

UNIVERSIDADE ABERTA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

**COMPORTAMENTOS, HÁBITOS E CONHECIMENTOS  
DE SAÚDE ORAL DAS CRIANÇAS:**

**Percepção dos Pais/Encarregados de Educação**

**Orientador: Professora Doutora Maria Fátima Goulão**

**Carla Maria Nobre Balseiro Rodrigues**

**LISBOA 2008**

## AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Fátima Goulão pela sua ajuda na orientação do trabalho, apoio e disponibilidade demonstrada.

Ao Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros pelo seu consentimento para a realização deste trabalho.

À Dr<sup>a</sup> Clara Oliveira pela sua amizade, disponibilidade e consentimento para a realização deste trabalho na Creche e Jardim-de-Infância “O Varino”.

Às Educadoras de Infância do “Varino” pelo seu empenhamento, ajuda preciosa e amizade demonstrada ao longo dos anos.

Às Auxiliares de Educação pela vossa ajuda, empenhamento e pelo carinho que sempre demonstraram.

Ao Sr. Neves sempre amigo e disponível quando é preciso.

À Dr<sup>a</sup> Dina pela sua ajuda e disponibilidade.

Aos meus grandes amigos, Luísa e Emílio pela disponibilidade, ajuda brilhante e incentivo demonstrado.

Ao António pela sua amizade e ajuda preciosa.

À minha amiga Sandra que sempre muito ocupada conseguiu ter algum tempo para ajudar e aconselhar.

Ao meu pai por acreditar em mim.

Ao Pedro sempre disponível e amigo, pelo apoio e compreensão.

Muito em especial à Marta e Raquel, com elas tudo é possível concretizar.

## RESUMO

A cárie dentária é onipresente em todas as populações existentes no mundo e é o factor-chave responsável pela dor e perda dos dentes. Esta é uma das doenças mais prevalentes na idade pré-escolar e escolar e exerce forte impacto no bem-estar individual e social da criança.

Sabendo que a família tem influência na definição de comportamentos de saúde oral e um papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos e dos conhecimentos da criança, este estudo teve como principal objectivo descrever e analisar os comportamentos, os hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças e relacioná-los com a percepção que os pais/encarregados de educação têm relativamente à saúde oral dos seus filhos/educandos.

Este estudo de carácter descritivo pretendeu analisar e comparar as respostas dadas pelos pais/encarregados de educação e pelas crianças, avaliando se os hábitos, os conhecimentos e os comportamentos das crianças auto-relatados pelos pais/encarregados de educação eram consonantes com as respostas dadas pelas crianças.

Para este estudo escolheu-se uma amostra de conveniência de pais/encarregados de educação e respectivas crianças/educandos da Instituição Jardim-de-Infância e C.A.T.L. "O Varino" da Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros. Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados dois questionários elaborados para o estudo. Um destinava-se aos pais/encarregados de educação e o outro às crianças. Também foi observada a cavidade oral das crianças para determinar a prevalência de cárie dentária e avaliar o índice de acumulação de placa bacteriana.

A amostra foi composta por 94 pais/encarregados de educação e respectivas crianças que se encontravam em condições de análise.

Para responder aos nossos objectivos os questionários foram elaborados tendo em conta três dimensões: a primeira dimensão para caracterização sócio-demográfica da amostra; a segunda para conhecer e avaliar comportamentos e hábitos em saúde oral da amostra; e a terceira para avaliar os conhecimentos em saúde oral da amostra.

Relativamente à observação da cavidade oral verificou-se que 76,1 % (70) das crianças estava livres de dentes cariados, perdidos ou obturados na dentição decídua e 90,2% (37) não tinha dentes cariados, perdidos ou obturados na dentição definitiva. Os resultados mostraram que estes pais/encarregados de educação e estas crianças,

na sua maioria, parecem ter comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral adequados.

Palavras-chave: Comportamentos; hábitos; conhecimentos; promoção da saúde; saúde oral; cárie dentária; família; desenvolvimento da criança

## ABSTRACT

Dental caries is an obiquous disease in all populations in the world and is the key factor for dental pain and tooth loss. In pre-school and school children is one of the most prevalent diseases with a strong impact on individual and social well-being.

Knowing that the family plays a fundamental role in the definition of good oral health behaviours and in the development of habits and knowledge related to oral health, this descriptive study aimed to describe and analyse the behaviours, habits and knowledge of children oral health and compare them with the self-reported perceptions of their parents/guardians about the oral health of their sons/children.

A convenience sample of parents/caregivers and respective sons/children were selected from the Institution "O Varino" da Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros. The sample comprised 94 parents/guardians and respective sons/ children.

Data was collected using two questionnaires developed for this study, one for children and other for the parents/guardians, and by an oral health survey of children's mouth to assess prevalence of dental caries and the accumulation of dental plaque.

Questionnaires were analysed according to three dimensions: the socio-demographic characteristics, the oral habits and behaviours and the oral health knowledge of the sample.

From the children observed 76,1% (70) were caries free in the deciduos dentition and from those that already possess permanent teeth 90,2% (37) were caries free in the permanent dentition.

Results indicate that the vast majority of both parents/guardians and sons/children seem to have adequate oral health behaviours, habits and knowledge.

Key-words: Oral Health Behaviours; Oral Health Habits; Oral Health knowledge; Health promotion; Dental caries; Family; Child Development

## ÍNDICE

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	IV
Índice	V
Índice de Gráficos	VIII
Índice de Quadros	IX
Índice de Tabelas	X
Siglas e abreviaturas	XI
INTRODUÇÃO	1
<b>I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I – O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA</b>	<b>10</b>
1. O Contexto social no desenvolvimento da criança	13
2. Funções e papéis da família no desenvolvimento da criança	15
3. O papel da escola no desenvolvimento da criança	21
4. Síntese	23
<b>CAPÍTULO II – A SAÚDE ORAL DA CRIANÇA</b>	<b>25</b>
1. Conceito de saúde oral	26
2. Promoção de saúde	29
2.1 Cárie dentária	32
2.2 Estratégias de prevenção de saúde oral na criança	34
2.2.1. Dieta	35
2.2.2. Factores de risco	36
2.2.3. Controlo de placa bacteriana	37
2.2.4. O flúor	38
3. Estudos epidemiológicos sobre cárie dentária	39
4. Síntese	44

<b>CAPÍTULO III – PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL DA CRIANÇA</b>	46
1. O papel da escola na saúde oral da criança	47
2. Comportamentos, hábitos e conhecimentos	50
3. Os pais/encarregados de educação como determinantes da saúde oral das crianças	52
4. Síntese	64
<b>II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO</b>	66
<b>CAPÍTULO IV - OPÇÕES METODOLÓGICAS</b>	67
1. Problemática do estudo	68
2. Justificação do estudo	69
3. Objectivos do estudo	70
4. Tipo de metodologia	71
5. Caracterização da amostra do estudo	71
5.1. Resultados das características sócio-demográficas da amostra em estudo	73
6. Instrumentos de recolha de dados	80
6.1. Questionário efectuado aos pais/encarregados de educação e questionário efectuado às crianças	80
6.2. Observação da cavidade oral das crianças	82
Índice CPO`D e cpo`d (OMS, 1997)	
Índice de DI`S (Greene e Vermillion, 1964)	
7. Procedimentos	83
8. Técnicas de Análise de Dados	84
9. Limitações do Estudo	85
<b>CAPÍTULO V - RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	87
1. Apresentação dos Resultados	89
1.1. Análise do questionário realizado aos pais/encarregados de educação	89
1.2. Análise do questionário realizado às crianças	94
1.3. Análise da comparação do questionário dos pais/encarregados de educação com os questionários das crianças	98

1.4. Resultados da observação da cavidade oral das crianças	112
1.4.1. Distribuição dos dentes decíduos cariados perdidos e obturados nas crianças	112
1.4.2. Distribuição dos dentes permanentes cariados perdidos e obturados nas crianças	115
1.5. Resultados da acumulação de placa bacteriana e avaliação do índice DI´S nas crianças	116
1.6. Comparação das atitudes, dos hábitos e dos conhecimentos dos pais/encarregados de educação com a história de cárie dentária nas crianças	117
2. Discussão	120
3. Síntese	129
<b>CONCLUSÃO</b>	131
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	137
<b>ANEXOS</b>	150
ANEXO 1 - Registo da observação da cavidade oral	151
ANEXO 2 - Critérios de diagnóstico de cárie dentária	153
ANEXO 3 - Protocolo de rastreio	155
ANEXO 4 - Critérios do índice DI´S	159
ANEXO 5 - Pedido de autorização ao Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros	161
ANEXO 6 - Pedido de autorização de instrumentos de observação à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa – Curso de Higiene Oral	163
ANEXO 7 - Pedido de consentimento informado e esclarecido aos pais/encarregados de educação	165
ANEXO 8 - Questionário aos pais / encarregados de educação	167
ANEXO 9 - Questionário para crianças	171

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - “Relação de parentesco com a criança”	73
Gráfico 2 - Idade dos pais/encarregados de educação	74
Gráfico 3 - Nível de escolaridade dos pais/encarregados de educação	75
Gráfico 4 - Percentagem de respostas “Já assistiu alguma reunião de saúde oral?”	76
Gráfico 5 - Percentagem de respostas “É o primeiro ano que o seu educando frequenta a Instituição?”	77
Gráfico 6 - Sexo da criança	78
Gráfico 7 - Idade das crianças	79
Gráfico 8 - Percentagem de respostas “Com quem vives?”	80
Gráfico 9 - Percentagem de respostas “Costuma verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados?”	89
Gráfico 10 -Percentagem de respostas “O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?”	90
Gráfico 11 -Percentagem de respostas “Com que regularidade leva o seu educando a uma consulta de Dentista/Higienista Oral?”	91
Gráfico 12 -Percentagem de respostas “Na sua opinião, qual a melhor altura do dia em que o seu filho pode comer doces?”	92
Gráfico 13 -Percentagem de respostas “Costuma limitar ao seu filho o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições?”	93
Gráfico 14 -Percentagem de respostas “Escovas os dentes a seguir ao jantar?”	94
Gráfico 15 - Percentagem de respostas “Onde aprendeste a escovar os dentes?”	95
Gráfico 16 - Percentagem de respostas “Quais os doces que costumavas comer fora das refeições?”	96
Gráfico 17 -Percentagem de respostas “Quando vais ao Dentista/Higienista Oral costumavas ir com quem?”	97
Gráfico 18 -Média de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados e cpo´d	114
Gráfico 19 -Média de dentes definitivos cariados, perdidos e obturados e CPO´D	116
Gráfico 20 -Total de DI`S	117

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Quantas vezes por dia a criança escova os dentes?”	99
Quadro 2 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Costuma ajudar/ter ajuda na escovagem dos dentes?”	100
Quadro 3 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Além da pasta e da escova usas (te) mais algum produto de higiene oral?”	101
Quadro 4 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Se usa(s) fio dentário, quantas vezes o faz(es)?”	102
Quadro 5 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “O seu educando costuma(s) comer doces?”	103
Quadro 6 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Quantas vezes o seu educando come(s) doces?”	104
Quadro 7 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Quando o seu educando come(s) ou bebe(s) alguma coisa antes de deitar costuma(s) depois escovar os dentes?”	105
Quadro 8 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Costuma(s) ir com o seu educando ao dentista/higienista oral?”	107
Quadro 9 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Quando vai ao dentista/higienista oral, qual a razão?”	108
Quadro 10 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “O seu educando tem ou já teve (tiveste) algum dente estragado?”	109
Quadro 11 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Na sua opinião quais os factores que causam a cárie dentária?”	110
Quadro 12 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Como pensa que se pode evitar a cárie dentária?”	111

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Idade dos pais/encarregados de educação, Média e Desvio Padrão	74
Tabela 2 - Idade das crianças, Média e Desvio Padrão	79
Tabela 3 - Questões seleccionadas para comparação, colocadas aos pais/encarregados de educação e crianças	98
Tabela 4 - Percentagem e número dos pais/encarregados de educação e crianças na resposta à questão “Medidas para evitar a cárie dentária?”	112
Tabela 5 - Percentagem e número de crianças com dentes cariados	113
Tabela 6 - Percentagem e número de crianças com dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO´D)	113
Tabela 7 - Percentagem e número de crianças com dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO´D)	115
Tabela 8 - Média e desvio padrão do total de DI`S	117
Tabela 9 - Número de dentes cariados na dentição decídua e definitiva tendo em conta a resposta negativa à questão “Costuma verifica se os dentes do seu educando ficam bem escovados?”	118
Tabela 10 - Número de dentes cariados na dentição decídua e definitiva tendo em conta a resposta negativa à questão “Costuma ajudar o seu educando a escovar os dentes?”	119

## SIGLAS E ABREVIATURAS

E.E. - Encarregados de educação

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

DGS - Direcção Geral da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONSA - Observatório Nacional de Saúde

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

EUA - Estados Unidos da América

Cpo`d - Índice de dentes cariados, perdidos e obturados por dente na  
dentição decídua (leite)

cpo`s - Índice de dentes cariados, perdidos e obturados por superfície na  
dentição decídua

CPO`D - Índice de dentes cariados, perdidos e obturados por dente na  
dentição permanente (definitiva).

