

Marta Raquel de Oliveira Gírio Moreira

Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas da freguesia de Vila de Cucujães – Comparação dos conhecimentos e atitudes das crianças e Encarregados de Educação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Marta Raquel de Oliveira Gírio Moreira

Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas da freguesia de Vila de Cucujães – Comparação dos conhecimentos e atitudes das crianças e Encarregados de Educação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Marta Raquel de Oliveira Gírio Moreira

Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas da freguesia de Vila de Cucujães – Comparação dos conhecimentos e atitudes das crianças e Encarregados de Educação

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

(Marta Raquel Moreira)

RESUMO

Os hábitos em saúde oral constroem-se desde cedo, na infância. Com este estudo, pretendeu-se compreender o papel da família na transmissão de conhecimentos sobre saúde oral e a necessidade de futuras ações de promoção para a educação em saúde.

Participantes e Métodos: Realizou-se um estudo de observação transversal com aplicação de 2 questionários, um dirigido a crianças e outro aos respetivos Encarregados de Educação. Foram avaliados os conhecimentos e comportamentos de 156 crianças e 156 responsáveis. Ambos os questionários foram preenchidos anonimamente e só participaram do estudo aquelas crianças cujos responsáveis concordassem com a metodologia explicitada no consentimento informado.

As crianças responderam na sala de aula e levaram o questionário dos Encarregados de Educação para casa, tentando, desta forma, minimizar as interferências nas respostas.

A população escolhida para o estudo foi a da freguesia de Vila de Cucujães, concelho de Oliveira de Azeméis, por ser a área geográfica de que a autora constitui naturalidade.

Os dados foram submetidos a uma análise estatística no software IBM® SPSS®, versão 22.0.

Resultados: Na avaliação aos Encarregados de Educação, verifica-se que estes são preocupados com a saúde oral das crianças e que a maioria visita o médico dentista. No entanto, apesar de afirmarem ajudar as crianças com a escovagem dentária, as mesmas não corroboram a afirmação dos responsáveis.

Na avaliação às crianças, elas mostram conhecimentos sobre comportamentos em saúde oral, mas a maioria afirma visitar o dentista por necessidades de tratamento. Consomem doces (algumas crianças, mais de duas vezes por dia) e uma percentagem considerável não sabe quais as causas de cárie dentária e como a evitar.

Conclusão: A educação para a saúde oral é uma das tarefas principais dos pais (ou Encarregados de Educação) durante a infância da criança.

Também as escolas podem servir de apoio na educação, orientando a criança durante o período letivo.

Para além dos programas escolares, são necessárias mais ações de formação em saúde oral, quer para as crianças quer para os seus responsáveis e cuidadores.

ABSTRACT

Oral health habits are built early in childhood. In this study we want to understand the role of family in building knowledge about oral health and the need for future actions in promoting health education.

Participants and Methods: A cross-sectional observational study was made with 2 surveys: one for children and other for children's parents / responsables. Knowledge and behaviors of 156 children and 156 caregivers were evaluated.

Both surveys were answered anonymously and only by the children which parents have signed a document giving permission for that.

Children answered in classroom and took parents' survey to home trying to minimize interference in answers.

The population's geographical area is Vila de Cucujães which belongs to the council of Oliveira de Azeméis and it was chosen because it is where the author was born.

The data collected in this study was submitted to statistical analysis using the software IBM® SPSS®, version 22.0.

Results: Regarding parents' evaluation we found that they are worried with the oral health of their children and that the most of them goes to the dentist with their child. They say that they help their children brushing their teeth but children do not agree with that.

Regarding children's evaluation they show knowledge about oral health but most of them visits dentist by treatment needs. They eat sugars and sweets (some children eat them more than twice a day) and a lot of them don't know the causes of carie and how to avoid it.

Conclusion: Oral's health education is one of the main tasks of parents or responsables during childhood.

Also schools can provide support in education guiding the child during the school period.

Besides the scholar programs there is a need for more actions in promoting oral's health education for children and also for their parents and caregivers.

DEDICATÓRIAS

Aos meus avós, António de Jesus Oliveira e Flávia de Pinho Ferreira Oliveira, sem eles nada disto seria possível. Obrigada pela educação, companhia e conselhos ao longo da vida!

À minha mãe, pela força, dedicação, horas perdidas e amor que sempre me dedicou. És uma guerreira e tenho muito orgulho em poder chamar-te mãe!

Ao meu pai, que apesar de longe, sempre se mostrou disponível para conversar e me dar conselhos, que resolveu assuntos importantes que eu não consegui (mesmo a 3000 km de distância) e que ouvia os meus desabafos. Sabes que te amo!

Ao Paulito (pai 2), não és só o pilar do pai, és também da família. Gosto muito de ti!

Ao meu irmão, pelos momentos de alegria e por sempre saber como me animar nos momentos mais angustiantes. Meu puto!

Ao meu namorado, Diogo Silva, que esteve comigo desde o início desta caminhada, sempre aturou os meus devaneios e perdeu tempo a tentar ajudar-me com assuntos que às vezes nem ele próprio percebia. Obrigada pela paciência!

Ao meu tio Camilo, pela paciência nestes últimos dias e por sempre me ajudares quando te peço!

Ao Francisco Pinto, pelo suporte e animação sempre presente nas nossas vidas!

À Zara, por te teres tornado na minha melhor amiga. Conhecemo-nos há 6 anos quando entrámos no curso (2008/2009) e, desde então, não me conheço sem ti. Sabes que foste e, sempre serás, um grande pilar para mim!

À minha binómia, Joana Santos, pelos dois anos de caminhada clínica e por me ter ensinado tanto. Que a vida te continue a dar sucessos...

Ao Pedro Oliveira, que tanto fez por mim nestes 5 anos, que me ajudou quando eu estava mais aflita e que soube sempre colocar um sorriso no meu rosto!

À Ana Sofia Duarte, Ao Filipe Castro e ao Pedro Pereira, vocês sabem o que significam.

Ao Tiago e à Janet, obrigada pela amizade e pelo magnífico afilhado!

Acima de tudo, A DEUS, força suprema do Universo que sempre me deu força, levantando-me em seus braços nos momentos mais difíceis!

*« Agradeço todas as dificuldades que enfrentei;
não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de
caminhar. »*

Chico Xavier

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	1
II. DESENVOLVIMENTO	3
1. Definição de Saúde e Saúde Oral	7
2. Promoção para a Saúde	8
3. Promoção para a Saúde Oral	11
<i>I. EM PORTUGAL</i>	13
4. Doenças da cavidade oral	15
I. Cárie	16
a. A dieta	19
b. O flúor	20
5. Família	24
6. O papel dos pais no desenvolvimento da criança	24
7. A criança	28
I. A educação da criança na escola	30
8. Resultados	32
9. Discussão de Resultados	68
III. CONCLUSÃO	77
IV. BIBLIOGRAFIA	79
V. ANEXOS	84
Anexo 1 – Questionário das crianças	85
Anexo 2 – Questionário dos Encarregados de Educação	87
Anexo 3 – Pedido de Autorização de aplicação dos questionários à Direção- Geral de Educação	90
Anexo 4 – Consentimento informado	91
Anexo 5 – Documento informativo para os professores	92

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Logótipo criado pela OMS na Carta de Ottawa, 1986	9
--	---

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Quadro descritivo das perguntas similares aos dois questionários	6
TABELA 2 – Idade das crianças (anos) da amostra	33
TABELA 3 – Idade dos Encarregados de Educação (anos) da amostra	34
TABELA 4 – Locais onde a criança aprendeu a escovar os dentes	39
TABELA 5 – Dados comparativos das respostas das crianças e responsáveis à questão “Quantas vezes por dia escova os dentes?”	46
TABELA 6 – Dados comparativos das respostas das crianças e responsáveis à questão “Costuma ajudar a escovar os dentes?”	48
TABELA 7 – Dados comparativos das respostas das crianças e responsáveis à questão “Costuma verificar se escova os dentes?”	49
TABELA 8 – Dados referentes à utilização do fio dentário (respostas das crianças e responsáveis)	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Sexo das crianças da amostra (em percentagem).....	32
GRÁFICO 2 – Quem habita com a criança (em percentagem).....	34
GRÁFICO 3 – Relação de parentesco com a criança (em percentagem).....	35
GRÁFICO 4 - Nível de Escolaridade dos Encarregados de Educação (em percentagem)	36
GRÁFICO 5 – Respostas à questão “Já assistiu a alguma ação de formação sobre saúde oral?” (em percentagem)	37
GRÁFICO 6 – Respostas à pergunta “É o primeiro anos que o seu educando frequenta a instituição?” (em percentagem)	38
GRÁFICO 7 – Percentagens de crianças que escovam os dentes após o jantar.....	39
GRÁFICO 8 – Tipos de doces que as crianças consomem (em percentagem)	40
GRÁFICO 9 – Quais os responsáveis que acompanham a criança à consulta do dentista (em percentagem)	41
GRÁFICO 10 – Respostas à questão “O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?” (em percentagem)	42
GRÁFICO 11 – Intervalo de tempo em que a criança visita o médico dentista (em percentagem)	43
GRÁFICO 12 – Respostas à questão “Na sua opinião, qual a melhor altura do dia em que o seu educando pode comer doces?” (em percentagem)	44
GRÁFICO 13 – Respostas à questão “Costuma limitar ao seu educando o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições?” (em percentagem).....	45
GRÁFICO 14 – Considerações sobre a importância de ajudar as crianças com a higiene oral (em percentagem).....	46
GRÁFICO 15 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Quantas vezes por dia escova os dentes?” (em percentagem).....	47
GRÁFICO 16 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Costuma ajudar a escovar os dentes?” (em percentagem)	49
GRÁFICO 17 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Costuma verificar se escova os dentes?” (em percentagem).....	50
GRÁFICO 18 – Produtos de higiene oral utilizados pela criança – respostas das crianças e Encarregados de Educação (em percentagem)	51

GRÁFICO 19 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Se usa fio dentário, quantas vezes o faz?” (em percentagem).....	53
GRÁFICO 20 – Comparação das respostas dadas por crianças e responsáveis à questão “Consome doces?” (em percentagem).....	54
GRÁFICO 21 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Quantas vezes come doces?” (em percentagem).....	55
GRÁFICO 22 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Tem ou já teve algum dente estragado?” (em percentagem).....	56
GRÁFICO 23 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Quando come ou bebe antes de dormir, costuma depois escovar os dentes?” (em percentagem)	57
GRÁFICO 24 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Costuma ir ao Dentista/Higienista Oral?” (em percentagem).....	58
GRÁFICO 25 – Tratamentos que as crianças costumam realizar no dentista (em percentagem)	60
GRÁFICO 26 – Razões que os responsáveis referem como motivos para levar a criança ao médico dentista (em percentagem)	60
GRÁFICO 27 – Causas da cárie dentária (respostas das crianças em percentagem).....	63
GRÁFICO 28 – Causas da cárie dentária (respostas dos responsáveis em percentagem).....	64
GRÁFICO 29 – Formas de evitar a cárie dentária (respostas das crianças em percentagem)	66
GRÁFICO 30 – Formas de evitar a cárie dentária (respostas dos responsáveis em percentagem)	67

LISTA DE ABREVIATURAS

CPOd – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

DGS – Direção-Geral de Saúde

FDI – Federação Dentária Internacional

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

OMS / WHO – Organização Mundial de Saúde

I. INTRODUÇÃO

As doenças orais são um importante problema de saúde pública que afeta tanto crianças como adultos. (de Silva-Sanigorski et al., 2013)

Foi nesta base, entre outros aspetos, que se decidiu desenvolver sobre determinantes de saúde oral que pudessem correlacionar este problema de saúde pública com aspetos condicionantes do dia-a-dia das crianças e, principalmente, com o papel dos pais e educadores nas suas vidas.

A falta de conhecimento e atitudes direcionadas para a saúde oral, por parte dos pais, são associadas com uma alta experiência de cáries em crianças e jovens. (Prabhu et al., 2013)

A saúde dentária é muito influenciada pelos hábitos de saúde oral que são formados desde tenra idade. Mais ainda, tais hábitos podem persistir ao longo da vida. A idade escolar primária é especialmente o tempo em que o comportamento para a saúde oral se forma. (Choi e Ahn, 2012)

Os hábitos e conhecimentos dos pais sobre saúde oral têm influência no estado de saúde oral das suas crianças. (Castilho et al., 2013)

Sabendo que os pais ou cuidadores exercem uma influência tão importante para o futuro da criança, deverão os mesmos estar devidamente informados e preparados com conhecimentos para a formação da criança. Assim, torna-se consciencioso avaliar a importância de ações de formação e sensibilização para a saúde oral, quer direcionadas para os cuidadores como para as suas crianças.

Choi e Ahn (2012) referem que “é útil utilizar a escola como um local para a educação já que é um local onde as crianças passam a maior parte do seu tempo mas, ainda assim, é efetivo envolver os pais que, primariamente, influenciam as crianças na criação de padrões das suas ações e no estabelecimento de um sistema de valores”.

Assim sendo, as estratégias têm-se virado para o campo da prevenção. A prevenção deve ser vista como base para uma educação que proporcione as condições para um ótimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento. (Areias C. et al, 2008)

No entanto, mesmo com todas as ações e “apesar da melhoria após várias décadas, a doença oral nas crianças ainda constitui um problema sério”. (Prabhu et al., 2013)

II. DESENVOLVIMENTO

Objetivos do estudo: Descrever e analisar os comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças e relacioná-los com a percepção que os Encarregados de Educação têm relativamente aos seus educandos.

Compreender o papel da família na transmissão de conhecimentos e comportamentos em saúde oral, se as crianças apresentam alguma modelação familiar nos hábitos e comportamentos de higiene oral ou, se pelo contrário, adquirem os seus conhecimentos através de outras formas que não a familiar.

Avaliar a necessidade de futuras ações de promoção de saúde oral, não só nas idades jovens mas também nos educadores das nossas crianças.

A questão de investigação a que a autora pretende responder consiste em saber qual a importância do papel familiar na educação para a saúde oral das crianças.

Metodologia: Com este estudo pretende-se analisar os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde oral das crianças e relacioná-los com a percepção que os Encarregados de educação têm dos seus educandos.

Numa primeira parte foi realizada uma revisão bibliográfica focando-se nos principais temas inerentes ao estudo. Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Medline / Pubmed, EBSCO, B-On e Google Scholar, entre os meses Janeiro e Março de 2014. As palavras-chave ou “MeSH terms” utilizadas foram: “Oral Health AND Children AND Parents”, “Oral Health AND Children AND Parental Role”, “Role of family in Oral Health”, “Role of family in Children”, “Oral Health Children Portugal”, “Child Development”.

Os critérios para seleção dos artigos foram revisões sistemáticas, estudo realizados em humanos, redigidos em português, inglês e francês, com qualquer data de publicação, dando preferência, no entanto, a artigos publicados entre 2000 e 2014.

Foi também efetuada uma pesquisa de livros e outros artigos, nas bibliotecas da Universidade Fernando Pessoa.

Numa segunda parte foi realizado um estudo transversal, com a aplicação de dois questionários (Anexos 1 e 2), um dirigido a crianças e outro aos seus Encarregados de educação, questionários esses já testados e provenientes de um estudo realizado por Rodrigues C. (2008) em Lisboa.

A amostra à qual se pretendeu aplicar os questionários foi a população da freguesia de Vila de Cucujães, concelho de Oliveira de Azeméis, que tivesse filhos a frequentar as escolas primárias da região. Foi escolhida esta população por conveniência, dado ser a freguesia da qual a autora constitui sua naturalidade.

Os limites temporais estabelecidos para a realização destes questionários foi entre Dezembro de 2013 e Março de 2014, em todas as escolas primárias da freguesia escolhida.

Foi realizado um pedido de autorização de aplicação dos inquéritos nas escolas à Direção-Geral de Educação, tendo este sido autorizado no dia 10 de Outubro de 2013 (Anexo 3).

Realizou-se também um consentimento informado a todos os Encarregados de Educação para que autorizassem a sua participação e a das suas crianças (Anexo 4).

Participaram do estudo 156 crianças e 156 Encarregados de Educação, tendo sido excluídas duas crianças e seus responsáveis, pois apesar de concordarem em colaborar e terem assinado o consentimento informado, não preencheram na totalidade o questionário requerente.

De forma que os questionários fossem completamente respondidos em anonimato e não existissem interferências de respostas das crianças sobre os seus responsáveis, foi redigido um documento a todas as professoras para que as crianças não levassem os seus questionários para casa, pedindo estes fossem respondidos em sala de aula (Anexo

5). Também foi pedido às professoras que se responsabilizassem por agrupar os questionários das crianças com os dos respetivos Encarregados de Educação, de forma a poderem ser comparados e a autora não tivesse qualquer contacto ou influência nos resultados.

Claro que, como alguns passos foram realizados fora do controlo metodológico da autora, podem ter sido cometidos alguns erros, mas que se tentaram aferir e corrigir.

Como foi pedido às professoras que unissem os questionários dos alunos com o dos respetivos encarregados de Educação, a autora não teve qualquer controlo na forma como isso foi realizado. Também foi pedido que as crianças respondessem em sala de aula para não levarem as respostas para casa. Isto permitiria não condicionar as respostas dos pais, podendo, no entanto, ter condicionado a das crianças, visto que em sala de aula as mesmas podem perguntar ao colega o que responder.

Depois de recolhidos, a cada questionário foi dado um número coincidente, isto é, o questionário da criança tem o mesmo número que o de seu Encarregado de Educação. Só desta forma os questionários foram aceites e contabilizados para fazer parte do estudo.

A comparação estatística de resultados das perguntas comuns a crianças e seus responsáveis vai ser realizada para as questões que constam da Tabela nº 1 com o emparelhamento indicado. Para isso, utilizar-se-á o teste de Qui-Quadrado para perceber se existe significância nas diferenças encontradas.

Tabela 1 – Quadro descritivo das perguntas similares aos dois questionários

<u>CRIANÇA</u>	<u>E. EDUCAÇÃO</u>
Quantas vezes por dia escovas os dentes?	Quantas vezes o seu educando escova os dentes?
Costumas ter ajuda a escovar os dentes?	Costuma ajudar o seu educando a escovar os dentes?
Quem toma conta de ti vai verificar se escovas os dentes?	Costuma verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados?
Além da pasta e da escova, usas ou já usaste mais algum produto para a tua higiene oral?	Além da pasta e escova, o seu educando usa mais algum produto de higiene oral?
Se usas fio dentário quantas vezes o fazes?	Se usa fio dentário quantas vezes o faz?
Costumas comer doces?	O seu educando costuma comer doces?
Quantas vezes comes doces?	Quantas vezes o seu educando come doces?
Já tiveste algum dente estragado?	O seu educando tem ou já teve algum dente estragado?
Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar costumas depois escovar os dentes?	Quando o seu educando come ou bebe antes de ir dormir costuma depois escovar os dentes?
Costumas ir ao Dentista / Higienista Oral?	Costuma ir com o seu educando a uma consulta de Dentista / Higienista Oral?
Quando vais ao Dentista / Higienista o que costumas fazer?	Quando consulta o Dentista / Higienista com o seu educando, qual a razão?
Na tua opinião, o que provoca a cárie dentária?	Na sua opinião, quais os fatores que causam a cárie dentária?
Como é que podes evitar a cárie dentária?	Como pensa que se pode evitar a cárie dentária?

Foi criada uma base de dados, com o conteúdo de ambos os inquéritos, no software IBM® SPSS®, versão 22.0.

A análise de dados de variáveis/questões com resposta ordinal ou nominal foi realizada através da apresentação de contagens e respetivas percentagens, enquanto que para variáveis/questões com resposta quantitativa foi apresentada a média e o respetivo desvio-padrão, mediana e respetivos percentis 25 e 75, e ainda o valor mínimo e máximo.

A comparação de resultados das respostas da Tabela 1 fornecidas por crianças e seus responsáveis foi realizada utilizando o teste de Qui-Quadrado de ajustamento, para detecção de diferenças significativas.

Todas as comparações foram realizadas utilizando um nível de significância de 0,05.

1. Definição de Saúde e Saúde Oral

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” e que esta deve ser entendida como componente da qualidade de vida. (Buss e Filho, 2007)

Sendo a saúde um bem subjetivo, existe concordância num aspeto: é possível um indivíduo sentir-se saudável, mesmo na presença de doença e/ou incapacidade.

As determinantes de saúde são paz, abrigo, educação, comida, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. (WHO, 2009)

A saúde é vista como um recurso do dia-a-dia e não como um objetivo de vida. A explicação do processo saúde-doença tem sofrido alterações ao longo dos tempos, consoante a forma de organização das sociedades, os seus princípios, os seus recursos tecnológicos e os seus avanços científicos. (Lacerda, 2005)

“É um bem e um direito social, em que a cada um e a todos possam ser assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir de aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças.” (Rodrigues, 2008)

A saúde global começa a surgir como uma “área para estudo, pesquisa e prática” e a saúde oral tem sido reconhecida como uma componente importante na saúde geral e consequente qualidade de vida. (Navarro, Modena e Bresciani, 2012)

A OMS publicou uma revisão sobre saúde oral salientando que, apesar das melhorias alcançadas em múltiplos países, os problemas globais ainda persistem. (Petersen, et al., 2005)

A saúde oral foi definida pela OMS como “um estado de ausência de dor crónica facial e oral, cancro oral e da garganta, úlceras orais, defeitos de nascimento como lábio

leporino e fenda palatina, doença periodontal, cárie e perda dentária e outras doenças e desordens que afetem a cavidade oral.”

2. Promoção para a Saúde

O paradigma dominante para os esforços na promoção da saúde durante os anos 1970 e 1980 focou-se em tentar melhorar a saúde, tentando modificar conhecimentos e, consequentemente, os comportamentos individuais. (Finlayson, et al., 2007)

O primeiro passo para a construção da importância da promoção da saúde foi dado em Novembro de 1986 através da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa. Esta conferência foi principalmente uma resposta às expectativas crescentes para um novo movimento de saúde pública em todo o mundo. (Petersen, 2003)

Foi criado um logótipo que identificasse todos os objetivos a alcançar, incorporando as cinco ações-chave da promoção da saúde (construir uma política de saúde pública, criar ambientes favoráveis à saúde, fortalecer a ação comunitária para a saúde, desenvolver capacidades pessoais e reorientar os serviços de saúde) e as três estratégias básicas (possibilitar os meios, mediar/intervir e promover a ideia).

Health Promotion Emblem

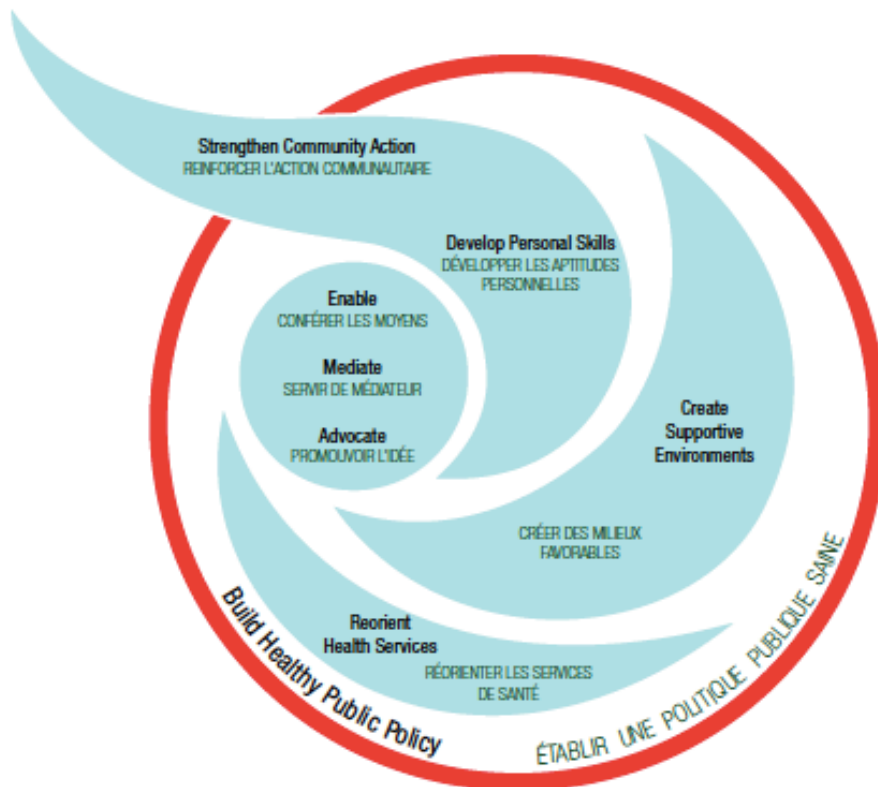


Figura1 – Logótipo criado pela OMS na Carta de Ottawa, 1986.

Os princípios que guiam a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde formam uma plataforma valiosa, pois atestam sobre os requisitos importantes para a saúde e bem-estar. Desde então, deu-se um vasto número de desenvolvimentos que sublinharam a importância de estratégias-chave, incluindo a política de saúde pública numa conferência em Adelaide (1988) ou em Sundsvall (1991). (Petersen, 2003)

A promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para melhorar ou aumentar o controlo sobre a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou cooperar com o ambiente. (WHO, 2009)

A prevenção e a promoção perseguem como meta a saúde, mas a prevenção fá-lo situando o seu ponto de referência na doença. O objetivo da prevenção é evitar a doença enquanto que o da promoção é maximizar os níveis de saúde. (Sala, 1999)

A intervenção em saúde é definida como qualquer ação de saúde – promotora, preventiva, curativa ou de reabilitação – em que a principal intenção seja a de melhorar a saúde. (Petersen, 2003)

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

O termo “saúde pública” expressa o seu carácter político e a sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população. (Buss e Filho, 2007)

É importante para a população que seja dada importância aos recursos e capacidades existentes para gerar saúde, em vez de existir um foco nas causas das doenças. (Qiu, et al., 2013)

Nas últimas décadas, observa-se um avanço extraordinário no estudo da relação entre a organização de uma determinada sociedade e a situação de saúde da sua população. (Buss e Filho, 2007)

Sociedades à volta do mundo enfrentam desafios difíceis em termos da manutenção dos cuidados de saúde a preço acessível. (Navarro, Modena e Bresciani, 2012) O custo do tratamento, por exemplo, da cárie dentária, por si só, poderia facilmente levar à exaustão do orçamento total para os cuidados de saúde (Kwan, et al., 2005) , daí a elevada importância na aposta de medidas de promoção para a saúde, alertando as populações para o fator preventivo.

Em 2005, na Sexta Conferência Global da Promoção da Saúde em Bangueneque, foram descritos como desafios da sociedade atual o aumento da vulnerabilidade das crianças, assim como a exclusão de marginalizados e da população indígena. (WHO, 2009)

Buss e Filho, em 2007, afirmaram que “países com laços frágeis de coesão social são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva”, não sendo as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas sim as mais igualitárias e com alta coesão social.

