do contexto familiar, ansiedade ou outros comportamentos podem influenciar a saúde oral e, consequentemente, podem estar ou não, associados a dor dentária.

A dor dentária também está associada a outros comportamentos, como a frequência das escovagens e o consumo de alimentos cariogénicos, indicando a importância de observar a qualidade dos alimentos ingeridos pelas crianças. É conhecido, que o consumo destes alimentos em excesso, sem escovar os dentes está na etiologia da cárie dentária, que por sua vez está associada à dor. Devem-se considerar medidas preventivas contra a dor dentária e mostrar mais atenção para este problema de saúde oral, pois influencia a saúde geral da criança. A principal causa da visita ao médico dentista é a dor dentária. Embora os adolescentes apresentem hábitos e conhecimentos de saúde oral, existe ainda um longo caminho a percorrer para a educação e prevenção (Rolim *et al.*, 2004; Oliveira, 2011; Ferreira *et al.*, 2012; Tavares da Silva, 2012).

Uma das razões mais comuns para o absentismo escolar é a dor dentária (Moysés, 2012).

4.7. Controlo da Dieta em Hidratos de Carbono

Para classificar uma dieta potencialmente cariogénica consideram-se as características físicas dos alimentos (líquidos/sólidos) e a sua frequência de consumo (diariamente ou não). A sacarose é um tipo de açúcar que deve ser evitado, sendo substituído apenas pelos açúcares contidos nas frutas e alguns vegetais. O consumo de frutas é fundamental, pois é classificado pelo baixo potencial cariogénico, pela estimulação mastigatória e pelo fluxo salivar. Assim sendo, as recomendações são: evitar o consumo de refrigerantes, bebidas industrializadas, doces e produtos de pastelaria, pois contêm muita quantidade de açúcar que favorece o aparecimento de cáries dentárias. Os mesmos devem ser consumidos em ocasiões especiais. Os alimentos como salgadinhos, bolachas recheadas e bolos, para além de estarem relacionados com a etiologia da cárie, também estão associados com o desenvolvimento de doenças crónicas. Por tudo isto, a educação nutricional é uma estratégia para melhorar a saúde da criança (Campos, 2004; Freire *et al.*, 2012).

Conforme Mobley *et al.* (2012), os fatores mais importantes em casa são a disponibilidade e acessibilidade de alimentos nutritivos. Como modelos a seguir, os pais devem incentivar o consumo de frutas e vegetais, por exemplo, servindo-os às refeições diariamente. As escolas são igualmente uma fonte importante para fornecer alimentos saudáveis na dieta das crianças, devendo haver especial cuidado na escolha das ementas diárias para fornecer os nutrientes mais adequados. Os açúcares não devem ser proibidos, devem sim, ser controlados.

5. Escola como Formadora de Hábitos e Conhecimentos

Da escola espera-se ensinamento, mas também transmissão de valores e regras de civismo. É a segunda casa das crianças, onde entram cada vez mais cedo e passam cada vez mais tempo. Os pais são os professores privilegiados dos seus filhos, significando, pois, que estes não deveriam delegar na escola todos os aspetos relacionados com ensino, aprendizagem e partilha de valores. O mais importante seria que os próprios pais fossem os modelos desses mesmos valores e, neste contexto, a escola e a casa falariam a mesma linguagem. Vive-se uma época onde as crianças têm pouco apoio em casa e isso transparece na escola. Cada vez são mais agressivas e violentas o que traduz abandono

afetivo, solidão e sofrimento. Assim sendo, a escola tenta combater estes comportamentos através de acompanhamento, compreensão e sobretudo através de afeto. No que diz respeito à saúde oral, a partir dos três anos seria ideal, que todas as crianças fizessem uma escovagem na escola, preferencialmente após o almoço. Esta escovagem iria estimular a responsabilidade pela sua higiene de forma integrada com os seus colegas e supervisionada por um educador. Preferencialmente, a criança deveria levar a sua escova de dentes com uma proteção e a sua pasta dentífrica dentro da mochila. Os copos devem ser descartáveis ou podem mesmo ser os copos que as crianças utilizaram no almoço. A escovagem seria realizada na saída do refeitório imediatamente antes da entrada para a sala de aula. Para além da instrução de higiene oral, a escola tem um papel fundamental na educação alimentar. O consumo de doces, na escola, deve ser interdito exceto em ocasiões especiais como os bolos das festas de aniversário ou dias temáticos e sempre com posterior lavagem dos dentes (Oom, 2012).

Quando se fala em programas de educação e prevenção em saúde oral nas escolas parece ser uma medida fácil de implementar. Mas quando a faixa etária é a adolescência torna-se mais difícil, pois existe maior dependência ao consumo de alimentos açucarados e a higiene oral é bastante deficiente. Também deveriam existir programas que englobassem os pais ou outros responsáveis porque permitiriam maior compreensão da necessidade de cuidados com a saúde oral (Oliveira de Castro *et al.*, 2012; Castilho *et al.*, 2013).

Sendo as escolas um espaço de partilha de informações nestas idades, seria essencial utilizá-las para informar os alunos acerca das suas atitudes e comportamentos orais. Os professores e alunos mostram interesse por este tema. Os professores necessitam de informação mais segura para ser transmitida devidamente. Também é de evidenciar que os educadores têm interesse na elaboração e implementação de programas integrados na saúde oral (Vanconcelos *et al.*, 2001).

Atualmente existe uma parceria entre a Direção Geral da Saúde, o Plano Nacional de Leitura e algumas bibliotecas escolares. Foi estabelecido um protocolo de colaboração no campo da prevenção da saúde oral, denominado por projeto – Saúde Oral, Bibliotecas Escolares - SOBE, ligando a saúde oral, a literatura e as bibliotecas. Esta associação tem como objectivos principais (SOBE/DGS, 2012):

- Desenvolver a qualidade da informação sobre saúde oral;
- Consciencializar as famílias para a relevância desta área da saúde;
- Prevenir doenças orais nas crianças;
- Aproveitar as bibliotecas escolares para promover a divulgação da saúde oral.

6. Projeto de Investigação

Previamente à realização deste estudo foi obtida a autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

No âmbito deste trabalho pretendeu-se descrever e analisar as atitudes, hábitos e conhecimentos de saúde oral de crianças do Colégio Salesiano de Poiares e relacioná-los com a percepção que os responsáveis têm relativamente à saúde oral dos seus educandos.

6.1. Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional transversal descritivo, com recurso a um questionário.

6.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão

- Alunos e respetivos responsáveis do 5º ao 9º ano;
- Questionários devidamente preenchidos;
- Consentimentos correctamente assinados.

Critérios de Exclusão

- Questionários cuja declaração de consentimento não se encontrasse devidamente assinada;
- Questionários incorrectamente preenchidos;
- Questionários não preenchidos na totalidade.

6.3. Amostra

6.3.1. Dimensão da Amostra

A população alvo são alunos do Colégio Salesiano de Poiares. A amostra é constituída por 172 alunos que consentiram participar no estudo.

6.4. Recolha de dados

6.4.1. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a realização do presente estudo, foram entregues os questionários ao Diretor Pedagógico do Colégio Salesiano de Poiares. Posteriormente foram organizadas entregas desses questionários pelos professores de várias disciplinas. A recolha dos questionários foi efetuada num período de 4 dias, os alunos teriam que devolver os questionários preenchidos por eles, bem como pelos seus responsáveis. O questionário é composto por 11 perguntas fechadas para os responsáveis e 11 perguntas fechadas para as crianças. As perguntas das duas partes do questionário são semelhantes para depois conseguirem ser comparadas as respostas. A linguagem no questionário das crianças, está adaptada para as mesmas. Antes de serem aplicados, foram validados numa amostra diferente de 8 crianças com a mesma idade.

6.4.2. Metodologia Utilizada na Recolha de Dados

A metodologia adoptada para a recolha de dados consistiu na aplicação do questionário a todos os alunos. Por uma questão estratégica foi inicialmente enviado um *email* para o Diretor Pedagógico do Colégio solicitando a sua superior atenção para o Projeto de Investigação, agradecendo uma autorização para, no âmbito do referido estudo, acompanhar, no Colégio Salesiano de Poiares, os alunos do 5º ao 9º ano. A resposta surgiu no dia 4 de Dezembro, o Diretor Pedagógico analisou a proposta do projecto e autoriza assim, a sua implementação. Informa ainda, que interessa à instituição uma formação de 45 minutos às turmas do 5º e 6º ano, uma vez que a maior parte destes alunos foi contemplada com o cheque dentista.

6.5. Tratamento Estatístico de Dados

Após a recolha dos dados foi necessário organizá-los para posterior interpretação dos mesmos. Recorreu-se ao programa *IBM® SPSS® Statistics* vs.22. Variáveis com escala nominal ou ordinal foram descritas usando contagens e percentagens, enquanto que variáveis quantitativas foram descritas através média \pm desvio padrão e variação total (mínimo e máximo). A comparação de respostas a questões similares colocadas aos

responsáveis e às crianças, foi realizada através de testes de Qui-Quadrado de ajustamento, considerando sempre um nível de significância de 0,05.