CPO-S - Índice de dentes cariados, perdidos e obturados por superfície na  
dentição permanente.

DI`S - Índice de acumulação de placa bacteriana

PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

C.A.T.L - Centro de Actividades e Tempos Livres

ppm - Partes Por Milhão

PNS - Plano Nacional de Saúde

SCM - Santa Casa da Misericórdia

mg/l - Miligramas por Litro

DSE - Divisão de Saúde Escolar

FMDUL - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

CHO - Curso de Higienistas Orais

# INTRODUÇÃO

O tema “Comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças: percepção dos encarregados de educação” surgiu-nos a partir da reflexão sobre a influência decisiva das atitudes e dos conhecimentos dos pais/encarregados de educação para a saúde oral das crianças, em idades muito jovens. Essa influência pode exercer-se de forma positiva ou negativa, tendo em conta o grau de conhecimento dos pais e também pela importância que estes dão à área da saúde oral.

A família é um sistema social uno, composto por um grupo de indivíduos, cada um com um papel atribuído, e embora diferenciados, consubstanciam o funcionamento do sistema como um todo. O conceito de família está obrigatoriamente interligado aos conceitos de papéis e funções da mesma.

Em todas as famílias, independentemente da sociedade, cada membro ocupa determinada posição ou tem determinado estatuto, sendo orientado por papéis. Estes, não são mais do que *“expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição na família ou no grupo social”* (Duvall e Miller cit. por Stanhope, 1999; p. 502).

Relativamente aos papéis dos adultos, constata-se uma enorme diversidade de papéis: o *“papel de socialização da criança”*, relacionado com as actividades que contribuem para o desenvolvimento das capacidades cognitivas e sociais da criança; o *“papel de cuidados às crianças”*, quer sejam físicos ou emocionais, perspectivando o seu desenvolvimento saudável; o *“papel de suporte familiar”*, que inclui a produção e/ou obtenção de bens e serviços necessários à família.

Compete à família a perpetuação da espécie humana, colmatar todas as necessidades materiais dos seus membros e prepará-los para que se vinculem funcionalmente à cultura. É da responsabilidade da família a transmissão de valores, normas e padrões de comportamento, assim como garantir o equilíbrio emocional e afectivo dos seus membros.

De acordo com Relvas (2006) a família deve cumprir duas tarefas fundamentais: a prestação de cuidados que satisfaça as necessidades físicas e afectivas de cada um dos seus elementos, assegurando a sua protecção (função interna) e a socialização dos seus membros que os inicia nos papéis e valores da sociedade em que se integram, permitindo a adaptação à cultura que os rodeia bem como a sua transmissão às futuras gerações (função externa).

Duvall e Miller (cit. por Stanhope, 1999, p. 502), identificaram como funções familiares, as seguintes: *“geradora de afecto”*, entre os membros da família; *“proporcionadora de segurança e aceitação pessoal”*, promovendo um desenvolvimento pessoal natural; *“proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade”*, através das actividades que satisfazem os membros da família; *“asseguradora da continuidade das relações”*, proporcionando relações duradouras entre os familiares; *“proporcionadora de estabilidade e socialização”*, assegurando a continuidade da cultura da sociedade correspondente; *“impositora da autoridade e do sentimento do que é correcto”*, relacionado com a aprendizagem das regras e normas, direitos e obrigações características das sociedades humanas.

Para além destas funções, Stanhope (1999) acrescenta, ainda, uma função, relativa à saúde, na medida, em que a família protege a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença. *“A família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros”* (Idem; p. 503). A família tem como função primordial a protecção tendo, sobretudo, potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas, bem como ajudar a manter a saúde física e mental do indivíduo.

Relativamente à criança, a necessidade mais básica da mesma, remete-se para a figura materna, que a alimenta, protege e ensina, assim como, cria um ambiente seguro, contribuindo para um bom desenvolvimento da família e,

consequentemente, para um bom desenvolvimento da criança. A família é então, para a criança, um grupo significativo de pessoas, de apoio, como os pais, os pais adotivos, os tutores, os irmãos, entre outros.

Quanto ao processo de socialização, a família assume, de igual forma, um papel muito importante, já que é ela que formata e programa o comportamento e o sentido de identidade da criança.

Estudos realizados com a colaboração de pais, relativamente aos papéis e funções desempenhadas pelos progenitores na criação e educação dos seus filhos, revelam que as tarefas educativas são de extrema importância. Contudo, é fundamental conhecer o contexto de cada família e a influência que as suas crenças, valores e atitudes têm na definição e distribuição das tarefas e papéis familiares.

A criança é um ser em permanente desenvolvimento e transformação. Esta tem necessidade de ser compreendida, à medida que vai passando pelas diferentes fases do seu crescimento. Desde a primeira infância, passando pela idade pré-escolar e escolar, até à adolescência, todas estas fases são importantes e passíveis de intervenção ao nível da promoção da saúde. Salienta-se que a idade pré-escolar e escolar são as mais importantes e decisivas na aquisição de comportamentos saudáveis na área da saúde oral. No entanto, a intervenção deve ser centrada nos adultos responsáveis que controlam o comportamento e modelam as atitudes da criança. Os pais devem compreender que as consequências imediatas, a médio e longo prazo das suas atitudes educacionais para com os filhos terão, inevitavelmente, consequências a longo prazo na saúde oral dos mesmos.

A influência dos adultos, tais como pais e professores, é muito importante no controle de regras e contingências, bem como enquanto modelos de eficácia e de sucesso.

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças, dos jovens e da restante

comunidade educativa com propostas de actividades assentes em dois eixos: o primeiro na vigilância e na protecção da saúde e o segundo na aquisição de conhecimentos, capacidades e competências na promoção da saúde. No desenvolvimento destas actividades, as equipas de saúde escolar assumem um papel activo na gestão da saúde da comunidade educativa, contribuindo decisivamente para a obtenção de ganhos em saúde da população portuguesa, a médio e longo prazo (DGS, 2005).

A escola representa um papel fundamental na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com prevenção da doença e a promoção da saúde. A escola deverá ser a zona de confluência entre a família, como grupo social, a instituição que forma e informa a comunidade.

Consideramos que a saúde é uma prioridade no indivíduo e, de um modo geral, todos nós, desde muito cedo, somos susceptíveis às doenças, nomeadamente às do foro oral.

As doenças orais são doenças crónicas muito comuns e constituem problemas importantes de saúde pública devido à sua elevada prevalência, ao seu impacto nos indivíduos e na sociedade e às despesas relativas com o tratamento. Tendo em conta o facto de serem doenças de etiologia multifactorial, com factores concorrentes de natureza cultural, social, biológica e ambiental, tornam-se de difícil análise e avaliação (Sheiham, 2005). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde as doenças orais têm um impacto considerável nos indivíduos e nas comunidades pela dor e sofrimento que causam, levando à redução da função e da qualidade de vida (OMS, 2003).

Os conceitos de saúde e saúde oral são conceitos altamente individualizados e abstractos sendo a sua percepção fortemente influenciada pela experiência individual e “background” cultural. Deste modo, as atitudes dos indivíduos face à sua saúde oral e as atitudes dos profissionais determinam a condição da saúde oral da população (Kawamura, 1997). Assim, pode-se afirmar que os conhecimentos e os comportamentos adequados de saúde oral têm importância no aparecimento, ou não, de doenças orais, uma vez que na

maioria dos casos, são susceptíveis de serem prevenidas (Navarro et al., 2005).

A idade pré-escolar e escolar é o período em que são formadas ou estabilizadas as atitudes, os valores e os comportamentos em relação à saúde, os quais têm início na infância, através da família.

Neste período, ocorre também um aumento do risco das doenças orais. A higiene oral constitui uma prática complexa determinada por vários motivos.

Freire et al., (2001) referem que a mãe tem tido o papel principal de fornecer as primeiras instruções de higiene oral, lembrando a necessidade de higienização dos dentes. Neste estudo, foi também destacada a participação do pai em conjunto com a mãe o que demonstra que a família é a principal formadora dos hábitos de higiene oral. Esta formação tem início na infância, pelo processo de socialização, quando esses hábitos são profundamente interiorizados e transformados em rotina, sendo de difícil modificação. Nesse período, a influência dos pais, em especial da mãe, é considerada a mais marcante.

A saúde oral da criança pode ser medida de duas formas: através da avaliação clínica ou através da percepção do seu estado, quer pela auto-percepção da criança, quer pela percepção dos pais/encarregados de educação, (Regra, 2005).

Atendendo a que a avaliação clínica é insuficiente para explicar a complexidade das doenças orais, a utilização de indicadores subjectivos de saúde oral tem sido justificada para efeitos de planeamento, monitorização e avaliação de resultados (Östberg et al., 2003).

A higiene oral tem grande importância na prevenção da cárie dentária.

Em Portugal, foi realizado um Inquérito Nacional de Saúde (ONSA, 2001), sobre os hábitos e comportamentos de higiene oral da população, tendo-se

verificado que 43,1% de todos os grupos etários afirmam escovar os dentes duas vezes por dia. No grupo de crianças com 6 anos de idade o valor para a mesma resposta foi de 41,2% e no de 12 anos, esse valor foi de 51,2%.

Tendo em conta que os pais/encarregados de educação têm um papel importante no desenvolvimento das atitudes, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças, bem como na influência exercida nos comportamentos das mesmas, pretendeu-se com este estudo, avaliar as atitudes e hábitos de saúde oral das crianças, relatados pelas próprias e pelos pais/encarregados de educação, relacionando-os com os conhecimentos e comportamentos de saúde oral das crianças.

O interesse do investigador nesta área deve-se ao facto de exercer funções ligadas à saúde oral acerca de 16 anos, com experiência clínica e comunitária, bem como na qualidade de docente do Curso de Higienistas Oraís, na Faculdade de Medicina Dentária, da Universidade de Lisboa.

A oportunidade do estudo surge por conveniência do próprio, enquanto responsável pela formação de alunos no estágio final na área da saúde escolar.

A presente dissertação foi estruturada em duas partes. A primeira, corresponde ao enquadramento teórico que tem como objectivo suportar o estudo empírico, encontrando-se dividida em três capítulos. A segunda parte refere-se ao estudo empírico.

No primeiro capítulo, faz-se uma abordagem ao desenvolvimento da criança, descrevendo o contexto social em que se insere, bem como as funções, os papéis da família e da escola que influenciam o mesmo.

No segundo capítulo descreve-se o estado de saúde oral da criança, conceito de promoção de saúde, cárie dentária e estratégias de prevenção, factores predisponentes e estudos epidemiológicos da cárie.

No terceiro capítulo descreve-se o papel da escola na saúde oral das crianças, as atitudes, os hábitos, as crenças, os conhecimentos e os comportamentos dos pais/encarregados de educação como determinantes da saúde oral das mesmas.

A segunda parte refere-se ao estudo empírico encontrando-se dividido em dois capítulos. No primeiro é feita a apresentação das opções metodológicas utilizadas no estudo e a sua fundamentação, sendo então apresentados os objectivos do estudo, tipo de metodologia, caracterização da amostra, técnicas e instrumentos de recolha de dados, técnicas de análise e também descritas as limitações do estudo.

No segundo capítulo descrevem-se os resultados do estudo seguindo-se a discussão dos mesmos. Por último, são apresentadas as conclusões de modo a responder ao problema inicialmente formulado.

**I PARTE**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

# **CAPÍTULO I**

## **O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

A Psicologia do Desenvolvimento é vulgarmente associada ao estudo da infância e da adolescência. Desde os finais do século XIX que se constata uma preocupação em estudar a evolução da criança desde que nasce até à adolescência.

Hoje em dia, com uma organização familiar centrada na criança, com informações e debates constantes sobre problemáticas ligadas à infância e à adolescência, não só provenientes de círculos científicos como dos media, é-nos difícil imaginar que nem sempre foi assim: o interesse pela infância e a curiosidade sobre o desenvolvimento infantil é extremamente recente.

Ao longo da história, a infância e a adolescência não tiveram o estatuto que têm nos nossos dias. “Crianças e adolescentes” são uma invenção sócio-cultural relativamente recente (Ariés, 1973). Durante séculos as crianças foram consideradas como adultos em miniatura, embora mais pequenos, mais frágeis e menos inteligentes.

Durante os séculos XVII e XVIII é que a infância e a adolescência começaram a ser descobertas e consideradas como etapas diferenciadas.