3. Promoção para a Saúde Oral

A OMS e a FDI formularam em conjunto, em 1981, objetivos para a saúde oral, que pudessem ser atingidos no ano 2000. Entre muitos que 50% de crianças de 5-6 anos não apresentassem cárie dentária, que o índice CPOd não fosse superior a 3 aos 12 anos de idade, que 85% da população tivesse todos os dentes aos 18 anos, entre outros. (Petersen, 2003)

Em 1983, a saúde oral foi declarada como parte importante no programa “Strategy for Health for All” pela OMS e em 1994, o Dia da Saúde foi dedicado à saúde oral. (Petersen, 2003)

A saúde oral é fundamental para a saúde geral e bem-estar. Uma boca saudável permite a um indivíduo falar, comer e socializar, sem experienciar doença ativa, desconforto ou embaraço. (Kwan, et al., 2005)

A saúde oral e funções das estruturas da cabeça e pescoço são muito importantes e fazem parte da nossa essência como ser humanos. “Permite-nos falar, sorrir, suspirar, beijar, cheirar, saborear, tocar, mastigar e engolir, chorar de dor e transmitir um mundo de sentimentos e emoções através de expressões faciais”. Este complexo também nos dá a proteção contra infeções microbianas e agressões ambientais. (Rodrigues, 2008)

A falta de saúde na boca afeta o indivíduo fisicamente e psicologicamente. Quer a prevenção de doenças orais como a promoção para a saúde oral precisam ser incluídas na prevenção de doenças crónicas e em programas de promoção da saúde em geral. (Mafuvadze, Mahachi e Mafuvadze, 2013)

A detecção de doença precoce é, na maioria dos casos, crucial para salvar muitas vidas. Um exame completo da cavidade oral pode detetar sinais de deficiências nutricionais, assim como variadas doenças como infeções microbianas, desordens imunológicas, ferimentos e cancro oral. (Petersen, 2003)

A promoção da saúde oral não é somente responsabilidade do sector da saúde, baseando-se também no indivíduo e em estilos de vida saudáveis e bem-estar. Suporta o desenvolvimento pessoal e social, providenciando informação, educação para a saúde e melhorando competências. Assim, aumenta as condições disponíveis para as pessoas exercitarem um maior controlo sobre sua própria saúde e o seu ambiente, realizando escolhas benéficas. (Petersen et al, 2005)

Rodrigues, 2008, afirma que a promoção “envolve o incentivo à prática de comportamentos saudáveis e o desencorajamento de comportamentos prejudiciais ou nocivos para a saúde”.

Na maioria dos países, os cuidados de saúde oral ainda não estão totalmente integrados nos programas nacionais ou de saúde comunitária. (Petersen, 2003)

A implementação de programas de saúde oral primária e programas que melhorem a qualidade de vida das populações podem, direta ou indiretamente, melhorar o atual cenário de saúde oral. Sugere-se que os cuidados orais sejam incluídos no “pacote” de cuidados primários para as crianças, como uma forma de melhorar o seu crescimento e bem-estar, (Navarro, Modena e Bresciani, 2012) pois, para crianças, em particular, uma saúde oral pobre pode ter impactos negativos na sua qualidade de vida e performance escolar. (Mafuvadze, Mahachi e Mafuvadze, 2013)

Para que uma intervenção tenha êxito é necessário conhecer previamente as necessidades reais do grupo populacional ao qual vai ser dirigida, tratando de focar-se nos aspetos que influenciam a natureza da doença, os quais podem ser analisados pela perspetiva dos pais e cuidadores para servir de guia aos profissionais, tendo os mesmos

em conta para preservar a saúde oral destes indivíduos. (González-Martínez, Sierra-Barrios e Salinas, 2011)

A saúde oral, tal como a saúde geral, é altamente influenciada pelo nível socioeconómico. (Alves, 2009)

Os tratamentos em saúde oral são extremamente caros e as doenças orais estão classificadas em 4º lugar no grupo das doenças com tratamento mais caro, na maioria dos países industrializados. (Petersen, et al., 2005)

Uma intervenção para a saúde oral não é universalmente disponível, devido aos custos e recursos limitados. Juntamente com um pouco de ênfase dada à prevenção primária das doenças orais, constitui um desafio para muitos países, especialmente para os países em desenvolvimento ou países com economia e sistemas de saúde em transição. (Petersen, 2003)

Num estudo de Watson et al, 1999, já se constatava que os grupos socioeconómicos mais baixos, nos Estados Unidos da América, apresentavam níveis elevados de cárie dentária. (Williams, Whittle e Gatrell, 2002)

As crianças de grupos com rendimentos mais elevados apresentam uma probabilidade de melhor alimentação e hábitos de limpeza dos dentes, mas um bom programa preventivo falta em todos os grupos, visto que a população, em fases mais avançadas da vida, apresentam resultados similares no número de dentes perdidos. (Navarro, Modena e Bresciani, 2012)

I. EM PORTUGAL

Portugal é dos países da Europa em que as taxas de tratamento dentário são mais baixas, devido às políticas de orçamento aplicadas pelo Ministério da Saúde, bem como os valores dos tratamentos efetuados nos consultórios privados. (Silveira, Silva e Meneses, 2007)

Assim, embora a saúde oral em Portugal esteja inserida nos cuidados de saúde primários, a maioria desses serviços de medicina dentária continuam a ser prestados no sector privado, o que constitui por si só uma barreira na acessibilidade aos cuidados de saúde oral. (Lopes, 2012, citado em Grade, 2013)

No entanto, e visto que “a Organização Mundial da Saúde aponta para 2020 metas para a saúde oral que exigem um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados”, foi aprovado, em Portugal, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. (DGS, 2005).

Na circular normativa publicada no Diário da República nº3, a 5 de Janeiro de 2005, transcreve-se:

« O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral está incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e tem como objectivos:

- Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes,*
- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral,*
- Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais. »*

Mais se afirma que “os cuidados dentários, não satisfeitos no Serviço Nacional de Saúde, às crianças e jovens em programa, serão prestados através de contratualização”.

Desenvolvido em 2008, o atual programa PNPSO (parceria público-privada) inclui um conjunto de “cheques-dentista” disponibilizados para grupos específicos da população (idosos com mais de 65 anos e com carência económica, grávidas, portadores de HIV e em coortes de nascimento de 7, 10 e 13 anos), permitindo acesso aos cuidados básicos de prevenção ou operatórios em consultórios privados. Há também um número pré-determinado de cheques que são distribuídos pelo médico de família para a resolução de problemas agudos na faixa etária dos 3 aos 15 anos. (Bravo-Pérez, et al., 2014)

Entretanto, mais recentemente, a filial ibérica da Colgate-Palmolive® decidiu reunir o I Conselho Consultivo Ibérico de Cárie (ICAB), pela primeira vez a 17 de Setembro de

2013. Esta reunião teve como objetivos a consciencialização sobre a prevalência da cárie dentária e a importância de gestão precoce e prevenção, a identificação das barreiras que existam para a prevenção da cárie em clínicas dentárias e o estabelecimento de um plano de consciencialização, com a elaboração de um Guia de Prática Clínica (GPC) para a península ibérica. (Bravo-Pérez, et al., 2014)

4. Doenças da cavidade oral

As doenças orais como a cárie dentária, doença periodontal, perda dentária, lesões da mucosa oral, trauma, entre outras, constituem um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. (Petersen, et al., 2005)

As crianças são afetadas por inúmeras desordens orais e orofaciais (como por exemplo, cárie dentária, má-oclusão, lábio leporino e/ou fenda palatina), tendo todas elas o potencial de comprometer o funcionamento, o bem estar e a percepção que possuem sobre a sua qualidade de vida. (Leme, de Souza Barbosa e Gavião, 2013)

A experiência de dor, problemas com a alimentação, mastigação, sorriso e comunicação, devido a dentes perdidos, danificados ou descoloridos, têm um impacto importante na vida diária das pessoas e seu bem-estar. As doenças orais restringem as atividades na escola, no trabalho e em casa. (Petersen, et al., 2005)

A maioria das doenças orais são irreversíveis e duram o tempo de vida do indivíduo, tendo impacto na qualidade de vida e na sua saúde geral. (Petersen, 2003)

Na Medicina Dentária, após a década de 80, pôde observar-se inúmeras mudanças nos padrões de morbilidade das doenças orais, devido a múltiplos avanços nos processos de diagnóstico, mudanças nos hábitos sociais e de saúde e difusão de técnicas preventivas. (Cangussu, et al., 2002)

I. Cárie

A cárie dentária constitui um importante e significativo problema de saúde pública em todo o mundo. (Ghimire e Rao, 2013)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência das cáries dentárias entre crianças de idade escolar estima-se que seja alta, atingindo 90% em alguns países. (Petersen e Lennon, 2004)

No final do período paleolítico (12 a 10 mil anos a.C.), o homem começou a produzir o seu próprio alimento, processando e cozendo-o, e a cárie dentária começou a surgir. Em 60-70% dos crânios recuperados desse período, passou a encontrar-se vestígios da doença. (Narvai, 2000)

A cárie é um problema de saúde na maioria dos países industrializados, afetando 60-90% de crianças em idade escolar e a vasta maioria dos adultos. A experiência de cárie dentária nas crianças é relativamente alta nos continentes América e Europa (CPOd é de 2,6 para a Europa e 3,0 para a América), enquanto nos países africanos é mais baixa (CPOd = 1,7). (Petersen, et al., 2005)

De acordo com as estatísticas dos anos 1988 a 1994, a cárie dentária já afetava 18% de crianças dos 2 aos 4 anos, 52% de crianças dos 6 aos 8 anos e 61% de adolescentes com aproximadamente 15 anos, nos Estados Unidos da América. (Filstrup, et al., 2003)

Apesar de todos os esforços, o boletim “Trends in Oral Health Status 1999-2004” reportou que a taxa de cárie a nível do país (EUA) em crianças dos 2 aos 5 anos era de 28% e a prevalência em dentição permanente em crianças dos 6 aos 11 anos era de 21%. (Wiener, Crout e Wiener, 2009)

Em Portugal, no ano de 2004, 15% das crianças entre 1 e 5 anos já apresentavam experiência de cárie e aos 6 anos, em 2012, a prevalência da doença era de 40%, tendo no entanto esta prevalência diminuído desde 2000. (Bravo-Pérez, et al., 2014)

Nos dentes temporários em crianças de idade pré-escolar é referida, de forma comum, como cárie precoce da infância. Esta forma é agressiva na sua apresentação e desenvolve-se mais frequentemente na superfície de dentes anteriores, podendo também afetar os primeiros molares, quer maxilares quer mandibulares. (Selwitz, Ismail e Pitts, 2007)

A cárie precoce da infância é um termo relativamente recente que designa todas as cáries dentárias que ocorrem na dentição decídua de crianças até aos 71 meses de idade. (Filstrup, et al., 2003)

A cárie dentária é um processo patológico, infeccioso e de origem externa, e por isso contagiosa, que se caracteriza pelo amolecimento da estrutura dura do dente, evoluindo naturalmente para cavidade. (Areias C. et al, 2008)

É uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dependente de sacarose (ou outros açúcares). (Novais, et al., 2004)

É uma das doenças mais comuns e com maior probabilidade de prevenção. (Selwitz, Ismail e Pitts, 2007)

Acredita-se que a população deve ser alertada para as causas de cárie dentária, assim como ter conhecimento de métodos de prevenção e controlo. (Navarro, Modena e Bresciani, 2012)

Rodrigues, 2008, diz que “o controlo da placa bacteriana, quer nas crianças quer nos adultos, está ligado à escovagem regular dos dentes e ao uso de fio dentário. Está claramente demonstrado que a escovagem regular dos dentes e a utilização diária de fio dentário têm efeitos positivos e são considerados como os melhores meios de remoção de placa bacteriana de modo a manter uma boa saúde oral ao longo da vida.”

A cárie pode prevenir-se com a adoção de intervenções efetivas no estilo de vida individual e nos hábitos de cada um, incluindo a higiene oral. A cooperação da população é um fator dominante em todas as aproximações preventivas, porque o

conhecimento e informação não são suficientes para a promoção da saúde oral. (Castilho, et al., 2013)

No entanto, sem o conhecimento básico sobre os fatores de risco para a doença, torna-se difícil empregar qualquer estratégia preventiva. (Finlayson, et al., 2007)

O processo de doença é iniciado com o recobrimento da superfície do dente por biofilme, produzido por bactérias. É uma doença crónica que evolui lentamente, na maioria das pessoas. (Selwitz, Ismail e Pitts, 2007)

A cárie dentária é amplamente conhecida como uma doença infecciosa induzida pela dieta. Os papéis principais na sua etiologia são: bactérias cariogénicas, hidratos de carbono fermentáveis, dentes susceptíveis no hospedeiro e tempo. (Harris, et al., 2004)

De etiologia multifatorial, podem os diversos fatores etiológicos ser agrupados em primários, essenciais à ocorrência de doença, e secundários, que influenciam a evolução das lesões. Em relação aos fatores primários consideram-se os fatores do hospedeiros (tecidos dentários suscetíveis à dissolução ácida), os fatores do agente (bactérias orais com potencial cariogénico) e os fatores do ambiente (substrato adequado à satisfação das bactérias), nomeadamente o consumo frequente de hidratos de carbono refinados. (Areias C. et al, 2008)

Pode levar a perda de dentes e constitui uma doença progressiva que não se cura por si própria uma vez existente. Em especial atenção, cáries em crianças progridem muito mais rapidamente, induzindo dor acompanhada de desconforto e problemas de sono, diminuindo a qualidade de vida da criança. (Choi e Ahn, 2012)

A cárie dentária, se não for tratada, afeta a capacidade da criança em alimentar-se e, consequentemente, resulta em inadequada absorção de nutrientes. Assim, a infeção por cárie pode também ter impacto no crescimento. (Mishu, et al., 2013)

As metas definidas pela OMS apontam para o objetivo de que, no ano de 2020, 80% das crianças com seis anos estejam livres de cárie. (Areias C. et al, 2008)

a. A dieta

Nos dias de hoje, o mundo enfrenta dois tipos de má-nutrição, uma associada com a fome e a deficiência nutricional e a outra com os excessos alimentares. (Petersen, 2003)

A alimentação infantil constitui uma influência na etiologia e progressão da cárie. A discriminação relativamente à preferência por sabores ocorre com o desenvolvimento da criança e é afetada por múltiplos fatores. (Rodrigues, 2008)

Os alimentos possuem influências nutricionais e dietéticas sobre o organismo humano. Os efeitos nutricionais são mediados sistemicamente e resultam da absorção e circulação dos nutrientes nos tecidos, podendo influenciar os dentes durante o período da sua formação. (Novais, et al., 2004)

Inclusive para a prevenção do cancro oral, foram identificados como sendo benéficos os vegetais verdes e frutas frescas e suplementos de vitamina A, C e E. (Petersen, 2003)

As doenças dentárias relacionadas com a dieta incluem a cárie, os defeitos de desenvolvimento do esmalte e a erosão dentária. (Petersen, 2003)

Areias C. et al, em 2008, disseram que “uma dieta equilibrada sem recurso a líquidos açucarados e alimentos adesivos que permanecem durante mais tempo em contacto com os dentes, aumentando a sua cariogenicidade, deve ser implementada tão cedo quanto possível. Os açúcares não devem ser proibidos, mas sim controlados.”

As crianças são o grupo com o qual mais preocupação deve existir nas medidas de segurança alimentar, devido às suas vulnerabilidades fisiológicas. Os hábitos alimentares têm vindo a alterar-se, aumentando o consumo de alimentos sólidos e líquidos, relativamente ao peso corporal que cada criança possui. (Fojo, Figueira e Almeida, 2013)

Se uma criança consome alimentos ricos em açúcares ou alimentos ácidos, o pH da cavidade oral desce de forma abrupta para um valor crítico (aproximadamente pH=5,5)

e o equilíbrio da mineralização/desmineralização perde-se, ocorrendo a desmineralização dentária. (Wiener, Crout e Wiener, 2009)

Uma alimentação inadequada ou uma absorção pobre em nutrientes pode aumentar a suscetibilidade às cáries, devido à composição e secreção salivar alterada. (Mishu, et al., 2013)

A maior frequência de ingestão de sacarose promove sucessivos ataques dos ácidos orgânicos à estrutura dentária, provenientes do metabolismo bacteriano, não permitindo a sua remineralização. (Novais, et al., 2004)

A televisão e os meios sociais têm um papel demasiado importante na vida das crianças. Os anúncios têm uma influência no carácter, comportamento e hábitos dietéticos, resultando numa alta prevalência de cárie. (Ghimire e Rao, 2013)

O *marketing* tem um impacto global nos excessos alimentares que levam a doenças crónicas como a obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças orais. A dieta e a nutrição afetam a saúde oral em muitos aspetos. (Petersen, 2003)

Os pais ou responsáveis pelas crianças também providenciam às mesmas uma dieta rica em hidratos de carbono processados e pobre em frutas e vegetais. São necessários programas educacionais que realcem a importância de não “saltar” uma refeição e de providenciar mais frutas e legumes às crianças. (Wiener, Crout e Wiener, 2009)

Novais, em 2004, afirma que “o aconselhamento dietético é fundamental para qualquer programa de prevenção e manutenção da saúde oral, visto que os hábitos dietéticos adquiridos na infância formam a base para o futuro padrão alimentar.”

b. O flúor

O flúor é um componente importante para a promoção da saúde e provavelmente o mais importante na prevenção da cárie. (Zina, 2009)

As pesquisas mostram que o flúor possui maior eficácia na prevenção da cárie dentária quando um baixo nível é constantemente mantido na cavidade oral. (Petersen, 2003)

O flúor consiste num ião presente em baixa concentração no solo, água, plantas e animais e mostrou exercer um efeito protetor no corpo humano, especialmente em crianças.(Fojo, Figueira and Almeida, 2013) É o 13º elemento mais abundante na natureza e o mais eletronegativo do grupo dos halogénios. (Narvai, 2000)

As pesquisas sobre os efeitos do flúor na cavidade oral começaram há aproximadamente 100 anos. Nos primeiros 50 anos, focaram-se apenas na ligação entre o flúor presente na água (quer natural quer artificial) e a cárie dentária e fluorose. Na segunda metade do século XX, a atenção passou a estar virada para o desenvolvimento e avaliação das pastas dentífricas fluoretadas e para alternativas à fluoretação das águas (como o leite e o sal fluoretados). (Petersen e Lennon, 2004)

O uso do flúor tem promovido melhorias significativas na saúde oral e qualidade de vida das populações, através da redução dos índices de cárie. (Cangussu, et al., 2002)

A hidroxiapatite $[Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2]$ é o componente principal do esmalte. Durante a amelogenese (processo de formação do esmalte), a ingestão de baixos níveis de flúor (provenientes da comida, água ou suplementos) pode substituir o grupo hidróxido em alguns dos cristais de hidroxiapatite, resultando em fluorapatite $[Ca_{10}(PO_4)_6F_2]$, o que torna o esmalte das crianças mais resistente a ácidos produzidos na cavidade oral. (Wiener, Crout e Wiener, 2009)

Nos dias de hoje, considera-se a sua ação tópica e pós-eruptiva como preventiva e terapêutica, sendo a pasta dentífrica fluoretada a opção consensual na comunidade científica. (Areias C. et al, 2008)

As aplicações tópicas de pastas dentífricas, géis de fluór, soluções para bochechar ou outras fontes protegem a superfície externa do esmalte de ataques acídicos em dentes totalmente erupcionados. (Wiener, Crout e Wiener, 2009)

A fluoretação das águas comunitárias é uma opção eficaz na prevenção da cárie dentária, quer em crianças quer em adultos. A fluoretação das águas beneficia todos os residentes de uma comunidade, independentemente do seu estado económico ou social. (Petersen, 2003)

A adição do flúor às águas de abastecimento público teve início com três estudos-piloto em 1945 nos EUA e Canadá. (Narvai, 2000)

Em Portugal, não existe fluoretação das águas e a legislação nacional estabeleceu como parâmetro a concentração de $1,5 \text{ mg l}^{-1}$ para a água de consumo humano. (Fojo, Figueira e Almeida. 2013)

É necessário explicitar que a falta de flúor, quer sistémico quer presente na cavidade oral, não constitui uma causa para a cárie dentária. (Petersen and Lennon, 2004) No entanto, de acordo com um estudo realizado entre 1996 e 2006, crianças que frequentam escolas subsidiadas pelo estado/ governo, em regime de tempo inteiro e que tenham acesso a dentífrico fluoretado desde os três anos de idade, realizando escovagem dentária, apresentam uma redução na progressão das cáries. (Navarro, Modena e Bresciani, 2012)

Apesar dos efeitos protetores induzidos pelo flúor se encontrarem bem estabelecidos, este não é considerado um mineral essencial. Os seres humanos não necessitam dele para o seu crescimento ou para a manutenção da vida. (Shils et al, 1999 cit. em Fojo, Figueira e Almeida, 2013)

A OMS recomenda que todos os esforços devem ser feitos, no sentido de desenvolver pastas dentífricas fluoretadas que sejam baratas e acessíveis, de maneira a que todos os países, incluindo os países em desenvolvimento, as possam começar a utilizar e a beneficiar dos seus efeitos. (Petersen e Lennon, 2004)

Em conjunto com a diminuição da prevalência da cárie, tem vindo a aumentar a preocupação com a prevalência da fluorose dentária. Estudos recentes reportaram que a prevalência da fluorose varia entre uma percentagem de 3-42%, em comunidades sem

fluoretação das águas, e 45-81% em áreas com uma fluoretação das águas considerada ótima. (Rojas-Sanchez, et al., 1999)

Uma concentração demasiado elevada do ião flúor é um fator preocupante. (Wiener, Crout e Wiener, 2009)

A exposição do órgão dentário em desenvolvimento a quantidades excessivas de flúor pode resultar num defeito de mineralização do esmalte conhecido como fluorose. (DenBesten, 1999)

A fluorose dentária origina-se da exposição do gérmen dentário, durante o seu processo de formação, a altas concentrações do ião flúor. (Cangussu, et al., 2002)

A quantidade de flúor que é suficiente para providenciar um efeito cariostático máximo, sem causar fluorose dentária, ainda não é conhecida com precisão. (Rojas-Sanchez, et al., 1999) No entanto, Beltran-Aguilar et al, em 2000, reportou que o nível tóxico no organismo seria de um miligrama de flúor por quilograma de peso corpóreo. (Wiener, Crout e Wiener, 2009)

Os efeitos do flúor são cumulativos, não sendo resultantes de uma dose específica. Assim sendo, quanto mais tempo existir exposição a suplementos de flúor, maior será o risco de fluorose no esmalte dentário. (DenBesten, 1999)

O tempo de exposição, a frequência de ingestão e a idade determinam o nível de flúor no plasma, o que influencia a severidade da fluorose dentária e esquelética num indivíduo. (Fojo, Figueira e Almeida, 2013)

Observa-se nos tempos que correm, um aumento do consumo, entre as crianças, de alimentos industrializados, refrigerantes e leite em pó, em detrimento da água e leite de outras fontes, o que aumenta a ingestão sistémica de flúor, numa idade de maior risco para a fluorose. (Cangussu, et al., 2002)

É importante ter conhecimento da exposição ao flúor a que uma criança se encontra sujeita no dia-a-dia, antes de aconselhar a utilização de qualquer suplemento. (Wiener, Crout e Wiener, 2009)

5. Família

A família é considerada a primeira agência educacional do ser humano e é responsável, principalmente, pela forma com que o sujeito se relaciona com o mundo. (Oliveira e Marinho-Araújo, 2010)

A família, presente em todas as sociedades, é um dos primeiros ambientes de socialização do indivíduo, atuando como principal mediadora dos padrões, modelos e influências culturais. Constitui a primeira instituição social que, em conjunto com outras, busca assegurar a continuidade e o bem estar dos seus membros e da coletividade, incluindo a proteção e o bem estar da criança. (Dessen e Polonia, 2007)

É um grupo social especial, caracterizado pela intimidade e por uma particular relação intergeracional. Ainda não é possível afirmar que exista uma definição de família que seja aceite e adotada consensualmente pelos estudiosos da área, pelas instituições governamentais e pela sociedade. Há que privilegiar as definições que contemplam as variáveis mínimas do que se entende por família: existência de uma díade e intimidade vivenciada por seus membros. (Oliveira e Marinho-Araújo, 2010)

Os modelos familiares já não se restringem à família nuclear que compreendia a esposa, o marido e seus filhos biológicos. Atualmente, há uma diversidade de famílias no que diz respeito à multiplicidade cultural, orientação sexual e composições. (Oliveira e Marinho-Araújo, 2010)

6. O papel dos pais no desenvolvimento da criança

“Para a criança os primeiros anos de vida, o seu grupo de referência é a família.” (Rodrigues, 2008)

A gravidez é o momento no qual a mulher se mostra receptiva às mudanças para benefício do bebé. As atitudes e escolhas maternas irão refletir-se no desenvolvimento e nascimento de um bebé saudável. (Reis, et al., 2010)

No ambiente familiar, a criança deve aprender a administrar e resolver conflitos, a controlar as emoções, a expressar os diferentes sentimentos que constituem as relações interpessoais, a lidar com as diversidades e adversidades da vida. (Dessen e Polonia, 2007)

Mesmo antes do nascimento da criança, há estudos que afirmam que a prevenção de cárie dentária pode ser desenvolvida desde a vida intrauterina, através da dieta da gestante (mais especificamente a partir do quarto mês de gestação, período em que inicia o paladar do bebé). Assim, a implementação de novos hábitos alimentares da mãe proporcionarão uma melhor condição oral no futuro do bebé. (Reis, et al., 2010)

Após o nascimento, rapidamente, o bebé começa a perceber que um ou outro sujeito são mais importantes, dão mais segurança e suporte. Estes primeiros laços são ingredientes-chave no modelo individual da criança para com o mundo em que está. (Matta, 2004)

Essa primeira relação normalmente ocorre com a mãe, devido à situação de proximidade existente. No âmbito da saúde oral, os hábitos da mãe influenciam, sem sombra de dúvida, o cuidado oral das suas crianças, enfatizando-se assim o papel maternal. (Castilho, et al., 2013)

A mulher tem o papel-chave dentro da família, zelando pela sua saúde e pela dos seus familiares, tornando-se a pessoa que transmite informações e ações que possam levar ao bem-estar do núcleo familiar. (Reis, et al., 2010)

O comportamento dos pais, em particular das mães, afeta a saúde oral das suas crianças. São a principal fonte de cuidados de saúde oral durante os três primeiros anos de vida. (Bozorgmehr, Hajizamani and Malek Mohammadi, 2013) Por exemplo, o medo dos tratamentos dentários por parte das mães é conhecido por ser um fator influenciador nas rotinas de cuidados dentários das suas crianças. (Naidu, Nunn e Forde, 2012)

As crianças pequenas dependem das suas mães e de que estas se responsabilizem das suas necessidades de saúde oral, por isso, as mães têm um papel muito importante ao influenciarem os hábitos e o estado de saúde das suas crianças. (Finlayson, et al., 2007)

A mãe é um elemento-chave na formação da personalidade, na educação e no desenvolvimento dos bons costumes e hábitos dos filhos. (Reis, et al., 2010)

No entanto, a quantidade de tempo que o pai passa interagindo e acarinhando a criança tem aumentado desde as últimas décadas. (Meece, 2013)

No seu modelo conceptual, Fisher-Owens et al, em 2007, reconheceram influências na saúde oral das crianças, a níveis individual, familiar e comunitário. Esses níveis de influência familiar são mediados, principalmente, através dos pais e cuidadores com quem as crianças passam a maior parte do tempo. Durante este período de socialização primária, são estabelecidos comportamentos de saúde e rotina dietética, sendo direta e indiretamente influenciados pelo conhecimento de saúde oral, atitudes, crenças e práticas dos pais e cuidadores. (Naidu, Nunn e Forde, 2012)

Os laços afetivos formados dentro da família, particularmente entre pais e filhos, podem ser aspetos desencadeadores de um desenvolvimento saudável e de padrões de interação positivos que possibilitam o ajustamento do indivíduo aos diferentes ambientes de que participa. (Dessen e Polonia, 2007)

Sendo a saúde oral um aspeto importante no cuidado integral da população infantil, os pais consideram-se a fonte primária de educação nos menores, mestres e pessoas responsáveis por cuidar deles. Atualmente, o número de pais que trabalham fora do lar está em crescimento, pelo que as crianças passam uma quantidade considerável de tempo em centros educativos, de forma que o pessoal que trabalha nesses centros educativos ou escolas deva envolver-se na higiene geral e cuidados de saúde oral. Por isso, todas as intervenções de promoção devem ser dirigidas a ambos os grupos (quer aos pais das crianças, como aos seus professores e cuidadores). (González-Martínez, Sierra-Barrios e Salinas, 2011)