6.6. Considerações Éticas

No decorrer do estudo foi necessário atender a princípios éticos. Desta forma, foi assegurado para todos os elementos da amostra a confidencialidade dos dados e segurança. Cada voluntário preencheu um termo de consentimento informado, no qual foi esclarecido o carácter científico da participação neste estudo. Foi garantido no consentimento todo o anonimato da informação recolhida.

7. Resultados

A partir dos resultados obtidos pela aplicação do questionário aos responsáveis, responderam a este questionário 172 pessoas das quais, 83,7% (n=144) era a mãe da criança em causa, 12,8% (n=22) era o pai, 1,2% (n=2) era a tia, 1,2% (n=2) era o avô, 0,6% (n=1) era o padrasto e por fim 0,6% (n=1) era a avó (Gráfico 1).

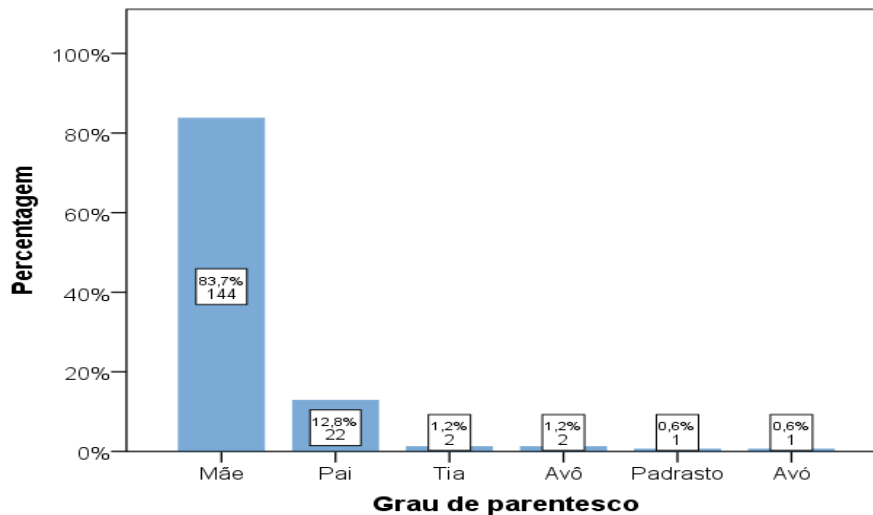


Gráfico 1. Distribuição do grau de parentesco dos responsáveis (n=172).

Quanto à idade dos responsáveis (Gráfico 2), constatou-se que em média tinham 42,06 \pm 6,22. A idade dos responsáveis destas crianças varia dos 28 aos 67 anos (Gráfico 2).

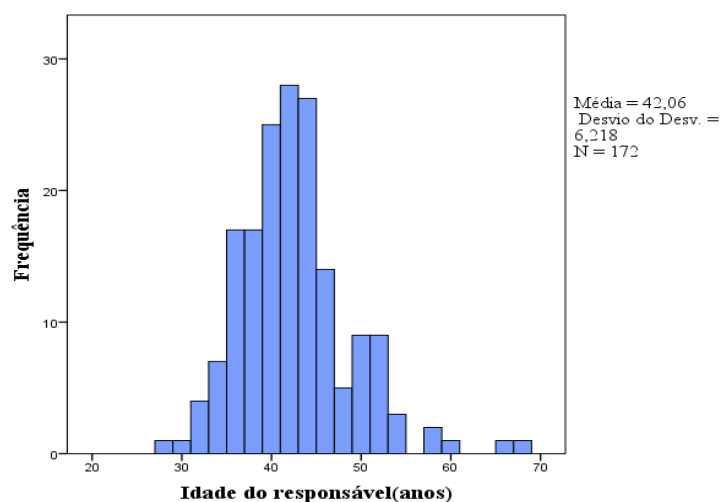


Gráfico 2. Idade dos responsáveis.

Responderam a este questionário 172 crianças e dessas, 52,91% (91) são do género masculino e 47,09% (81) são do género feminino (Gráfico 3).

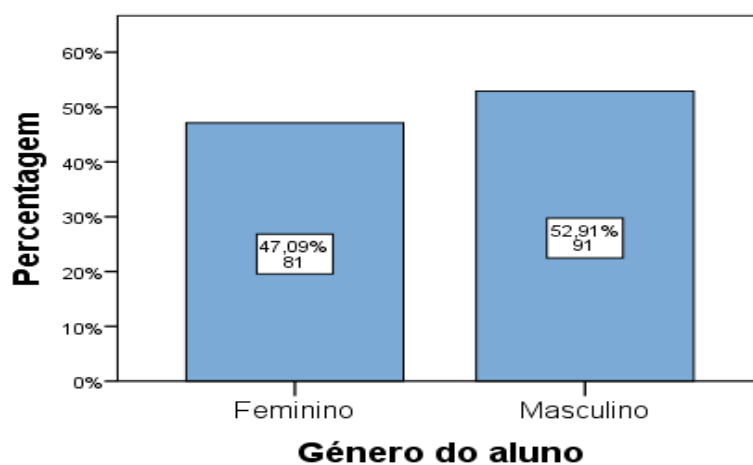


Gráfico 3. Género dos alunos.

Quanto à idade das crianças, esta varia entre os 10 e os 16 anos. A média de idades é de $12,37 \pm 1,69$ (Gráfico 4).

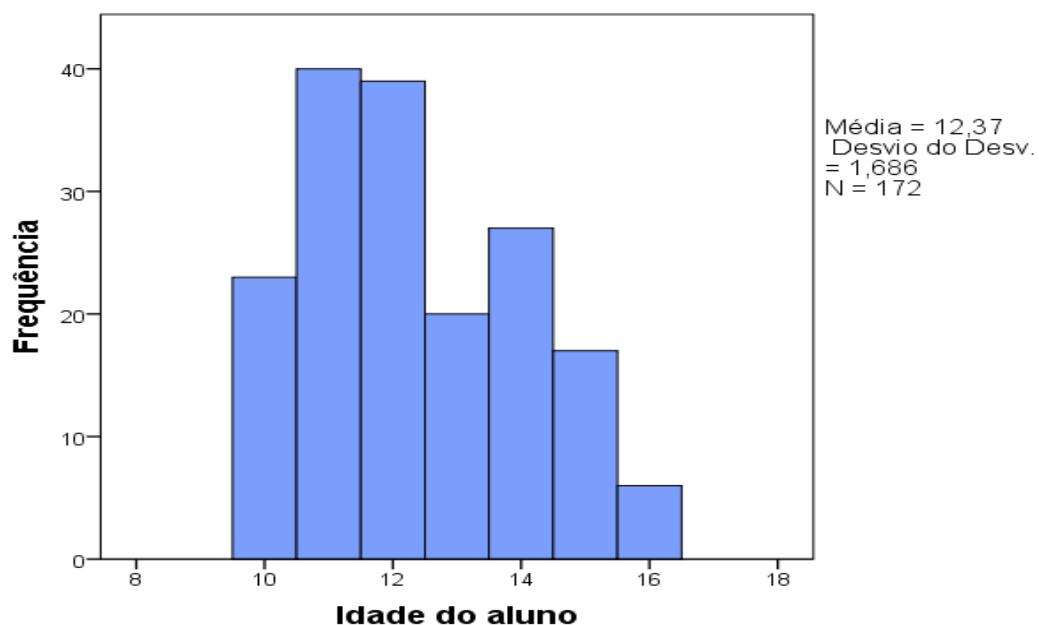


Gráfico 4. Idade dos alunos.

A partir do Gráfico 5 até ao Gráfico 15 serão apresentadas as respostas dos dos responsáveis e dos alunos.

Relativamente à pergunta número (nº) 1 do questionário:

Responsável: “ Já assistiu a alguma reunião sobre saúde oral? ”

Aluno: “ Já tiveste alguma explicação sobre saúde oral? ”

Assim, no que diz respeito a esta questão, foram observadas diferenças significativas ($p < 0,001$) nas respostas de ambos os inquiridos, 36,6% dos responsáveis responderam que já assistiram a uma reunião de saúde oral enquanto 63,4% responderam que não tinham assistido a nenhuma reunião sobre este tema. Quanto à resposta dos alunos, 68% responderam que já presenciaram a uma explicação sobre o tema e 32% responderam que não presenciaram nenhuma explicação de saúde oral (Gráfico 5).