No século XIX o interesse pela criança e pelo seu desenvolvimento é crescente. Em consequência da Revolução Industrial, a Europa e os Estados Unidos da América sofrem grandes alterações sociais. Aparecem as grandes cidades, verificam-se alterações nos modos de sobrevivência das populações e consequentemente mudanças no modo de educação das crianças. Até aqui viviam com os familiares numa comunidade alargada, participando nas actividades e em pequenos trabalhos. Ao reduzir-se o horário de trabalho das crianças e ao libertá-las da realização de trabalhos pesados foi necessário, em virtude da indisponibilidade dos pais, criar espaços adequados – as escolas – que assumissem a educação das crianças. Dá-se, assim, um avanço fundamental na classificação da infância como idade especial, começando a família a organizar-se em redor das crianças e a atribuir-lhes importância (Candeias, 1987, 1994, 1995).

No século XX assistimos à consideração definitiva da infância como um período claramente diferenciado e ao aparecimento do conceito de adolescência. A aceitação da nossa cultura da adolescência como uma etapa diferente da infância e da idade adulta, explica-se por uma conjugação de diferentes factores, tais como: a diminuição da mortalidade infantil, o prolongamento da vida, o aumento da extensão do ensino obrigatório, a difusão do ensino universitário e o excesso de mão-de-obra adulta para trabalhos que requerem mais especialização (Candeias, 1987, 1994, 1995).

A infância e a adolescência, marcadas por grandes alterações biológicas e psicológicas, permaneceram, durante muito tempo, como as idades de estudo na Psicologia do Desenvolvimento.

O aparecimento de novas perspectivas teóricas, a divulgação de novas metodologias de investigação, os progressos a nível tecnológico, assim como, as preocupações recentes ligadas à escolaridade precoce tornaram, actualmente, esta faixa etária, um dos grandes campos de interesse desta área do saber.

Actualmente a preocupação não é evidenciar as limitações da criança face aos progressos das etapas posteriores mas, estudar o que a criança desta idade é e como organiza o seu conhecimento.

O desenvolvimento e a saúde, nomeadamente infantil, ocorrem através de trajectórias e interacções entre o biológico, o psicológico, o social e o cultural, factores internos e externos, e muito em particular, familiares, que interagem para influenciar o desenvolvimento e a saúde da criança. O desenvolvimento e a saúde são processos dinâmicos que resultam das interacções entre o indivíduo e os seus contextos de vida, devendo os factores de risco ser avaliados e identificados para que se possa fazer prevenção e intervenção (Ramos, 2004).

## 1. O Contexto Social no Desenvolvimento da Criança

A socialização acontece em todas as sociedades, em todas as culturas e em todas as idades, mas cada sociedade e cada família acaba por introduzir na sua socialização determinadas particularidades culturais.

A socialização é um processo dinâmico, contínuo, plural, conflituoso, interactivo e recíproco.

A socialização primária é aquela que se dá no seio familiar, iniciando-se a secundária quando a criança percebe que a relação das pessoas entre si e das pessoas com o mundo se pauta por regras e normas genéricas (Ramos, 2005).

Na área da Psicologia do Desenvolvimento existem indicadores que revelam que os primeiros anos de vida são aqueles em que o indivíduo aprende todas as habilidades básicas que determinarão as aprendizagens específicas ao longo da sua vida (Sylvia e Lunt, 1982).

Nelson et al., (1993) defendem a necessidade de compreender a natureza e a génese das competências das crianças em contextos sociais e familiares, bem como, de se procurar aprofundar o estudo do conhecimento em contacto com rotinas do quotidiano e em interacção com pessoas.

Assim, é importante que o estudo da criança seja feito a partir do que as crianças representam das suas experiências de vida rotineira. A representação de acontecimentos é a forma fundamental de organização do conhecimento infantil.

No desenvolvimento, na educação e na saúde da criança, é necessário ter em conta um conjunto de elementos socioeconómicos e culturais, mas também elementos afectivos e familiares, factores individuais e psicológicos. As dimensões psicológicas e familiar ocupam um espaço muito importante ao nível da saúde, prevenção e estruturação do ser humano, no começo da vida e no desenvolvimento e adaptação posterior (Ramos, 2004)

Para um desenvolvimento saudável, as crianças necessitam de ambiente de apoio e de suporte, desempenhando os adultos, muito em particular os pais e a

família, um papel fundamental ao nível da saúde dos seus membros, das necessidades físicas e materiais, mas também das necessidades psicológicas (afecto, apoio, cuidados e orientação) (Ramos, 2004).

A simples satisfação dos cuidados físicos e a alimentação não são suficientes para o crescimento e para o bom desenvolvimento físico e psíquico da criança. Esta necessita, para a sua estruturação e autonomização, de uma relação próxima e estável com um adulto afectuoso, de ser rodeada de um ambiente estimulante, gratificante e disponível. Isto, manifesta-se independentemente do tipo de cuidados dispensados, da pessoa que dispensa esses cuidados ou do meio social e cultural onde vive.

É a necessidade e a satisfação primária de contacto e afecto, a segurança encontrada nos braços da mãe, do pai ou de outros adultos cuidadores, que permitem à criança construir-se psiquicamente, autonomizar-se e desenvolver-se saudavelmente (Ramos, 2004).

A qualidade das experiências relacionais precoces com os pais e outros cuidadores é preditora da qualidade de adaptação e funcionamento interpessoal do indivíduo nas relações significativas na idade adulta. Com efeito, as experiências precoces e as relações estabelecidas com a mãe e o pai durante a infância influenciam a qualidade das relações interpessoais do indivíduo na vida adulta, a qualidade de vinculação e a qualidade dos cuidados prestados à criança (Ramos, 2004).

São numerosos os estudos que evidenciam a importância das primeiras experiências de vida, as consequências nefastas para o desenvolvimento e saúde da criança das separações prematuras e bruscas do seu ambiente familiar, a importância do suporte do meio e adequação da sociedade às necessidades da criança e da sua família e a existência de factores e práticas de cuidados que promovem ou dificultam o bom desenvolvimento da criança (Ramos, 2004).

Pode-se dizer que o indivíduo é produto dos seus contextos e de todas as suas experiências, desempenhando as experiências precoces um papel fundamental nas experiências posteriores, mas sendo também modificadas por outros acontecimentos subsequentes. Este aspecto é bem patente nas palavras de (Sroufe, 1978) quando afirma:

*“A experiência precoce tem um significado especial, mas não pode ser mais importante do que a experiência posterior, e a vida num ambiente em mudança alterará a qualidade de adaptação da criança”* (cit. p. 56).

## **2. Funções e Papéis da Família no Desenvolvimento da Criança**

Hoje em dia existem muitas definições de família, no entanto, talvez o mais importante elemento a salientar seja a emergência dos seus elementos, o que a torna uma e única. Não há duas famílias iguais, embora todas sejam famílias e funcionem como tal (Alarcão, 2006).

A família é unida por múltiplos laços capazes de manter os membros moralmente, materialmente e reciprocamente solidária durante uma vida e durante gerações. Podemos então definir família como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos seus membros, considerando-a como um sistema que actua através de padrões transaccionais. No interior da família, os indivíduos podem constituir subsistemas, podendo estes ser formados pela geração, pelo sexo, pelo interesse e/ou função. Existindo no seu seio diferentes níveis de poder e onde os comportamentos de um membro afectam e influenciam os restantes. A família, como unidade social, está sujeita às acções que promovem o seu desenvolvimento, distinguindo-se ao nível dos parâmetros culturais, mas assentes em idênticas raízes universais (Minuchin, 1990).

A estrutura da família e a educação das crianças encontra-se em rápida e profunda transformação no meio social actual. Já Freud, no início da sua obra em 1949, salienta o longo período de dependência infantil do ser humano face aos progenitores, não apenas em termos de subsistência física mas também

psíquica. Nesta dependência prolongada dos objectos parentais, os primeiros modelos de referência são a mãe e o pai.

Em 1950, Erikson refere que as experiências proporcionadas pelos pais têm repercussões no desenvolvimento da criança ao longo dos vários estádios.

Para a criança os primeiros anos de vida, o seu grupo de referência é a família. Esta desempenha um papel importante no seu desenvolvimento e socialização. A família e os seus membros servem de modelo de comportamento, assim como marcam os padrões de relação com outros. As relações sociais e afectivas das crianças podem-se explicar como resultado das vivências familiares e da relação estabelecida, sobretudo com os pais.

Assim, a família é considerada como o principal contexto educativo ou promotor de desenvolvimento humano, sendo o núcleo crucial para o desenvolvimento da criança. A função primordial da família reside em “educar” e “criar” as crianças (Portugal, 1990).

Deste modo, *“(...) a família constitui o primeiro, o mais fundamental e o mais importante grupo social de toda a pessoa, bem como o seu quadro de referência, estabelecido através das relações e identificações que a criança criou durante o desenvolvimento”* tornando-a na matriz da identidade (wikipedia, s/d <http://pt.wikipedia.org/wiki/fam%C3%ADlia>, acedido a 7 de Dezembro de 2006).

É no grupo familiar que ocorre a interiorização do sistema de regras e condutas sociais no campo do relacionamento interpessoal, fornecendo um modelo natural para a estrutura social (Pichón-Revière, 1986).

A família é um organismo que selecciona e qualifica as experiências do indivíduo, dando-lhe condições para a vivência individual e social (Samara, 1986).

A família é um contexto de socialização que, para além da satisfação das primeiras necessidades da criança, proporciona experiências riquíssimas e fundamentais na construção de afectos e na formação de vínculos, na

apropriação de conhecimentos socioculturais (ex: hábitos, tradições, regras, valores, costumes, formas de agir) assim como na apropriação de conhecimentos. Estes, para além de importantes nas relações pessoais e na inserção no grupo social, vão ter reflexos nos progressos do pensamento (ex: aquisição da linguagem, representações de acontecimentos).

O sentimento de pertença a uma família, a uma comunidade, a uma cultura, dá um sentimento de segurança interna que favorece o desenvolvimento da criança. Desde os primeiros tempos de vida, é a família, muito em particular a mãe e o pai, mas também os avós, os melhores colocados para fornecer à criança, o apoio e o reconforto, a protecção e a segurança emocional indispensáveis à saúde. Mas também as condições de desenvolvimento psíquico, físico e de autonomia, através das rotinas diárias, dos cuidados repetidos, das práticas educativas e de protecção, efectuados num clima afectivo e social apropriado (Ramos, 2003).

As crianças que crescem em famílias que proporcionam segurança e afecto aprendem a gerir melhor as emoções e os afectos, as separações e a fazer face aos problemas quotidianos. Diversos estudos mostram que uma relação estável e segura entre a mãe e a criança está associada a níveis relativamente baixos de stress quando a criança é confrontada com situações estranhas ou novas. Também numerosas investigações mostram que a melhor protecção das crianças ao stress e aos traumas são os pais, a família, sobretudo se têm um bom nível socioeconómico, suporte social, uma boa inserção na comunidade e se têm capacidade de controlar os sentimentos de medo e angústia (Ramos, 2004).

As relações entre irmãos dependem de diversos factores (ex: sexo das crianças, idades, ordem de nascimento, atitudes e comportamentos dos pais), mas os múltiplos estudos realizados sobre as interacções entre as crianças não deixam qualquer dúvida sobre a importância das relações entre pares no processo de desenvolvimento.

Em relação ao papel dos irmãos estes são, simultaneamente, promotores e receptores do processo de socialização na família, ajudando a estabelecer e manter as normas, promovendo o desenvolvimento da cultura familiar e *“contribuem para a formação da identidade uns dos outros servindo de defensores e protectores, interpretando o mundo exterior, ensinando os outros sobre equidade, formando alianças, discutindo, negociando e ajustando mutuamente os comportamentos uns dos outros”* (Stanhope, 1999; p. 502).

Ao longo da sua vida a criança enfrenta uma diversidade enorme de contextos de educação e desenvolvimento (família, escola, meios de comunicação, grupos de pares). São múltiplas as experiências nestes contextos educativos e todas estas experiências configuram o processo de desenvolvimento. Frequentemente, a diversidade de contextos, o seu desconhecimento e a sua falta de regularidade exigem, da parte da criança, um grande esforço. Esta diversidade de experiências exige adaptações e reformulações sucessivas na forma de representar, de enfrentar e de participar nas experiências com o mundo.

Ao longo da infância, as relações com os pares da mesma idade vão-se complexificando. Nos anos pré-escolares, os pares funcionam como companheiros de brincadeiras e como modelos – a criança vai imitá-los, mas também se vai comparar com eles. Os amigos vão ajudá-la a avaliar características e comportamentos, a socializar-se e a aprender sobre si e sobre os outros. No fundo, a perceber o mundo.

O papel dos amigos no desenvolvimento parece ser fundamental. As relações de amizade, quer dizer, (...) *uma relação entre duas pessoas de estatuto semelhante, que não serve outros motivos (tais como económicos, políticos ou sexuais) e que é sentida pelos participantes como sendo resultado de uma escolha livre* (Wright cit. Matta, 2001; p. 315), são importantes como suporte na experiência social e cognitiva (Matta, 2001).

De uma concepção da amizade em que se confunde e relacionam os aspectos psicológicos e os físicos, em que a amizade é assimilada às interações quotidianas, em que um amigo é alguém com quem se compartilham

actividades lúdicas, alguém com quem se brinca, a criança evolui para uma concepção em que já é evidente a referência a características psicológicas internas, sentimentos e pensamentos (ex: entendem-se, ajudam-se).