Os comportamentos para a saúde de crianças pequenas são influenciados pelo conhecimento e crenças de seus pais, o que afeta a higiene oral e hábitos de alimentação saudáveis. (Finlayson, et al., 2007)

A responsabilidade familiar junto das crianças, em termos de modelo que a criança terá no futuro e do desempenho dos papéis sociais, é tradicionalmente chamada de educação primária, uma vez que tem como tarefa principal orientar o desenvolvimento e aquisição de comportamentos considerados adequados, no que respeita aos padrões sociais vigentes em determinada cultura. (Oliveira e Marinho-Araújo, 2010)

Crianças com idades inferiores a cinco anos passam geralmente muito do seu tempo com pais ou cuidadores, mesmo quando frequentam o jardim de infância. Esses anos precoces constituem a “socialização primária”, durante a qual adquirem rotinas e hábitos. (Prabhu, et al., 2013)

A quantidade de informação que está disponível atualmente sobre a educação das crianças parece, paradoxalmente, facilitar e, ao mesmo tempo, assustar os pais a respeito de como educar os seus filhos. Dessa forma, observamos que, embora os pais possuam informações que orientam o que devem ou não fazer, este é um aspeto que parece não garantir que eles façam ou não o que é necessário. (Silveira e Wagner, 2009)

Os fatores que foram encontrados como sendo a causa de afetar a capacidade dos pais em comprometerem-se com práticas de saúde preventivas incluem a pobreza, o stress crónico e a depressão. (Finlayson, et al., 2007)

A educação, incluindo a educação para a saúde, irá providenciar o balanço saudável entre a liberdade e a responsabilidade. (Mattila, et al., 2005)

O sentido etimológico da palavra educar significa promover, assegurar o desenvolvimento de capacidades físicas, intelectuais e morais, sendo que, de forma geral, tal tarefa tem sido da responsabilidade dos pais. (Oliveira e Marinho-Araújo, 2010)

Uma educação apropriada para as crianças durante os primeiros anos da sua infância é importante para a construção de uma base sólida de educação no futuro. (Kim Man, 2013)

Considerando ser o papel central dos pais assegurar o bem estar das suas crianças, é importante explorar as percepções que possuem sobre a saúde oral das mesmas. (Prabhu, et al., 2013)

7. A Criança

Os primeiros 3 anos são essenciais para a criação de um bom suporte ao desenvolvimento físico e mental da criança. (Kim Man, 2013)

As crianças nascem com capacidade de desenvolver várias habilidades sensitivas e motoras, que lhes permite atingir o controlo sobre os seus corpos e emoções. Contudo este controlo depende não apenas das características do indivíduo, mas também da sua interação com o ambiente. (Venturella, et al., 2013)

Durante os primeiros 3 anos, a criança pode memorizar os eventos vividos e possui a capacidade de se adaptar. Se a criança experimenta situações não prazerosas que se mantêm na sua memória, estas podem servir como base para os seus comportamentos. (Kim Man, 2013)

Quanto ao desenvolvimento motor, as crianças do sexo masculino e feminino apresentam um desenvolvimento semelhante durante os primeiros 2 anos de vida. (Venturella, et al., 2013)

Os rapazes são incentivados a atividades mais vigorosas enquanto as meninas têm práticas motoras mais sedentárias, o que pode limitar o seu desempenho no futuro. (Venturella, et al., 2013)

Reconhece-se que as interações entre pais e criança são afetadas pelo comportamento de ambos e por muitos outros fatores ambientais. Por exemplo, crianças em famílias monoparentais tendem a vivenciar mais negativamente a família. A separação é motivo de stress para os pais e diminui a capacidade destes em prestar cuidados à criança. (Meunier, Wade e Jenkins, 2012)

Quando as crianças sofrem repetidamente um tratamento parental negativo, comparativamente com os irmãos, estas podem tornar-se mais sensíveis aos problemas dos outros e desenvolver melhores capacidades sociais. (Meunier, Wade e Jenkins, 2012)

Benetti e Roopnarine em 2006 indicaram que os pais têm um papel central na disciplina das suas crianças e um estudo de Sedlar e Hansen, em 2001, demonstrou que uma educação parental inadequada e baseada em stress influencia o comportamento da criança. (Kim Man, 2013)

Estudos comprovam que as crianças abusadas tornam-se mais cautelosas em relação aos pais, de forma a evitar serem um alvo da sua hostilidade. (Meunier, Wade e Jenkins, 2012)

O passado da criança, a sua progressão regrada e interação com os pais produzem um efeito na personalidade, atitudes e comportamentos. O primeiro ano de vida é marcado por uma mudança constante na maturidade física e cognitiva da criança, mais do que em qualquer outro período da vida. (Shaw et al, 1998)

Outro aspeto importante no desenvolvimento infantil é a nutrição. Especialmente importante durante a gravidez e a infância, pois estes são períodos cruciais para a formação do cérebro, a nutrição serve de base para o desenvolvimento cognitivo, motor e sócio-emocional da criança. (Prado e Dewey, 2014)

A amamentação pode melhorar o desenvolvimento cognitivo, através de mecanismos relacionados quer com a composição do leite materno quer com a experiência em si. O

ato implementa uma relação mãe-criança que se torna importante para o desenvolvimento cognitivo e emocional do bebé. (Prado e Dewey, 2014)

O contacto da pele da mãe e criança durante a amamentação parece reduzir o stress e irritabilidade infantil enquanto fortalece a relação entre eles, o que conduz a uma melhoria cognitiva e emocional. (Huang, et al., 2014)

O tempo ideal para a amamentação seriam os primeiros 6 meses, mas esta situação pode não se tornar viável para mães que retomem o trabalho antes de completar os 6 meses da criança e tenham dificuldade em bombear leite durante o dia. (Huang, et al., 2014)

Vários estudos mostraram que suplementos nutricionais e estimulação psicossocial juntos resultam em melhorias no desenvolvimento infantil. (Prado e Dewey, 2014)

A deficiência nutricional afeta o crescimento, atividade física e desenvolvimento motor, o que pode ter impacto no desenvolvimento do cérebro de duas formas. A primeira através do comportamento do responsável para com a criança e a segunda através da exploração do ambiente pela própria criança. Os responsáveis podem tratar as crianças que são pequenas para a sua idade como mais novas, o que condiciona a estimulação para a sua idade, resultando em alteração no desenvolvimento cerebral. (Prado e Dewey, 2014)

As memórias passadas irão influenciar o comportamento e atitude de um indivíduo, desde pequeno. (Kim Man, 2013)

I. A educação da criança na escola

Descobertas científicas indicam que a criança possui a máxima capacidade de adaptação durante os primeiros 5 anos. É por isso importante enviar a criança para um infantário que possa providenciar aulas pré-escolares para o desenvolvimento de capacidades linguísticas e conhecimento geral. (Kim Man, 2013)

A escola é a instituição que tem como função a socialização do saber sistematizado, ou seja, do conhecimento elaborado e da cultura erudita. A contribuição da escola para o desenvolvimento do sujeito é específica à aquisição do saber culturalmente organizado e às áreas distintas de conhecimento. (Oliveira e Marinho-Araújo, 2010)

Na escola, as crianças aprendem também a conviver com as outras e desenvolvem capacidades comunicativas, que são necessárias no futuro. (Kim Man, 2013)

A linguagem é um meio das crianças aprenderem sobre os outros. (Astington, 2001)

Aprendem também a respeitar os outros e expressar os seus sentimentos. Assim, constroem, indiretamente, traços da sua personalidade para o futuro. (Kim Man, 2013)

Desde o aparecimento da escola como instituição social e sistema de educação formal, que as suas raízes se encontram entrelaçadas à família. Durante anos, construiu-se a ideia de que a escola é responsável pela educação formal das crianças e adolescentes, enquanto a família o é pela educação informal. No entanto, a escola parece distanciar as famílias e buscar conservar o seu domínio sobre o saber e ensinar. (Silveira e Wagner, 2009)

Acredita-se que a educação para a saúde oral seja um método com bom custo-benefício em promoção, se realizada em escolas, onde atinja todas as crianças, independentemente da sua etnicidade ou estado socioeconómico. (Suprabha, et al., 2013)

As escolas providenciam uma excelente plataforma para a promoção da saúde oral, visto que conseguem atingir mais de um bilião de crianças em todo o mundo. (Kwan, et al., 2005)

8. RESULTADOS

Estes resultados foram adquiridos através das respostas aos questionários aplicados.

Responderam a estes questionários, de forma correta e para que pudessem ser introduzidos no estudo, 156 crianças e 156 pais ou Encarregados de Educação.

De seguida apresentam-se os dados relativos às características sócio-demográficas. Relativamente a estas, pretendeu-se saber a relação de parentesco de quem preencheu o questionário, a idade, o grau de escolaridade, se já havia assistido a alguma formação em saúde oral, se era o primeiro ano que a criança frequentava a escola, sexo e idade da criança e com quem esta vive.

Das 156 crianças, 72 pertencem ao sexo masculino e 84 pertencem ao sexo feminino. (Gráfico n° 1)

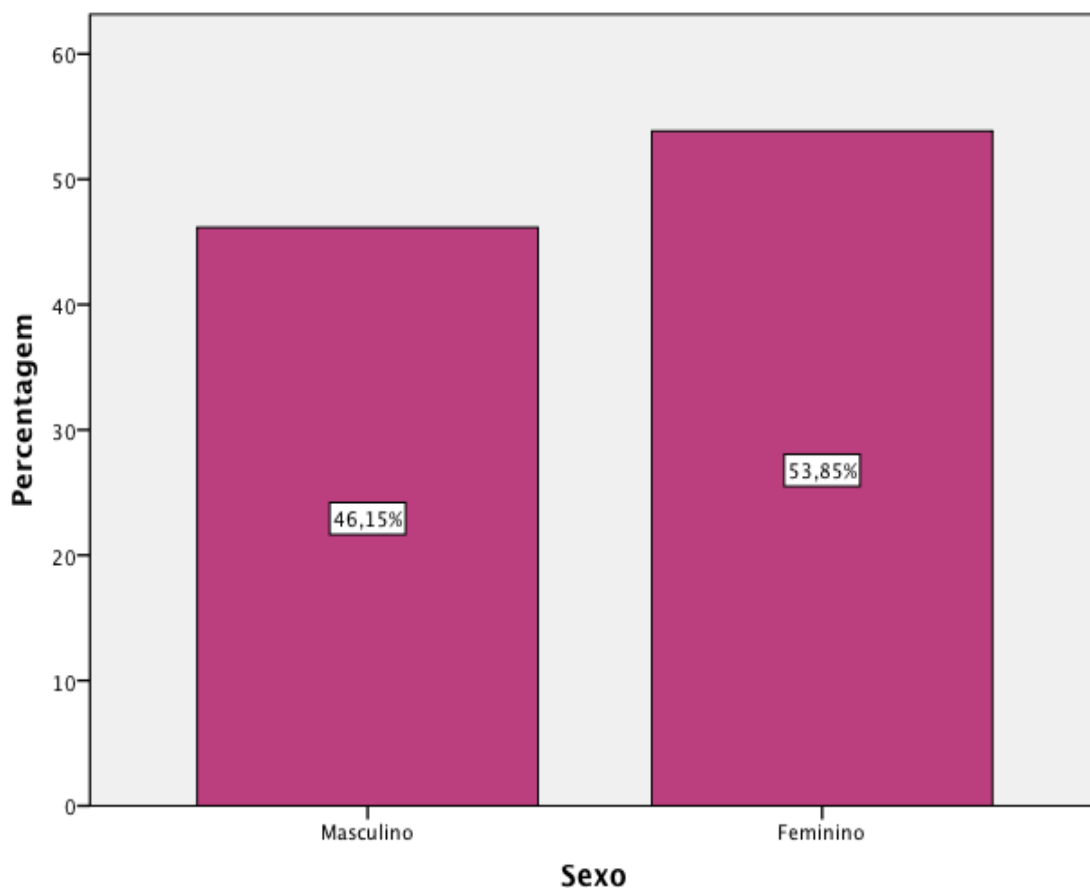


Gráfico 1 – Sexo das crianças da amostra (em percentagem)

A idade das crianças apresenta o valor mínimo de 7 anos e o valor máximo de 10 anos. A média de idades é 8,24 anos e o desvio padrão 0,91 anos, e metade das crianças tem 8 ou mais anos. (Tabela nº 2)

Apenas uma minoria das crianças apresenta 10 anos (12 crianças), sendo que a maioria das crianças apresenta entre 8 e 9 anos (54 e 52 crianças, respetivamente). São 38 as crianças de 7 anos.

Tabela 2 – Idade das crianças (anos) da amostra

n	Média (DP)	Me (P25-P75)	Min - Max
156	8,24 (0,91)	8 (8-9)	7-10

Quanto à pergunta “Com quem vives?” (Gráfico nº 2), podemos afirmar que 139 crianças vivem com os pais (47,3%), sendo que, a maioria das crianças que vivem com os pais, vivem com mais uma(s) pessoa(s), no caso, o(s) irmão(s) / irmã(s) (99 crianças responderam positivo quanto à presença de um irmão ou irmã – 33,7%). Uma minoria vive somente com o pai (2 – 0,7%) ou com a mãe (14 – 4,8%) e 34 crianças vivem com o avô/avó (11,6%). Importante salientar que 6 crianças (2%) têm no seu agregado familiar outras pessoas, como tio(s) ou padraсто(s).

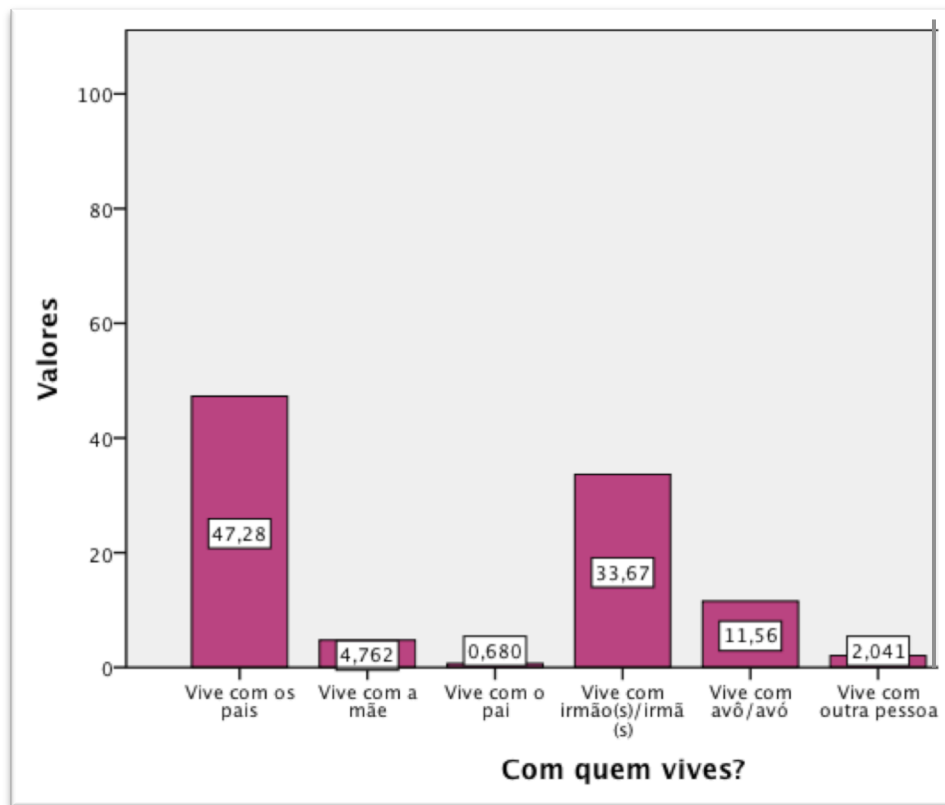


Gráfico 2 – Quem habita com a criança (em percentagem)

A idade dos encarregados apresenta um mínimo de 22 anos e máximo de 50 anos (Tabela nº 3).

Note-se que, dos 156 Encarregados de Educação, 9 não responderam. A média de idades são 38 anos, aproximadamente, e o desvio-padrão 4,8 anos.

Tabela 3 – Idade dos Encarregados de Educação (anos) da amostra

n	Média (DP)	Me (P25-P75)	Min - Max
147	38,1 (4,82)	38 (36 - 41)	22 - 50

Quanto à relação de parentesco com a criança (Gráfico nº 3), a grande maioria das respostas foram disponibilizadas pela mãe (123 – 78,8%), seguindo-se o pai (30 – 19,2%). Apenas uma irmã (0,6%) e um padrinho (0,6%) responderam ao questionário e uma pessoa não indicou a sua relação com a criança.

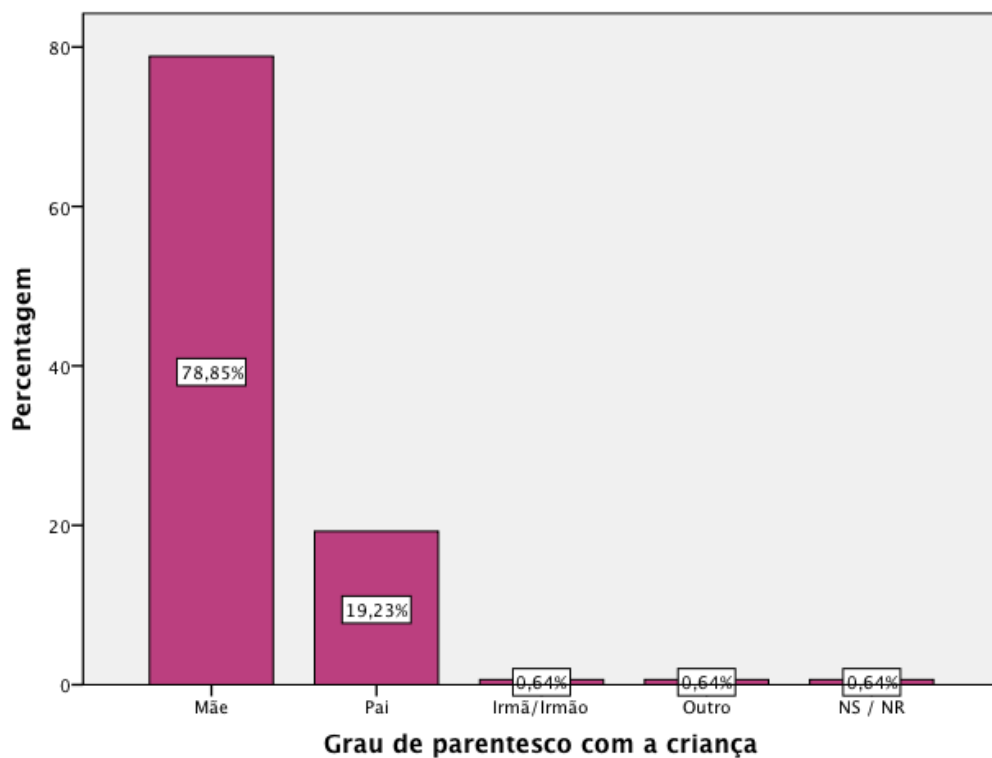


Gráfico 3 – Relação de parentesco com a criança (em percentagem)

Na questão sobre o grau de escolaridade do Encarregado de Educação (Gráfico nº 4), a situação encontra-se muito equivalente para os variados graus escolares. Nos extremos, apresenta-se a mesma percentagem. Das 156 pessoas, 23 possuem o 1º ciclo de escolaridade (14,7%) e 23 completaram o ensino superior (14,7%). Com o 2º ciclo, existem 38 pessoas (24,4%), com o 3º ciclo, 36 (23,1%) e, com o ensino secundário, existem 35 pessoas (22,4%). Um Encarregado de Educação não respondeu. A mediana centraliza o nível de escolaridade no 3º ciclo.

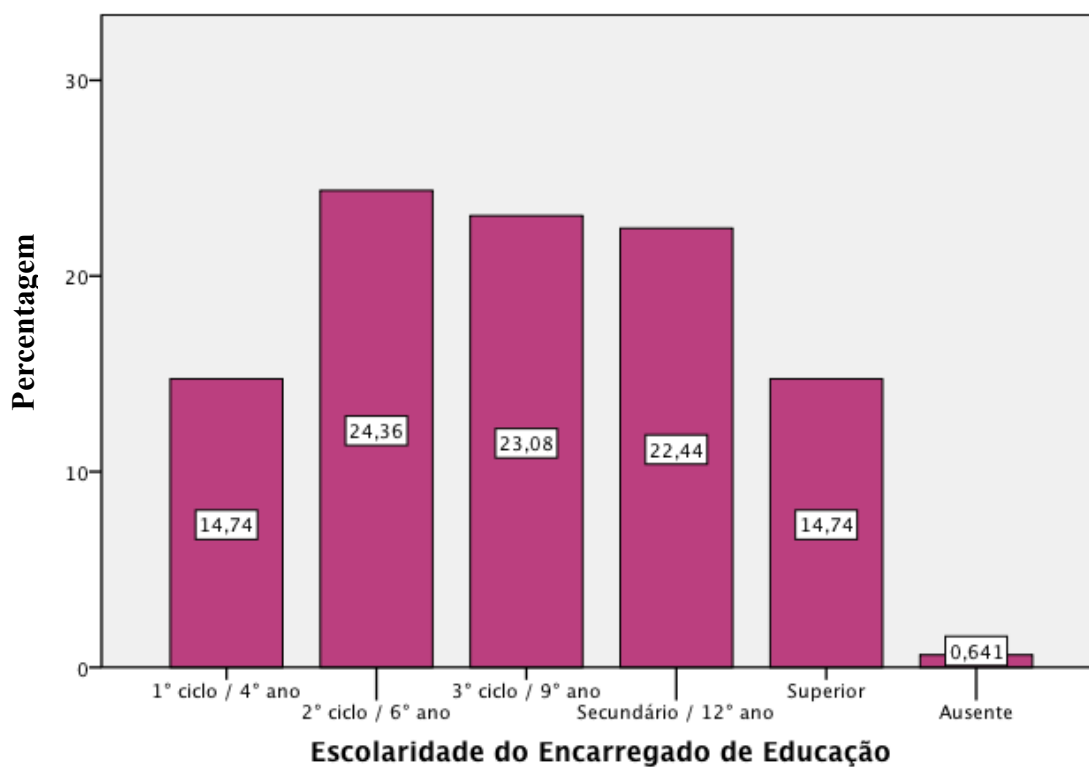


Gráfico 4 – Nível de Escolaridade dos Encarregados de Educação (em percentagem)

Na questão “Já assistiu a alguma ação de formação em saúde oral?” (Gráfico nº 5), todos os Encarregados de Educação responderam, sendo que 107 (68,6%) deram uma resposta negativa e apenas 49 dos 156 Encarregados (31,4%) já assistiu a uma ação de formação sobre saúde oral.

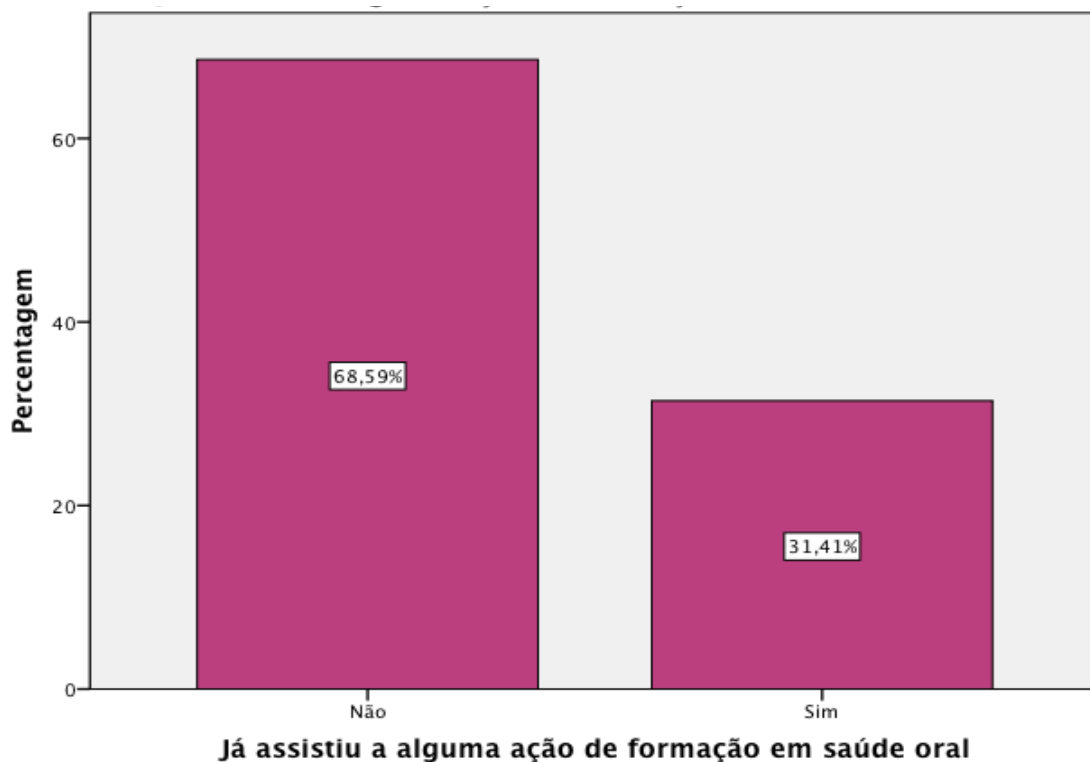


Gráfico 5 – Respostas à questão “Já assistiu a alguma ação de formação sobre saúde oral?” (em percentagem)

Na questão “É o primeiro ano que o seu educando frequenta a instituição?” (Gráfico nº 6) são 143 as respostas negativas (91,7%), constatando-se que apenas 9 crianças (5,8%) frequentam a escola onde foram realizados os questionários pela primeira vez. É importante referir que 4 Encarregados de Educação (2,6%) não explicitaram a situação dos seus educandos.

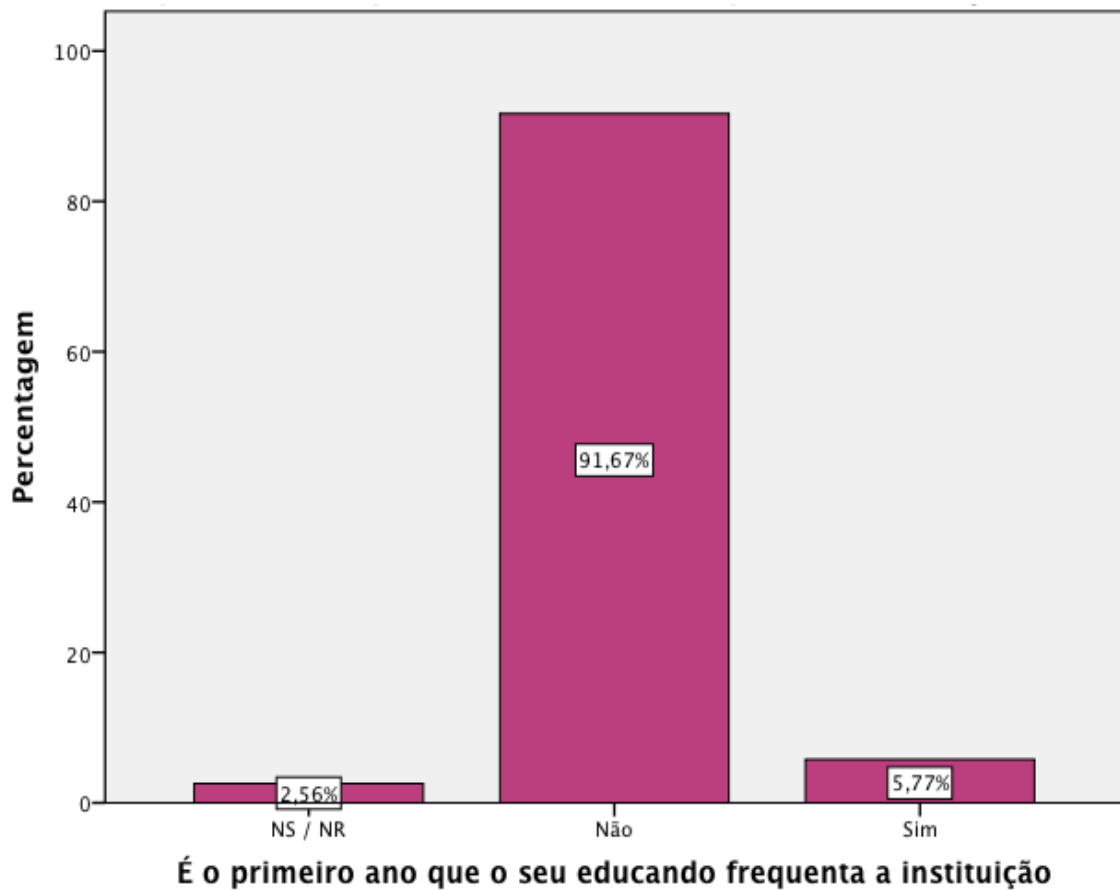


Gráfico 6 – Respostas à pergunta “É o primeiro anos que o seu educando frequenta a instituição?” (em percentagem)

A primeira parte dos questionários teve como função a caracterização social e demográfica da amostra, seguindo-se agora a avaliação dos conhecimento e atitudes em saúde oral.