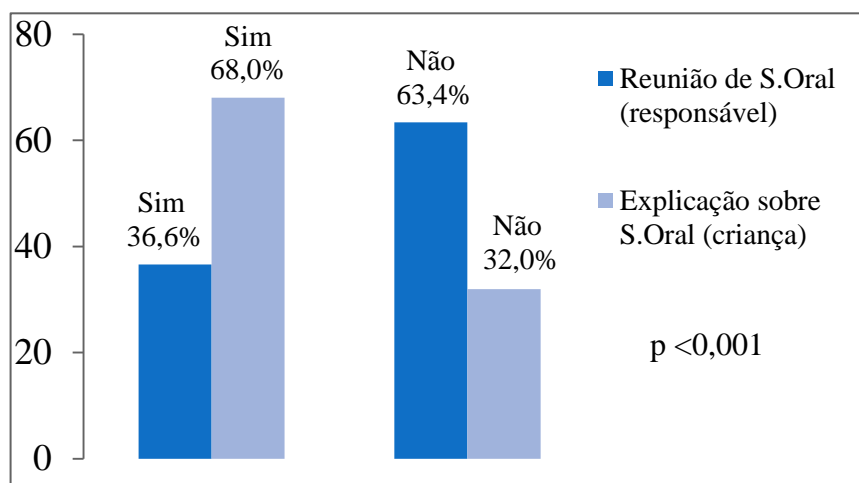


Gráfico 5. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre explicação de saúde oral.

Relativamente à pergunta nº2 do questionário:

Responsável: “ Quantas vezes o seu educando escova os dentes? ”

Aluno: ” Quantas vezes escovas os dentes? ”

Quando questionados, 1,2% dos responsáveis responderam que os seus educandos não escovam os dentes. Nenhuma criança afirma não escovar. Depois, com percentagens próximas, 36,6% dos responsáveis indica que as crianças afirmam lavar uma vez por dia e 37,8% das crianças afirmam esta atitude. A lavagem duas vezes por dia é garantida por 58,1% dos responsáveis e 57,6% das crianças. Por fim, com percentagens menores, 4,1% dos responsáveis confirmam a lavagem mais que duas vezes por dia das suas crianças e 4,7% das crianças confirmam esta atitude (Gráfico 6). Não se verifica diferença significativa no padrão de respostas ($p=0,218$).

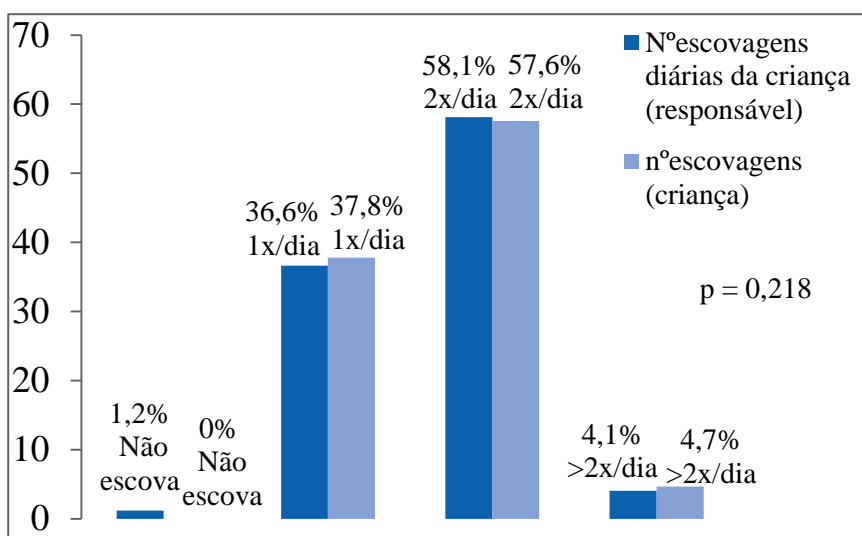


Gráfico 6. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre vezes que escova os dentes.

Relativamente à pergunta nº3 do questionário:

Responsável: “ O seu educando escova os dentes com pasta fluoretada? ”

Aluno: “ Escovas os dentes com pasta fluoretada (com flúor)? ”

No que respeita a esta questão, 14,5% dos responsáveis não sabem se os educandos escovam os dentes com pasta fluoretada e 14% das crianças garantem que também não o sabem. Seguidamente, 77,3% dos responsáveis dizem que as crianças escovam com esta pasta e 74,4% das crianças confirma esta resposta. Depois, 8,1% dos responsáveis dizem que as crianças não escovam com pasta com flúor e 11,6% das crianças

confirmam esta resposta (Gráfico 7). Não se verifica diferença significativa no padrão de respostas ($p=0,366$).

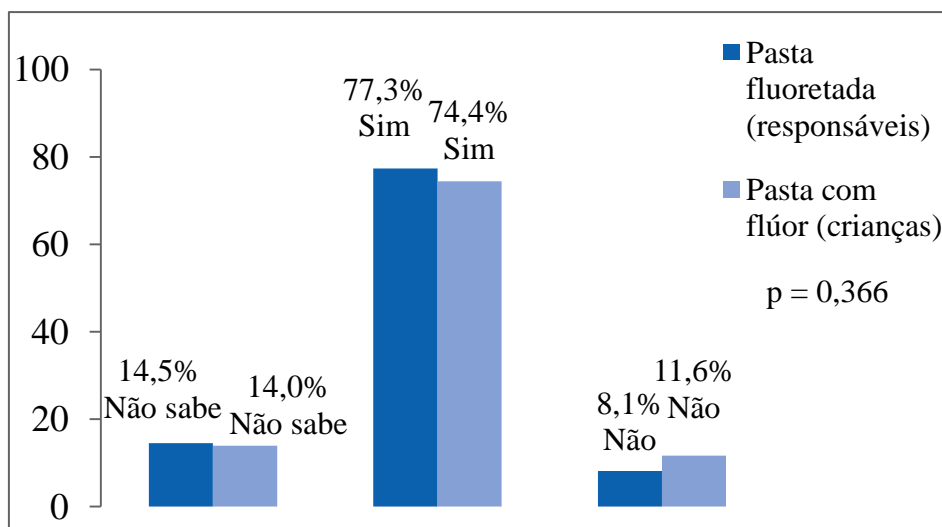


Gráfico 7. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre uso de pasta fluoretada.

Relativamente à pergunta nº4 do questionário:

Responsável: “ Além da pasta dentífrica, o seu educando usa mais algum produto de higiene oral? ”

Aluno: “ Além da pasta dentífrica, usas mais algum produto de higiene oral? ”

Nesta pergunta, 45,9% dos responsáveis respondem que as suas crianças não usam outro produto, para além da pasta dentífrica. As crianças responderam com igual percentagem a este tópico. Depois 2,3% dos responsáveis indicam que as suas crianças tomam flúor e 2,9% das crianças confirmam tomarem este suplemento remineralizador. Logo a seguir, 42,4% dos responsáveis afirmam que as suas crianças usam colutório e 44,2% das crianças asseguram também, que o utilizam. Quanto ao uso do fio dentário, 2,3% dos responsáveis respondem que as suas crianças usam e 1,7% das crianças também confirma que usa. Por fim 7% dos responsáveis defende que as suas crianças usam dois produtos acima referidos e 5,2% das crianças também afirma usar 2 produtos

acima referidos (Gráfico 8). Não se verifica diferença significativa no padrão de respostas ($p=0,844$).

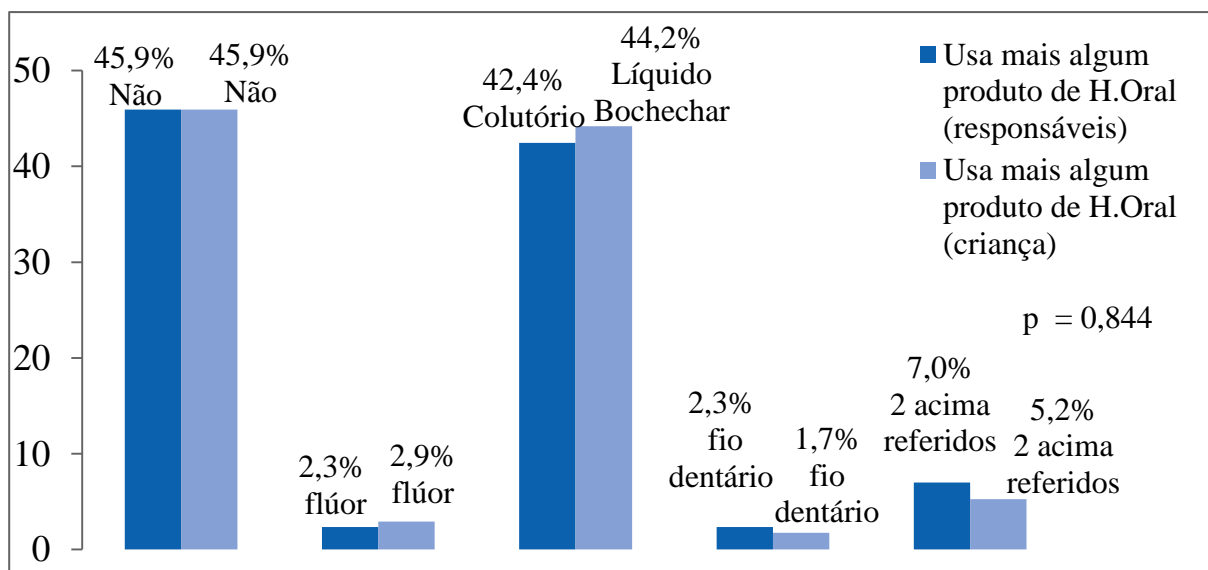


Gráfico 8. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre o uso de outro produto de higiene oral

Relativamente à pergunta nº5 do questionário:

Responsável: “ Alguém ajudava o seu educando a escovar os dentes? ”

Aluno: “ Já tiveste ajuda enquanto escovavas os dentes? ”

Assim, no que diz respeito a esta questão verifica-se que 35,5% dos responsáveis ajudavam a criança a escovar os dentes e 40,7% das crianças confirmam que foram ajudados nessa mesma atividade. Por outro lado, 64,5% dos responsáveis indicam que não costumavam ajudar a criança durante a escovagem e 59,3% das crianças assume não ter ajuda enquanto escovava os dentes. Os resultados desta questão apontam, provavelmente, para o facto de os responsáveis estarem pouco atentos aos seus educandos nesta tarefa, pois mais de 60% não se preocupam em verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados (Gráfico 9). Não se verifica diferença significativa no padrão de respostas ($p=0,162$).