É também notório um avanço no sentido de uma relação de cooperação e de partilha de interesses mútuos, para na adolescência a relação de amizade ser entendida como uma autonomia interdependente; é uma relação profunda em que as pessoas se compreendem e se ajudam mutuamente a desenvolver a sua identidade própria (Matta, 2001).

Nos anos pré-escolares e escolares os grupos de amigos estruturam-se por semelhanças pessoais (ex: crianças do mesmo sexo), pela identidade, pelo temperamento e em torno de preferências por brincadeiras. Aliás como vimos, estas características são explicitadas pelas crianças quando se lhes pergunta o que é um amigo. Se para os rapazes são frequentes as afinidades em torno de actividades físicas, nas raparigas é mais frequente a referência a aspectos psicológicos (Santos e Veríssimo, 1999). Mas é frequente as crianças estabelecerem afinidades por uma identificação subjectiva que ultrapassa estas grandes categorias (Matta, 2001).

Nem sempre é fácil avaliar se uma criança tem amigos e quem são os seus amigos verificando-se, por vezes, que a opinião dos adultos não é concordante com a da criança. Mesmo as crianças, que aparentemente não têm amigos, quando se lhes pergunta, indicam alguns dos pares como amigos. Os resultados de alguns estudos indicam que as crianças com facilidade em fazer amigos são crianças mais competentes socialmente, mais cooperantes, mais altruístas, mais auto-confiantes, menos solitárias e que apresentam indicadores de maior adaptação escolar (Matta, 2001).

A importância da convivência com os amigos tem sido comprovada ao nível social e cognitivo. Diversos estudos mostram que comparando a realização de tarefas de pares, que não se consideram ou que se consideram amigos, se notam diferenças tanto ao nível do produto final obtido como ao nível das interações. Assim, nas tarefas realizadas com amigos existe uma maior

riqueza ao nível das interacções, da motivação e da própria realização e memorização.

Por outro lado, verifica-se que as interacções entre amigos suscitam maior reciprocidade e colaboração, notando-se diferenças ao nível de trocas positivas (ex. risos, piadas); maior facilidade em resolver conflitos (ex: negociação, confronto de pontos de vista); maior orientação para a tarefa (ex. menos distração); melhor qualidade na relação (ex: igualdade de trocas, afirmação mútua) (Matta, 2001).

Como realça Brofenbrenner (1979), para além das experiências da influência directa, há outro tipo de influências indirectas (ex. local de trabalho dos pais; conjuntura política e económica da sociedade, entre outras). Na perspectiva defendida pelo autor, os vários níveis contextuais relacionam-se reciprocamente: *“a sociedade molda e é moldada pelos seus membros”*. Por exemplo, há um funcionamento interdependente entre os membros de uma família que é um sistema complexo e que evolui com o tempo. Se as crianças são influenciadas pelos pais, também os pais são influenciados pelas crianças. A família é um sistema, uma estrutura global cuja influência entre os membros que a compõem é recíproca, sendo o comportamento dos elementos da família também influenciado por outras experiências (ex: no trabalho, na comunidade, entre outras).

As diferentes experiências de educação que uma criança vive e a acção dos diferentes agentes socializadores (ex: transmissão de valores e de padrões de comportamento) é condicionada pelas características peculiares de cada momento histórico e contexto cultural, como tem sido demonstrado pelos diversos trabalhos da corrente sociocultural.

Se a família aparece com um contexto muito rico, todas as crianças vivem experiências múltiplas, para além das que ocorrem no seio familiar, apropriando-se assim de conhecimentos vários.

O papel da família, e designadamente dos pais, é determinante na construção de valores e princípios básicos de respeito pela saúde e pela vida.

As práticas de cuidados às crianças, de higiene, alimentares, educacionais e outras, ocupam uma parte do tempo que a família despende com a criança. Transmitem-se de geração em geração, no seio das famílias, sendo incorporadas muito cedo pela criança e, apesar de serem consideradas actividades banais e repetitivas, constituem um domínio complexo e de grande importância para o desenvolvimento e saúde da criança (Ramos, 2004).

### **3. O Papel da Escola no Desenvolvimento da Criança**

Na sociedade actual a escola tem, desde os primeiros anos, um papel importante enquanto agente socializador.

A escola tem, na nossa sociedade, a função de ensinar a aprender e de transmitir saberes e instrumentos culturais fundamentais para o desenvolvimento do sujeito e integração no seu grupo social. Mas a escola tem também a função de ajudar e estruturar e a tornar significativa todo um leque vasto de experiências e vivências diversificadas. Tem, ainda, a função de possibilitar o desenvolvimento do sujeito enquanto agente de mudança e de inovação.

Dentro desta variedade de vivências, a experiência escolar assume um relevo particular. Com a entrada na escola dão-se grandes transformações ao nível sociocognitivo. A criança vai desenvolvendo uma nova forma de pensar, vai-se distanciando de situações concretas e vai conseguindo raciocinar de uma forma mais abstracta. A sua experiência social também se vai diversificando. As relações sociais e institucionais vão apresentar características muito diferenciadas. A própria escola, enquanto sistema social, vai exigir um progressivo domínio das suas normas e regras de funcionamento e a apropriação deste saber escolar vai exigir um grande esforço de adaptação e de reformulação progressivo de concepções e crenças por parte da criança.

A escola vai ajudar a criança a estruturar toda uma forma diferente de olhar, de compreender e de pensar sobre o mundo. Estes instrumentos culturais e esta nova forma de pensar o mundo vão possibilitar à criança um progresso no

sentido de uma construção e de uma transformação de um saber já desenvolvido por gerações passadas, bem como o seu desenvolvimento enquanto agente inovador no seio da sua cultura.

Matta e Almeida (1989) mostraram que as concepções dos pais sobre a educação e o desenvolvimento das crianças destas idades eram distintas consoante os contextos escolhidos para os seus filhos. Os pais que haviam colocado os filhos nas amas salientavam a importância de um ambiente familiar, acolhedor e carinhoso, e de uma boa relação afectiva com um adulto. Os pais das crianças das creches referiram a importância de relações diversificadas, aquisição de hábitos, transmissão de conhecimentos e desenvolvimento da autonomia.

Crianças que frequentam creches revelam-se mais inseguras, mais desobedientes e mais agressivas com os pares. Não se encontram efeitos negativos a nível intelectual havendo mesmo estudos que evidenciam a maior autonomia e melhores índices de desenvolvimento cognitivo nas crianças que frequentam as creches (Matta, 2001).

As crianças que frequentam escolas infantis revelam maior adaptação a situações novas e têm tendência para ser mais autónomas e independentes face aos adultos, mais cooperantes com os amigos, mais expressivas e comunicativas. Também têm tendência para ser menos “polidos”, menos obedientes e mais agressivos (Matta, 2001). A frequência de escolas infantis pode beneficiar o desenvolvimento cognitivo e linguístico e facilitar a entrada na escolaridade obrigatória (1º Ciclo), sobretudo das crianças oriundas de meios socioeconómicos mais desfavorecidos.

A criança passa uma grande parte do dia na escola e em actividades de grupo, em que as suas competências físicas, mas também psicológicas são muito valorizadas. A influência dos adultos, como os pais e os professores, continua a ser muito importante, não só como controladores de regras e de contingências mas também modelos de eficácia e de sucesso. Outras

influências, tais como o grupo de pares e os *media*, são também importantes para o desenvolvimento da criança (Barros, 2003).

A escola não pode viver sem a família, nem esta sem a escola, sendo dois sistemas que não se podem ignorar, sob pena de prejudicarem a obra educativa, em particular a aprendizagem. A escola faz parte da vida quotidiana de cada família com filhos em idade escolar (Oliveira, 2002).

#### **4. Síntese**

O desenvolvimento é construído a partir das experiências de vida e da interacção com os adultos e outras crianças. Esta interacção é mediada por factores e instrumentos de natureza sócio-cultural. A criança é tratada como elemento de um grupo social, com uma história e uma cultura, ou seja, com um conhecimento adquirido e transmitido de geração em geração (símbolos, costumes, hábitos, crenças e valores). O desenvolvimento da criança é encarado como o produto da interacção social em que a mesma recebe dos que a rodeiam, família e escola, entre outros uma série de instrumentos sócio-culturais, dos quais se vai apropriando, progressivamente, por um processo de assimilação.

De todos os instrumentos resultantes da evolução histórica e das conquistas culturais a que a criança tem acesso através da experiência social, a linguagem é um instrumento de comunicação, de representação da realidade, de reflexão e de regulação da cognição do comportamento e permite a partir das interacções sociais, a apropriação, por parte da criança, de outros recursos culturais.

O sentimento de pertença a uma família, a uma comunidade, a uma cultura, dá um sentimento de segurança interna que favorece o desenvolvimento da criança. Desde os primeiros tempos de vida é a família, muito em particular mãe, pai e avós, os que podem dar apoio, reconforto, protecção e segurança emocional indispensáveis à saúde, às condições de desenvolvimento psíquico, físico e de autonomia. Tudo isto através das rotinas diárias, cuidados repetidos,

práticas educativas e de protecção, efectuados num clima afectivo e social apropriado.

As crianças que crescem em famílias que proporcionam segurança e afecto e que têm uma boa relação entre mãe e criança aprendem melhor a gerir emoções, afectos e enfrentar e fazer face a situações e problemas quotidianos. A família representa a principal fonte de prestação de cuidados básicos às crianças, proporcionando um ambiente emocional e social propício ao desenvolvimento social, afectivo e cognitivo.

## **CAPÍTULO II**

# **SAÚDE ORAL DA CRIANÇA**

## **1. Conceito de saúde e saúde oral**

A saúde deve ser entendida como componente da qualidade de vida. A saúde 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 protecção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças.

A teoria mística sobre a doença em que os antepassados a julgavam como um fenómeno sobrenatural, no qual a doença era um facto decorrente das alterações ambientais no meio físico e concreto em que o homem vivia foi descridibilizada.

Através dos estudos de Louis Pasteur, em França, com a “teoria da unicausalidade”, foi possível a descoberta dos micróbios como agentes etiológicos causadores da doença.

Alguns anos mais tarde esta teoria é complementada por uma série de conhecimentos produzidos pela epidemiologia, que demonstram a multicausalidade como determinante da doença e não apenas a presença exclusiva de um agente. Uma série de estudos e conhecimentos através da epidemiologia social esclarecem melhor a determinação e a ocorrência das doenças em termos individuais e colectivos.

Começa-se a considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, composto por factores biológicos, económicos, culturais e sociais. Deste modo, surgem vários modelos de explicação e compreensão da saúde, da doença e do processo saúde-doença. Como modelo epidemiológico baseado nos três componentes – agente, hospedeiro e meio - considerados como factores causais.

Baseado na medicina ocidental e na classificação da doença, o modelo biomédico fala-nos do corpo em termos mecânicos e dá ênfase aos sistemas do corpo em vez de enfatizar a pessoa como um todo. Tal como a máquina, o corpo pode falhar e também corrigir-se através da aplicação das ciências biomédicas e da tecnologia. Trata-se de um modelo que não é abrangente, mas redutor, ignorando que o indivíduo é um ser holístico, o qual pode ter desejos ou necessidades, não estando sob o seu controlo os factores que afectam o estado de saúde individual.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”. Tem o aspecto positivo de referir-se a bem estar e valorizar diferentes dimensões do ser humano. É muito abrangente e tende a opor-se ao primeiro modelo, pelo facto de ser um modelo holístico. Mas ao afirmar *estado completo* pode não englobar as pessoas com incapacidades.

Em 1975, Terris observou que a definição de saúde da OMS era considerada pelos epidemiologistas como sendo “vaga e imprecisa com uma aura utópica”. Daí ter alargado a definição da OMS para: “*a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e a capacidade para funcionar, e não somente a ausência de doença e enfermidade*”. Ao incluir-se a capacidade para funcionar, e não somente a ausência de doença e enfermidade, e ao eliminar-se a palavra “completo” da definição da OMS, este conceito foi colocado num contexto mais realista, proporcionando uma estrutura importante e útil para a prática, educação e pesquisa (Regra, 2005).

Este conceito positivo da saúde contempla a unicidade de cada indivíduo reflectindo, de igual modo, as experiências dos homens e das mulheres, os grupos étnicos a que pertencem e as diferentes sociedades em que vivem. A saúde é definida por cada indivíduo. Daí não pode ser vista como uma situação standard, porque cada pessoa é única.

A saúde não é estática e é influenciada por diversos factores internos e externos à pessoa. Por isso os indivíduos não podem responsabilizar-se por

todos os aspectos da sua saúde e não podem ser julgados por tal. Assim sendo, a saúde como um estado “ideal” é inatingível.

Existem diferentes formas de olhar a saúde mas parecem ser consensuais: a saúde é mais importante que a ausência de doença, sendo possível um indivíduo sentir-se saudável apesar da presença de doença e/ou incapacidade.