Existem questões, em ambos os questionários, que são comuns para que possa ser realizada uma comparação dos resultados.

Primeiramente, escolheu expor-se os resultados das questões que não têm relação nos dois questionários e, de seguida, serão expostos os restantes.

Na questão “Escovas os dentes a seguir ao jantar?” (Gráfico nº 7), a maioria das respostas são positivas (122 crianças – 78,2%), sendo que 34 crianças dão uma resposta negativa (21,8%). Todas as crianças responderam a esta questão.

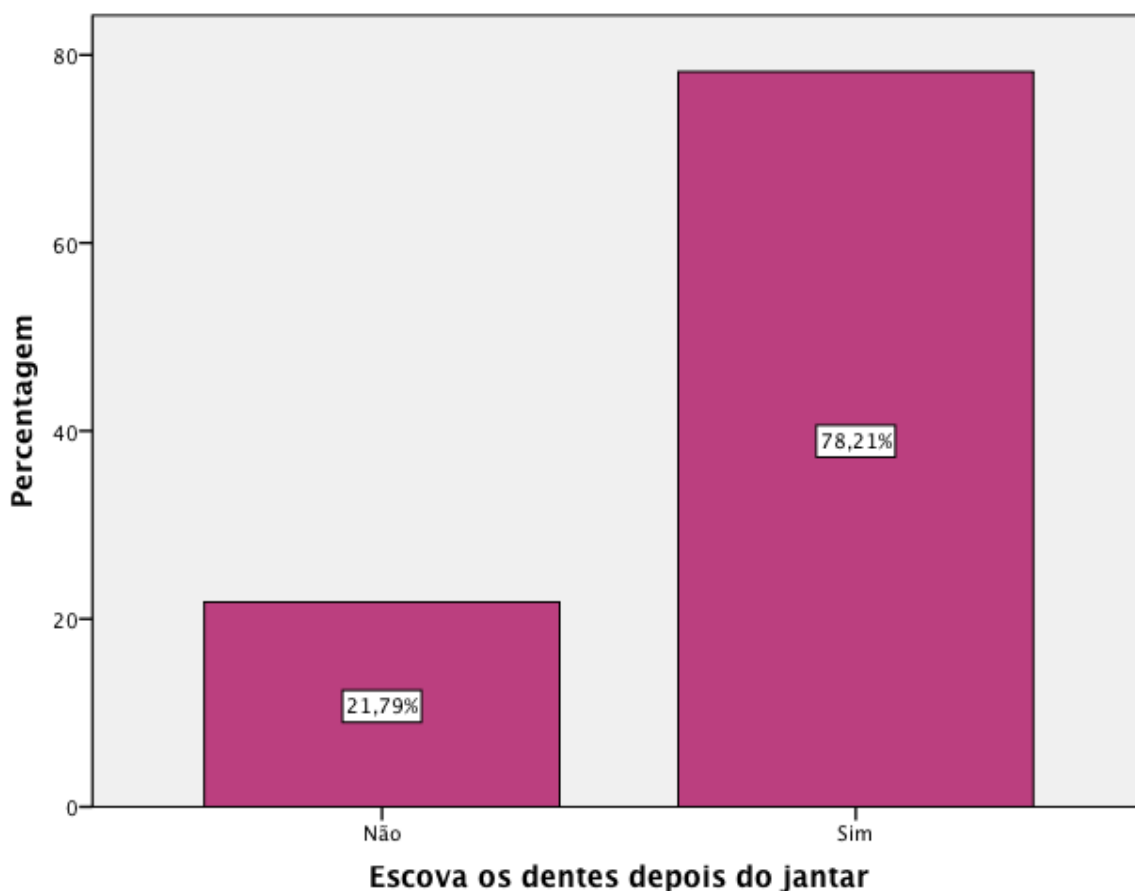


Gráfico 7 – Percentagens de crianças que escovam os dentes após o jantar

Na questão “Onde aprendeste a escovar os dentes?” (Tabela nº 4), a criança podia indicar mais do que um local de aprendizagem. Das 156 crianças, uma não deu qualquer resposta e 5 crianças assinalaram mais do que um local.

Na sua maioria, as crianças indicam que aprenderam a escovar os dentes em casa (112 respostas – 70%), seguido pela escola (32 respostas – 20%) e pelo consultório do dentista (14 – 8,8%). Duas crianças (1,3%) indicam que aprenderam em casa dos avós.

Tabela 4 – Locais onde a criança aprendeu a escovar os dentes

Aprendeu a escovar	N (respostas)	%
Em casa (pais)	112	70%
Na escola (professor ou técnico de saúde)	32	20%
No consultório do Dentista	14	8,8%
Outro local	2	1,3%
Total	160	100%

Outra questão em que se aceitavam múltiplas respostas era “Quais os doces que costumas comer fora das refeições?” (Gráfico nº 8). Resultou que a maioria das crianças assinalou vários tipos de doces, obtendo-se 391 respostas no total (número superior em dobro ao número de crianças da amostra). No entanto, 5 crianças não apresentaram qualquer escolha.

A preferência parece encontrar-se nas bolachas, rebuçados e chocolates (22%, 17,4% e 15,1%, respetivamente).

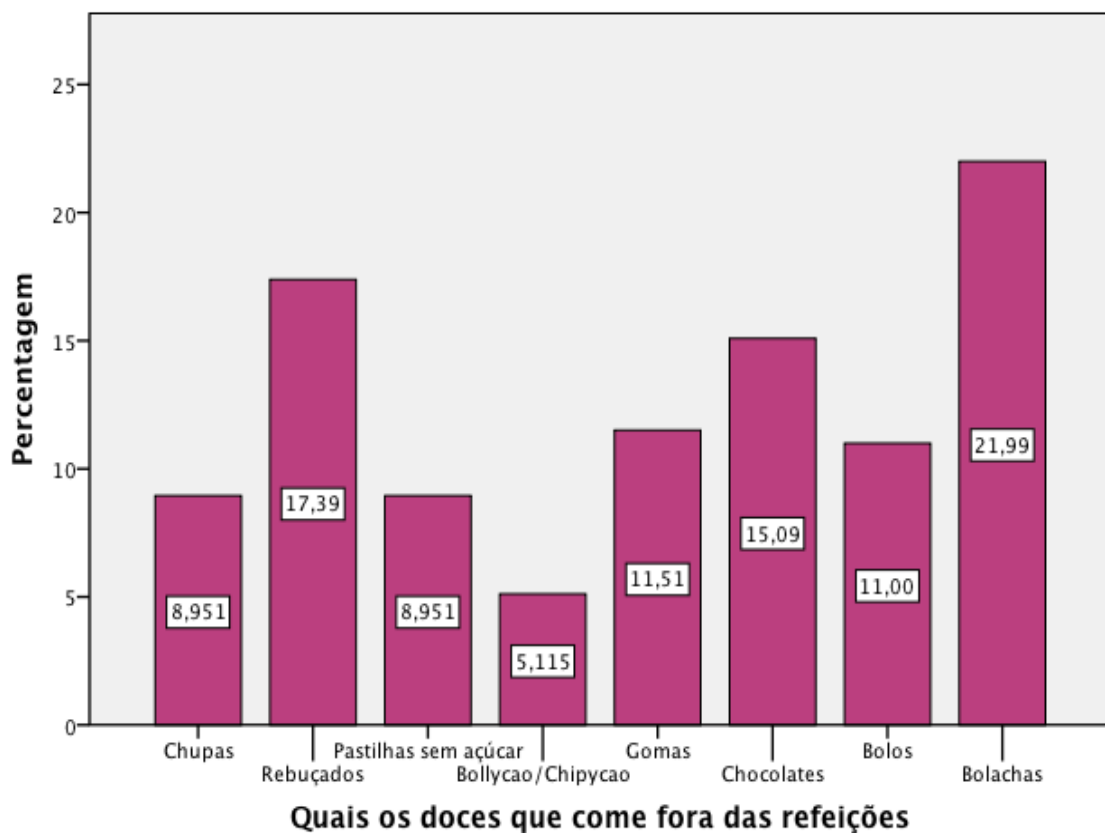


Gráfico 8 – Tipos de doces que as crianças consomem (em percentagem)

A próxima questão consiste em saber quem acompanha a criança ao médico dentista (Gráfico nº 9). Também, neste caso, poderiam ser dadas várias respostas em simultâneo. No entanto, esta questão só necessitava de ser respondida se a criança respondesse afirmativamente à questão “Costumas ir ao Dentista / Higienista Oral?”. Foram 24 as crianças que não responderam à questão.

Muitas respostas associam os acompanhantes pais com os irmão(s)/irmã(s) ou a mãe com irmão(s)/irmã(s).

A pessoa que mais vezes é marcada como acompanhante é a mãe (70 respostas – 36,5%), seguida pelos pais como casal (54 respostas – 28,1%). O avô/avó surge em 19 questionários (9,9%).

Em 4 respostas (2,1%), as crianças indicam outra pessoa como acompanhante.

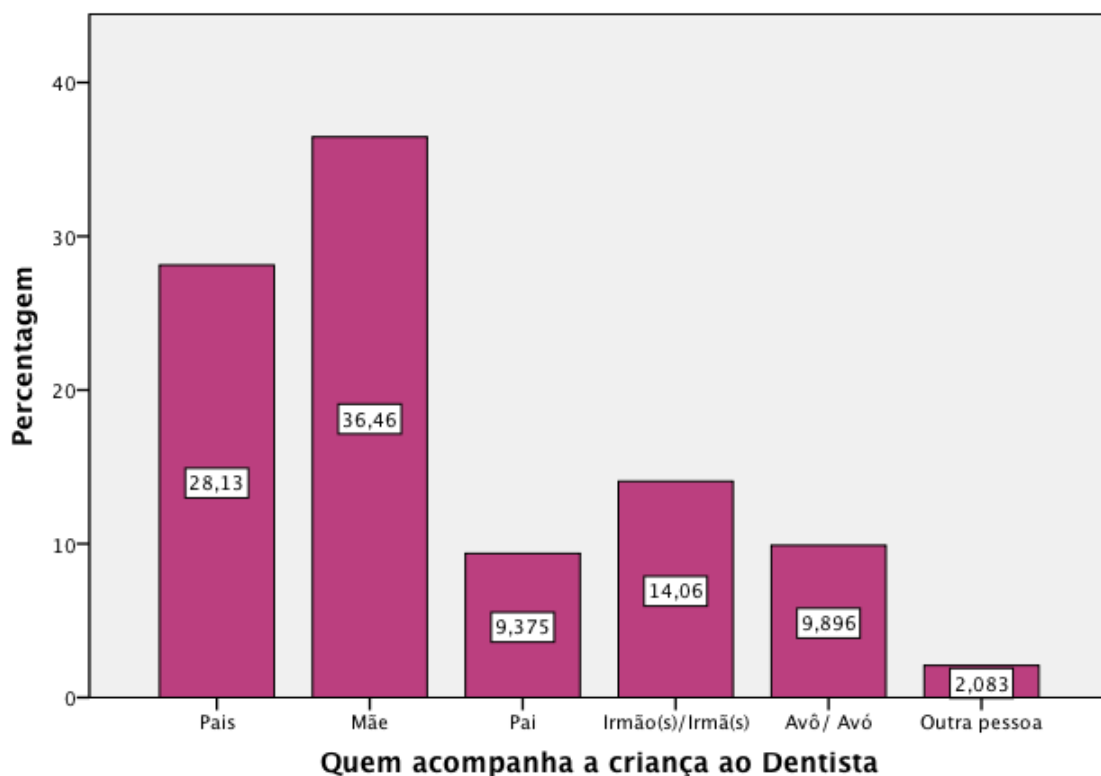


Gráfico 9 – Quais os responsáveis que acompanham a criança à consulta do dentista (em percentagem)

Quanto às perguntas do Encarregado de Educação, começamos por avaliar a pergunta “O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?” (Gráfico nº 10). Constata-se que as respostas dadas são muito equilibradas, pois 35,9% das crianças come ou bebe alguma coisa antes de dormir (56 respostas positivas), 34% indica que isso acontece apenas às vezes (53 respostas) e 30,1% afirma que as crianças não consomem nada antes de deitar (47 respostas negativas).

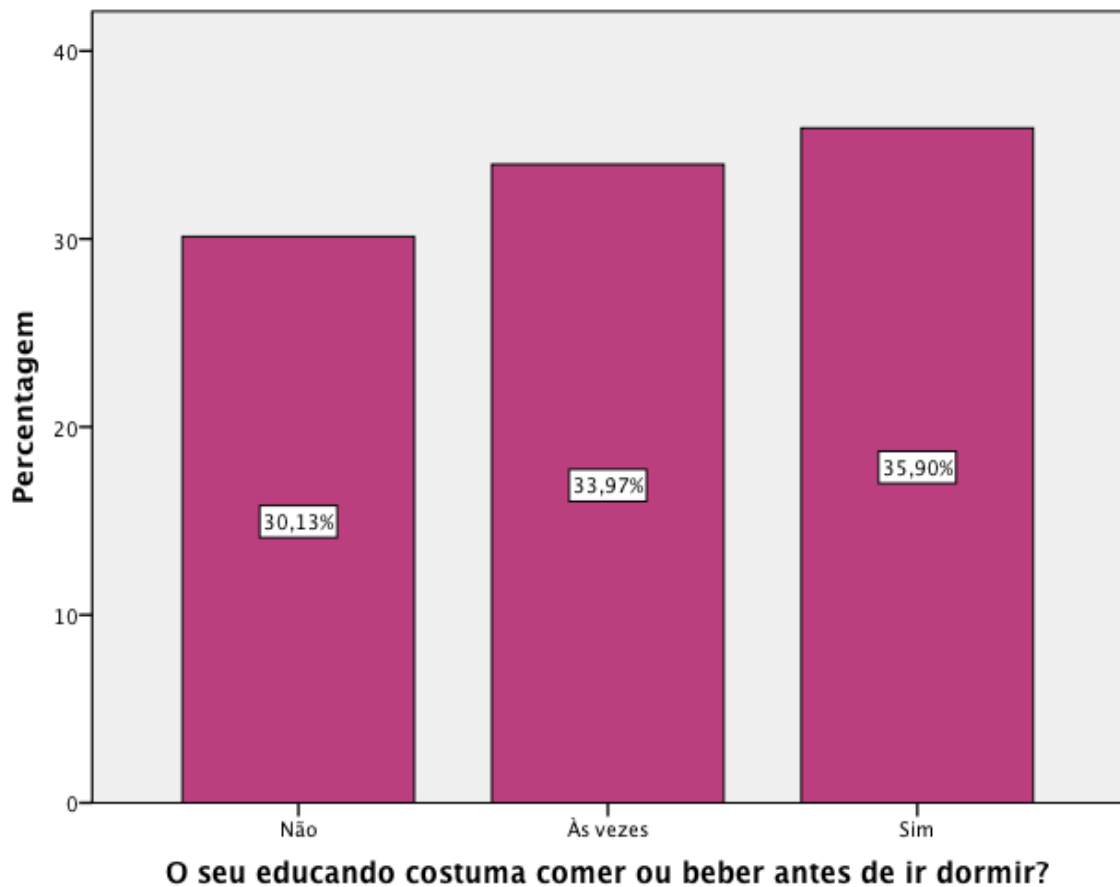


Gráfico 10 – Respostas à questão “O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?” (em percentagem)

As questões “Com que regularidade leva o seu educando a uma consulta de Dentista / Higienista Oral?” e “Quando consulta o Dentista / Higienista com o seu educando, qual a razão?” só eram respondidas pelos Encarregados de Educação quando estes davam uma resposta positiva à questão “Costuma ir com o seu educando ao Dentista / Higienista Oral?”.

Vamos centrar-nos na primeira (Gráfico nº 11), pois a segunda questão será comparada com uma pergunta realizada às crianças. Assim, na primeira questão, surgiram 26 abstenções, das quais 2 haviam assinalado que visitavam o dentista com o seu educando.

A maioria das respostas indica que o educando visita o médico dentista uma vez por ano (59 respostas – 37,8%), seguida da resposta “de 6 em 6 meses” (36 respostas – 23,1%). A opção “quando tem dores” foi escolhida em 20 questionários (12,8%). Por fim, a opção “de 3 em 3 meses” conta com 8 respostas (5,1%) e a opção “todos os meses” 7 respostas (4,5%).

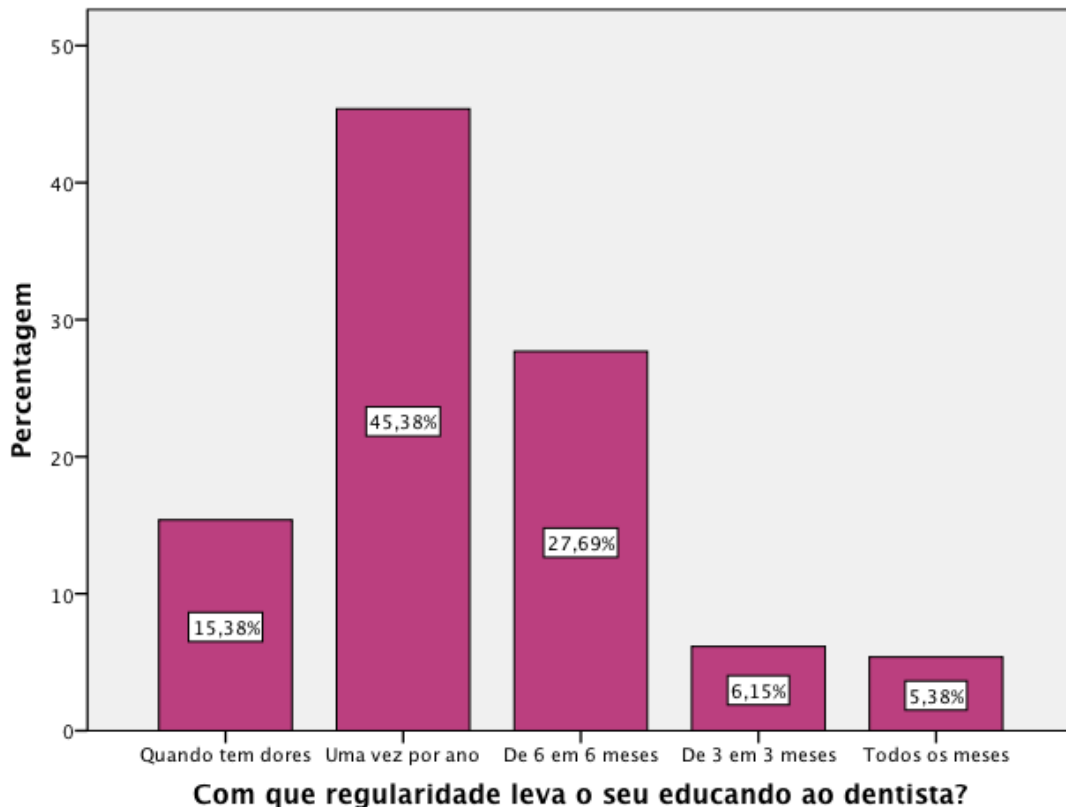


Gráfico 11 – Intervalo de tempo em que a criança visita o médico dentista (em percentagem)

Questionando os Encarregados quanto à melhor altura do dia para que a criança pudesse ingerir doces (Gráfico nº 12), a maioria de respostas dadas menciona a opção “imediatamente após as refeições” (95 respostas – 60,9%). Com 45 respostas (28,8%) surge a opção “no intervalo das refeições”, com 11 respostas (7,1%) “de manhã” e 3 respostas (1,9%) indicam, como melhor altura do dia para a ingestão de doces, “ao deitar”. Importante realçar que 2 pessoas não responderam (1,3%).

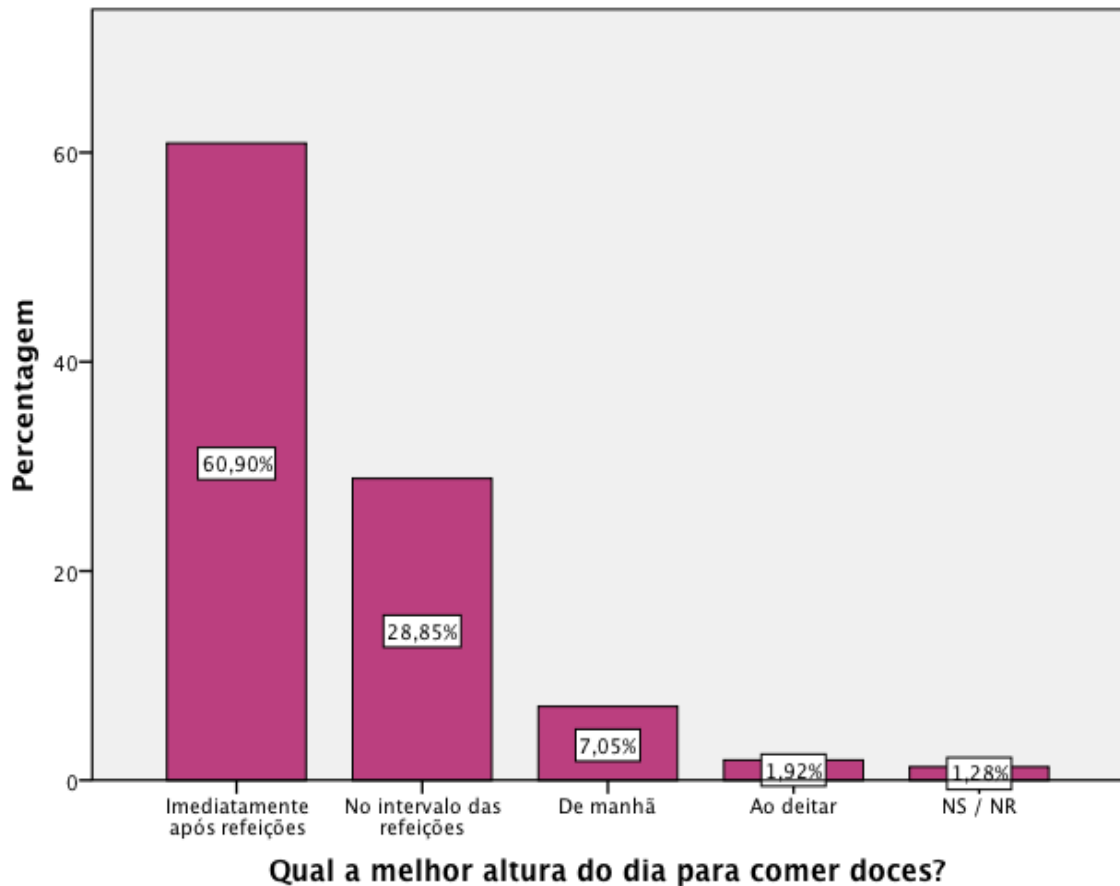


Gráfico 12 – Respostas à questão “Na sua opinião, qual a melhor altura do dia em que o seu educando pode comer doces?” (em percentagem)

Relativamente à questão “Costuma limitar ao seu educando o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições?” (Gráfico nº 13), uma grande percentagem deu uma resposta afirmativa (122 respostas – 78,2%). A opção “às vezes” foi escolhida por 30 pessoas (19,2%) e uma resposta negativa foi dada por 4 Encarregados de Educação (2,6%).

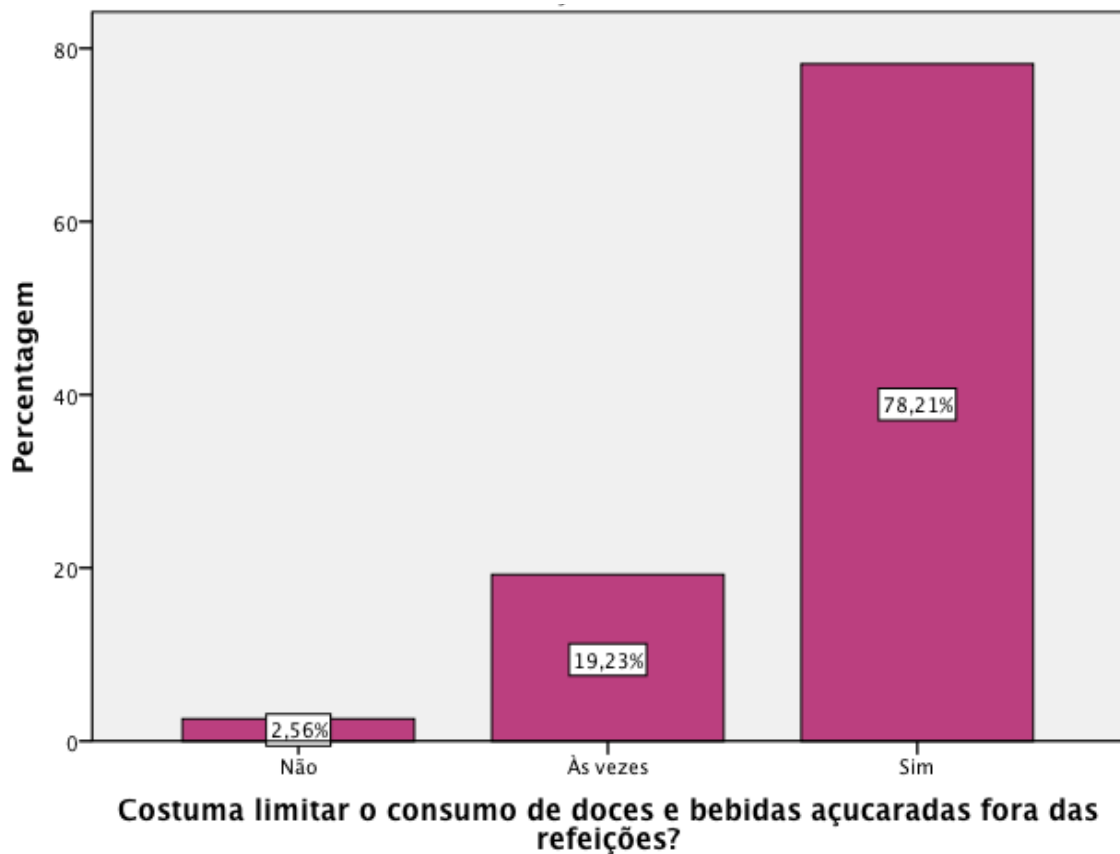


Gráfico 13 – Respostas à questão “Costuma limitar ao seu educando o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições?” (em percentagem)

Por último, em relação à questão “Acha importante que os adultos ajudem as crianças na sua higiene oral?” (Gráfico nº 14), apenas uma pessoa indicou a opção “Não sei” (0,6%), sendo a esmagadora maioria das respostas (155) “Sim” (99,4%).