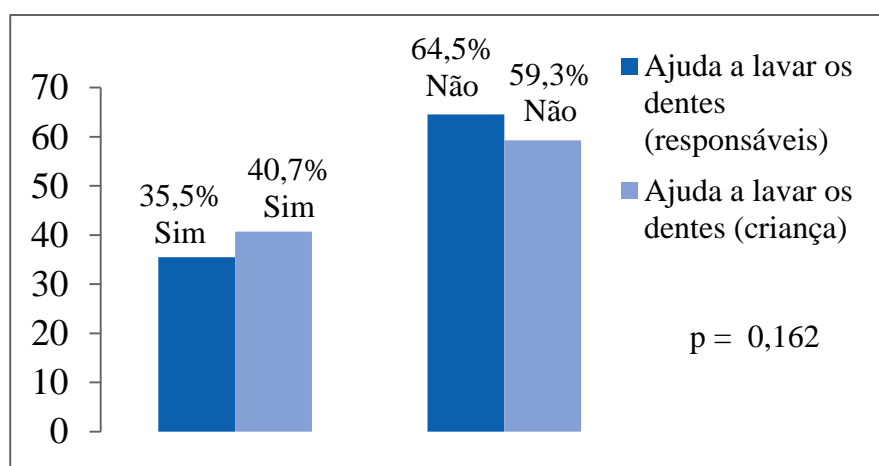


Gráfico 9. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre a ajuda a escovar os dentes

Relativamente à pergunta nº6 do questionário:

Responsável: “ O seu educando tem ou já teve um dente cariado (dente com destruição/cavidade)? ”

Aluno: “ Tens ou já tiveste um dente cariado (dente com destruição/cavidade)? ”

Relativamente a esta pergunta 65,1% dos responsáveis afirma que a criança já teve ou tem uma cárie, enquanto 59,1% assume a mesma situação. Depois 34,9% dos responsáveis garante que o seu educando não teve nenhum dente cariado, enquanto 40,1% das crianças afirma que não tem, nem nunca teve cárie (Gráfico 10). Não se verifica diferença significativa no padrão de respostas ($p=0,163$).

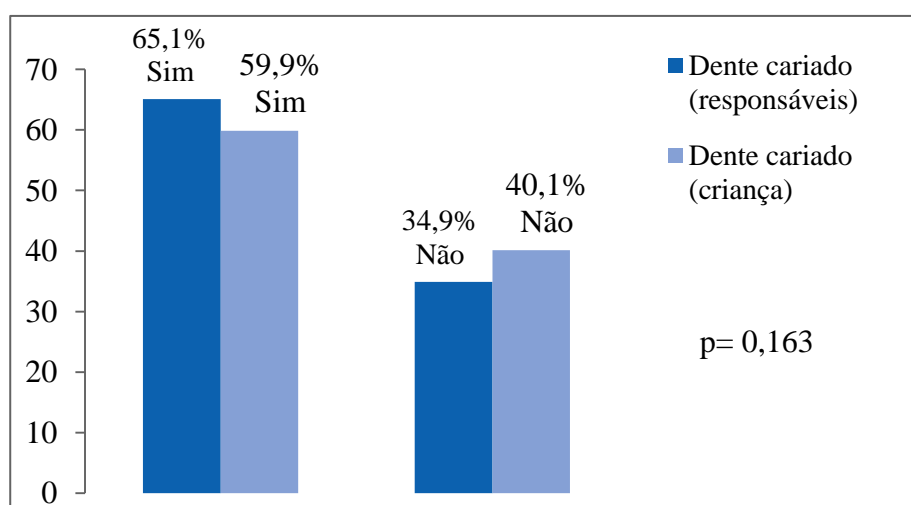


Gráfico 10. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre ter um dente cariado.

Relativamente à pergunta nº7 do questionário:

Responsável: “ Já foi referida pelo seu educando alguma dor de dentes? ”

Aluno: “ Já alguma vez te doeu um dente? ”

Quanto a esta questão, são detetadas diferenças significativas no padrão de resposta ($p=0,002$), já que 62,8% dos responsáveis afirma que a criança já teve uma dor de dentes, e 37,2% que dizem que a criança não sente dor de dentes. Enquanto 73,3% das crianças afirma que já sentiram dor de dentes, contra 26,7% que indica que não sentiram dor de dentes (Gráfico 11)

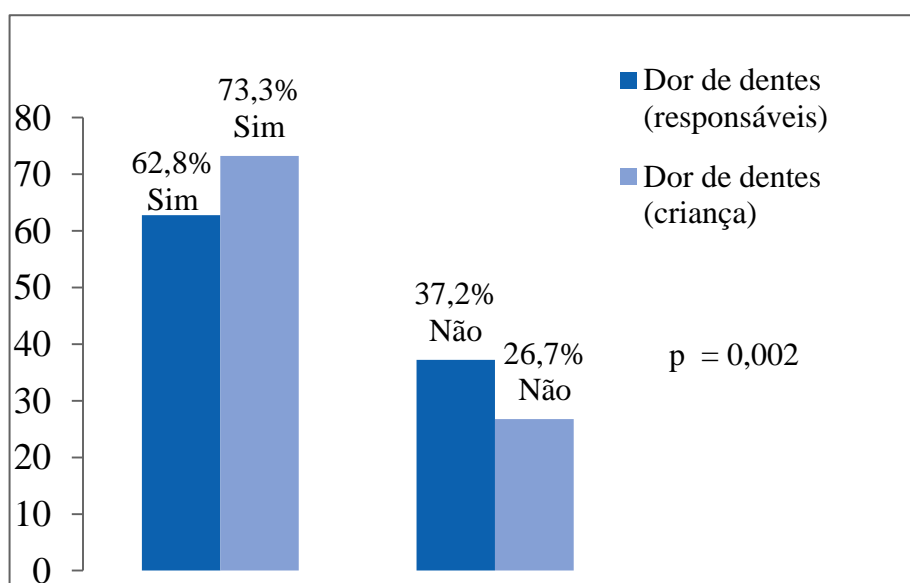


Gráfico 11. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre dor dentária.

Relativamente à pergunta nº8 do questionário:

Responsável: “ Quando o seu educando come ou bebe, antes de dormir, costuma lavar os dentes? ”

Aluno: “ Quando comes ou bebes, antes de dormir, costumavas lavar os dentes? ”

No seguimento desta pergunta, 82,6% dos responsáveis afirmam que as suas crianças escovam os dentes quando comem ou bebem antes de irem dormir, contra 17,4% que refere que os seus educandos não têm esta atitude. Quanto à resposta das crianças,

83,1% refere que escova os dentes quando come ou bebe antes de ir dormir, contra 16,9% que afirma não o fazer (Gráfico 12). Não se verifica diferença significativa no padrão de respostas ($p=0,850$).

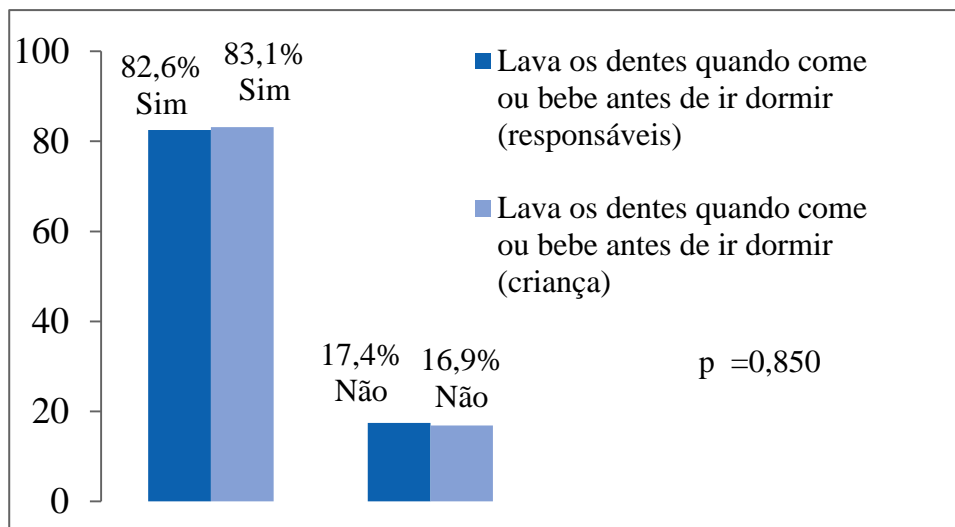


Gráfico 12. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre lavar os dentes antes de dormir.