A investigação epidemiológica tem demonstrado que a saúde e a doença, e o equilíbrio entre as duas condições, são determinados por muitos factores que se podem reforçar, coagir, mascarar ou inibir entre eles numa teia dinâmica de interações. A teoria da complexidade pode facilitar a compreensão da saúde oral através do estudo da sua complexa inter-relação, não se focalizando somente na importância do envolvimento de cada factor individual. Este conceito introduz a base teórica para uma aproximação dinâmica e holística da saúde oral com consequências para a educação, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças orais (Dimitrov e Harald, 2003).

A saúde oral é muito mais do que uma boca livre de cárie. Saúde oral é quando o indivíduo se encontra livre de dor crónico-oro-facial e de neoplasia da cabeça e pescoço, sem lesões dos tecidos moles, sem alterações de fenda ou lábio palatino e lesões de outras patologias que afectem a cavidade oral, dentes e tecidos crâneo-faciais (CDC, 2000).

A saúde oral, incluindo as estruturas da cabeça e pescoço cujas funções, muitas vezes nem nos apercebemos o quanto são importantes e que 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 protecção contra infecções microbianas e agressões ambientais (Regra 2005).

A cavidade oral é afectada por uma série de patologias de origem oral e/ou sistémica. Segundo Sheiham, a forma “*extra corporal*” como os indivíduos valorizam a saúde da sua boca, tem de deixar de existir, porque a saúde oral

afecta negativamente a saúde geral. Esta é causa de dores consideráveis, dificuldades de mastigação, dificuldades na fala, diminuição da qualidade de vida e bem-estar.

A falta de saúde na boca afecta o indivíduo física e psicologicamente, influenciando o seu crescimento, a forma de olhar, de falar, de sentir o gosto dos alimentos, de se socializar e de saborear a vida em pleno. A dor de dentes é uma das causas de absentismo escolar nos EUA, onde a prevalência da cárie dentária é bastante baixa. Os problemas orais fizeram com que 117000 horas de aulas fossem perdidas por 100000 crianças de baixo nível sócio-económico (Sheiham, 2005).

## **2. Promoção de saúde**

A promoção da saúde foi considerada como um objectivo central para este século, sendo definida como “*O processo de capacitar o indivíduo para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la*” (OMS, 1985, cit. Barros 2003; p. 173).

Existe actualmente um consenso no sentido de considerar que qualquer intervenção de promoção da saúde bem sucedida deve contemplar a colaboração da família, da escola, dos serviços de saúde e da comunidade (Barros, 2003).

A promoção da saúde envolve o incentivo à prática de comportamentos saudáveis e o desencorajamento de comportamentos prejudiciais ou nocivos para a saúde. Numa perspectiva mais holística, que é precisamente a que é definida pela OMS, visa-se a promoção de uma atitude global de valorização da saúde, que envolve saber avaliar o estilo de vida e a saúde do próprio, assumir responsabilidade pelo controlo do seu estado de saúde e saber “*formular problemas, encontrar soluções, tomar decisões e dar-lhe seguimento, resolver conflitos, comunicar eficazmente com outrem, interrogar e intervir activamente em seu próprio nome, quando a isso houver lugar*” (OMS, 1985, cit. Barros 2003; p. 173).

Embora a promoção da saúde e os programas de educação para a saúde estejam hoje em dia bastante divulgados, é forçoso reconhecer que se têm caracterizado pelo eclectismo, pela pouca ou ambígua orientação teórica, e que ainda são muito influenciados pelo modelo médico epidemiológico, ligado ao conceito de risco e de prevenção.

*As Metas da Saúde para Todos* (OMS, 1986), ao definir os objectivos para a primeira década do século XXI, enfatizam claramente a necessidade de valorizar as acções de promoção de saúde dirigidas às crianças e adolescentes. Com efeito, conhecendo-se a associação entre saúde e estilos de vida, e reconhecendo que, numa proporção significativa, os estilos de vida estáveis começam a ser adquiridos na infância, ou que, é provavelmente muito mais eficaz evitar o início de estilos de vida nocivos antes do seu estabelecimento, parece sensato centrar um esforço importante nos programas dirigidos a estas faixas etárias.

A promoção da saúde na infância e na adolescência tem sido um domínio algo confuso, que tem vivido sobretudo das boas intenções e voluntarismo de alguns profissionais da educação e da saúde. Se a promoção da saúde entrou na gíria do politicamente correcto e nos programas escolares, podemos afirmar que as intervenções com uma base teórica bem estabelecida e uma avaliação cuidadosa dos resultados, a médio ou longo prazo, são praticamente inexistentes. Cada vez que se identifica um novo problema de saúde, desde o consumo de substâncias tóxicas aos erros alimentares e aos desastres de viação, decide-se introduzir mais um componente de educação para a saúde nas escolas, como se houvesse uma qualquer relação automática ou mágica entre o ouvir falar de um assunto problemático numa sala de aula aos 7 ou 14 anos e a mudança de padrões de comportamento para o resto da vida.

Quando se fala de promoção, ou de educação para a saúde, parece que o desenvolvimento é quase ignorado ou pelo menos, grandemente desvalorizado. É necessário um esforço apurado para encontrar alguns sinais indicadores de uma preocupação desenvolvimentista seja na definição dos

objectivos, na escolha das metodologias de intervenção ou na avaliação dos resultados.

Ao longo do desenvolvimento, as transformações nas capacidades da criança e do adolescente para se conhecer e compreender a si próprio e ao mundo em que se integra vão determinar mudanças importantes na construção de significados sobre saúde e vulnerabilidade, no modo como é afectada e afecta o seu contexto, e nas competências para controlar o seu comportamento (Barrio, 1990).

A educação e a promoção da saúde são dois conceitos que se distinguem principalmente na valorização do planeamento. A educação em saúde envolve um conjunto de experiências de aprendizagem designadas para predispor, capacitar e reforçar comportamentos voluntários que conduzam à saúde. Centra-se não só no indivíduo mas nos grupos ou comunidades.

Tradicionalmente as acções de educação e promoção para a saúde eram centradas em profissionais que forneciam informação importante com o objectivo principal de aumentar os conhecimentos. Esses conhecimentos eram encarados como potenciais promotores de alterações de atitudes. Pressupunha-se que de uma forma causal directa, a mudança de atitude era acompanhada de alteração no comportamento.

A promoção da saúde caracteriza-se por um conjunto de actividades que se definem pela combinação entre suporte educacional, organizacional, económico e ambiental. Estas actividades capacitam o indivíduo ou comunidade a aumentar o controlo sobre os determinantes de saúde e assim fomentar a saúde, alterando o comportamento. É na promoção da saúde que o planeamento tem maior ênfase, sendo através dele que se delineiam as actividades a desenvolver.

A promoção da saúde deve ser centrada nos pais e nos educadores que cuidam da criança. Os objectivos centrais são a sensibilização destes adultos para a sua responsabilidade na saúde da criança a curto, médio e longo prazo,

e a divulgação de um conceito de promoção da saúde que não se limita ao evitar os acidentes e doenças, mas deve alargar-se a um conjunto de aprendizagens que vão iniciar padrões de comportamento que estabeleçam as bases ideais para um desenvolvimento saudável (Barros, 2003).

A intervenção com os pais deve centrar-se nas significações sobre o desenvolvimento da criança e sobre as suas próprias competências educativas. As crenças parentais de auto-eficácia no controlo do comportamento infantil têm-se revelado fortemente preditivas de comportamentos e rotinas saudáveis (Pine et al., 2000).

## **2.1 Cárie dentária**

A palavra cárie é originária do latim e significa “podre”. O diagnóstico da cárie dentária utilizado por Fauchard no século XVI baseou-se na presença de sintomas macroscópicos (dentes “corroídos” ou dentes que haviam sido “comidos”).

A cárie dentária é uma das doenças de maior prevalência na população mundial; todos nós estamos sujeitos ao aparecimento desta doença ao longo da nossa vida.

É uma doença crónica de progressão muito lenta forma-se através de uma interacção complexa ao longo do tempo entre as bactérias que produzem ácidos e a fermentação de hidratos de carbono, bem como outros factores, incluindo os dentes e a saliva (Selwitz et al., 2007).

A doença desenvolve-se na coroa (cárie coronária) e na raiz (cárie de raiz) dos dentes decíduos (leite) e permanentes (definitivos), e nas superfícies oclusais (mastigatórias) afectando o esmalte, a dentina e o cimento radicular.

A cárie dentária é a destruição localizada dos tecidos duros do dente por ataque dos ácidos produzidos pela fermentação bacteriana dos hidratos de carbono dos alimentos (Fejerskov e Kidd, 2003; Marsh e Martin, 1999). Os sinais de desmineralização por cárie são visíveis no esmalte, mas o processo

da doença é iniciado no interior do biofilme (placa bacteriana) que cobre a superfície do dente. Para além disso, as alterações iniciais no esmalte não são detectadas através dos exames clínicos tradicionais e métodos radiográficos.

A cárie dentária é uma doença multifactorial que começa com alterações microbiológicas no interior do complexo biofilme e é afectada pelo fluxo salivar e sua composição, exposição ao flúor, consumo de alimentos açucarados, e pelos comportamentos preventivos (higienização dos dentes).

A doença é inicialmente reversível e pode ser parada em qualquer altura, mesmo quando alguma dentina ou esmalte está destruído (cavidades), desde que se possa remover suficiente quantidade de biofilme, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária.

De acordo com Bezerra e Toledo (1999) a cárie decorre da dinâmica entre o biofilme, carboidratos e saliva, determinando o seu conceito como doença infecciosa bacteriana, modificada por uma dieta rica em carboidratos, induzindo a formação de biofilme com microrganismos cariogénicos, como os *Streptococcus mutans*, com a formação de ácidos orgânicos que reduzem drasticamente o pH da saliva, promovendo a subsaturação de cálcio e fósforo e, conseqüentemente a desmineralização das estruturas dentárias pela perda de íons de hidroxiapatite.

As cáries dentárias são uma das doenças mais comuns das crianças que podem ser prevenidas. Podem aparecer na primeira infância como uma deterioração agressiva do dente que afecta a dentição primária das crianças.

As pessoas são susceptíveis de desenvolver esta doença ao longo da sua vida (Pitts N.B., 2004; Featherstone 2000; US Department of Health and Human Services, 2000; Fejerskov e Kidd, 2003). Pode ser detida e potencialmente invertida num estágio inicial, mas muitas vezes não está auto-limitada e sem o adequado cuidado as cáries podem progredir até á destruição do dente (Fejerskov e Kidd, 2003).

É a primeira causa de dor oral e perda do dente (US Department of Health and Human Services, 2000; Kidd, et al., 2000).

Para poder medir a ocorrência de uma doença, existem índices que estabelecem a sua intensidade e sua condição. Definido por Russel (1956), índice é um valor numérico que descreve a situação relativa de uma determinada população por meio de uma escala graduada com limites superiores e inferiores definidos, permitindo comparações com outras populações classificadas pelos mesmos métodos e critérios.

Os índices de cárie dentária utilizados são o CPO`D e cpo`d (OMS, 1997) para determinação da história presente e passada de cárie dentária. Estes, são os índices relativos aos dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente (definitiva) e decídua (leite) respectivamente.

## **2.2 Estratégias de prevenção de saúde oral na criança**

A saúde oral faz parte da saúde geral da criança. Durante o primeiro ano de vida da criança, a higiene oral deverá ser iniciada o mais precocemente (Bonecker et al. 1997).

Relativamente à prevenção os desenvolvimentos clínicos devem ser trabalhados em conjunto com a abordagem de saúde pública.

A abordagem à prevenção primária deverá ser baseada nos factores de risco comuns. A prevenção secundária e tratamento devem estar focados na gestão do processo de cáries ao longo do tempo para os pacientes individuais, com um mínimo de invasão, numa abordagem de preservação dos tecidos.

Uma boa saúde oral na infância tem ganhos efectivos benéficos para o resto da vida, com um aumento evidente da saúde em geral.

Ao longo do ciclo de vida e no ambiente escolar, as necessidades das crianças e dos jovens vão-se tornando cada vez mais complexas e exigentes. Para que

haja estabilidade na aquisição de comportamentos positivos devem ser focados temas de higiene oral ao longo do processo de escolarização de uma forma progressiva e aprofundada. A educação e a saúde, e nomeadamente a saúde oral devem dar prioridade a projectos e que utilizem estratégias de ensino-aprendizagem eficazes.

Os factores mais importantes para melhorar a saúde oral, são proporcionados sobretudo pelas influências ambientais, alterações de comportamento e medidas preventivas e terapêuticas específicas.

De entre os diversos factores que contribuem para o desenvolvimento da cárie dentária, a dieta representa um papel fundamental. Em conjunto com a higiene oral e outras medidas preventivas, como o uso do flúor, o controle da dieta contribui de forma relevante para a estratégia multifacetada da prevenção da cárie dentária.