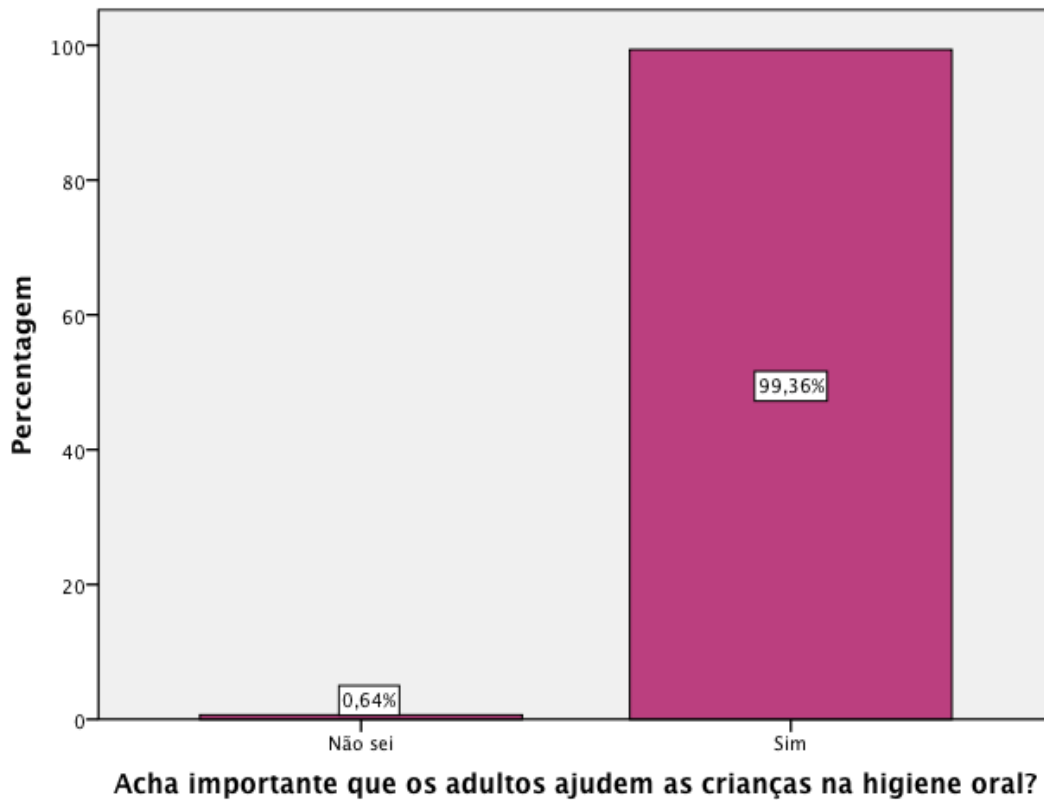


Gráfico 14 – Considerações sobre a importância de ajudar as crianças com a higiene oral (em percentagem)

Na primeira questão “Quantas vezes por dia escovas os dentes?” (Tabela nº 5 e Gráfico nº 15), os resultados são significativamente diferentes dos resultados da questão “Quantas vezes o seu educando escova os dentes?” (valor p é inferior a 0,05).

Tabela 5 – Dados comparativos das respostas das crianças e responsáveis à questão “Quantas vezes por dia escova os dentes?”

Quantas vezes por dia escova os dentes?	Criança		Responsáveis	
	n	%	n	%
Não escova / Raramente escova	6	3,8	2	1,3
Uma vez por dia	38	24,4	37	23,7
Duas vezes por dia	58	37,2	99	63,5
Mais de duas vezes por dia	54	34,6	18	11,5
Total	156	100	156	100
$p < 0,05$				

A opção “mais de duas vezes por dia” foi escolhida por 54 crianças (34,6%), enquanto os Encarregados só escolheram esta opção para 18 crianças (11,5%).

A opção “duas vezes por dia” foi a mais escolhida nos dois questionários, apesar de apresentarem diferenças, pois apenas 58 crianças (37,2%) escolheram esta opção contra 99 responsáveis (63,5%).

“Uma vez por dia” foi respondida por 38 crianças (24,4%) e 37 Encarregados de Educação (23,7%).

A opção “não escovar ou raramente escovar” foi marcada por 6 crianças (3,8%), enquanto apenas 2 responsáveis (1,3%) a selecionaram.

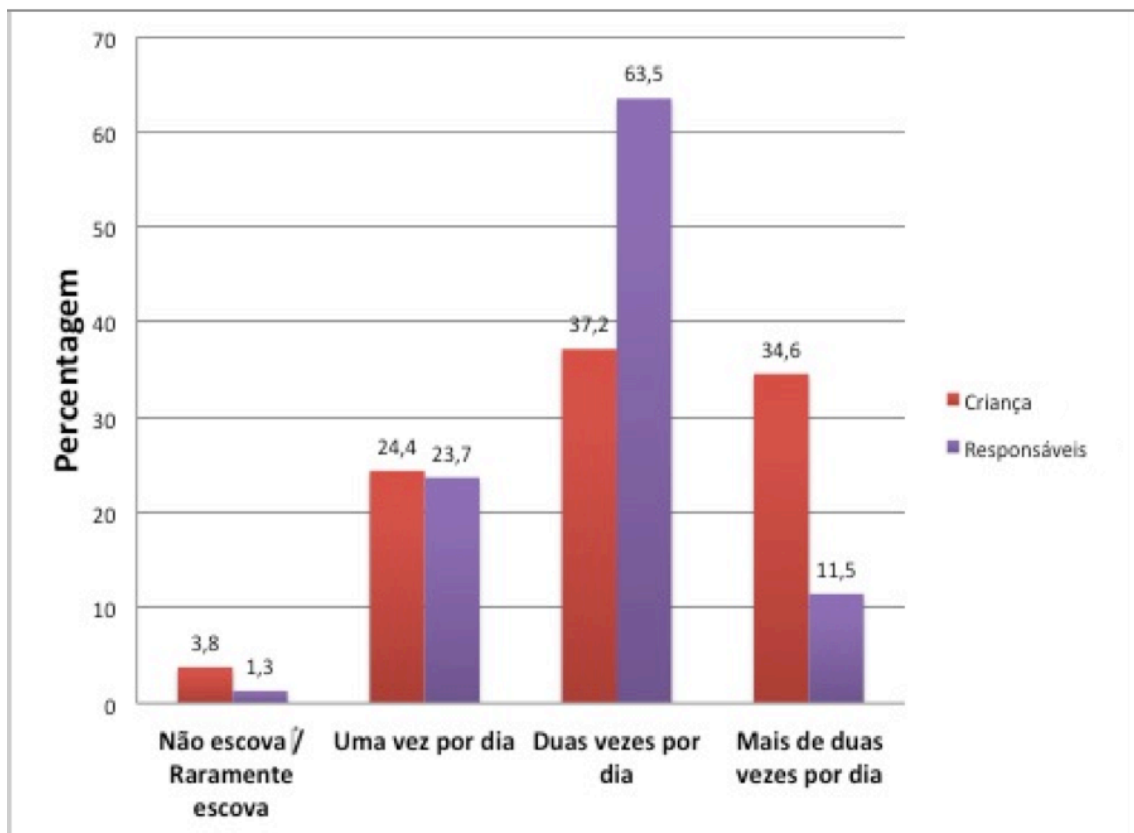


Gráfico 15 – Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Quantas vezes por dia escova os dentes?” (em percentagem)

As questões “Costumas ter ajuda a escovar os dentes?” e “Costuma ajudar o seu educando a escovar os dentes?” são significativamente diferentes. (Tabela 6 e Gráfico 16)

Tabela 6 - Dados comparativos das respostas das crianças e responsáveis à questão
“Costuma ajudar a escovar os dentes?”

Costuma existir ajuda a escovar os dentes?	Criança		Responsáveis	
	n	%	n	%
Não	136	87,2	48	30,8
Às vezes	16	10,3	79	50,6
Sim	4	2,6	29	18,6
Total	156	100	156	100
	p < 0,05			

136 crianças (87,2%) indicam que não obtêm qualquer ajuda por parte dos seus responsáveis, enquanto apenas 48 Encarregados de Educação (30,8%) dizem não ajudar as crianças a escovar os dentes.

A opção “às vezes” foi escolhida por 16 crianças (10,3%) e os seus responsáveis deram esta resposta em 79 questionários (50,6%).

Uma resposta afirmativa foi dada por apenas 4 crianças (2,6%), enquanto 29 responsáveis indicaram ajudar os seus educandos a escovar os dentes (18,6%).

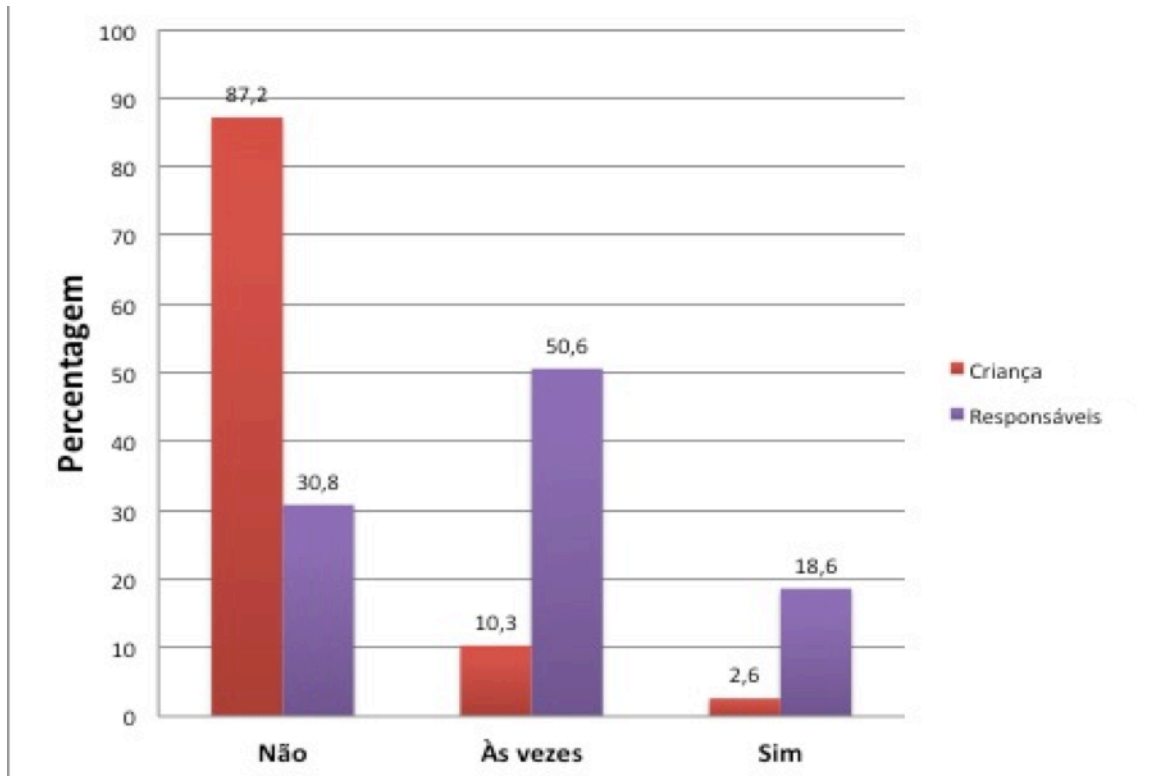


Gráfico 16 - Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Costuma ajudar a escovar os dentes?” (em percentagem)

Nas questões “Quem toma conta de ti vai verificar se escovas os dentes?” e “Costuma verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados?” (Tabela nº 7 e Gráfico nº 17), existe um valor de p inferior a 0,05, valor esse que nos permite concluir que existem diferenças nas respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação.

Tabela 7 - Dados comparativos das respostas das crianças e responsáveis à questão “Costuma verificar se escova os dentes?”

Costuma verificar se escovou os dentes?	Criança		Responsáveis	
	n	%	n	%
Não	29	18,6	9	5,8
Às vezes	45	28,8	71	45,5
Sim	82	52,6	76	48,7
Total	156	100	156	100
$p < 0,05$				

A resposta “não” é dada por 29 crianças (18,6%), enquanto 9 responsáveis (5,8%) dizem não verificar se a criança escova os dentes.

A opção “às vezes” apresenta 45 respostas (28,8%) por parte das crianças e 71 respostas (45,5%) dos adultos.

A resposta “sim” é a que mais vezes é dada. 82 crianças (52,6%) indicam que os responsáveis verificam se elas escovam bem os dentes e 76 Encarregados de Educação (48,7%) dão a mesma resposta.

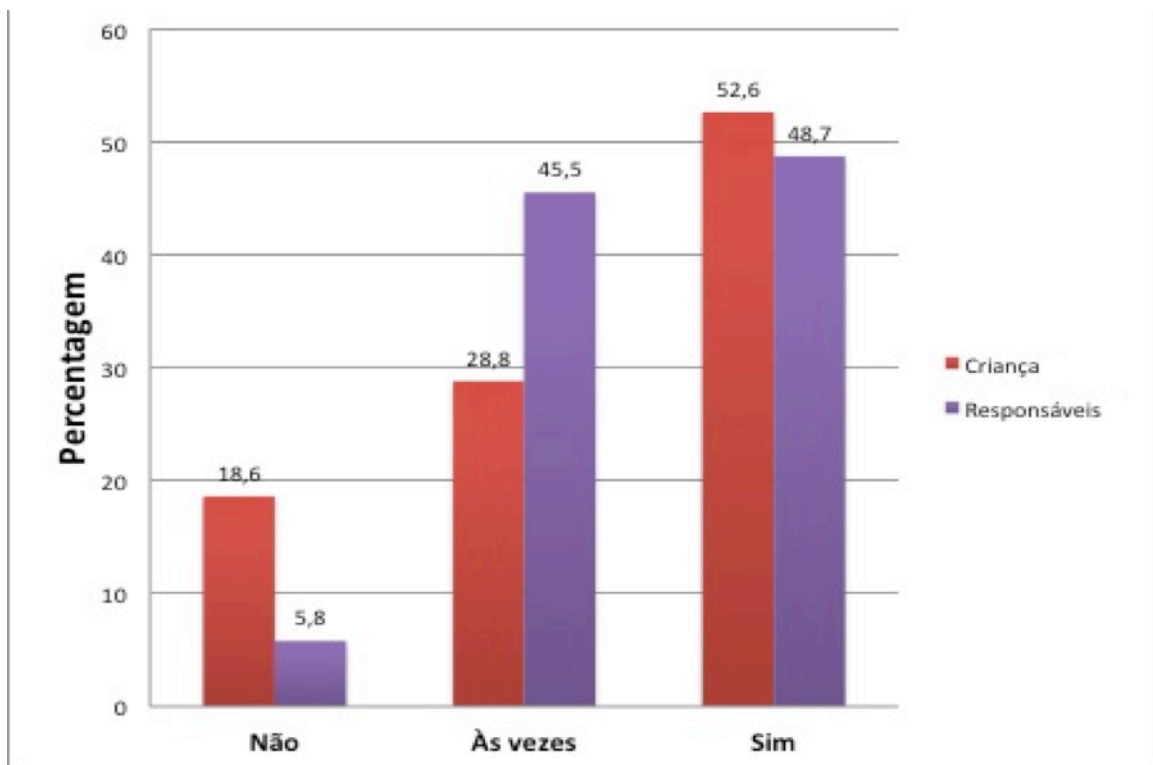


Gráfico 17 - Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Costuma verificar se escova os dentes?” (em percentagem)

Nas questões sobre os produtos que a criança utiliza para além da pasta e da escova (Gráfico nº 18), as diferenças não são significativas (valor de $p > 0,05$). Apresentam-se de seguida os resultados. É importante salientar que todas as associações de respostas, que englobavam mais do que um produto, foram agrupadas na opção “outras respostas”.

52 crianças (33,3%) e 57 responsáveis (36,5%) indicam que as crianças só utilizam a escova e a pasta dentífrica.

A opção “fio dentário” foi assinalada por 16 crianças (10,3%) e 9 adultos (5,8%).

A utilização de um líquido para bochechar foi a opção mais escolhida. 65 crianças (41,7%) e 66 responsáveis (42,3%) assinalaram este produto de higiene oral.

O uso de comprimidos de flúor foi relatado por 8 crianças e 8 adultos (5,1%).

A associação de vários produtos (na sua maioria fio dentário e líquido para bochechar) foi assinalada por 15 crianças (9,6%) e 8 Encarregados de Educação (10,3%).

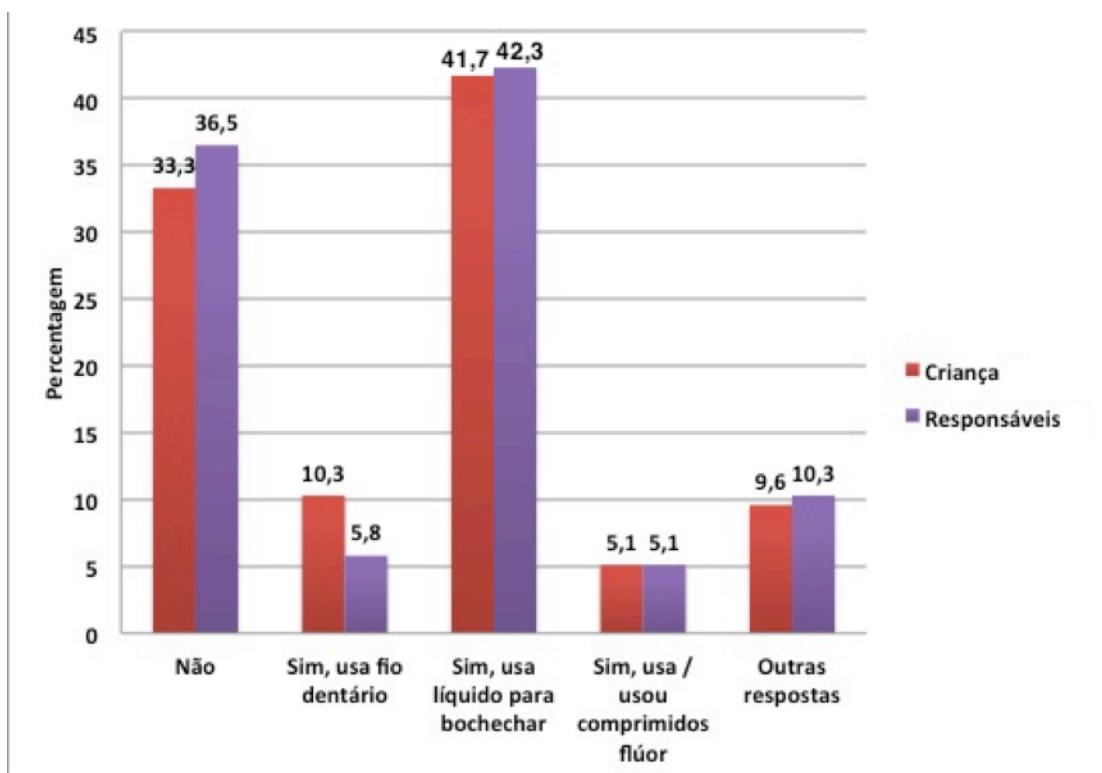


Gráfico 18 – Produtos de higiene oral utilizados pela criança – respostas das crianças e Encarregados de Educação (em percentagem)

Relativamente à questão anterior, e especificando o uso do fio dentário (Tabela nº 8 e Gráfico nº 19), obtiveram-se as seguintes respostas, com diferenças significativas entre elas.

Tabela 8 – Dados referentes à utilização do fio dentário (respostas das crianças e responsáveis)

Se usa fio dentário, quantas vezes o faz?	Criança		Responsáveis	
	n	%	n	%
Só às vezes	40	25,6	49	31,4
Uma vez por semana	4	2,6	3	1,9
Uma vez por dia ou mais	24	15,4	7	4,5
Não usa	88	56,4	97	62,2
Total	156	100	156	100
	p < 0,05			

Importante referir que foi necessário agrupar as opções “uma vez por dia” e “mais de uma vez por dia”, pois 4 crianças referiram a opção “mais de uma vez por dia”, enquanto nenhum dos responsáveis o fez. É de notar também que muitas crianças (38) mencionaram utilizar o fio dentário, embora não o tenham assinalado na pergunta anterior.

Assinalaram a opção “só às vezes” 40 crianças (25,6%) e 49 adultos (31,4%).

A opção “uma vez por semana” é a que tem um menor número de respostas – 4 crianças (2,6%) e 3 responsáveis (1,9%).

24 crianças (15,4%) afirmam que utilizam o fio dentário uma vez por dia ou mais, enquanto apenas 7 adultos dão essa resposta (4,5%).

88 crianças (56,4%) e 97 Encarregados de Educação (62,2%) não assinalaram qualquer resposta, o que significa que não utilizam o fio dentário.

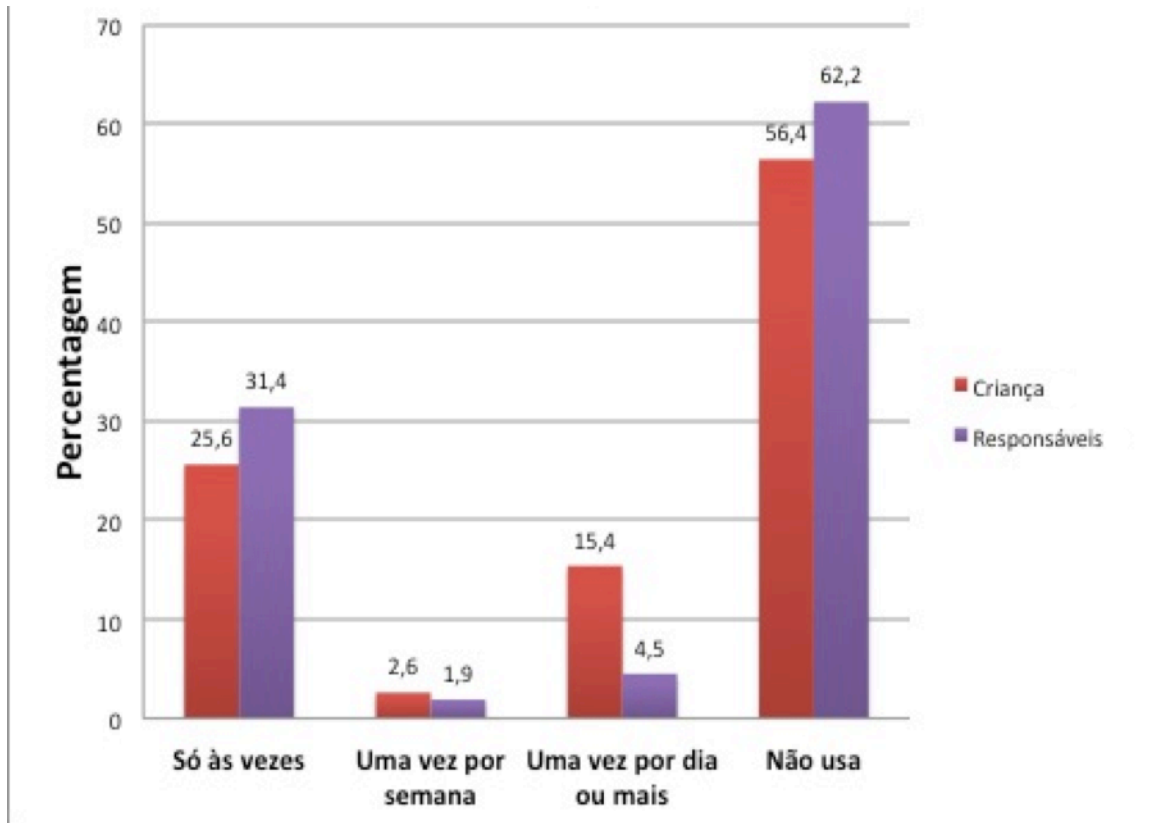


Gráfico 19 - Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Se usa fio dentário, quantas vezes o faz?” (em percentagem)

A pergunta “Costumas comer doces?” efetuada às crianças não é possível de ser comparada à pergunta “O seu educando costuma comer doces?”, pois na criança existe a opção de resposta “Às vezes” enquanto que para o Encarregado de Educação essa opção não existe, podendo dar apenas uma resposta afirmativa ou positiva. Apresentar-se-ão, de seguida, somente as frequências observadas (Gráfico nº 20).

A grande maioria das crianças indica que consome doces às vezes (122 crianças – 78,2%), seguido de uma resposta positiva por parte de 25 crianças (16%). Apenas 9 crianças (5,8%) dizem não consumir doces.

Já os responsáveis pelas crianças indicam, quase em uníssono, que as suas crianças consomem doces (151 responsáveis – 96,8%). Apenas 5 (3,2%) afirmam que os educandos não costumam comer doces.

No entanto, existe uma concordância nas respostas, pois apenas 9 crianças e 5 Encarregados de Educação indicam não existir um consumo de doces frequente por parte das crianças. A grande maioria confirma o consumo de doces (96,8% dos responsáveis e 94,2% das crianças).

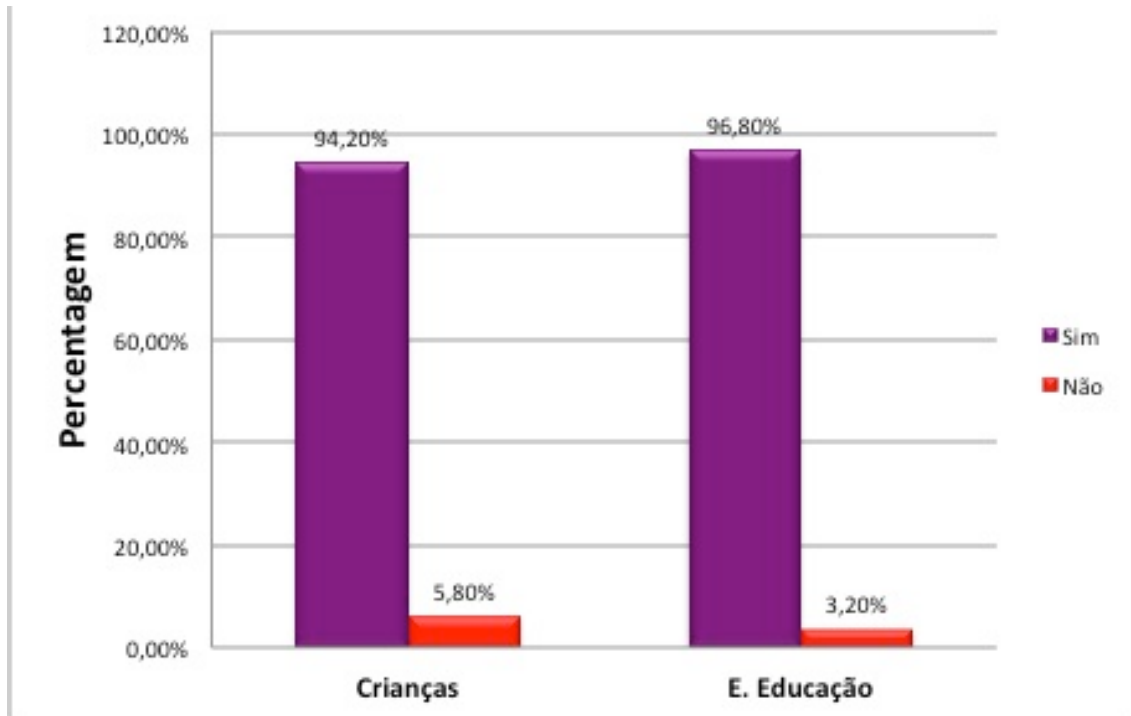


Gráfico 20 – Comparação das respostas dadas por crianças e responsáveis à questão “Consome doces?” (em percentagem)

Para as questões “Quantas vezes comes doces?” e “Quantas vezes o seu educando come doces?”, existem diferenças significativas (Gráfico nº 21). É ainda importante realçar que 1 criança e 1 responsável não responderam.