Relativamente à pergunta nº9 do questionário:

Responsável: “ O seu educando costuma comer doces? ”

Aluno: “ Costumas comer doces? ”

Relativamente a esta questão, com a pequena percentagem de 4,1%, os responsáveis afirmam que os seus educandos não consomem doces, 30,8% afirma que eles só consomem doces uma vez por semana, com a grande percentagem de 48,8%, os responsáveis afirmam que eles consomem duas ou mais vezes por semana e finalmente 16,3% garante que eles consomem todos os dias doces. Quanto às respostas das crianças 3,5% indica que não come doces, 34,9% come apenas uma vez por semana, 42,4% come duas ou mais vezes por semana e por fim 19,2% garante comer doces todos os dias (Gráfico 13). Não se verifica diferença significativa no padrão de respostas ($p=0,330$).

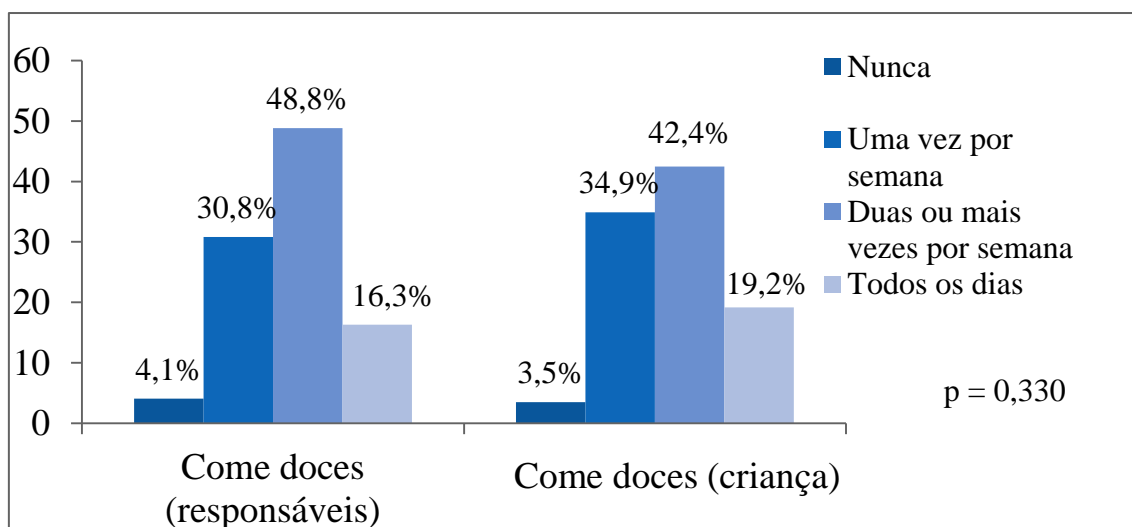


Gráfico 13. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre comer doces.

Relativamente à pergunta nº10 do questionário:

Responsável: " Quando consulta o médico dentista com o seu educando, qual a razão? "

Aluno: " Quando vais ao médico dentista qual a razão? "

Nesta questão com uma percentagem grande de 75,6%, os responsáveis afirmam que a razão para ir ao médico dentista é para vigiar a saúde oral dos seus educandos, 7,6% refere como razão, o tratamento ortodôntico da criança e 16,9% indica que a razão é dor de dentes. Relativamente às respostas das crianças, 78,5% dizem que a razão é vigiar a saúde oral, 8,7% refere tratamento ortodôntico e 12,8% garante que a razão é dor de dentes. Não houve ninguém a afirmar outra razão (Gráfico 14). Não se verifica diferença significativa no padrão de respostas ($p=0,264$).

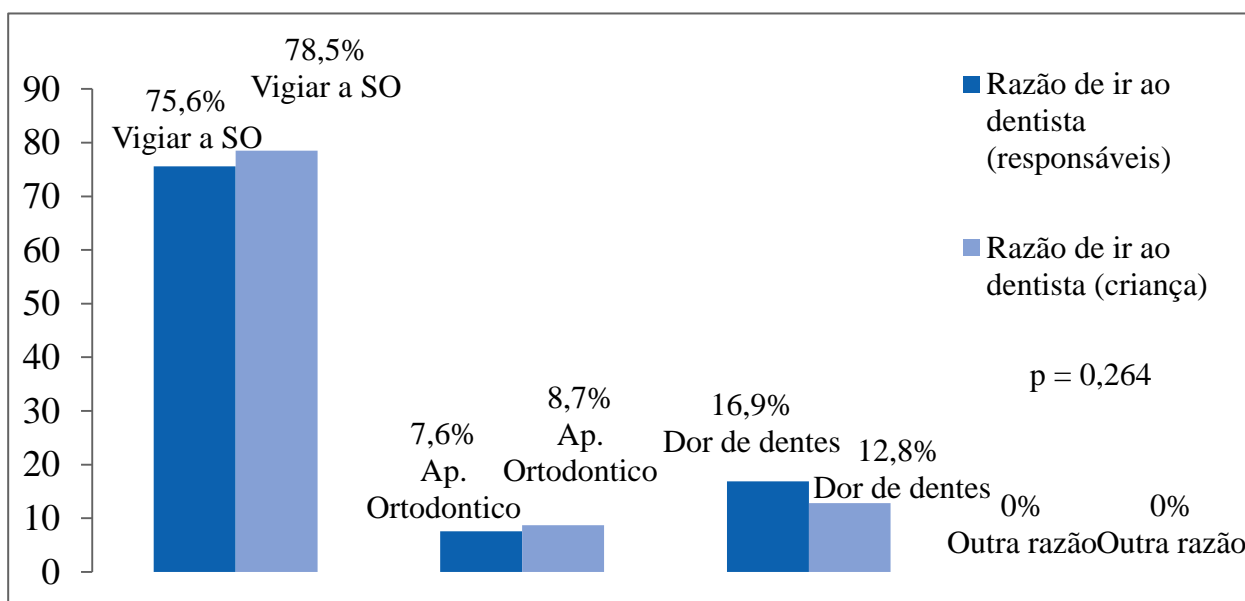


Gráfico 14. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre razão de ir ao médico dentista.

Relativamente à pergunta nº11 do questionário:

Responsável: “ O seu educando tem medo ou teve uma má experiência na consulta de medicina dentária? ”

Aluno: “ Tens medo ou não gostas de ir ao dentista? ”

Quanto a esta questão, há diferenças significativas no que é descrito por ambos os inquiridos ($p=0,003$). Enquanto os responsáveis garantem que 84,3% das suas crianças não sentem medo na consulta de medicina dentária, contra 15,7% que refere que elas sentem medo, apenas 74,4% das crianças refere não ter medo na consulta, contra 25,6% que assume o contrário (Gráfico 15).

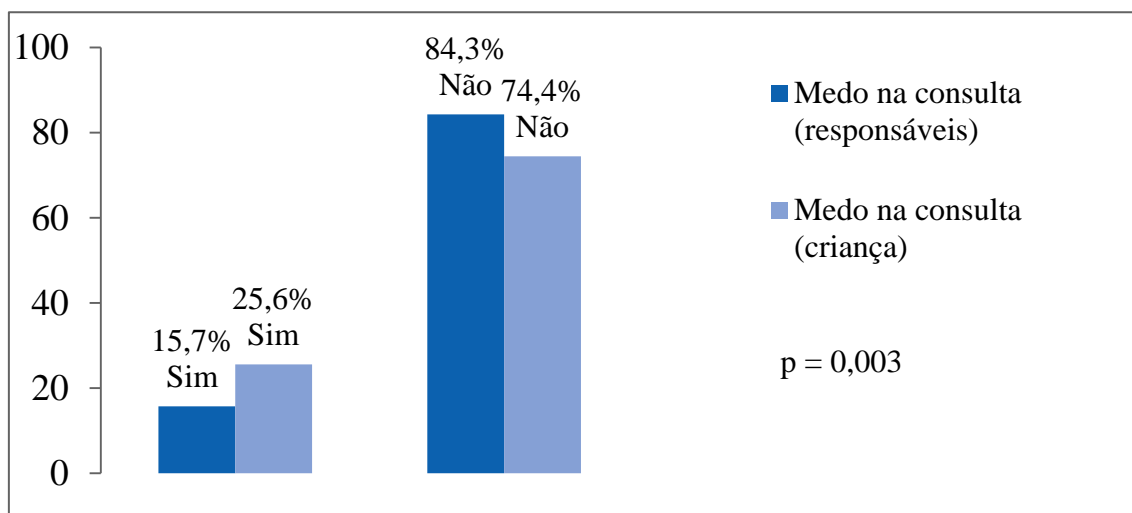


Gráfico 15. Frequência de respostas obtidas por responsáveis e alunos sobre medo na consulta

Na Tabela 1, pode verificar-se que o género feminino tem maior percentagem na escovagem duas vezes por dia (64,2%) e mais do que duas vezes por dia (8,6%), contra o género masculino que tem (51,6%) e (1,1%) respectivamente. O género masculino refere maior percentagem na escovagem uma vez por dia com 47,3% contra o género feminino que refere 27,2%.