### **2.2.1. Dieta**

A dieta desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da cárie dentária em todos os grupos etários. No entanto, assume uma posição mais relevante relativamente às crianças, uma vez que um comportamento de risco em relação à dieta estabelecido no primeiro ano de vida tende a manter-se durante toda a infância (King, 1978; Wendt et al, 1996) e é nessa época que os hábitos relativos à saúde oral são formados e firmados.

Os hábitos presentes na dieta infantil constituem um factor importante na etiologia e progressão da doença e a discriminação relativamente à preferência por sabores ocorre com o desenvolvimento da criança e é afectada por inúmeros factores. É fundamental a orientação não só quanto aos hábitos de higiene oral como também em relação ao consumo racional de açúcar visando a promoção da saúde oral (Bezerra e Toledo, 1999).

Por isso deve ser prestada muita atenção ao conteúdo da ingestão da alimentação das crianças bem como da forma de ingestão dos líquidos de modo a evitar as potenciais consequências devastadoras de hábitos não saudáveis.

Outras medidas de modificação da dieta incluem os conselhos, por parte dos pais, para minimizar a quantidade de alimentos pegajosos que as crianças ingerem, uma vez que o contacto persistente de tais alimentos com os dentes aumenta o risco de cáries. De igual modo, deve ser feito um esforço para minimizar a adição de açúcar, para além do estado natural dos alimentos, e impor limites à ingestão de líquidos açucarados, que representam uma substancial exposição cariogénica para os jovens. As consequências dos snacks entre as refeições, uma grande preocupação com o estilo de vida moderna, e o aumento do risco associado para a degradação do dente nas crianças, bem como nos adultos, estão agora amplamente reconhecidos (Moynihan, 2005).

### **2.2.2. Factores de risco**

Dentro do contexto das cáries e outras doenças, o termo “factor de risco” geralmente é conotado em qualquer tipo de ambiente, comportamento ou factor biológico, tendo em conta que este, quando presente, aumenta a probabilidade de manifestação da doença. Do mesmo modo, eliminando ou reduzindo a magnitude de um ou mais factores de risco reduz-se a probabilidade da doença se desenvolver e chegar a consequências adversas.

A avaliação do risco de cárie começa numa baixa idade e deve ser repetida periodicamente devido às alterações dos perfis de risco ao longo do tempo. A frequência da avaliação do risco deve ser baseada no estado de doença de cada criança e do risco histórico, levando em linha de conta a estabilidade do perfil de risco da criança. A avaliação do risco pode ser utilizada para tomar decisões acerca dos tipos e frequência dos serviços que devem ser providenciados para cada criança (Crall, 2007).

Os riscos para a cárie incluem factores físicos, biológicos, ambientais, comportamentais e relacionados com o estilo de vida, tais como elevado número de bactérias cariogénicas, fluxo salivar inadequado, insuficiente exposição ao flúor, deficiente higiene oral, métodos inapropriados de alimentação das crianças.

Contudo, a distribuição de cáries é muito assimétrica e também os grupos de risco são os mais utilizados para prevenção, com apropriada e prudente vigilância. As classificações do risco são dinâmicas e variam de pessoa para pessoa pelo que devem ser periodicamente revistas e actualizadas (National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 19, 2006).

### **2.2.3. Controlo de placa bacteriana**

A placa bacteriana é um biofilme complexo de microorganismos. Caracterizam-se por populações de bactérias próximas umas das outras, interagindo entre elas.

A maioria dos indivíduos não é capaz de limpar perfeitamente os dentes cada vez que os escova. Quando a escovagem é insuficiente, as bactérias que se vão acumulando contribuem para o crescimento contínuo da placa bacteriana e para a produção de ácido. O consumo frequente de açúcares favorece a formação de placa bacteriana mais espessa e pegajosa.

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.

#### **2.2.4. O flúor**

O flúor tem comprovada importância na redução da prevalência e gravidade da cárie. Nas suas várias formas, é geralmente visto como o componente mais importante para reduzir o risco de cáries e a experiência de cáries ao longo da vida.

A optimização da utilização dos vários tipos de flúor requer a descrição dos modos de administração de flúor para o estado de desenvolvimento e risco de cáries de cada indivíduo. Existe um consenso sobre o efeito predominante anti-cárie do flúor como tópico da natureza por parte da corrente científica e profissional.

Actualmente, considera-se que a sua acção preventiva e terapêutica é tópica e pós-eruptiva e que, para se obter este efeito tópico, o dentífrico fluoretado constitui a opção consensual. A presença efectiva, mesmo de pequenos níveis, de flúor mostrou ter um papel extremamente positivo na influência do equilíbrio entre os factores associados com a desmineralização e remineralização da estrutura do dente (Fejerskov, 2004; Featherstone, 2000).

As formas tópicas de aplicação de flúor, e especialmente a utilização de dentífricos fluoretados, são os mais indicados por estarem associados à escovagem dos dentes. A utilização de dentífricos fluoretados garante eficácia contra a cárie, no entanto, em situações de alto risco é imprescindível a utilização de produtos fluoretados de alta concentração.

A utilização de pasta com flúor requer a supervisão dos pais no que diz respeito à quantidade de pasta utilizada na escovagem e por outro, na necessidade de incentivar as crianças a cuspir, em vez de engolir a pasta de dentes.

### 3. Estudos epidemiológicos sobre cárie dentária

As doenças orais, em particular a carie dentária, têm sido relatadas sobretudo, a partir da era industrial. Dados epidemiológicos mundiais, apontam durante o século XX, para índices de cárie em crianças de 12 anos de idade extremamente altos, nos países industrializados.

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda identificou a cárie dentária como o maior problema de saúde oral, na maioria dos países industrializados, afectando 60-90% das crianças em idade escolar.

Assiste-se hoje a um decréscimo deste índice, principalmente nos países desenvolvidos. No entanto, é ainda um dos problemas de saúde infantil mais expressivos e cujas repercussões sobre o seu bem-estar e saúde global são bastante perceptíveis (Melgão, 2006).

A cárie dentária é uma das doenças mais prevalentes na infância e exerce um forte impacto no bem-estar individual e social da criança (Filstrup et al. 2003).

A dimensão multifactorial desta doença é amplamente aceite e o contexto familiar, na sua dimensão económica, educacional e cultural é hoje cada vez mais explorado como factor que influencia os determinantes primários da doença, nomeadamente a dieta alimentar, os cuidados de higiene oral e a acessibilidade aos cuidados médico-dentários.

A prevalência e a gravidade da cárie diferem entre as várias culturas e países, tendo uma dispersão muito distinta por todo o mundo. Estudos epidemiológicos revelam que foi, essencialmente, a introdução do uso massificado do açúcar, nos regimes alimentares dos países industrializados, que despoletou o aumento da prevalência das lesões de cárie nestes países (Saap et al., 1997).

Em Portugal não há muitas referências na literatura sobre a situação da cárie precoce na infância, pois quase todos os estudos foram realizados em população em idade escolar a partir dos 6 anos. No entanto, estes apresentam uma percentagem relativamente considerável de crianças afectadas pela cárie.

Embora os estudos de prevalência da cárie tenham vindo a diminuir gradualmente nos últimos 15 anos (Almeida et al., 2003), ainda existem muitas crianças com índices elevados de cárie. Daí a necessidade de intervir, preventivamente, nas idades mais precoces. Assim, o programa nacional de promoção de saúde oral (Ministério da Saúde - DGS, 2005), propõe a intervenção logo desde a gravidez. As consultas de vigilância da gravidez são uma boa oportunidade para sensibilizar os pais para a importância da saúde oral no contexto de uma boa saúde global. Uma boa saúde oral da mãe favorece a boa saúde oral do filho. Deve-se, por isso, aconselhar os pais, relativamente aos cuidados a ter com a alimentação e a higienização da boca da criança, especialmente após o nascimento do primeiro dente.

Um estudo a 301 crianças com idades compreendidas entre os 1 e os 5 anos, realizado por Vasconcelos et al. (2004), no norte de Portugal, sobre os factores etiológicos das cáries precoces da infância, demonstrou uma prevalência de 15% de cárie precoce. A recolha dos dados foi feita através de um questionário aos pais sobre factores ou comportamentos que poderiam estar relacionados com o aparecimento precoce das cáries e observação clínica da cavidade oral das crianças. Com este estudo concluiu-se que a prevalência de cárie precoce na infância apresentava-se elevada relativamente a outros estudos semelhantes realizados em países mais desenvolvidos. Em investigações realizadas em Inglaterra, Suécia e Finlândia constatou-se uma prevalência de cárie entre 1% e 12%.

Em Portugal, os estudos epidemiológicos realizados em 1984, 1990 e 1999, com o método "Pathfinder" da OMS, do autor Mexia de Almeida (2002), relativamente à prevalência de cárie dentária, permitem constatar uma queda significativa do cpo`d aos 6 anos (1984: 5.15; 1990: 4.21; 1999: 2.14) e do CPO`D aos 12 anos (1984: 3.74; 1990: 3.15; 1999: 1.5) (Almeida, 2002).

Foi feito um outro estudo epidemiológico, da Direcção-Geral da Saúde (1999), na população infanto-juvenil, sobre a prevalência de cárie dentária, cuja amostra foi calculada de modo a ser representativa de todas as Regiões de Saúde do Continente e das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira. Os

resultados do estudo referem um índice CPO`D aos 6 anos de 3.56, um índice CPO`D aos 12 anos de 2.95 e aos 15 anos o índice CPO`D é de 4.72. Destacam-se ainda diferenças regionais significativas. O Algarve e a Madeira apresentam os melhores indicadores de saúde oral, enquanto o Alentejo e os Açores registam a maior prevalência de cárie dentária.

Foi realizado um estudo a crianças com 7 anos de idade, por Vanobbergen et al. (2001), cujo objectivo foi avaliar os indicadores que se mostraram estar associados com a prevalência de cáries na primeira dentição. Verificou-se, neste estudo, que cerca de 10 a 15% das crianças tinham 50% de lesões de cáries e 25 a 30% tinham cerca de 75% de lesões de cárie. De forma a influenciar positivamente esta polarização, é importante que as crianças, com alto risco de desenvolverem cáries, sejam identificadas e objecto de medidas preventivas individuais ou de grupo específicas.

Tal como mencionado por muitos autores (Vanobbergen et al., 2001), existe uma forte correlação entre os hábitos de higiene oral e a prevalência de cáries. Quanto mais frequentemente escovarem os dentes, menos cáries as crianças terão.

No desenvolvimento do risco de cáries, o modelo da importância da componente do flúor foi bastante evidenciada por muitos autores (Vanobbergen et al., 2001). Para a maioria deles o uso de flúor comporta-se como um factor de forte protecção. Vários investigadores reforçaram também a importância do efeito tópico do flúor quando adicionado em baixas concentrações (Fejerskov, Thylstrup e Larsen, 1981; Featherstone et al., 1990; Ten Cate J.M., 1990).

Para o cuidado auto-administrado, a pasta com flúor é a intervenção mais poderosa para a prevenção da cárie porque possui uma alta eficácia clínica e aceitabilidade social (Marinho et al. 2003).

Existem registos consistentes na literatura que confirmam a relação entre os hábitos alimentares e as cáries. Estes relevam a enorme importância dos

hábitos de alimentação adequada na prevenção de cáries (Schröder et al. 1981).

Também existem diferentes opiniões acerca da relação do desenvolvimento de cáries e as variáveis relacionadas com a nutrição. A utilização de açúcar, em particular a elevada frequência de consumo de bebidas açucaradas, foi reportada como um indicador de risco e confirmado como um factor de risco em muitos modelos relacionados com o risco de cáries, principalmente em crianças em idade pré-escolar e escolar (Hallett e O'Rourke, 2006).

Granath et al. (1978) verificaram que a restrição na dieta foi o meio mais eficaz para prevenir cáries quando considerado na limitação dos hábitos de higiene oral em crianças de 4 anos de idade.

Grindefjord et al. (1993) descobriram uma prevalência de cáries significativamente alta em crianças com 2,5 anos de idade. Esta descoberta deveu-se principalmente a um significativo aumento de consumo de açúcar, não utilização de pasta com flúor e a uma significativa baixa frequência de escovagem.

Freeman et al. (1989) sugeriu uma influência da prevalência da cárie em crianças de idade pré-escolar, provavelmente devido à nutrição e à higiene oral.

Em muitas outras publicações (Stewart e Stamm, 1991; Abernathy et al., 1987; Disney et al., 1992) a variável "origem étnica" não foi relacionada como tendo influência na prevalência de cárie.

Muitos autores realçaram a natureza complexa e multifactorial de desenvolvimento das cáries, combinando os factores biológicos, ambientais e comportamentais. Foi reconhecido que os factores de risco possíveis deviam ser avaliados em modelos múltiplos de forma longitudinal (Stewart e Stamm, 1991; Dominguez-Rojas et al., 1993; Leverett et al., 1993; Bolin et al., 1997; Steiner, Helfenstein e Marthaler, 1992).