A resposta “raramente” foi dada por 30 crianças (19,2%) e por 12 adultos (7,7%).

80 crianças (51,3%) afirmaram que consomem doces “poucas vezes” e 90 responsáveis (57,7%) corroboram a informação.

Os doces são ingeridos “uma vez por dia” por 25 crianças (16%); no entanto, esta resposta é dada por 45 responsáveis (28,8%).

A opção “duas vezes ao dia” foi assinalada por 12 crianças (7,7%) contra 4 respostas dos responsáveis (2,6%).

As respostas de 8 crianças (5,1%) indicam consumir doces “mais de duas vezes ao dia” e metade dos Encarregados de Educação indicam o mesmo (4 – 2,6%).

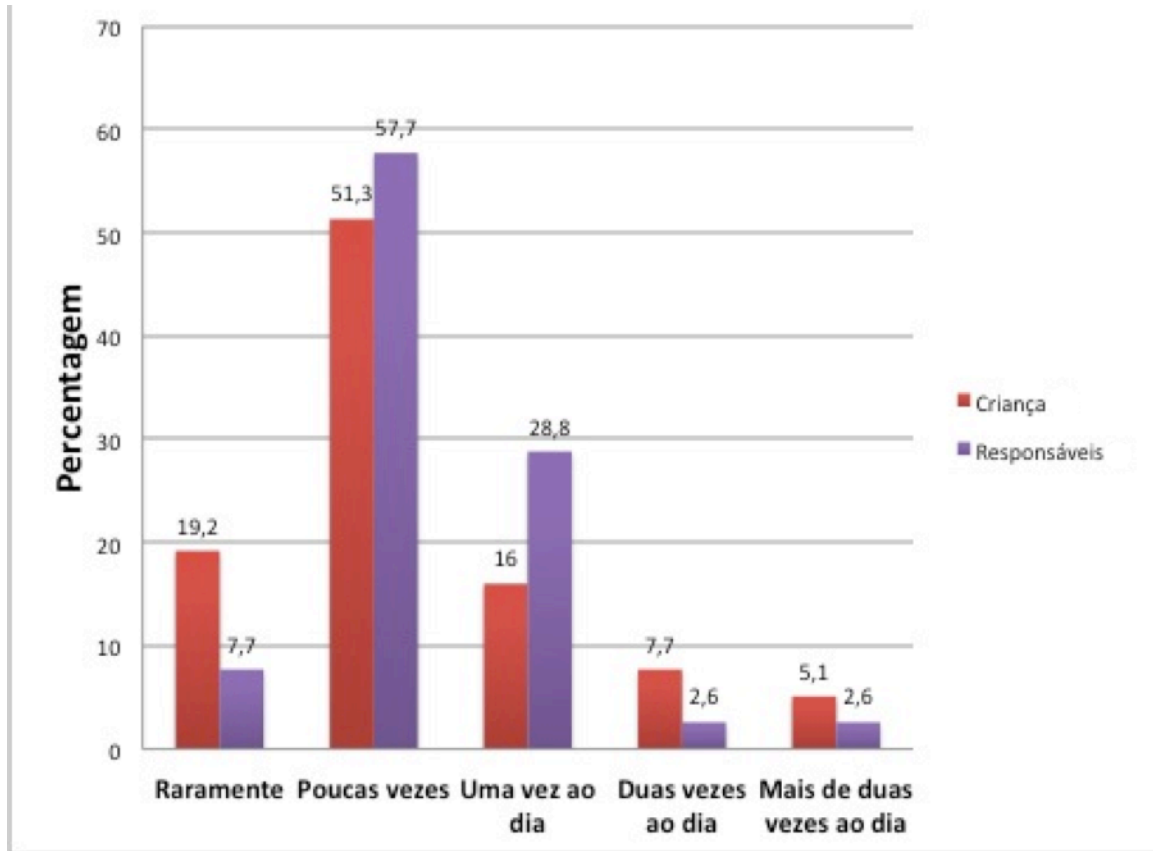


Gráfico 21 - Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Quantas vezes come doces?” (em percentagem)

Quando se questiona sobre a existência de algum “dente estragado” ou dente cariado (Gráfico nº 22), existem diferenças significativas entre as respostas dadas pelas crianças e pelos seus Encarregados de Educação.

Uma resposta negativa em relação à presença de dentes estragados foi dada por 59 crianças (37,8%) e 60 responsáveis (38,5%).

Em 23 crianças (14,7%) indicaram não saber se teriam ou haviam tido algum dente estragado contra 3 Encarregados de Educação (1,9%).

A existência de dentes estragados foi confirmada por 74 crianças (47,4%) e por 93 dos seus responsáveis. (59,6%).

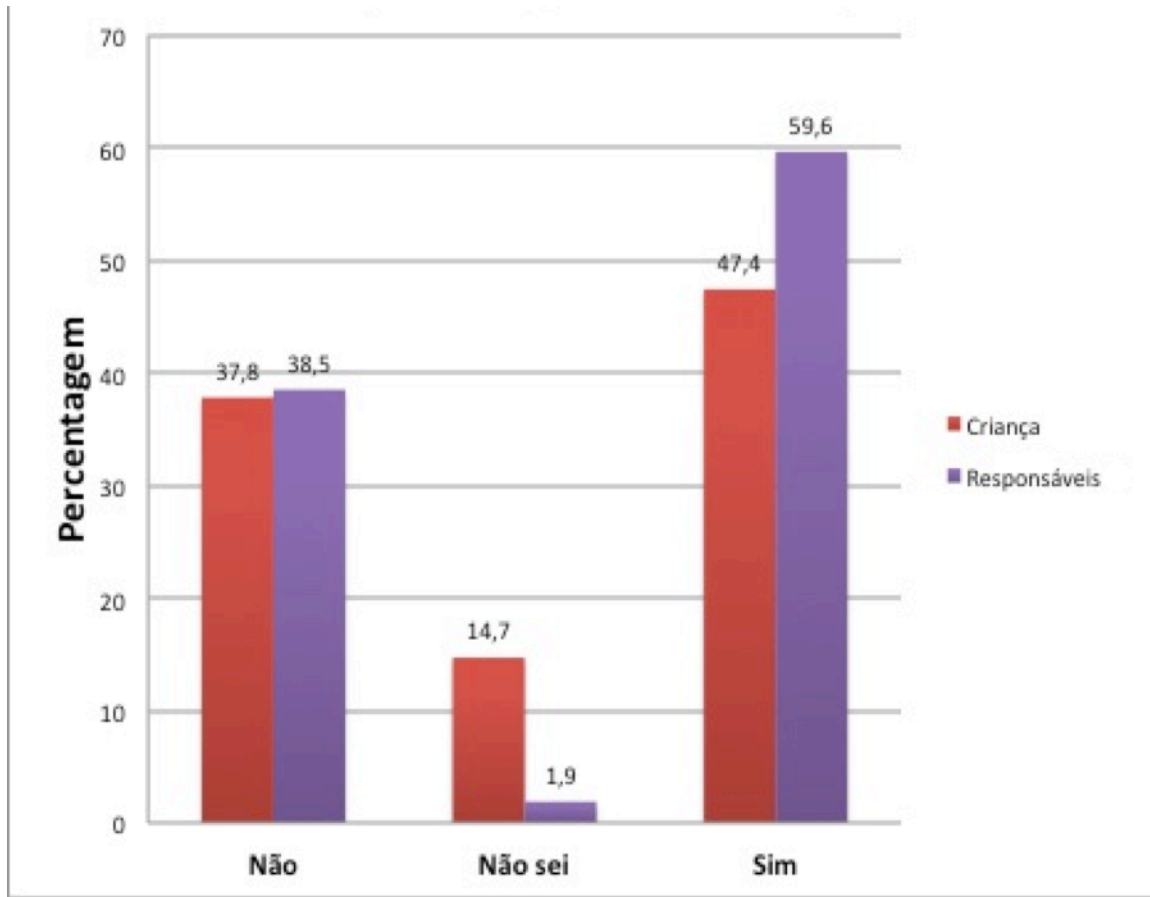


Gráfico 22 - Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Tem ou já teve algum dente estragado?” (em percentagem)

De seguida comparam-se as questões “Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar costumas depois escovar os dentes?” e “Quando o seu educando come ou bebe antes de ir dormir costuma depois escovar os dentes?” (Gráfico nº 23).

Na próxima comparação de respostas é necessário ter em conta que as abordagens das questões foram diferentes, pois no questionário dos Encarregados de Educação estes só respondiam se tivessem respondido afirmativamente à anterior questão “O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?”. Já a pergunta do questionário das crianças não é condicionada.

Os resultados dos dois questionários não é significativamente diferente ($p>0,05$). Mesmo assim, serão apresentados os resultados para consulta.

É importante referir que 47 adultos não responderam a esta questão por terem dado uma resposta negativa na pergunta “O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?” e 1 adulto também não respondeu, apesar de responder afirmativamente à mesma. Uma criança também não respondeu à questão.

A resposta “Não” é dada por 22 crianças (14,1%) e 20 adultos (12,8%), enquanto a resposta “Sim, sempre” contabiliza 67 respostas (42,9%) por parte das crianças e 46 respostas (29,5%) por parte dos responsáveis.

A opção “às vezes” surge em 66 questionários de crianças (42,3%) e 42 questionários dos responsáveis (26,9%).

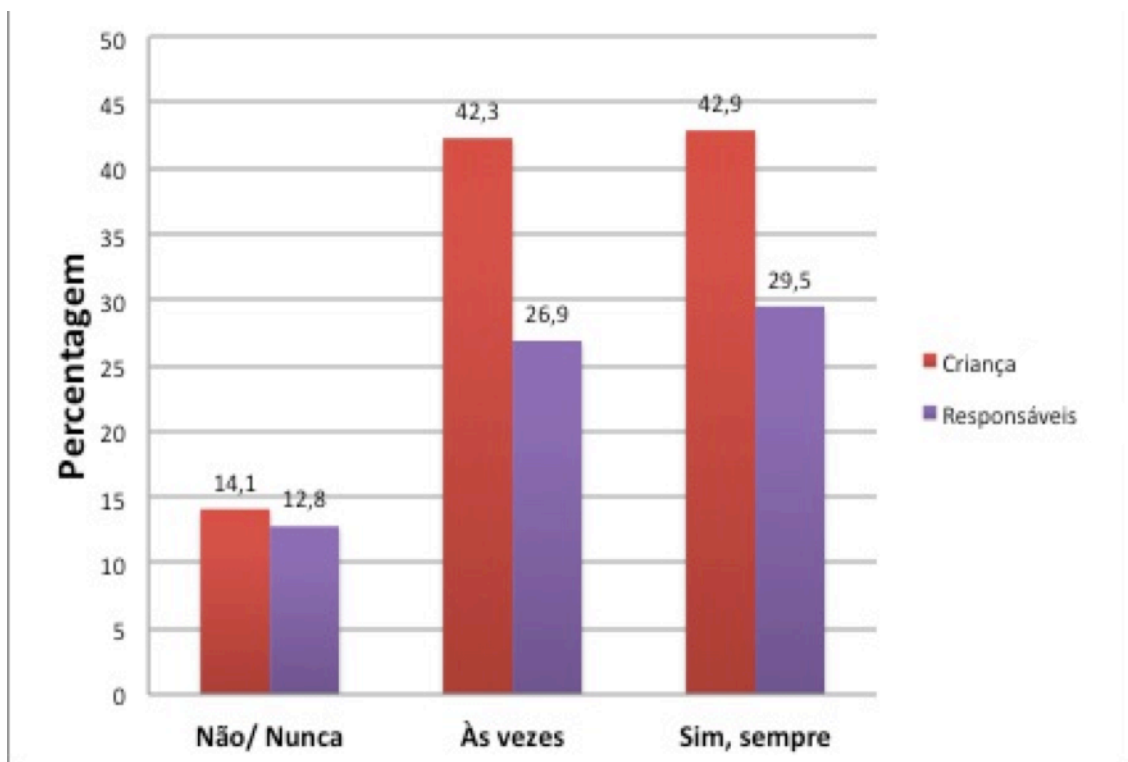


Gráfico 23 - Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Quando come ou bebe antes de dormir, costuma depois escovar os dentes?” (em percentagem)

As questões “Costumas ir ao Dentista / Higienista Oral?” e “Costuma ir com o seu educando ao Dentista / Higienista Oral?” serão comparadas de seguida (Gráfico nº 24).

Não há qualquer diferença entre os resultados das crianças e Encarregados de Educação. As respostas são coincidentes.

Em 24 crianças e 24 responsáveis (15,4%) responderam negativamente quando questionados das visitas a um profissional dentário, enquanto 132 crianças e responsáveis (84,6%) afirmam visitar um dentista ou higienista oral.

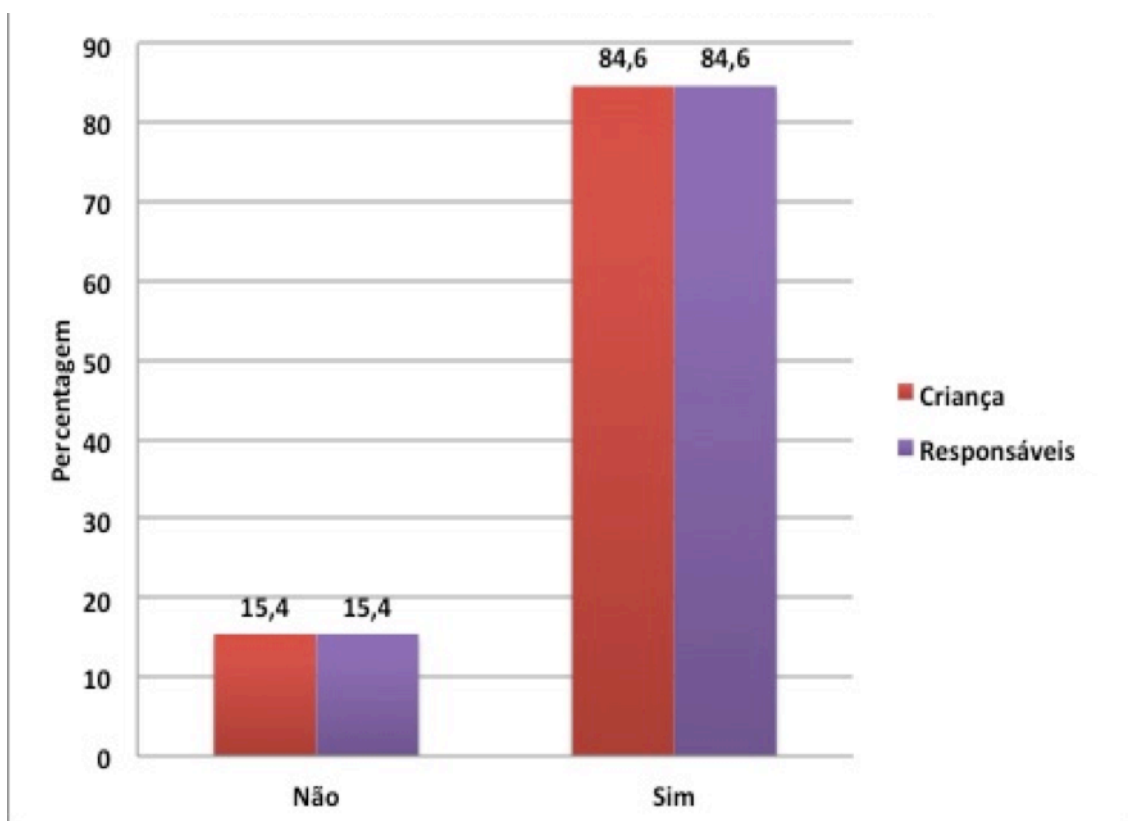


Gráfico 24 - Comparação das respostas dadas por crianças e Encarregados de Educação à questão “Costuma ir ao Dentista/Higienista Oral?” (em percentagem)

Com as questões “Quando vais ao Dentista / Higienista o que costumás fazer?” e “Quando consulta o Dentista / Higienista com o seu educando, qual a razão?” não é possível realizar o teste estatístico de comparação porque as respostas são muito diferentes entre questionários.

No entanto, é importante apresentar os resultados, para ser possível ter uma ideia das atitudes em saúde oral das crianças e seus responsáveis.

Na pergunta das crianças (Gráfico nº 25), dava-se a possibilidade de responderem a mais do que uma opção (daí resultaram 225 respostas).

A maioria das respostas contemplam a opção “Tratar dentes” (38,2%), seguida da “limpeza / destartarização” (23,1%) e dos “selantes” (12,9%). A resposta “tirar dentes” foi escolhida em 12,4% e o “flúor” em 7,6% dos questionários realizados pelas crianças.

Na questão dos responsáveis (Gráfico nº 26), a indicação para escolher mais do que uma opção não era dada, apesar de 7 pessoas terem assinalado as razões da visita ao dentista como uma associação entre a vigilância de saúde oral e o tratamento das dores dentárias.

A maioria dos Encarregados de Educação assinalou, como razão de visita ao profissional dentário, a vigilância da saúde oral (59,6%), seguida das “dores de dentes (cáries)” (16,7%). A opção “aparelho ortodôntico” foi escolhida por dois pais (1,3%).

Indicaram outras razões de visita ao dentista 4 Encarregados de Educação: 2 responsáveis escreveram “tratar”, 1 respondeu “abcesso” e outro respondeu “problemas nos molares”.

É de notar que existem 24 crianças e 24 responsáveis que não responderam, pois estas perguntas eram condicionadas pela questão “Costuma ir ao dentista?”.

De seguida, são expostas as percentagens de cada resposta dada, quer por crianças quer pelos seus responsáveis.

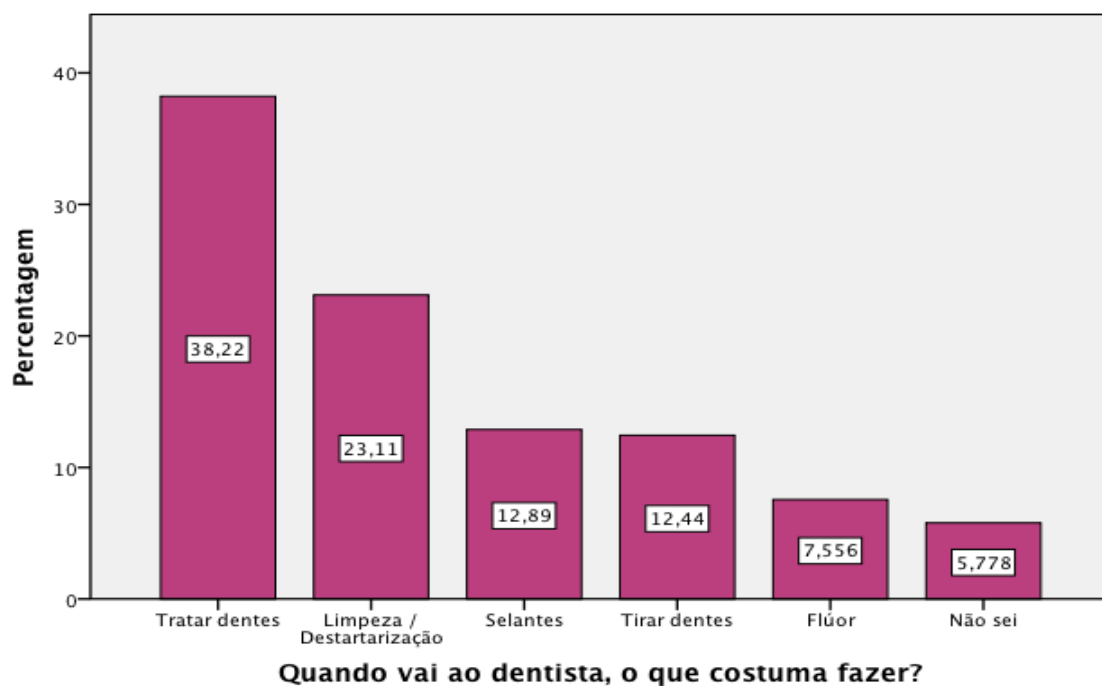


Gráfico 25 – Tratamentos que as crianças costumam realizar no dentista (em percentagem)

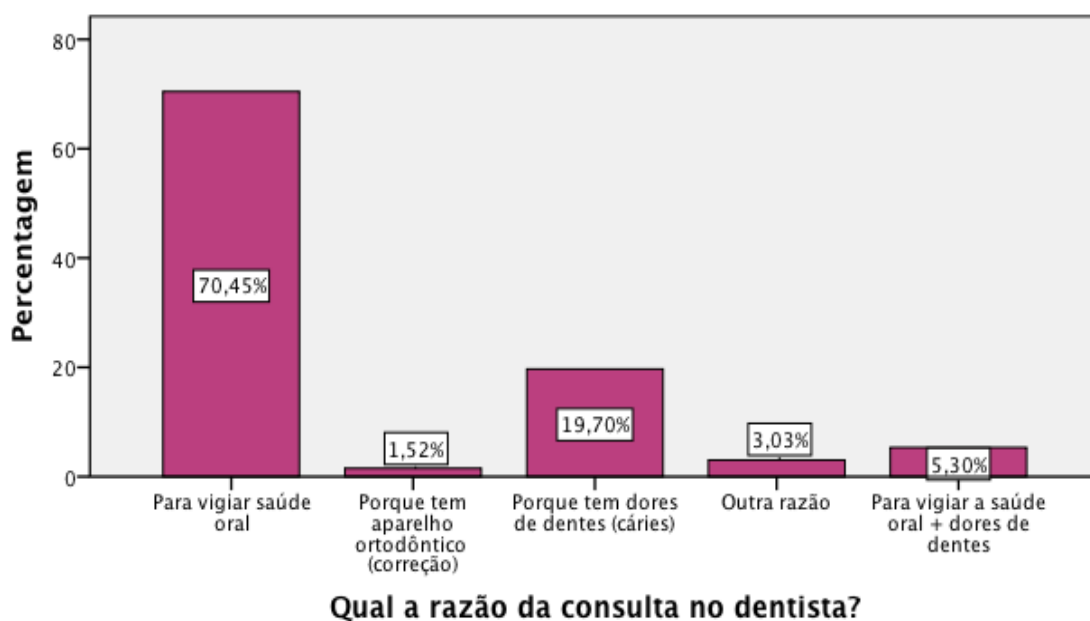


Gráfico 26 – Razões que os responsáveis referem como motivos para levar a criança ao médico dentista (em percentagem)

Apesar das respostas serem diferentes, há possibilidade de “agrupar” as mesmas quanto ao tipo de procedimento realizado no dentista. Por exemplo, as respostas das crianças

“tratar dentes”, “limpeza/destartarização” e “tirar dentes” podem ser considerados procedimentos de tratamento (com a doença já instalada na cavidade oral). Também podemos considerar como procedimentos de tratamento as respostas “tem dores de dentes (cáries)” e “tem aparelho ortodôntico” dadas pelos responsáveis das crianças. De notar que os responsáveis que responderam “outra razão” podem também ser introduzidos nos procedimentos de tratamento.

Já as respostas “selantes” e “flúor” dadas pelas crianças podem ser comparadas com a resposta “vigiar a saúde oral” dada pelos Encarregados de Educação, e incluídas em procedimentos de prevenção.

Assim, as crianças dirigem-se ao profissional de saúde por necessidades de tratamento em 73,7% das respostas (soma das percentagens das respostas “tratar dentes”, “limpeza/destartarização” e “tirar dentes”), enquanto os responsáveis indicam tratamento em 25,1 % das respostas.

Em relação à prevenção, os responsáveis indicam a vigilância da saúde oral como causa para a maioria das vezes que levam a criança ao dentista (59,6%), enquanto as crianças apenas indicam motivos de prevenção em 20,5% das respostas dadas (selantes e flúor).

Importante referir que 13 crianças (5,8%) não sabem a razão pela qual vão ao dentista / higienista oral.

As duas últimas questões estão relacionadas com os conhecimentos sobre saúde oral. Nestas questões não é possível realizar um teste estatístico de hipóteses, pois as perguntas direcionadas às crianças são de resposta aberta e as dos seus responsáveis são de múltipla resposta. No entanto, será realizada uma análise descritiva.

Em relação às perguntas “Na tua opinião, o que provoca a cárie dentária?” e “Na sua opinião, quais os fatores que causam cárie dentária?” serão apresentados os resultados de seguida.

Analisando todas as respostas dadas pelas crianças (Gráfico nº 27), a autora conseguiu agrupar as respostas por 3 grupos, sendo eles, “Consumo de doces”, “Má higiene oral” e “Não visitar o dentista”, seguido de associações destes anteriores.

As crianças respondiam de forma consistente afirmações como :

- ***“Não escovar os dentes e comer muitos doces”***
- ***“Comer muitas guloseimas e não lavar os dentes”***
- ***“Porque como muitos rebuçados e não vou ao dentista”***
- ***(...)***

Foi dada a orientação no questionário de que, se não soubessem responder, escrevessem “Não sei” para ser mais fácil perceber o motivo da ausência de resposta.

Observa-se um maior número de respostas dadas com a associação “Consumo de doces” e “Má higiene oral” (69 respostas – 44,2%). Em 28 crianças indicam o consumo de doces por si só como a causa de cárie (17,9%); Já para 4 crianças a má higiene oral ou o “não escovar os dentes” (2,6%) e 2 crianças afirmam que a causa de cárie é devida à má higiene oral juntamente com a ausência de visitas ao dentista (1,3%).

De notar que são 53 as crianças que dizem não saber os fatores que causam a cárie dentária (34%).

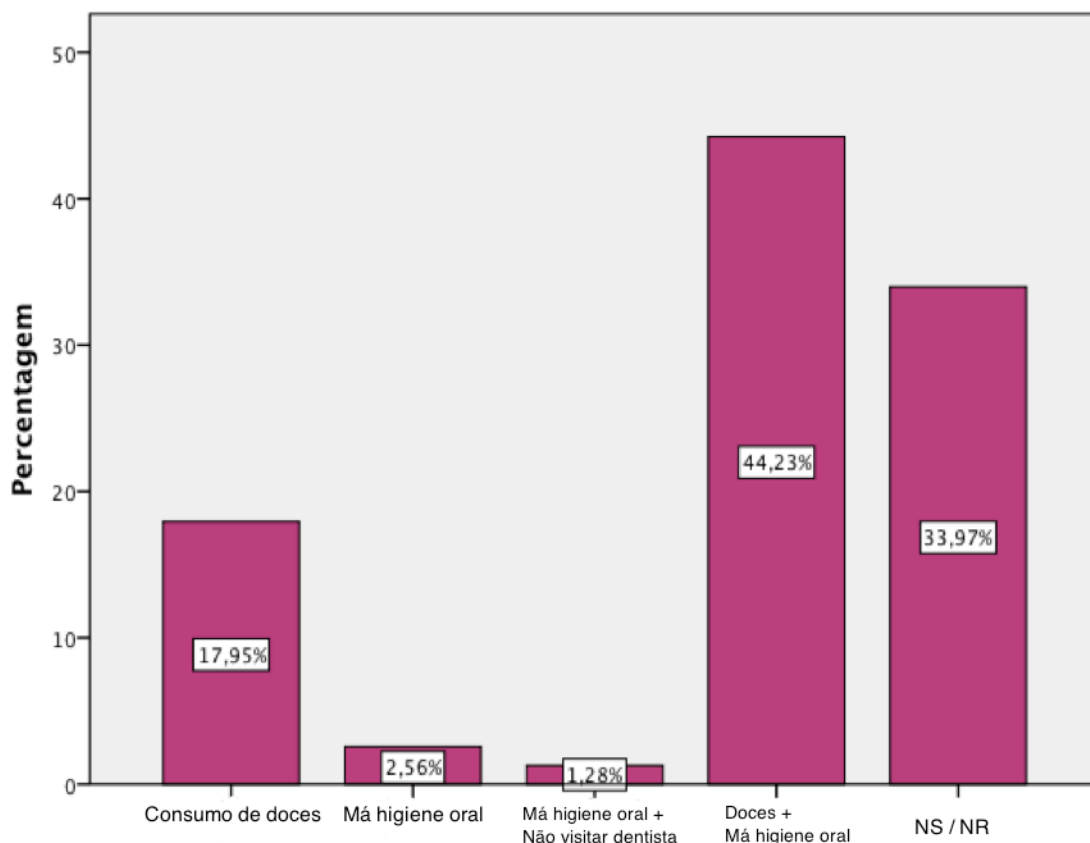


Gráfico 27 – Causas da cárie dentária (respostas das crianças em percentagem)

Já no questionário dos Encarregados de Educação (Gráfico n° 28), estes tinham 5 opções de resposta, podendo associar as opções que achassem pertinentes. O resultado de respostas apresenta um total de 302.