Tabela 1 – Influência do género dos alunos nas escovagens diárias

Nº escovagens	Género do aluno			
	FEMININO		MASCULINO	
	n	%	n	%
Uma vez por dia	22	27,2%	43	47,3%
Duas vezes por dia	52	64,2%	47	51,6%
> 2 vezes por dia	7	8,6%	1	1,1%

8. Discussão

Para um melhor entendimento da análise dos resultados, é importante salientar, que este estudo pretende essencialmente conhecer e avaliar o nível de conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde oral relatados pelas crianças e pelos respetivos encarregados de educação.

As mães foram o grau de parentesco que respondeu na grande maioria ao questionário (Gráfico1), porque são elas, possivelmente, as grandes cuidadoras da saúde oral dos filhos. Estes resultados corroboram os estudos de Figueira (2008) e Castilho *et al.*, (2013) que afirmam que cabe às mães, o desenvolvimento de hábitos de saúde e de higiene oral dos seus filhos. As atitudes, os hábitos e os comportamentos dos encarregados de educação têm influência na educação e prevenção da saúde oral das crianças. Similarmente, Moreira (2006) indica são elas quem mais acompanham as crianças à consulta (69,34%).

A média de idades dos responsáveis foi de 42 anos (Gráfico 2), sendo que variaram dos 28 aos 67 anos. Pode-se justificar este fato, porque para além de participarem mães e pais também participaram avós, daí a diferença de idades.

No que concerne à idade das crianças (Gráfico 4), a média é doze anos, sendo que existem crianças com idades compreendidas entre os dez e os dezasseis anos. Normalmente as idades para o 2º ciclo (5º e 6º ano) são os dez e onze anos; para o 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano) são os doze, treze e catorze anos. No presente estudo, as idades estão compreendidas nesta evidência, registando-se alguns casos de alunos com idades mais avançadas para estes respetivos anos, exemplo disso, é existirem alunos com quinze anos a frequentarem o 6º ano.

Em relação à pergunta sobre se já assistiu a alguma explicação de saúde oral (Gráfico 5), os responsáveis respondem maioritariamente que não (63,4%), ao contrário dos alunos que respondem na sua maioria que sim (68%). Há diferenças significativas nesta pergunta. Seria importante, instruir os encarregados de educação sobre atitudes de saúde oral, porque eles têm o dever de verificar os hábitos de higiene oral das crianças, bem

como a frequência de escovagem dentária dos mesmos. Na literatura, a atitude dos pais pequenos depende da boa vontade dos adultos, que devem assumir a responsabilidade que ainda falta às crianças. É sabido que os pais e educadores desempenham um papel essencial na sensibilização das crianças para os cuidados dentários (Castilho *et al.*, 2013). As explicações de saúde oral têm como principal objetivo, segundo a AAPD (2013/2014 a) o aconselhamento dos pais sobre os cuidados a ter com os dentes da criança e também, a avaliação do risco da criança desenvolver cárie.

Atendendo à questão sobre a frequência de escovagem realizada pelas crianças (Gráfico 6), verificou-se que a maioria dos responsáveis refere que a escovagem dos dentes é feita duas vezes por dia, verificando-se igualmente que a maioria das crianças diz escovar, também, duas vezes por dia. Estes resultados podem considerar-se satisfatórios, pois a escovagem dos dentes pelo menos duas vezes ao dia é aconselhada como meio essencial para a prevenção da cárie dentária (DGS, 2005; AAPD, 2013/2014 b). Não existe nenhum aluno a responder “não escova”, mas 1,2% dos responsáveis escolhe este item. Possivelmente as crianças não dizem que não escovam os dentes.

No que respeita à escovagem com pasta fluoretada (Gráfico 7), a maioria dos responsáveis (77,3%) responderam que sim e os alunos também respondem maioritariamente que sim (74,4%). Ainda assim, existe uma percentagem considerável de respostas “não sabe”, tanto dos responsáveis (14,5%), como dos alunos (14%), provavelmente, porque desconhecem a natureza remineralizadora do flúor. Estes resultados estão de acordo com as recomendações da OMD (b), que indica que escovar os dentes com flúor previne significativamente o aparecimento de cárie dentária.

Atendendo à questão: além da pasta dentífrica, usa mais algum produto de higiene oral (Gráfico 8), a maioria dos responsáveis respondem que os seus educando não usam, e os alunos também na maioria respondem que não. Ambos com percentagem de 45,9%. Embora uma grande parte dos responsáveis respondem que as suas crianças usam colutório (42,4%). O mesmo se passa com os alunos, uma grande parte destes, responde que usa líquido para bochechar (44,2%). O fio dentário e o flúor tiveram pouca percentagem, provavelmente porque desconhecem os efeitos destes produtos em relação

à prevenção da cárie dentária. A pequena percentagem de uso de flúor está de acordo com as recomendações da DGS, que recomenda a utilização de suplementos de flúor somente em indivíduos de risco e que não realizem escovagem dentária regular com dentífrico fluoretado (DGS, 2005).

Quanto à ajuda da escovagem dos dentes (Gráfico 9), a maioria dos responsáveis refere não ter ajudado a criança a escovar os dentes, em concordância com as crianças que garantem maioritariamente que não são ajudadas, nem quando eram mais novas, durante a escovagem. Comparando com o estudo de Paredes et al. (2009), este relata uma maior percentagem de crianças sem cárie quando havia ajuda ou assistência de um adulto durante a escovagem, evidenciando a importância da participação dos responsáveis durante a higiene oral da criança. Também a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD a) indica que a escovagem até aos três anos deve ser realizada pelos pais, dos três aos seis deve ser realizada progressivamente pela criança, mas sempre supervisionada pelos pais, depois dos seis anos deve ser realizada só pela criança e devidamente supervisionada pelos pais até a criança possuir destreza suficiente e responsabilidade para efetuar uma escovagem correta. Por último, comparando com Prakash *et al.* 2012 confirma que a ajuda dos pais na escovagem é um fator significativo na prevenção de cárie.

Relativamente à questão da cárie dentária (Gráfico 10), a maioria dos responsáveis responde que o seu educando tem ou já teve um dente cariado, coincidindo também com a maioria das respostas dos alunos que referem que têm ou já tiveram esta doença infectocontagiosa. Assim sendo, na amostra estudada verifica-se uma grande necessidade de tratamentos dentários, possivelmente por ser uma escola situada numa aldeia do interior com pouco acesso a cuidados dentários. Contrariamente a estes resultados, o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais em 2008, indica que a prevalência de cárie dentária em Portugal tem vindo a diminuir nas crianças e nos adolescentes, nos últimos anos, devido à implementação de programas de saúde oral (DGS, 2008).

No que concerne a dor dentária (Gráfico 11), a percentagem de crianças a responder que já tiveram dor de dentes é elevada (73,3%), os responsáveis também o confirmam, com

percentagem de 62,8%. Há diferenças significativas nesta questão. A dor dentária influencia muito a qualidade de vida da criança, tanto no estudo e concentração, como em atividades normais diárias como: comer, falar, deglutir. Conforme os resultados de Rolim *et al.*, 2004, dor dentária e desconforto são eventos que conduzem ao aumento da sensação de medo do tratamento, levando mesmo à não colaboração da criança durante os procedimentos. De encontro com os resultados, Oliveira (2011), refere prevalência de dor dentária alta no seu estudo e mostra-se associada a fatores socioeconomicos e prevalência de cárie.

A escovagem após a refeição e antes de deitar torna-se indispensável para a manutenção de uma boa saúde oral. Quando comem ou bebem, antes de dormir, as crianças devem lavar os dentes? Os responsáveis e alunos respondem com grandes percentagens que sim (Gráfico 12). Adicionalmente e de acordo com estes resultados a DGS em 2005, indica que a escovagem dos dentes ao deitar é a mais importante (DGS, 2005). Segundo Freire, M. *et al.* (2012), os horários de higienização mais importantes foram “após o almoço”, “antes do pequeno-almoço” e “antes de dormir”, confirmando assim os resultados deste estudo.

Relativamente aos doces (Gráfico 13), os responsáveis respondem com maior percentagem que as crianças comem doces duas ou mais vezes por dia, igualmente a maior percentagem das crianças que confirma a opção dos responsáveis. Estudos apontam que estas frequências podem considerar-se preocupantes tendo em conta que, para a prevenção da cárie nestas idades, o consumo de alimentos cariogénicos deve ser evitado, sobretudo entre as refeições e ao adormecer (Declerck *et al.*, 2008; Feldens, 2010).