Os resultados dos vários estudos anteriormente mencionados confirmam a importância da higiene oral e hábitos dentários no desenvolvimento de cáries. Deve-se promover o início da escovagem, o mais cedo possível, e a frequência da escovagem, pelo menos uma vez por dia. Em contra partida, a utilização de bebidas contendo açúcar e snacks entre as refeições necessitam ser restringidos.

Um estudo realizado a crianças com 6 anos de idade mostrou que 11% de crianças já tinham cáries nos seus dentes molares permanentes, com um valor CPO`D de 1.28 (Szatko et al., 2004).

Estudos anteriores mostraram um grande número de crianças sem cáries na dentição primária e que assim se mantiveram até à dentição mista. Contudo, crianças com cáries na sua dentição de leite, estão mais predispostas a desenvolver cáries na sua dentição permanente (Szatko et al., 2004).

Freeman et al. (1989) reforçou que a participação e ajuda, por parte dos pais, são componentes essenciais na higiene oral das crianças.

O modelo parental mostrou estar correlacionado com a existência de cáries (Bolin et al., 1997; Gratrix, Taylor e Lennon, 1990).

Os pais devem ser orientados quanto à importância da prevenção e manutenção da saúde oral. Devem possuir conhecimentos sobre o controlo do consumo de açúcar e a importância de medidas preventivas, tal como o flúor (Duarte e Santos, 1995; Ferreira e Gaiva, 2001; Galbiatti et al., 2003).

Se os pais forem informados sobre os efeitos negativos do consumo de açúcar, da importância da dieta equilibrada, das medidas de higiene oral bem como da necessidade das visitas regulares ao higienista/dentista desde a erupção dos dentes, tornar-se-á mais fácil à criança adquirir hábitos correctos de higiene oral.

É importante que os pais tomem consciência do seu papel educativo em relação à saúde oral dos seus filhos. Este é o primeiro passo para a obtenção do sucesso na construção dos hábitos de higiene oral da criança (Fraiz e Walter, 2001).

Após a erupção do primeiro dente, a higienização deve começar a ser feita pelos pais, duas vezes ao dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia. Esta deve ser feita com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l) de fluoreto, sendo uma das vezes obrigatoriamente, após a última refeição.

Logo que a criança apresente destreza manual e consiga ela própria efectuar a escovagem dos dentes, deve fazê-lo sob a vigilância dos pais.

Nesta fase de progressiva autonomia da criança, o exemplo dos pais é da maior relevância, pois na tentativa de imitação vai adquirindo o hábito da higiene oral. Também nesta fase, a criança adquire muitos dos comportamentos alimentares e muitos dos erros nutricionais do adulto. A qualidade da alimentação é determinante para garantir a satisfação das necessidades do organismo em nutrientes e evitar o excesso de ingestão de substâncias com riscos para a saúde. É desaconselhável o consumo de guloseimas e refrigerantes, sobretudo fora das refeições.

Segundo Ferreira e Gaíva (2001), a educação em saúde pode ser considerada como essencial para a manutenção e prevenção da saúde. Na opinião das autoras a família serve como modelo para a criança, auxilia e ajuda a cuidar da sua saúde oral.

#### **4. Síntese**

Em toda a história da humanidade, a percepção e o entendimento da saúde adquirem diversos significados, de acordo com o desenvolvimento científico. Saúde e doença devem ser vistas como situações ou momentos dinâmicos e contraditórios de um mesmo processo vital: dois momentos diversos e independentes.

As doenças têm preocupado o ser humano desde os tempos mais remotos. A falta de conhecimento relativamente aos problemas de saúde e suas causas aliadas à inexistência de meios e modos de combatê-las formaram um quadro preocupante ao longo da história.

A promoção de saúde faz parte do primeiro nível de prevenção actuando e intervindo o mais precocemente, tendo por objectivo diminuir as diferenças no estado de saúde, promovendo meios que permitam desenvolver ao máximo a saúde.

A OMS começou a contribuir para o desenvolvimento da promoção da saúde baseando-se num modelo sociológico e objectivando o desenvolvimento de comportamentos de vida saudáveis. A promoção de saúde tem como meta modificar as normas da sociedade e o ambiente de maneira a que estes se tornem mais favoráveis à obtenção da saúde.

A cárie dentária é um dos maiores problemas de saúde oral cujos dados epidemiológicos mundiais durante o século XX, apontam para índices extremamente altos entre os 8 e 12 anos nos países industrializados.

A partir dos anos 70 tais índices começaram a diminuir na Europa e Estados Unidos no entanto, sabe-se que no início do terceiro milénio, o CPO`D médio aos 12 anos se situa entre 1 e 3 na maioria dos países desenvolvidos havendo muitas cidades, em diversos países apresentando nível inferior a 1, uma meta prevista para ser alcançada, segundo a OMS somente no ano de 2010.

Medidas preventivas como o uso de fluoretação de água de abastecimento público em alguns países, aliado à escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado e o controlo do consumo de uma dieta cariogénica, são factores que devem ser abordados pelo profissional de saúde em programas educativos às crianças no sentido de diminuir a prevalência da cárie dentária.

Factores ambientais, socioeconómicos, grau de escolaridade e a família são de extrema importância para a prevenção e controlo da doença oral.

## **CAPÍTULO III**

# **PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL DA CRIANÇA**

## **1. O papel da escola na saúde oral da criança**

Em Portugal a Saúde Escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes. Ao longo do tempo ocorreram mudanças significativas nos sistemas de saúde e de educação, novas estratégias, novas formas de gestão, novas orgânicas em ambos os Ministérios da Educação e da Saúde. Assim impõem-se novas formas de operacionalizar a Saúde Escolar e de avaliar o seu impacto, tendo sempre em conta que a escola deve continuar a ser a grande promotora da saúde.

No Sistema de Saúde Português foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) (PNS), em que são definidas prioridades de saúde baseadas na evidência científica, com o objectivo de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo. A estratégia de implementação do PNS passa por uma abordagem dos determinantes da saúde, através de programas nacionais, desenvolvidos nos ambientes onde as pessoas vivem, trabalham e estudam, em colaboração com os múltiplos sectores que contribuem para a saúde.

Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde desde 1994, tendo iniciado a sua actividade com uma experiência piloto que, em 1997, os Ministérios da Saúde e da Educação decidiram alargar, criando condições, nomeadamente legislação, e estruturas de apoio, para que os profissionais de saúde e de educação pudessem assumir a promoção da saúde na escola como um investimento capaz de se traduzir em ganhos em saúde.

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, que se desenvolve em Portugal desde 1986 foi revisto em 1999 e divulgado através da Circular Normativa nº6/DSE da Direcção-Geral da Saúde tendo passado a designar-se Programa de Promoção da Saúde em Crianças e Adolescentes. Em 2005, o programa foi novamente revisto através da circular nº1/DSE de Janeiro de 2005. O quadro conceptual do programa corresponde a uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie

dentária. A promoção da saúde e a prevenção da doença são asseguradas pelas equipas de saúde escolar.

Nos planos curriculares das escolas e jardins-de-infância, deve ser promovida e apoiada a integração das actividades do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), numa abordagem holística da saúde, em que os princípios de uma escola promotora da saúde são o referencial da intervenção e a Rede de Escolas Promotoras da Saúde é o seu paradigma. Com o programa pretende-se abranger grávidas e crianças até aos 16 anos assentes nas seguintes estratégias: **promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, prevenção das doenças orais, diagnóstico precoce e tratamento dentário.**

As orientações curriculares para a Educação Pré-Escolar preconizam uma intervenção educativa, em que a educação para a saúde e a higiene fazem parte do dia-a-dia do Jardim-de-infância. A criança terá oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde, de compreender as razões porque não deve abusar de determinados alimentos e ter conhecimento do funcionamento dos diferentes órgãos. O consumo de guloseimas é desaconselhado no Jardim-de-infância. Todas as crianças que frequentam os Jardins-de-infância devem fazer a escovagem dos dentes no estabelecimento de ensino, sendo esta uma actividade de extrema importância para as crianças que vivem em zonas mais desfavorecidas e que apresentem cáries. A escovagem dos dentes tem por objectivo a responsabilização progressiva da criança pelo auto-cuidado de higiene oral, devendo esta actividade estar integrada no projecto educativo e ser pedagogicamente dinamizada pelos educadores de infância.

Durante a escolaridade obrigatória, as referências à descoberta do corpo, à saúde, à educação alimentar, à higiene oral estão integradas no currículo e nos programas escolares do 1º ao 9º ano do ensino básico. No 1º ciclo o PNPSO recomenda que as crianças realizem uma das escovagens dos dentes no estabelecimento de ensino, devendo ser orientadas pelos professores que terão formação para esta actividade e uma vez por trimestre deve ser supervisionada pela equipa de saúde escolar. O objectivo desta actividade será

estimular a auto-responsabilização da criança pela sua higiene oral. Todas as crianças e jovens que frequentam as escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico devem fazer o bochecho quinzenal de flúor. No decurso da adolescência, em que se reorganiza a forma de estar no mundo, se reformula o auto-conceito, através de reforços positivos da auto-imagem, a higiene oral pode desempenhar um contributo importante para esse processo.

As escolas devem assegurar uma política nutricional que promova uma alimentação saudável, evitando assim o consumo de alimentos açucarados.

A higiene oral deve ser abordada no contexto da aquisição de comportamentos de higiene pessoal, as aprendizagens deverão relacionar os saberes com as vivências, dentro e fora da escola. As equipas de saúde escolar deverão apoiar e ajudar a melhorar as competências dos educadores, professores e pais sobre a saúde oral. A escola tem um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares das crianças e jovens, pelo que é transmitido dentro da sala de aula através dos conteúdos curriculares, mas também através da influência dos pares e dos professores.

A família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença. Uma escola que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, desde as decisões sobre o projecto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação.

A Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

*“ A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as “peças” do conhecimento e do comportamento que irão permitir*

*estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não “equipamento” para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental, serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por estes” (Sakellarides, 1999).*

## **2. Comportamentos, hábitos e conhecimentos**

A educação em saúde oral deve ser um passo importante no controlo da doença. A interacção com as escolas deve combinar-se com a família e a participação inclusiva da comunidade, num esforço conjunto para a elaboração e concretização de programas de promoção de saúde oral (Petersen e Esheng, 1998; Watson et. al., 1999; Mattila et. al., 2000; Ostberg et. al., 2002).

Para a aplicação de programas de promoção de saúde, a abordagem deve envolver não só a mera visão simplista da redução da doença dos dentes e estruturas envolventes, mas incluir também a promoção da sensação de bem-estar, da aceitação social e da capacidade para um discurso fluente e articulado.

A saúde oral deve igualmente ser entendida, como factor determinante nas escolhas pessoais, oportunidades sociais, e o facto de ser, potencialmente desencadeadora de doenças de outros sistemas.

Dada a dimensão abrangente das suas consequências, dever-se-á focalizar a acção na prevenção e detecção precoce, facultando conhecimentos e disponibilizando os meios que permitam a aplicação desses saberes (Petersen, Danila e Samoila, 1995).

Educação em saúde oral, actividades legislativas e reguladoras, alterações fiscais, desenvolvimento comunitário, alterações organizacionais e reorientação dos serviços de saúde são um vasto conjunto de medidas a fomentar, na tentativa de minimizar os problemas decorrentes de doença oral e com claras repercussões em outros domínios da vida e do contexto sócio comunitário (Kay e Locker, 1998).

A associação directa entre, conhecimentos e atitudes, atitudes e comportamentos, podem não corresponder de forma linear a esta direcção de causalidade e pode não ser automática

Outros modelos de comportamento já descritos têm vindo a ser explorados. É especialmente aceite que outros factores, actualmente conhecidos, são relevantes na compreensão dos comportamentos individuais de saúde. No modelo das crenças em saúde dá-se maior relevância às crenças relativas à susceptibilidade à doença, à gravidade da doença e à resolução da mesma. Outros modelos atribuem especial atenção às crenças relacionadas com o comportamento a adoptar, e não com a doença. Esta linha, avalia a importância que o indivíduo atribui à mudança de comportamento e o papel que os modelos sociais (amigos, família) exercem sobre o indivíduo. Em suma, o comportamento adoptado não é determinado directamente pelos conhecimentos e atitudes. Outros factores, psicológicos e sociais, influenciam essa relação, atribuindo-lhe uma complexidade que exige uma análise mais complexa tanto a nível do indivíduo, como da comunidade, na mudança e na adopção de comportamentos de saúde (Melgão, 2006).

Assim sendo, são diversos os requisitos necessários ao desenvolvimento efectivo dos programas de promoção e educação em saúde. É importante ter em conta, no planeamento inicial das necessidades de saúde, o planeamento de acções comunitárias, o estabelecimento de metas, o delineamento das intervenções e a definição das prioridades e das formas de avaliação da eficácia dos programas. Todas estas medidas devem resultar de um esforço conjunto de uma equipa com participação activa da comunidade. A intervenção participada de todos os sectores da sociedade é uma condição essencial para a implementação dos projectos e das acções a desenvolver (Davies et. al., 2005).