As “Bactérias” foram a causa para a cárie dentária escolhida por 101 responsáveis (33,4% de respostas); “açúcar e doces à refeição” apresenta 73 respostas (24,2%) e “hereditariedade” foi apontada em 11 questionários (3,6%).

As “guloseimas fora das refeições” é a opção que surge com mais escolha por parte dos Encarregados (109 respostas – 36,1%).

De notar que 8 responsáveis dizem não saber qual a causa da doença cárie (2,6%).

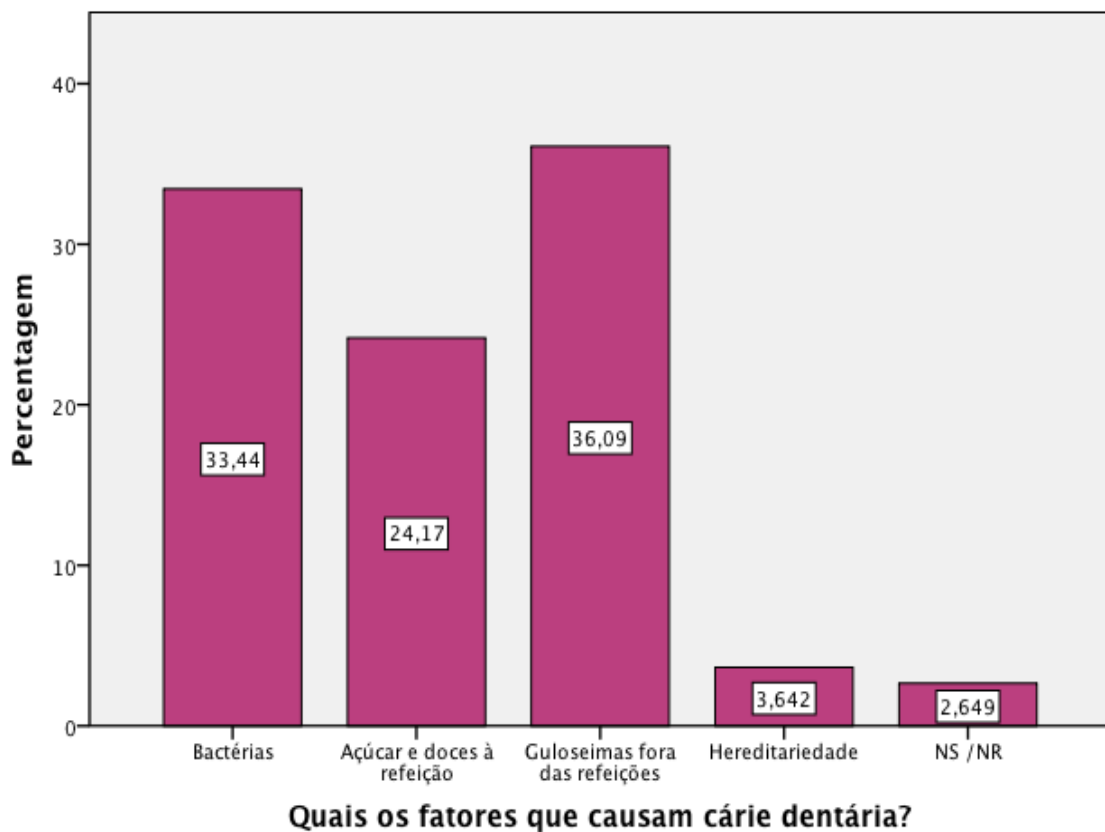


Gráfico 28 - Causas da cárie dentária (respostas dos responsáveis em percentagem)

Numa tentativa de comparação dos dados, temos as seguintes conclusões :

- Que 53 crianças (34%) indicam não saber as causas da cárie dentária; enquanto apenas 8 Encarregados de Educação (5,1% da amostra) respondem da mesma forma;
- Em 11 responsáveis (7,1%) indicavam a “hereditariedade” como resposta;
- Já 17,9% das crianças (28) afirma ser o consumo de doces a causa da doença e 44,2% (69) de crianças também elege os doces (juntamente com a má higiene oral) como causa de cárie; já os responsáveis escolhem as “guloseimas fora das refeições” em 36,1% das respostas;
- Os Encarregados de Educação escolhem ainda o “açúcar e doces às refeições” em 24,2% dos questionários e as “bactérias” em 33,4% das respostas.

Quanto às perguntas “Como é que podes evitar a cárie dentária?” e “Como pensa que pode evitar a cárie dentária?”, os resultados serão apresentados de seguida.

A primeira questão (da criança) é de resposta aberta, tendo a autora conseguido catalogar as respostas em 3 grupos: “alimentação saudável”, “boa higiene oral” e “visitar o dentista”. A maioria das respostas das crianças correspondem a associações dos 3 grupos acima mencionados (Gráfico nº 29).

A opção “boa higiene oral” contém a utilização do fio dentário e de produtos com flúor, para além de uma boa escovagem dentária.

As respostas mais encontradas nas crianças correspondiam a:

- ***“Não comer doces e lavar os dentes”***
- ***“Lavar os dentes todos os dias”***
- ***“Ir ao dentista e lavar os dentes”***
- ***“Lavar todos os dias e usar o fio dentário”***
- ***“Não comer chocolates e gomas”***
- ***(...)***

Uma “alimentação saudável” foi a opção escolhida por 16 crianças (10,3%); uma “boa higiene oral” é a opção seleccionada em 36 questionários (23,1%); a “visita ao dentista” foi escolhida por 2 crianças (1,3%).

A associação de uma alimentação saudável com uma boa higiene foi a opção mais escolhida pelas crianças (62 – 39,7%) e apenas uma criança deu uma resposta englobando os 3 grupos (alimentação, higiene e visitas ao dentista).

5 crianças (3,2%) afirmaram que a melhor forma de evitar a cárie é com uma boa higiene oral e visitas ao dentista.

De salientar que 34 crianças (21,8%) disseram não saber como evitar a cárie dentária.

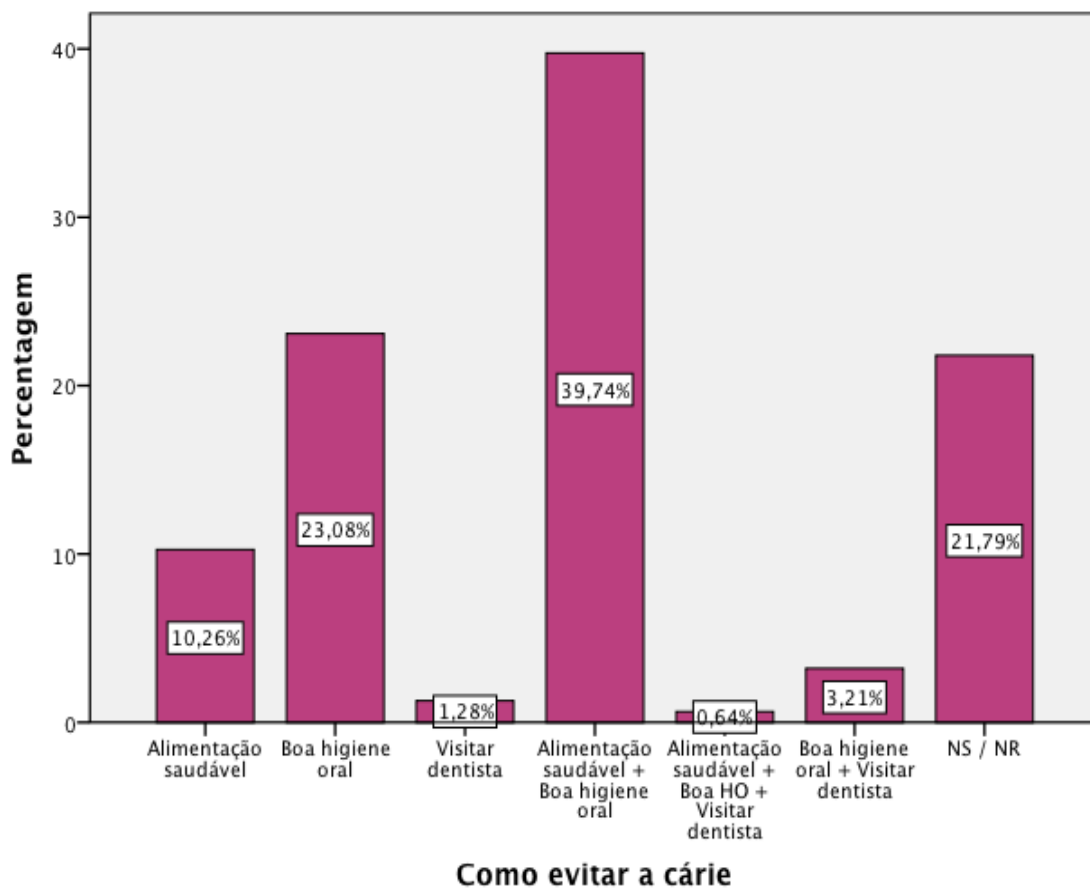


Gráfico 29 – Formas de evitar a cárie dentária (respostas das crianças em percentagem)

Os Encarregados de Educação tinham, na sua questão, 8 opções para assinalar, podendo associar as opções que achassem que responderiam ao que era perguntado (Gráfico nº 30). Os resultados encontram-se expostos de seguida.

A opção “Alimentação saudável” foi escolhida 119 vezes (24,4%); Assinalada 3 vezes surge a opção “Bochechando com água” (0,6%); “Bochechando com flúor” é uma opção assinalada em 59 questionários (12,1%); “Evitar doces fora das refeições” foi escolhida 81 vezes (16,6%); e “Ir regularmente ao dentista” é escolhida 96 vezes (19,7%);

A opção “Não pode ser evitada” é assinalada por um responsável (0,2%).

A maioria das respostas consiste em “Escovar os dentes com pasta com flúor” como forma de evitar a cárie (127 respostas – 26%).

De notar que 2 Encarregados de Educação afirmam não saber quais as formas de evitar a cárie dentária.

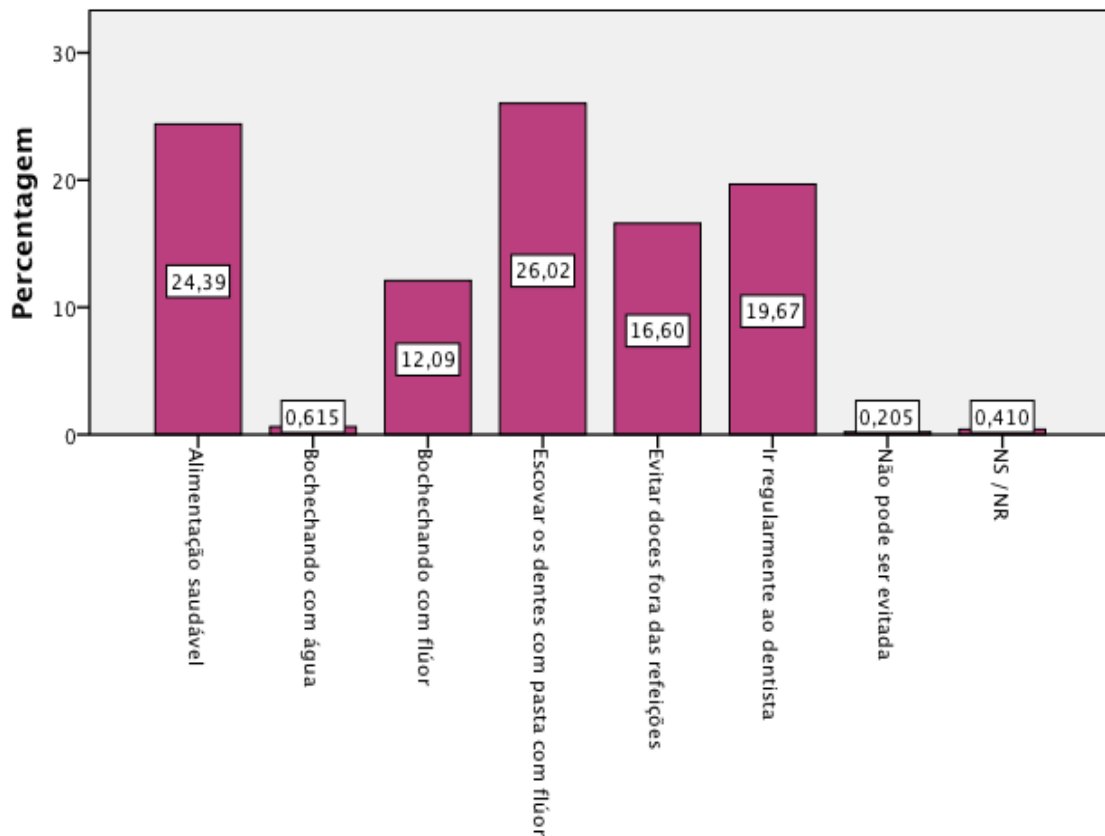


Gráfico 30 - Formas de evitar a cárie dentária (respostas dos responsáveis em percentagem)

Numa tentativa de comparação dos dados descritivos e frequências, temos:

- Que 2 responsáveis (1,3% da amostra) que afirmam não saberem como evitar a cárie dentária em contrapartida com 34 crianças (21,8% da amostra);
- A opção mais escolhida pelas crianças foi a associação de uma alimentação saudável com uma boa higiene oral (aproximadamente 40%); as opções mais escolhidas pelos responsáveis são equivalentes, pois estes elegem a “escovagem com pasta com flúor” e “alimentação saudável” (numa percentagem total de 50,4%) como as principais formas de evitar a doença.
- Poucas crianças indicam a visita ao dentista (2 crianças) como um método de evitar a cárie, enquanto 19,7 % dos responsáveis o faz (96).

9. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A amostra obtida caracteriza-se por um maior número de mães, 78,8% (123), cuja média é aproximadamente 38 anos. Quanto ao nível de escolaridade, existem 38 pais com o 2º ciclo (24,4%) e 36 com o 3º ciclo (23,1%).

Quando se questionou sobre a assistência a alguma reunião ou ação de formação em saúde oral, 68,6% respostas foram negativas (107).

Em relação às crianças, 91,7% não frequentam a instituição escolar pela primeira vez (143). Apresentam idades entre os 7 e os 10 anos, sendo a média 8,24 anos. Existe uma maior frequência de crianças com 8 anos (34,6%).

A maioria das crianças (47,3%) vive com os pais. Uma vez que a mulher tem um papel-chave na família (Reis, et al., 2010) e que os pais têm um papel central na disciplina das suas crianças (Kim Man, 2013) a forma como atuam será indispensável para transmitirem noções de boa higiene oral aos seus filhos.

Há estudos científicos que relatam que o nível de escolaridade dos pais influencia na transmissão de comportamentos para a saúde transmitidos aos seus filhos. Um exemplo desses estudos é o de Bozorgmehr, Hajizamani e Mohammadi, em 2013, que afirmam que pais com nível de escolaridade mais elevado têm atitudes mais assertivas no controlo dos comportamentos para a saúde das suas crianças do que pais com nível de escolaridade mais baixo.

Neste estudo, não é possível auferir nenhuma dessas conclusões, dado que todos os níveis de escolaridade se encontram representados, aproximadamente, com as mesmas frequências, existindo, no entanto, um número elevado de pais com apenas o 1º ciclo de escolaridade.

A aquisição de comportamentos em saúde oral surge em primeiro lugar com a família, pois esta dá todo o suporte no processo de educação. As atitudes e conhecimentos dos pais ou responsáveis pelas crianças têm uma influência muito grande na educação e prevenção para a saúde oral. (Naidu, Nunn e Forde, 2012)

No nosso estudo, verifica-se que os Encarregados de Educação são preocupados com o estado de saúde oral das crianças. Quando questionados sobre a importância de ajudar as crianças na higiene oral, responderam quase em uníssono que consideravam importante que os adultos efetuassem essa tarefa (99,4%).

Quanto à relevância de visitar o profissional dentário, constatou-se que 84,6% dos responsáveis afirmam visitar o dentista com a criança (as crianças os resultados corroboram com as mesmas respostas). Destes, 59 visitam o dentista uma vez por ano (37,8%) e 36 de 6 em 6 meses (23,1%). Segundo Areias C. et al (2008) as crianças devem ser vigiadas pelo dentista semestralmente.

Em relação ao consumo de doces verificou-se que 60,9% (n=95) dos Encarregados de Educação afirmam que a melhor altura do dia para comer doces é imediatamente após as refeições e que 78,2% (n=122) limita sempre o consumo de doces e líquidos açucarados fora das refeições aos seus educandos. Também Melgão, em 2006, verificou que os momentos após as refeições são os mais indicados para a ingestão de doces.

Quando questionadas sobre o tipo de doces que consomem, as crianças apresentam uma escolha variada, apresentando preferência por bolachas, rebuçados, chocolates e gomas (doces retentivos).

Em relação à escovagem dentária, embora a criança, a partir dos 6 anos, desenvolva habilidade motora suficiente para a realização deste procedimento, os responsáveis devem supervisionar a escovagem e ajudar quando percebam que as crianças não têm ainda destreza suficiente. Através das respostas dadas pelas crianças, percebe-se que 70% (n=112) aprendeu técnicas de escovagem com os pais, em casa. Isto corrobora a informação obtida no estudo de González-Martínez, Sierra-Barrios e Salinas (2011) de que os pais são a fonte primária de educação nos menores.

Considera-se importante salientar que 20% (32 crianças) dizem ter aprendido as técnicas de escovagem na escola. As instituições de educação (como as escolas ou infantários) estão capacitados de condições que permitem a educação para a saúde. Mas,

de acordo com Haleem, Siddiqui e Khan (2012), os carregados programas escolares e o curto espaço de tempo para os mesmos serem lecionados são os principais fatores adversos à aplicação de programas, nos quais os professores possam ser ajudantes no processo de educação para a saúde oral.

Quando se questiona as crianças sobre quem as costuma acompanhar quando visitam o profissional dentário, estas indicam ser a mãe quem mais as acompanha (36,5%) ou os pais. As mães são muito importantes no seio familiar e são as responsáveis por vigiar o estado de saúde das suas crianças. (Finlayson, et al., 2007)

Em seguida, serão discutidas as perguntas (de crianças e responsáveis) que foram comparadas nos resultados.

Em relação à frequência de escovagem dentária realizada pelas crianças, verificam-se diferenças significativas nas respostas. Enquanto apenas 18 responsáveis indicam que a criança escova mais de duas vezes por dia, 54 crianças indicam essa opção. Esta situação pode ser explicada da seguinte forma: ou a criança escova na instituição escolar, não dando conhecimento da situação aos pais, ou as crianças que responderam desta forma pensaram estar a responder da maneira mais correta possível, mesmo isso não correspondendo à verdade.

A opção “escovar duas vezes por dia” foi a mais escolhida (99 Encarregados de Educação e 58 crianças) apesar de diferenças consideráveis no número de crianças e adultos que responderam à questão. De notar que 6 crianças dizem não escovar (ou raramente escovar) e 2 responsáveis indicam que as suas crianças não escovam os dentes.

De acordo com Areias C. et al (2008) recomendam-se duas escovagens por dia, sendo uma delas antes de deitar. É também importante salientar que altas frequências de escovagem dentária podem não refletir uma remoção efetiva do biofilme que exista à superfície dos dentes. (Finlayson, et al., 2007)

Os hábitos de escovagem dentária têm início no seio familiar. Está comprovado que os hábitos parentais de escovagem influenciam muito os comportamentos das crianças, e que estas se regem por eles para decidirem quando escovar os dentes. (Castilho, et al., 2013)

Relativamente a uma possibilidade de ajuda na escovagem dentária, a maioria dos responsáveis dizem, por vezes, ajudar a criança (50,6%) enquanto a maioria das crianças (87,2%) dizem não ter qualquer ajuda a escovar os dentes. São diferenças extremamente significativas.

Num estudo de Castilho et al (2013) constata-se que apesar da maioria das mães estar ciente da necessidade da supervisão da escovagem diária, apenas 40 % o faz no dia-a-dia.

Estudos demonstram que quando se pede a pais ou responsáveis que se avaliem em certos aspetos do dia-a-dia, as respostas são enviesadas pela subjetividade e pressão social. (Meunier et al, 2012) Os responsáveis tendem a reportar comportamentos mais positivos do que aqueles que realmente exercem. Isto acontece porque querem transparecer que a relação que têm com as crianças é harmoniosa.

Também na questão sobre a verificação da escovagem dentária, existem diferenças. Apesar de a maioria de crianças e Encarregados de Educação responderem que há verificação da escovagem diária, existem 18,6% de crianças que dizem que os responsáveis não verificam contra 5,8% de Encarregados. No entanto, nesta pergunta parece existir um maior consenso nas respostas.

Parece possível concluir que, apesar de os responsáveis não ajudarem no momento da escovagem (segundo as respostas das crianças), vão verificar se as mesmas escovam. No entanto, as crianças podem ter respondido que não são ajudadas na escovagem dentária, para se pronunciarem quanto à sua “maturidade”.

Relativamente à questão “Além da pasta e da escova, usa mais algum produto de higiene oral?” não existem diferenças significativas nas respostas. O produto que ambos

os inquiridos, na sua maioria, afirmam que as crianças usam é a solução para bochechar (41,7% de crianças e 42,3% de Encarregados de Educação).

Estes resultados estão de acordo com o estudo de Areias et al (2008) que diz que as soluções para bochechar têm sido usadas em programas escolares de prevenção, em crianças a partir dos 6 anos de idade, em vários países, incluindo Portugal.

Uma percentagem elevada de crianças e responsáveis indicam que as crianças só utilizam a escova e a pasta dentífrica (33,3% de crianças e 36,5% de Encarregados).

O uso de comprimidos de flúor foi relatado por 8 crianças e 8 adultos (5,1%). Esta medida de suplementação sistémica com flúor para prevenção da cárie dentária foi instalada em substituição à fluoretação das águas no nosso país. No entanto, muitas vezes os comprimidos usados de forma inadequada (concomitantemente com outros métodos), aumentam o risco de dosagem excessiva de flúor. Até aos primeiros 8 anos de vida é necessária uma atenção especial, por existir o risco de fluorose dentária. (Cangussu, et al., 2002)

É importante notar que muitas crianças e responsáveis mencionaram utilizar o fio dentário, na pergunta seguinte (que questionava especificamente sobre a utilização do mesmo), embora não o registassem na pergunta que questionava quais os produtos utilizados na higiene oral. Esta situação pode ter acontecido por muitos dos inquiridos (aproximadamente 30%) considerarem ser um procedimento importante a realizar na higiene oral diária.

Quando questionados sobre o consumo de doces, apesar de não ser possível a realização de um teste estatístico de comparação, as respostas parecem ser concordantes, pois a maioria confirma o consumo de doces habitualmente (96,8% dos responsáveis e 94,2% das crianças).

Uma dieta rica em agentes cariogénicos (como o açúcar) é um fator de risco para a cárie dentária e esta predisposição tão precoce para o consumo de doces é um assunto que deveria preocupar os governos e políticas de saúde pública. Num estudo de Ghimire e Rao (2013) mostra-se que os anúncios de comida transmitidos pela televisão para as

crianças são falseados, mostrando pessoas magras e felizes a consumir produtos com altas doses de açúcar e muito calóricos. Ao contrário desta situação, os anúncios nos canais de televisão infantil deveriam possuir informação sobre saúde e motivar o consumo de alimentos saudáveis.

Em relação à frequência com que ingerem doces, tanto uns como outros (entre 50 a 60% da população) dizem que as crianças consomem doces poucas vezes (menos de uma vez por dia).

Existe, apesar de tudo, uma diferença significativa no número de crianças e pais que respondem “Uma vez por dia” (existe um maior número de responsáveis que indica esta opção – quase 30%). São 20 as crianças que indicam consumir doces duas vezes por dia ou mais, contra 8 Encarregados de Educação.

A maioria da população está consciente que os açúcares causam cárie dentária, mas acreditam ser a quantidade de doces que causa problemas e não a frequência com que estes são consumidos. (Williams, Whittle e Gatrell, 2002)

Quando se questiona quanto à presença de um dente estragado ou cariado, as diferenças nas respostas são significativas. São 23 as crianças que dizem não saber se têm ou já tiveram algum dente estragado (3 responsáveis também não sabem). Pode acontecer que quando visitam um profissional de saúde dentário, as crianças não sejam informadas do que se passa com os seus dentes e a sua saúde oral.

Uma grande percentagem diz ter ou já ter tido dentes estragados (entre 48 e 60% da população infantil), o que é compreensível através das respostas dadas sobre o consumo de doces na nossa amostra.

Isto está de acordo com um estudo de Bravo-Pérez, et al. (2014), no qual afirmam que as crianças portuguesas de 6 anos apresentam uma prevalência de cárie de 40%.

Questionados sobre se as crianças costumam comer ou beber antes de ir dormir e se de seguida escovam os dentes, 67 crianças e 46 responsáveis dizem que estas o fazem sempre. Aproximadamente 40% das respostas de ambos, indicam que escovam às vezes, depois de comer alguma coisa. É importante referir que 47 adultos não

responderam a esta questão por indicarem que as crianças não têm por hábito consumir algo antes de deitar. Não há diferenças significativas nas respostas dadas.

De acordo com uma afirmação de Cruz et al (2004), se os pais fossem bem informados dos efeitos negativos de líquidos açucarados à noite, concomitantemente com uma higiene oral deficiente após esse consumo, tornar-se-ia mais fácil impedir o estabelecimento dos maus hábitos. As escovagens após a refeição e antes de deitar são imprescindíveis para a manutenção de uma boa higiene oral.

Em relação às visitas ao dentista, constatou-se anteriormente que as respostas foram exatamente as mesmas em ambos os grupos (84,6% da população da amostra visita o dentista). Quanto ao motivo que leva as crianças ao dentista, 74% das crianças indica procedimentos de tratamento, como exodontias e remoção de lesões cariosas, enquanto a maioria dos responsáveis (60%) dizem visitar o dentista com a criança para efetuar procedimentos de prevenção e controlo da saúde oral. Apenas 20% das crianças indica que realiza selantes de fissuras e aplicação de flúor. Os selantes são uma medida eficaz de prevenção. (Areias C. et al, 2008)

De todas as crianças, 6% afirma não saber que tipo de procedimentos realiza no dentista.

Em Portugal, não existem dados sobre a visita das crianças aos consultórios dentários. Apesar disso, segundo a DGS, de entre as 140 mil crianças ao abrigo do programa PNPSO, as crianças com maior prevalência de cárie e mais necessidades de tratamento são as que não efetuam qualquer visita ao consultório. (Rodrigues, 2008)

A percentagem de crianças que indicou motivos de tratamento é muito elevada. Isto pode ser explicado pela subjetividade da resposta “tratar dentes” que foi a mais escolhida no questionário infantil. Quando uma criança visita o dentista, os pais ou responsáveis podem dizer-lhe que vai “tratar dos dentes”, não especificando o tipo de tratamento que a criança realizará.

No questionário realizado aos Encarregados de Educação, a opção visitar o dentista “porque tem dores de dentes (cáries)” é escolhida por 17% dos inquiridos. No estudo de

Carvalho et al (2012) os pais consideram a falta de dor dentária como um bom sinal de saúde e acreditam que a cárie é um fenómeno normal numa criança e que, de alguma forma, é inevitável.