Em relação à pergunta de qual a razão para ir ao médico dentista (Gráfico 14), a resposta mais escolhida, tanto dos responsáveis como das crianças foi vigiar a saúde oral. Similarmente, no estudo de Pereira, C. *et al.* 2013, 50% dos adolescentes recorreram ao dentista para vigiar a saúde oral, 28% recorreram devido a dores nos dentes e 22% por causa de outros problemas orais.

Quanto à questão de medo na consulta (Gráfico 15), os responsáveis responderam maioritariamente que os educandos não sentem medo na consulta (84,3%) e as crianças confirmam que não sentem medo na sua maioria (74,4%). Ainda assim, alguns estudos, como Klingberg, G. (2008) e Fioravante, D. (2009), indicam que existem muitas crianças não cooperantes nas consultas, porque têm medo ou sentem ansiedade nos diversos tratamentos.

Com o cruzamento da informação de género e escovagens diárias (Tabela 1), verifica-se que as crianças do género feminino lavam mais vezes os dentes do que as crianças do género masculino. Comparando estes dados com as investigações, pode-se verificar que provavelmente as meninas são mais orientadas a seguirem os modelos das mães. Ainda referindo estes dados, as meninas são presumivelmente, mais preocupadas com a saúde oral do que os meninos, pois os dentes são considerados um marco para a sua imagem pessoal. Também é importante referir, que as meninas são muito exigentes com a aparência física, daí também ser possível, o fato de elas escovarem mais os dentes. No estudo de Freire, M. *et al.* (2012), é referido que as atitudes de higiene oral foram mais frequentes no género feminino, apresentando maior frequência de escovagens.

III. Conclusão

Retomando o objetivo inicial deste estudo, considera-se que a promoção da saúde oral deve começar nos primeiros anos de vida. A educação em saúde é uma prática fundamental ao cuidado infantil, que aproxima o profissional de saúde à família e permite acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, melhorando assim, a sua qualidade de vida. O conceito desta temática surgiu pelo fato do investigador ter interesse em promover a saúde oral aos pais/encarregados de educação e às crianças.

Os comportamentos principais abordados foram os hábitos de escovagem dos dentes, os hábitos alimentares, principalmente no que se refere ao consumo de alimentos cariogénicos entre as refeições e ao adormecer, a utilização de uma pasta fluoretada e alguns comportamentos durante a consulta, tais como medo e ansiedade.

A população analisada necessita de hábitos de saúde oral mais adequados, pois o uso de fio dentário é pouco frequente e existe uma baixa utilização de flúor. A escovagem é mais frequente nos alunos do género feminino.

Os resultados do estudo confirmam, geralmente, que a percepção dos responsáveis sobre os hábitos de saúde oral dos seus educandos é coincidente com os hábitos dos mesmos.

Este trabalho de investigação, pretende ser um contributo para o conhecimento dos hábitos de saúde oral de crianças e também avaliar a percepção que os encarregados de educação conseguem deter dos mesmos.

Bibliografia

Albino, J., Inglehart, M. e Tedesco, L. (2012). Dental Education and Changing Oral Health Care Needs: Disparities and Demands. *Journal of Dental Education*, 76 (1), pp. 75-88.

Alves de Moraes, A. *et al.* (2004). Psicologia e Odontopediatria: A contribuição da Análise Funcional do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (1), pp. 75-82.

AAPD (2009). Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatric dentistry*, 30 (7), pp. 125-133.

AAPD (2013/2014) a. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Reference Manual*, 35 (6), pp. 175-187.

AAPD (2013/2014) b. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Reference Manual*, 35 (6), pp. 50-52.

Aparecida de Oliveira, B., Biazevic, M. e Michel-Crosato, E. (2011). Prevalência de dor de dente, cárie dental e condições sócio-econômicas: um estudo em adultos jovens brasileiros. *Odonto*, 19 (38), pp. 7-14.

Areias, C. *et al.* (2008). Saúde Oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa.*, 39 (4), pp. 163-170.

Barros, J. e Constantino, C. (2013). Ações do Pediatra. *In*: Coutinho, L. e Bonecker, M. (Ed.). *Odontopediatria para o Pediatra*. Primeira Edição. São Paulo, SP, Editora Atheneu, pp. 491-499.

Bica, I. *et al.* (2011). Percepção e Satisfação Corporal em Adolescentes e a Relação com a sua Saúde Oral. *Millenium*, 40, pp. 115-131.

- Bottan, E. *et al.* (2010). Relação entre Ansiedade ao Tratamento Dentário e Caracterização do “Dentista Ideal”: Estudo com Crianças e Adolescentes. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 51 (1), pp. 19-23.
- Buchanan, H. e Niven, N. (2003). Self-report treatment techniques used by dentists to treat dentally anxious children: a preliminary investigation. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 13 (1), pp. 9-12.
- Campos, J. e Zuanon, A. (2004). Merenda Escolar. *Ciência Odontológica Brasileira*, 7 (3), pp. 67-71.
- Castilho, A. *et al.* (2013). Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 89 (2), pp. 116-123.
- Costa, A., Paiva, E. e Ferreira, L. (2006). Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (3), pp. 337-346.
- Costa, C. *et al.* (2008). Higiene oral na criança Boca Sã, Família Vigilante?. *Acta Médica Portuguesa*, 21 (5), pp. 467-474.
- Coutinho, L., Mingarelli, C. e Bonecker, M. (2013). Ações do Odontopediatra. In: Coutinho, L. e Bonecker, M. (Ed.). *Odontopediatria para o Pediatra*. Primeira Edição. São Paulo, SP, Editora Atheneu, pp. 511-520.
- Curnow, M. *et al.* (2002). A Randomised Controlled Trial of the Efficacy of Supervised Toothbrushing in High-Caries-Risk Children. *Caries Research*, 36 (1), pp. 294-300.
- Czylusniak, G., Rehbein, M. e Regattieri, L. (2007). Sedação consciente com óxido nítrico e oxigénio: avaliação clínica pela oximetria. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, 13 (3/4), pp. 23-28.

Dagli, R. *et al.* (2008). Self-reported dental health attitude and behavior of dental students in India. *Journal of Oral Science*, 50 (3), pp. 267-272.

Declerck, D. *et al.* (2008). Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36 (2), pp. 168-178.

DGS (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa Nº1.

DGS (2008). [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/8/estudo+oral.htm>>. [Consultado em 05/06/2014].

Duque, C. e Braga de Abreu-e-Lima, F. (2005). Midazolam – uma nova alternativa para a sedação em odontopediatria. *Revista Odonto Ciência*, 20 (48), pp. 177-186.

Feldens, C. *et al.* (2010). Early feeding practices and severe early childhood caries in four-years-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Research*, 44 (5), pp. 445-452.

Fernandes, F., Takaoka, L. e Walter, L. (2013). Dieta e doença cárie. In: Coutinho, L. e Bonecker, M. (Ed.). *Odontopediatria para o Pediatra*. Primeira Edição. São Paulo, SP, Editora Atheneu, pp. 397-406.

Ferreira, L. *et al.* (2012). Dental pain associated with socioeconomic status, psychosocial factors and oral health. *Revista Dor*, 13 (4), pp. 343-349.

Figueira, T. e Leite, I. (2008). Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde oral e as suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 8 (1), pp. 87-92.

Fioravante, D. e Marinho-Casanova, M. (2009). Comportamento de crianças e de dentistas em atendimentos odontológicos profiláticos e de emergência. *Interação em Psicologia*, 13 (1), pp. 147-154.

Freire, M. *et al.* (2012). Dietary guidelines for the Brazilian population: implications for the Brazilian National Policy on Oral Health. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (suppl.), pp. 20-29.

Garcia, R. e Sohn, W. (2012). The Paradigm Shift to Prevention and Its Relationship to Dental Education. *Journal of Dental Education*, 76 (1), pp. 36-45.

Girdler, N., Hill, C. e Wilson, K. (2009). Clinical Sedation in Dentistry. In: Girdler, N., Hill, C. e Wilson, K. (Ed.). *Principles and practice of inhalation sedation*. West Sussex, UK, Wiley-Blackwell, pp. 81-102.

Glassman, P. *et al.* (2009). Special cares dentistry association consensus statement, and alternative techniques for people with special needs. *Special Care in Dentistry*, 29 (1), pp. 2-8.

Josgrillberg, E. e Cordeiro R. (2005). Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. *Odontologia Clínico-Científica*, 4 (1), pp. 13-17.

Klingberg, G. (2008). Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry – a review of background factors and diagnostics. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 9 (1), pp. 11-15.

Krikken, J. e Veerkamp, J. (2008). Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behavior; an exploratory study. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 9 (1), pp. 23-28.

Melo, P., Domingues, J. e Teixeira, L. (2006). A importância do despiste precoce de cárie dentária. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (3), pp. 357-366.

Mobley, C. *et al.* (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Academic Pediatrics*, 9 (6), pp. 410-414.

Moysés, S. (2012). Inequalities in oral health and oral health promotion. *Brazilian Oral Research*, 26 (suppl. 1), pp. 86-93.

Oliveira de Castro, C. *et al.* (2012). Programas de educação e prevenção em saúde oral nas escolas: análise crítica de publicações nacionais. *Odontologia Clínico-Científica*, 11 (1), pp. 51-56.

OMD (a). [Em linha]. Disponível em <<http://www.omb.pt/publico/criancas>>. [Consultado em 20/06/2014].

OMD (b). [Em linha]. Disponível em <<http://www.omb.pt/publico/carie-dentisteria>>. [Consultado em 20/06/2014].

Oom, P. (2012). Prevenção e controlo de doenças – Saúde Oral. In: Oom, P. (Ed.). *O plano de saúde das crianças*. Lisboa, Sociedade Editorial Lda, pp. 85-90.

Pereira, C. *et al.* (2013). Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (2), pp. 158-165.

Paredes, S. *et al.* (2009). Behavioral and social factors related to dental caries in 3 to 13 year-old children from João Pessoa, Paraíba, Brazil. *Revista Odonto Ciência*, 24 (3), pp. 231-235.

Possobon, R. *et al.* (2007). O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em estudo*, 12 (3), pp. 609-616.

Prakash, P. *et al.* (2012). Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A crosssectional study. *European Journal of Dentistry*, 6 (2), pp. 141-152.

Quesada, J., Suárez de Deza, E. e Guardia, A. (2005) a. Desarrollo psicológico del niño. In: Boj, J. et al. (Ed.). *Odontopediatría*. Primeira Edição. Barcelona, Elsevier Masson, pp. 255-261.

Quesada, J., Suárez de Deza, E. e Guardia, A. (2005) b. Control de la conducta en el paciente odontopediátrico. In: Boj, J. et al. (Ed.). *Odontopediatría*. Primeira Edição. Barcelona, Elsevier Masson, pp. 263-268.

Ramos-Jorge, M. e Paiva, S. (2003). Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, 6 (29), pp. 70-74.

Rolim, G. et al. (2004). Análise de comportamento do odontólogo no contexto de atendimento infantil. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), pp. 533-541.

Simonsen, R. e Neal, R. (2011). A review of the clinical application and performance of pit and fissure sealants. *Australian Dental Journal*, 56 (suppl. 1), pp. 45-58.

SOBE – Saúde Oral, Bibliotecas Escolares/Direção Geral de Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.rbe.min-edu.pt/np4/sobe.html>>. [Consultado em 05/06/2014].

Tavares da Silva, R., Freixinho, A. e Miasato, J. (2012). Verificação do conhecimento e hábitos de saúde oral em adolescentes de uma escola particular. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 24 (1), pp. 19-25.

Vasconcelos, R. et al. (2001). Escola: um espaço importante de informação em saúde oral para a população infantil. *PGR Pós-Graduação em Revista Faculdade de Odontologia de São José dos Campos*, 4 (3), pp.43-51.

Vázquez-Nava, F. *et al.* (2013). Association between family structure, maternal education level, and maternal employment with sedentary lifestyle in primary school-age children. *Jornal de Pediatria*, 89 (2), pp. 145-150.

World Health Organization. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>>. [Consultado em 03/06/2014].

Wright, G. (2001). Controle psicológico do comportamento de crianças. *In*: McDonald, R e Avery, D. (Ed.). *Odontopediatria*. Sétima Edição. Rio Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, pp. 24-36.

Wolf, C. e Ramseier, C. (2012). The image of the dentist. Part 1: Results of a literature search. *Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin*, 122 (2), pp.121-132.

ANEXOS

Anexo 1- Pedido de Autorização ao Colégio Salesiano de Poiares

Joana Raquel da Silva Loio Figueiredo

Aluna do 5.º ano de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa

Ao:

Colégio Salesiano de Poiares

(Att. Diretor Pedagógico, Exmo. Senhor Doutor Paulo Alexandre Fidalgo da Silva)

Rua S. João Bosco, n.º478, 5050-347 Poiares

Exmo. Senhor Doutor Paulo Alexandre Fidalgo da Silva:

Com os meus melhores cumprimentos, solicito a sua superior atenção para o Projeto de Investigação que tenho a ousadia de lhe remeter, agradecendo a sua autorização para, no âmbito do referido estudo, acompanhar, no Colégio Salesiano de Poiares, os alunos do 5.º ao 9.º anos, procedendo à realização de um questionário para avaliação dos conhecimentos de saúde oral.

Segue, em anexo, a descrição do projeto de Investigação para V/ apreciação, assim como o consentimento informado e os questionários a aplicar no decorrer da investigação.

Antecipadamente grata, Joana Figueiredo

Anexo 2 - Resposta ao Pedido de Autorização

Data: 04/12/2013

Tendo analisado a proposta do Projeto de Investigação enviado, venho informar que o Colégio Salesiano de Poiões autoriza a sua implementação, permitindo-lhe acompanhar os alunos dos 5.º ao 9.º anos e proceder à aplicação de um questionário para avaliação dos conhecimentos de saúde oral. Mais informamos que interessa à nossa instituição uma formação (uma aula de 45 minutos) às turmas do 5.º e 6º ano, uma vez que a maior parte destes alunos até foi contemplada com o cheque dentista.

Com os nossos melhores cumprimentos, subscrevemo-nos com a mais elevada estima e consideração:

Paulo Silva
Diretor Pedagógico

Anexo 3 - Questionário do Responsável



I Responsável do aluno

N.º de registo: _____

Idade: _____

Grau de parentesco: _____

Coloque uma cruz (X) na resposta que acha mais adequada.

1. Já assistiu a alguma reunião sobre saúde oral?
 - a) Sim
 - b) Não
2. Quantas vezes o seu educando escova os dentes?
 - a) Não escova
 - b) Uma vez por dia
 - c) Duas vezes por dia
 - d) Mais de duas vezes por dia
3. O seu educando escova os dentes com pasta fluoretada?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sabe
4. Além da pasta dentífrica, o seu educando usa mais algum produto de higiene oral?
 - a) Sim, toma flúor
 - b) Sim, usa colutório
 - c) Sim, utiliza fio dentário
 - d) Sim, usa pelo menos dois acima referidos
 - e) Não
5. Alguém ajudava o seu educando a escovar os dentes?
 - a) Sim
 - b) Não
6. O seu educando tem ou já teve um dente cariado (dente com destruição/cavidade)?
 - a) Sim
 - b) Não
7. Já foi referida pelo seu educando alguma dor de dentes?
 - a) Sim
 - b) Não
8. Quando o seu educando come ou bebe, antes de dormir, costuma lavar os dentes?
 - a) Sim

- b) Não
9. O seu educando costuma comer doces?
- a) Nunca
 - b) Uma vez por semana
 - c) Duas ou mais vezes por semana
 - d) Todos os dias
10. Quando consulta o médico dentista com o seu educando, qual a razão?
- a) Para vigiar a saúde oral
 - b) Porque tem aparelho ortodôntico
 - c) Porque tem dores de dentes
 - d) Outra razão
11. O seu educando tem medo ou má experiência na consulta de Medicina Dentária?
- a) Sim
 - b) Não

Muito obrigada pela sua colaboração

Anexo 4 - Questionário do Aluno

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Mestrado Integrado em Medicina Dentária



II Aluno

N.º de registo: _____

Idade: _____

Género: _____

Coloca uma cruz (X) na resposta que achas mais adequada.

1. Já tiveste alguma explicação sobre saúde oral?
 - a) Sim
 - b) Não
2. Quantas vezes escovas os dentes?
 - a) Não escovo
 - b) Uma vez por dia
 - c) Duas vezes por dia
 - d) Mais de duas vezes por dia
3. Escovas os dentes com pasta fluoretada (com flúor)?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sabe
4. Além da pasta dentífrica, usas mais algum produto de higiene oral?
 - a) Sim, tomo flúor
 - b) Sim, uso líquido para bochechar
 - c) Sim, utilizo fio dentário
 - d) Sim, pelo menos dois acima referidos
 - e) Não
5. Já tiveste ajuda enquanto escovavas os dentes?
 - a) Sim
 - b) Não
6. Tens ou já tiveste um dente cariado (dente com destruição/cavidade)?
 - a) Sim
 - b) Não

7. Já alguma vez te doeu um dente?
- a) Sim
 - b) Não
8. Quando comes ou bebes, antes de dormir, costumavas lavar os dentes?
- a) Sim
 - b) Não
9. Costumas comer doces?
- a) Nunca
 - b) Uma vez por semana
 - c) Duas ou mais vezes por semana
 - d) Todos os dias
10. Quando vais ao médico dentista qual a razão?
- a) Vigiar a boca
 - b) Controlar o aparelho de dentes
 - c) Eliminar a dor de dentes
 - d) Outra razão
11. Tens medo ou não gostas de ir ao dentista?
- a) Sim
 - b) Não

Muito obrigada pela tua colaboração

Anexo 5 – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Hábitos e conhecimentos de saúde oral dos alunos (5º ao 9ºano) e percepção dos mesmos por parte dos seus responsáveis

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: Joana Raquel da Silva Loio Figueiredo