Esta ideia pré-formada que os responsáveis têm sobre a saúde oral das crianças precisa ser modificada com sessões ou formações sobre saúde oral. No entanto, também o dentista mostra falhas na transmissão de informações aos pais, procedimento básico na educação para a saúde. (Cruz et al, 2004)

As duas últimas questões tencionavam questionar crianças e responsáveis sobre qual a causa da cárie dentária e que procedimentos realizar para a evitar.

Em relação à causa da cárie dentária, a maioria das respostas combinam o consumo de doces e a má higiene oral, no entanto existe uma percentagem muito elevada de crianças (34%) que indica não saber os motivos do aparecimento da cárie dentária na cavidade oral e 11 Encarregados de Educação escolheram como causa da cárie dentária a hereditariedade.

É importante educar a comunidade sobre saúde oral para que tenham consciência de quais os comportamentos que a podem comprometer. Petersen, em 2003, afirmou que os maiores desafios para o futuro serão transformar os conhecimentos e experiências já conhecidos em programas educativos e preventivos. Apesar de as doenças orais mais comuns serem possíveis de prevenir, nem todos os membros da comunidade estão informados.

Quando questionados sobre como evitar a instalação da doença cárie, apesar de não conseguirmos comparar estatisticamente as respostas, existe uma coerência nas mesmas, pois tanto crianças como Encarregados de Educação consideram importante uma boa higiene oral e uma alimentação saudável (entre 40 a 50% da população da amostra).

A percentagem de crianças que indica não saber como evitar a doença é elevada (22%), mais uma vez alertando a comunidade para uma necessidade de aprendizagem.

Ao longo dos anos, foram implementados vários programas de saúde oral, na tentativa de melhorar a saúde oral da população e os seus conhecimentos. No entanto, é muito improvável que se consigam melhorias com intervenções isoladas no tempo e alvos específicos. (Petersen, 2003) São necessárias formações abrangentes e repetitivas ao longo do tempo, porque as atitudes e hábitos direcionados para a saúde oral só são criados se durante muito tempo forem ensinados várias vezes.

Choi e Park (2008) constataram que uma ação de formação isolada no tempo sobre técnicas de escovagem dentária dificilmente consegue melhorar a higiene oral em crianças. Por isso, uma educação repetitiva é importante e o método educativo deve ser melhorado ao longo das formações.

Rodrigues em 2008 afirmou que “no ambiente familiar, a criança molda as suas atitudes fundamentais durante a vida. Se os pais, principalmente a mãe, tem hábitos adequados e realiza diariamente os cuidados preventivos, os filhos tendem a imitá-la, uma vez que a mãe possui grande influência sobre os seus filhos.”

Assim, as ações de formação não são somente importantes para a educação atempada das crianças, mas também para os pais ou responsáveis, pois conseguem modificar atitudes e hábitos menos corretos que já se encontrem instalados nas rotinas e que estes considerem como certos.

III. CONCLUSÃO

A educação primária das crianças é tarefa principal dos pais, nos primeiros anos de vida. Eles orientam a criança para um desenvolvimento saudável e relação com o mundo. A educação para a saúde faz parte desta educação primária.

Os conhecimentos dos pais ou cuidadores são o patamar inicial para o “florescer” da consciência da criança como indivíduo da sociedade, orientando as atitudes para que ela se integre e cresça saudável em comunidade.

Desde tenra idade, a criança é influenciada por estímulos ao seu redor e inicia comportamentos de rotina, incluindo os de saúde.

Os pais ou cuidadores são o espelho de orientação para a criança. Se os pais exercerem o seu papel de educadores baseando-se neste conceito, saberão que devem servir de exemplo para as suas crianças.

Assim se justifica que as ações de formação sobre saúde (neste caso em particular, saúde oral) sejam direcionadas não só às crianças, mas também aos seus responsáveis. Uma família informada para a saúde é uma família saudável.

Dos resultados do estudo conclui-se que :

- A maior parte das crianças diz ter aprendido a escovar os dentes com os pais;
- Os Encarregados de Educação são preocupados com a saúde oral das suas crianças (o que não significa que realizem os procedimentos corretos na educação para a saúde oral);
- Tanto crianças como responsáveis indicam, na sua maioria que as crianças escovam os dentes duas vezes por dia;
- Na sua maioria, os Encarregados dizem verificar a escovagem realizada pela criança;
- Os responsáveis dizem visitar o profissional de saúde dentário com a criança por motivos preventivos (pelo menos uma vez por ano), apesar de existir um grande número de responsáveis que só visitam o dentista quando esta sente dores;

- As crianças consomem doces menos de uma vez por dia e os pais afirmam limitar o consumo de doces (há, no entanto, uma grande percentagem que diz comer doces uma vez por dia ou mais);
- Uma maioria afirma que as crianças já tiveram ou têm cárie dentária;
- Para os inquiridos, as causas da cárie dentária são o consumo de doces e uma higiene oral negligente, podendo ser evitada com medidas de prevenção, como uma alimentação saudável, boa higiene oral (bochechos de flúor, pasta dentífrica com flúor) e visitas ao dentista.

Estes dados recolhidos comprovam a importância que a família tem para a saúde oral, pois a maioria das crianças indica ter aprendido a escovar em casa.

Para além dos hábitos de higiene, também os hábitos dietéticos têm particular importância. As crianças que consomem alimentos ricos em açúcar e hidratos de carbono, no intervalo das refeições, têm maior probabilidade de uma cavidade oral menos saudável, com maior suscetibilidade para a cárie.

Desde a criação de programas de saúde oral, as escolas têm sido alertadas sobre quais os procedimentos a ter na orientação das crianças. As escolas podem servir de apoio aos pais ou responsáveis na educação para a saúde. Apesar disso, nem sempre estes programas são aplicados ou cumpridos na sua totalidade, devido a programas curriculares demasiado preenchidos ou porque os professores não se sentem capazes de transmitir informações sobre as quais não tiveram formação.

São necessárias mais ações de formação e sensibilização, quer para crianças, quer para os cuidadores (pais ou professores). Estas ações devem ser repetidas ao longo dos anos, pois a transmissão destes conhecimentos uma ou duas vezes não parece ser suficiente para uma mudança dos hábitos infantis e da comunidade.

Os profissionais de saúde são (ou deveriam ser) a principal fonte de informação. É necessário um esforço da sua parte para que sejam transmitidas as informações necessárias aos cuidadores das crianças. Se modificarmos as ideias pré-concebidas dos pais ou responsáveis, modificamos os comportamentos das crianças, que são apenas seu reflexo.

IV. BIBLIOGRAFIA

Alves, D. A. (2009) **Avaliação do Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida em Indivíduos entre os 11 e os 14 anos de Idade**. [Tese de Licenciatura]. Universidade Fernando Pessoa. Porto

Areias C. et al, (2008). Saúde Oral em Pediatria. **Act Ped Port**. 39(4) pp. 163-170.

Astington, J. W. (2001). The future of theory-of-mind research: Understanding motivational states, the role of language, and real-world consequences. **Child Develop**, 72(3), pp.685-687

Bozorgmehr, E., Hajizamani, A. and Malek Mohammadi, T. (2013) Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children. **ISRN Dent**, 2013(741783), pp. 1-5.

Bravo-Pérez, M., et al. (2014). Proposta de estratégias e medidas em Espanha e Portugal para a prevenção e tratamento não invasivo da cárie em clínica dentária, **JADA**. 14(2) pp. 22-26

Buss, P. M. and Filho, A. P. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais, **Rev. Saúde Coletiva**. 17(1), pp. 77-93.

Cangussu, M. C., et al. (2002) Dental fluorosis in Brazil: a critical review. **Cad Saude Publica**, 18(1), pp.7-15.

Carvalho, T. S., et al. (2012) Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. **Brazilian Oral Research**, 26(6) pp.557-563.

Castilho, A. R., et al. (2013) Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J Pediatr (Rio J)**, 89(2), pp.116-23.

Choi, H. S. and Ahn, H. Y. (2012) Effects of mothers involved in dental health program for their children. **J Korean Acad Nurs**, 42(7), pp.1050-61.

Choi, Y.K. and Park, D.Y. (2008). Public health industry : Comparison of rolling method with Bass's method toothbrushing practices for efficacy in plaque removal and degree of easiness. **J of the Korean Acad of Dental Health**. 32(3) pp.329-338

Cruz, A.G., et al, (2004). Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebés: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande – PB, **Pesq Bras Odontoped Clin Integrada João Pessoa**, 4(3), pp.185-189.

De Silva-Sanigorski, A., et al (2013). Parental self-efficacy and oral health-related knowledge are associated with parent and child oral health behaviors and self-reported oral health status. **Community Dent Oral Epidemiol**, 41, pp.345-352.

DenBesten, P. K. (1999) Biological mechanisms of dental fluorosis relevant to the use of fluoride supplements. **Community Dent Oral Epidemiol**, 27(1), pp.41-7.

Dessen, M. and Polonia, A. (2007). A Família e a Escola como contextos do desenvolvimento humano. **Rev. Paideia**. 17(36) pp.21-32.

Direcção-Geral de Saúde. (2005). **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral**. Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa nº1/DSE, pp.1-49. Lisboa

Filstrup, S. L., et al. (2003) Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. **Pediatr Dent**, 25(5), pp.431-40.

Finlayson, T. L., et al. (2007) Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. **Community Dent Oral Epidemiol**, 35(4), pp.272-81.

Fojo, C., Figueira, M. E. and Almeida, C. M. (2013) Fluoride content of soft drinks, nectars, juices, juice drinks, concentrates, teas and infusions marketed in Portugal. **Food Addit Contam Part A Chem Anal Control Expo Risk Assess**, 30(4), pp.705-12.

Ghimire, N. and Rao, A. (2013) Comparative evaluation of the influence of television advertisements on children and caries prevalence. **Glob Health Action**, 6(20066), pp. 1-8.

González-Martínez, F., Sierra-Barrios, C. C. and Salinas, L. E. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. **Salud Publ de México**. 53(3) pp. 247-257.

Grade, M. (2013) **A Satisfação das Grávidas e Médicos Dentista no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Fernando Pessoa. Porto

Haleem, A., Siddiqui, M. I. and Khan, A. A. (2012). School-based strategies for oral health education of adolescents - a cluster randomized controlled trial. **BMC Oral Health**. 12(54) pp. 1-12

Harris, R., et al. (2004) Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Community Dent Health**, 21(1 Suppl), pp.71-85.

Huang, J., et al. (2014) Breastfeeding and trajectories of children's cognitive development. **Dev Sci**, 17(3), pp.452-61.

Kim Man, M.M (2013). The Early Childhood Experience In Psychology Development. **Internation J of Managem & Innov**. 5(2), pp.89 - 98

Kwan, S. Y., et al. (2005) Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. **Bull World Health Organ**, 83(9), pp.677-85.

Lacerda, J. T. (2005) **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida**. [Tese de Doutoramento em Medicina Preventiva]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo

Leme, M. S., de Souza Barbosa, T. and Gavião, M. B. (2013) Relationship among oral habits, orofacial function and oral health-related quality of life in children. **Braz Oral Res**, 27(3), pp.272-8.

Mafuvadze, B. T., Mahachi, L. and Mafuvadze, B. (2013) Dental caries and oral health practice among 12 year old school children from low socio-economic status background in Zimbabwe. **Pan Afr Med J**, 14, pp.164.

Matta, I. (2004). Aprender vivendo: As experiências de vida no desenvolvimento e na aprendizagem. **Anál Psicológica**. 22(1) pp. 73-80.

Mattila, M. L., et al. (2005) Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? **Acta Odontol Scand**, 63(2), pp.73-84.

Meece, D. (2013). Resident father-child involvement: Associations with young children's social development and kindergarten readiness in the ECLS-B. **[Em linha]**. Disponível em < <http://eric.ed.gov/?id=ED542612> > **[Consultado em 18/04/14]**.

Melgão, A. J. V. (2006). **Avaliação dos conhecimentos, atitudes e comportamentos maternos em saúde oral - Duas realidades sócio-culturais**. Tese de Mestrado em Saúde Oral Preventiva e Comunitária. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Lisboa

Meunier, J. C., Wade, M. and Jenkins, J. M. (2012), Mothers' differential parenting and children's behavioural outcomes: Exploring the moderating role of family and social context. **Inf. Child Develop.**, 21, pp.107–133.

Mishu, M. P., et al. (2013) Relationship between Untreated Dental Caries and Weight and Height of 6- to 12-Year-Old Primary School Children in Bangladesh. **Int J Dent**, 2013(629675), pp 1-5.

Naidu, R., Nunn, J. and Forde, M. (2012). Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers, **BMC Oral Health**. 12(27) pp. 1-14

Narvai, P. C. (2000). Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciênc e Saúd Coletiva**. 5(2) pp. 381-392.

Navarro, M. F., Modena, K. C. and Bresciani, E. (2012) Social disparity and oral health. **Braz Oral Res**, 26(1), pp.17-24.

Novais, S., et al. (2004). Relação Doença Cárie-Açúcar: Prevalência em Crianças, **Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa**. 4: pp. 199-203.

Oliveira, C. e Marinho-Araújo, C. (2010). A relação família-escola: intersecções e desafios. **Est de Psicologia**. 27(1), pp. 99-108

Petersen, P. E. (2003) The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, 31(1), pp.3-23.

Petersen, P. E., et al. (2005) The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Organ**, 83(9), pp.661-9.

Petersen, P. E. and Lennon, M. A. (2004). Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. **Community Dent Oral Epidemiology**. 32(5), pp. 319-321.

Prabhu, A., et al. (2013) Parental knowledge of pre-school child oral health. **J Community Health**, 38(5), pp.880-884.

Prado, E. L. and Dewey, K. G. (2014) Nutrition and brain development in early life. **Nutr Rev**, 72(4), pp.267-284.

Qiu, R. M., et al. (2013) Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. **BMC Public Health**, 13, pp.239.

Reis, D. M., et al. (2010) Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period. **Cien Saude Colet**, 15(1), pp.269-276.

Rodrigues, C. M. (2008) **Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos de Saúde Oral das Crianças: Percepção dos Pais / Encarregados de Educação**. ed. Universidade Aberta. Lisboa

Rojas-Sanchez, F., et al. (1999) Fluoride intake from foods, beverages and dentifrice by young children in communities with negligibly and optimally fluoridated water: a pilot study. **Community Dent Oral Epidemiol**, 27(4), pp.288-297.

Sala, E. C. (1999) **Odontología Preventiva y Comunitaria: principios, métodos y aplicaciones**. 2a Ed. Barcelona

Selwitz, R. H., Ismail, A. I. and Pitts, N. B. (2007) Dental caries. **Lancet**, 369(9555), pp.51-59.

Silveira, A., Silva, I., e Meneses, R. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionado com a saúde oral. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, 4, pp. 264-274.

Silveira, L. M. and Wagner, A. (2009). Relação família-escola: práticas educativas utilizadas por pais e professores, **Rev Semest Assoc Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. 13 pp.283-291.

Suprabha, B. S., et al. (2013) Utility of knowledge, attitude, and practice survey, and prevalence of dental caries among 11- to 13-year-old children in an urban community in India. **Glob Health Action**, 6 (20750) pp.1-7.

Venturella, C. B., et al. (2013). Desenvolvimento motor de crianças entre 0 e 18 meses de idade: Diferenças entre sexos. **Rev. Motricidad**, 9, pp.3-12.

WHO (2009). **Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences**. World Health Organization. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>> [Consultado em 14/03/14].

Wiener, R. C., Crout, R. J. and Wiener, M. A. (2009) Toothpaste use by children, oral hygiene, and nutritional education: an assessment of parental performance. **J Dent Hyg**, 83(3), pp.141-145.

Williams, N. J., Whittle, J. G. and Gatrell, A. C. (2002) The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. **Br Dent J**, 193(11), pp. 651-654.

Zina, L. (2009) **Evidências científicas da associação entre fórmula infantil, fluorose e cárie dentária**. [Tese de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social] Faculdade de Odontologia de Araçatuba. São Paulo

V. Anexos



Anexo 1 - Questionário das crianças

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Data ____/____/____

Questionário para Crianças

Olá! Neste questionário queremos perceber como cuidas dos teus dentes e da saúde da tua boca. Todas as informações registadas são totalmente confidenciais. Não vale olhar para as respostas do colega! Coloca um **X** na resposta que achas mais correta.

1. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
2. Quantos anos tens?	_____ anos
3. Com quem vives? (podes escolher mais que uma opção)	<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Só a mãe <input type="checkbox"/> Só o pai <input type="checkbox"/> Irmão(s)/Irmã(s) <input type="checkbox"/> Avô / Avó <input type="checkbox"/> Outra pessoa Quem? _____

As questões que se seguem são sobre hábitos e conhecimentos de saúde oral. Coloca um **X** na resposta que achas mais correta.

4. Quantas vezes por dia escovas os dentes?	<input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Mais de duas vezes <input type="checkbox"/> Não escovo / Raramente escovo
5. Escovas os dentes a seguir ao jantar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar costumavas depois escovar os dentes?	<input type="checkbox"/> Sim, sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca
7. Costumas ter ajuda a escovar os dentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não
8. Quem toma conta de ti vai verificar se escovas os dentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não
9. Onde aprendeste a escovar os dentes?	<input type="checkbox"/> Em casa (pais) <input type="checkbox"/> Na escola (professor ou técnico de saúde) <input type="checkbox"/> No centro de saúde (médico) <input type="checkbox"/> No consultório Dentista <input type="checkbox"/> Outro local Onde? _____
10. Além da pasta e da escova, usas ou já usaste mais algum produto para a tua higiene oral?	<input type="checkbox"/> Sim, tomo ou tomei comprimidos de flúor <input type="checkbox"/> Sim, uso um líquido para bochechar <input type="checkbox"/> Sim, uso fio dentário

Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas da freguesia de Vila de Cucujães – Comparação dos conhecimentos e atitudes das crianças e Encarregados de Educação

	<input type="checkbox"/> Não
11. Se usas fio dentário, quantas vezes o fazes?	<input type="checkbox"/> Uma vez por dia <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Só às vezes
12. Costumas comer doces?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não
13. Quantas vezes comes doces?	<input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> Duas vezes ao dia <input type="checkbox"/> Mais de duas vezes ao dia
14. Quais os doces que costumavas comer fora da refeição? (podes escolher mais que um)	<input type="checkbox"/> Chupas <input type="checkbox"/> Rebuçados <input type="checkbox"/> Pastilhas sem açúcar <input type="checkbox"/> Bollycao / Chipycão <input type="checkbox"/> Gomas <input type="checkbox"/> Chocolates <input type="checkbox"/> Bolos <input type="checkbox"/> Bolachas
15. Já tiveste algum dente estragado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não
16. Costumas ir ao Dentista / Higienista Oral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se respondeste Não, passa para a pergunta 19)
17. Quando vais ao Dentista / Higienista, o que costumavas fazer? (podes escolher mais que uma opção)	<input type="checkbox"/> Tratar dentes <input type="checkbox"/> Limpeza / Destartarização <input type="checkbox"/> Selantes <input type="checkbox"/> Tirar dentes <input type="checkbox"/> Flúor <input type="checkbox"/> Não sei
18. Quando vais ao Dentista costumavas ir com quem? (podes escolher mais que uma opção)	<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão(s)/Irmã(s) <input type="checkbox"/> Avô / Avó <input type="checkbox"/> Outra pessoa Quem? _____

19. Na tua opinião, o que provoca a cárie dentária? (indica duas causas – se não souberes escreve **Não sei**)

20. Como é que podes evitar a cárie dentária? (indica duas formas – se não souberes escreve **Não sei**)



Anexo 2 - Questionário do Encarregado de Educação

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Data ____/____/____

Questionário aos pais / Encarregados de Educação

O objetivo deste questionário é conhecer os hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças e seus cuidadores.

Todas as informações registadas são totalmente confidenciais.

Coloque um **X** na resposta que acha mais adequada.

Dados de identificação:

1. Relação de parentesco com a criança	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmã/Irmão <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Outro Especifique _____
2. Idade	_____ Anos
3. Nível de escolaridade	<input type="checkbox"/> Não sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1º Ciclo / 4º ano <input type="checkbox"/> 2º Ciclo / 6º ano <input type="checkbox"/> 3º Ciclo / 9º ano <input type="checkbox"/> Secundário / 12º ano <input type="checkbox"/> Superior
4. Idade do(s) seu(s) educando(s) a frequentar a escola primária	_____ Anos _____ Anos _____ Anos

As questões que se seguem referem-se a hábitos e conhecimentos de saúde oral.

Coloque um x na resposta que considera mais adequada.

5. Já assistiu a alguma reunião sobre saúde oral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. É o primeiro ano que o seu educando frequenta a instituição?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Quantas vezes o seu educando escova os dentes?	<input type="checkbox"/> Uma vez por dia <input type="checkbox"/> Duas vezes por dia <input type="checkbox"/> Mais de duas vezes por dia <input type="checkbox"/> Não escova / Raramente escova
8. Costuma ajudar o seu educando a escovar os dentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não

Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas da freguesia de Vila de Cucujães – Comparação dos conhecimentos e atitudes das crianças e Encarregados de Educação

9. Costuma verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não
10. Além da pasta e escova, o seu educando usa mais algum produto de higiene oral?	<input type="checkbox"/> Sim, toma ou tomou comprimidos de flúor <input type="checkbox"/> Sim, utiliza um líquido para bochechar <input type="checkbox"/> Sim, utiliza fio dentário <input type="checkbox"/> Não
11. Se usa fio dentário, quantas vezes o faz?	<input type="checkbox"/> Uma vez por dia <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Só às vezes
12. O seu educando costuma comer doces?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. Quantas vezes o seu educando come doces?	<input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> Duas vezes ao dia <input type="checkbox"/> Mais de duas vezes ao dia
14. O seu educando tem ou já teve algum dente estragado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não
15. O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não (Se respondeu Não, passe à pergunta 17)
16. Quando o seu educando come ou bebe antes de ir dormir costuma depois escovar os dentes?	<input type="checkbox"/> Sim, sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não
17. Costuma ir com o seu educando ao Dentista / Higienista Oral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se respondeu Não, passe à pergunta 20)
18. Com que regularidade leva o seu educando a uma consulta de Dentista / Higienista Oral?	<input type="checkbox"/> Todos os meses <input type="checkbox"/> De 3 em 3 meses <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses <input type="checkbox"/> Uma vez por ano <input type="checkbox"/> Quando tem dores
19. Quando consulta o Dentista / Higienista com o seu educando, qual a razão?	<input type="checkbox"/> Para vigiar a saúde oral <input type="checkbox"/> Porque tem aparelho ortodôntico (correção) <input type="checkbox"/> Porque tem dores de dentes (cáries) <input type="checkbox"/> Outra razão Qual? _____ _____
20. Na sua opinião, qual a melhor altura do dia em que o seu educando pode comer doces?	<input type="checkbox"/> Imediatamente após as refeições <input type="checkbox"/> No intervalo das refeições <input type="checkbox"/> De manhã <input type="checkbox"/> Ao deitar
21. Costuma limitar ao seu educando o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não
22. Acha importante que os adultos ajudem as crianças na sua higiene oral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não

Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas da freguesia de Vila de Cucujães – Comparação dos conhecimentos e atitudes das crianças e Encarregados de Educação

<p>23. Na sua opinião, quais os fatores que causam a cárie dentária? (pode usar mais que uma opção)</p>	<p><input type="checkbox"/> Bactérias <input type="checkbox"/> Açúcar e doces à refeição <input type="checkbox"/> Guloseimas fora das refeições <input type="checkbox"/> Hereditariedade (a doença passa de pais para filhos) <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>24. Como pensa que se pode evitar a cárie dentária? (pode usar mais que uma opção)</p>	<p><input type="checkbox"/> Alimentação saudável <input type="checkbox"/> Bochechando com água <input type="checkbox"/> Bochechando com flúor <input type="checkbox"/> Escovar os dentes com pasta com flúor <input type="checkbox"/> Evitar doces fora das refeições <input type="checkbox"/> Ir regularmente ao dentista <input type="checkbox"/> Não pode ser evitada <input type="checkbox"/> Não sei</p>

FIM

Muito Obrigado Pela Colaboração!

Anexo 3 – Pedido de Autorização de aplicação dos questionários à Direção-Geral de Educação

De: mime-noreply@gepe.min-edu.pt

Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0400600001

Data: 29 de Outubro de 2013 às 10:39:41 WET

Para: martagirio@gmail.com, jfrias@ufp.edu.pt

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0400600001, com a designação *Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas de Vila de Cucujães*, registado em 10-10-2013, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Marta Raquel Oliveira Gírio Moreira Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas. Com os melhores cumprimentos José Vitor Pedroso Diretor de Serviços de Projetos Educativos DGE

Observações:

a) A realização do(s) Inquérito(s) fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas da freguesia de Vila de Cucujães . b) Exige-se a garantia de anonimato dos respondentes, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, considerando-se o disposto na Lei nº 67/98. Informamos que os inquiridos não devem ser identificáveis, seja pelo nome ou por qualquer outro modo de identificação pessoal direta ou indireta. Deve ser pedido consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. Para os alunos menores (menos de 18 anos) este deverá ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo 4 - Consentimento informado



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Exmo. Sr.(a) Encarregado(a) de Educação:

Eu, Marta Moreira, aluna finalista do curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, orientada pelo docente da mesma Universidade na área da Medicina Dentária Preventiva e Comunitária Dr. José Frias Bulhosa, no âmbito da realização da Tese de final de curso que se intitula “Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas de Vila de Cucujães”, solicito a sua colaboração e a do seu educando. O objectivo deste trabalho é avaliar os conhecimentos que possuem sobre comportamentos de higiene e saúde oral.

O estudo consistirá em responder a um questionário dirigido ao Encarregado de Educação, que o seu educando levará para casa para que o possa preencher, e um questionário a que ele responderá na escola onde se encontra inscrito. Ambos os questionários serão preenchidos anonimamente sendo apenas solicitado aos professores para agregar ambos os questionários, de forma a que os investigadores desconheçam a sua proveniência.

As questões não serão classificadas como certas ou erradas, apenas permitirão determinar conhecimentos e atitudes e respectiva concordância, pois esse será o objectivo do estudo.

Peço assim, a sua autorização para a sua participação e a do seu educando no mesmo. Agradece-se, desde já, a sua colaboração.

No caso de aceitar, por favor assine:

(assinatura do encarregado de educação)

data ____/____/____

Anexo 5 - Documento informativo para os professores



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Exmo. Sr.(a) Professor(a):

Eu, Marta Moreira, aluna finalista do curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, orientada pelo docente da mesma Universidade na área da Medicina Dentária Preventiva e Comunitária Dr. José Frias Bulhosa, no âmbito da realização da Tese de final de curso que se intitula “ Estudo das Determinantes de Saúde Oral nas escolas de Vila de Cucujães”, venho por este meio transmitir algumas informações sobre o conteúdo do estudo que me encontro a realizar e em como é importante a contribuição de V. Exa. no mesmo.

O objectivo deste trabalho é avaliar o conhecimento das crianças e seus Encarregados de Educação sobre comportamentos de higiene e saúde oral.

A recolha de informação será realizada através de dois questionários, um à criança e outro ao seu educador.

Neste ponto é que se torna fulcral o Seu auxílio. Para que a pesquisa seja imparcial, as respostas aos questionários preenchidos pelas crianças não deverão ser vistas pelo encarregado de educação, para que as respostas do mesmo não sejam influenciadas pelo que a criança respondeu, e vice-versa.

Assim, pedia que os questionários endereçados à criança fossem respondidos em sala de aula e os questionários para os Encarregados de Educação entregues às mesmas, para que o possam levar para casa, para os pais / Encarregado de Educação.

Agradecendo desde já a sua contribuição,

Marta Raquel Moreira