Conscientes da dificuldade em alterar comportamentos e dos múltiplos factores envolvidos na definição de formas de conduta, os programas de promoção de saúde oral devem valorizar os amplos benefícios dos comportamentos

correctos, mais facilmente adoptados na infância e o papel parental, na definição desses hábitos.

Os contextos sociais podem inibir as escolhas saudáveis. Contudo, apesar desses constrangimentos, os comportamentos adoptados individualmente podem contribuir, positivamente ou negativamente, para a saúde. Existem determinadas influências a ter em conta quando se desenvolvem ideias e atitudes acerca dos comportamentos que têm impacto na saúde da criança. Para as crianças, a influência dos pais e membros da família na saúde oral das crianças é um factor decisivo (Mattila et al. 2000).

As crianças modelam e aprendem os comportamentos de saúde oral a partir destes adultos chave. Os modelos teóricos a partir da psicologia da saúde, podem ajudar-nos a compreender melhor a aquisição e manutenção de comportamentos de saúde oral nas crianças, bem como, no contexto familiar.

### **3. Os pais/encarregados de educação como determinantes da saúde oral das crianças**

A saúde geral, e dentro dela a saúde oral, reflecte os hábitos e comportamentos de saúde em muitos aspectos. As doenças orais estão relacionadas com os estilos de vida e uma multiplicidade de factores de risco que podem afectar os hábitos e a saúde oral.

As bases de saúde oral do adulto assentam nos anos pré-escolares durante os quais é estabelecido o padrão e o risco de cáries das crianças (Tinanoff, 1995). Na infância, os pais/encarregados de educação são os responsáveis pelos hábitos e comportamentos de saúde oral da criança e os comportamentos dos membros mais velhos da família são bastante observados pela criança (Matilla et al., 2000; Matilla et al., 2005). Os hábitos de higiene oral na infância são adquiridos principalmente em casa, sendo a mãe o primeiro modelo de comportamento (Blinkhorn, 1981).

Sarnat, Kagan e Raviv (1984) relataram que quanta mais positiva fosse a atitude da mãe face à saúde oral do seu filho, melhor era a higiene oral da

criança, melhor era o acesso a serviços médico-dentários e menor era a prevalência de cáries.

Vários estudos evidenciam uma correlação, estatisticamente significativa, entre a prevalência de cárie dentária na criança, os níveis de conhecimento de saúde oral, o nível socio-económico, o nível de escolaridade e a frequência de visita a profissionais de saúde oral, por parte dos pais/encarregados de educação (Rajab et. al., 2002; Reisine e Litt, 1993; Szatko et. al., 2004; Wierzbicka et. al., 2002).

Num estudo realizado na Finlândia (Mattila et. al. 2000), ao serem comparados os dados obtidos com um questionário realizado aos pais e as observações da cavidade oral a crianças com 5 anos de idade, verificou-se que as crianças que apresentavam maior experiência de cáries eram aquelas cujas mães eram mais jovens, as mães não escovavam os dentes regularmente, o pai desenvolvia cáries todos os anos, tinham consumido diariamente, açúcar aos 18 meses de idade e as que residiam em áreas rurais. Os autores sugeriram que deveria ser prestada atenção não só à saúde oral das crianças, mas também à de toda a família.

Matilla et. al. (2005) ao analisarem em crianças com 7 anos de idade e nas suas famílias, a prevalência da cárie dentária e as competências familiares, verificaram que as crianças apresentavam mais frequentemente cáries quando a mãe não ligava importância à necessidade de ensinar modos de vida saudável, logo desde o nascimento, quando a criança consumia doces várias vezes por semana e quando a escovagem dos dentes das crianças não era frequente. Os factores que mais sobressaíram na análise da regressão logística final, foram os comportamentos de saúde oral diária das crianças e a influência das competências familiares.

Num outro estudo realizado a mães de crianças em idade pré-escolar, em áreas socialmente desfavorecidas na Escócia, verificou-se que 35% das mães acreditava que a profissão de saúde oral desempenhava o papel mais importante na prevenção da cárie dentária, enquanto outras 35% eram

passivas com o estado de saúde oral das suas crianças e não sentiam necessidade em tomar medidas preventivas. Este estudo mostrou que as mães nas áreas mais desfavorecidas possuem pouco conhecimento sobre o modo de controlar a cárie dentária e dão pouca importância à tomada de iniciativas pessoais para alterar o comportamento das crianças para a redução do risco de cáries (Kai e Blinkhorn, 1989).

Skeie et. al. (2006) ao analisarem as atitudes de risco parental e comportamentos relacionados com as cáries entre as crianças imigrantes e nativos do Oeste em Oslo verificaram que havia diferenças de atitudes e conhecimentos de saúde oral, entre os seus pais, relativamente às populações residentes, o que provoca um desafio nos serviços públicos dentários. Este estudo pretendeu localizar as disparidades existentes na saúde oral, entre crianças imigrantes e nativas do Oeste de Oslo, e identificar diferenças parentais, culturais e crenças étnicas e atitudes relacionadas com a saúde oral e comportamentos ligados às cáries. Neste estudo foi feito um registo sobre o estado de saúde oral e história de cáries em 735 crianças (3 e 5 anos de idade). Os seus pais responderam a um questionário cujo objectivo era descrever as crenças parentais, atitudes e comportamentos relacionados com a saúde oral das crianças, indicando diferentes riscos para a doença oral.

É bem conhecido que as crenças e atitudes têm impacto na saúde oral, no modo como os pais se preocupam com a saúde oral dos seus filhos (Skeie et. al., 2006). Estes factores diferem de acordo com a família, cultura e origem étnica (Skeie et. al., 2006). Adicionalmente os próprios comportamentos dentários dos pais, estilo de vida, hábitos e rotinas influenciam o modo como acompanham as suas crianças (Arnrup et al., 2001; Mattila et al., 2000).

O serviço público de saúde oral de Oslo reportou que havia uma disparidade num subúrbio de Oslo onde, crianças imigrantes de 3 anos de idade, tinham 4 vezes mais cáries do que outras crianças (Skeie et. al., 2006).

No caso dos imigrantes, o consumo de bebidas açucaradas ao deitar e o status social, foram os indicadores de risco dominantes das cáries, no grupo de 3 anos de idade. No caso do grupo de 5 anos de idade os indicadores de risco

das cáries foram a complacência dos pais relativamente à dieta, a atitude quanto á higiene oral, o status social e a idade de início para a escovagem. O facto de ser imigrante foi associado com a alta prevalência e experiência de cáries. As atitudes dos pais para com a higiene oral, a dieta, a complacência, e os comportamentos relacionados com as cáries distinguiram os imigrantes dos nativos de oeste. Os resultados sugerem que os grupos de imigrantes nas sociedades de oeste requerem diferentes estratégias de informação para formar hábitos de higiene oral e atitudes relacionadas com os cuidados dentários das crianças. Estas estratégias devem ter em conta que os imigrantes e os nativos de oeste atribuem diferentes níveis de importância á saúde oral e cuidados dentários. Deve ser também prestada uma especial atenção a alguns subgrupos com alto risco de cáries.

Outro estudo realizado por Mattila et. al. (2005), analisou a presença de cárie dentária associada à saúde oral e competência familiar, entre crianças com 7 anos, e suas famílias. Foram utilizados questionários para reunir informação individual dos pais e exames clínicos de saúde oral para registar os indicadores do estado dentário das crianças com idades 3-5 e 7 anos. A família tem uma responsabilidade fundamental para com as actividades diárias de higiene oral. Os recursos familiares são fundamentais neste trabalho de educação da saúde.

Na saúde oral, os casos práticos incluem comportamentos apropriados de escovagem, uma avaliação da saúde dentária e a adopção de atitudes correctas. A relação mútua dos pais e do seu trabalho conjunto (mesmo com avós) contribui de forma positiva para os vários assuntos de competência familiar (Mattila et. al., 2000).

A saúde educacional (incluindo mas não limitada à nutrição, higiene, vestuário, descanso e dormida) providencia o equilíbrio, a liberdade e a responsabilidade. Nesta perspectiva, uma criança tem cáries, mais frequentemente, quando a mãe subestima a acção de educação da criança; quando o pai prefere explicar simplesmente as causas e consequências durante a educação da criança (não dando exemplos), quando o pai tem novos dentes cariados por ano, quando a criança consome doces várias vezes durante a semana, ou quando as crianças

não escovam os dentes com frequência. O comportamento diário de saúde oral das crianças tem uma forte influência na competência familiar. Os pais com comportamentos pobres de saúde oral constituem factores de risco para o surgimento de cáries, nos seus próprios filhos (Mattila et. al., 2000).

Os profissionais de saúde oral necessitam de discutir a consistência da educação da criança com os pais. Existe uma necessidade de modelar os comportamentos de saúde oral dos adultos na altura da gravidez da mãe de modo a que, a futura prevenção de saúde oral da criança funcione correctamente. Os factores que descrevem a capacidade familiar para promover e manter adequados comportamentos de saúde oral são aspectos chave do cuidado de saúde oral pediátrico.

Um outro estudo realizado por Poutanen et. al. (2006) avaliou as diferenças entre a saúde oral, o conhecimento, as atitudes e o comportamento das crianças e dos seus pais. Identificou as relações inter familiares e os factores associados ao bom comportamento das crianças na saúde oral.

A informação foi recolhida através de questionários realizados às crianças entre 11-12 anos de idade, e aos seus pais sem conhecimento das respostas uns dos outros. Os resultados do estudo permitiram verificar que os conhecimentos das crianças e dos seus pais relacionados com a saúde oral, parecem estar associados com o comportamento das crianças em relação à saúde oral. Os comportamentos dos pais e não as suas atitudes, estavam associados com o comportamento de saúde oral das crianças.

Relativamente aos hábitos de saúde oral é importante a relação entre os pais e as suas crianças. A saúde oral dos pacientes e da sua família é regulada por normas, valores e objectivos da família. Durante a primeira socialização a criança aprende normas, valores e comportamentos do grupo onde cresce, normalmente junto dos seus pais (Poutanen et. al., 2006).

Nos anos 90, na Noruega, os adolescentes consumiam água mineral açucarada, e usavam fio dentário o que estava estritamente relacionado com os hábitos dos seus pais.

Adair et. al. (2004), verificou que o que influenciava mais os comportamentos das crianças, eram os hábitos e atitudes dos seus pais, quanto ao controlo que estes exerciam, relativamente aos hábitos de escovagem e de consumo de açúcar. Ao analisar a eficácia da promoção da saúde oral verificou-se que a educação oral provou ser eficaz no aumento do nível de conhecimentos e na alteração das atitudes e crenças. Contudo, não houve uma clara evidência para demonstrar que as alterações nos conhecimentos, nas atitudes e crenças estavam relacionadas com uma alteração nos hábitos de saúde oral (Kay e Locker, 1998).

Na Finlândia em 2001, os estudantes que apresentavam melhores comportamentos de saúde oral, tinham melhores conhecimentos e atitudes mais favoráveis em relação aos temas de saúde oral do que crianças com piores comportamentos de saúde oral auto-reportados (Poutanen et al., 2006).

Um estudo realizado por Okada et al. (2002), tinha como finalidade examinar simultaneamente, o inter-relacionamento entre o comportamento dos pais na saúde oral e o estado da saúde oral dos filhos em idade escolar. Estudaram-se 296 pares de pais (mãe ou pai) e os seus filhos que frequentavam uma escola básica em Hiroshima. Os resultados deste estudo (Okada et al., 2002) mostraram que o comportamento dos pais quanto à sua higiene oral pode influenciar directa ou indirectamente através dos efeitos no comportamento da higiene oral dos seus filhos.

A adopção de comportamentos e hábitos consistentes na infância tem lugar em casa, com os pais, especialmente com as mães. Este é o principal modelo comportamental (cit. por Blinkhorn, em Okada et al. 2002). Para prevenir cáries dentárias e gengivite, o suporte da mãe é essencial.

Sasahara et. al. (1998) mostrou que a condição gengival da mãe, como resultado no comportamento da saúde oral, está associado com a prevalência e grau de severidade nas cáries dentárias das suas crianças de 3 anos.

Existem alguns estudos sobre a influência dos pais na saúde oral dos seus filhos em idade escolar e o seu desenvolvimento na infância. Têm sido reportados estudos que afirmam, que embora a criança em idade escolar acredite que o comportamento apropriado pode promover saúde, ela não desenvolve essa relação até ao 3º e 4º ano de escolaridade (Okada et al., 2002).

Do ponto de vista social de Bandura (cit. Okada et al. 2002), o manifesto comportamento de pessoas significativas representa uma importante influência social. Socializar o comportamento na saúde oral pode ser considerado um modelo processual em que as crianças imitam o comportamento dos seus pais, que providenciaram modelos e regras para a sua descendência. O modelo parental foi comprovado como sendo um poderoso meio para estabelecer bons comportamentos nas crianças, tal como escovar os dentes.

Åstrom e Jakobsen (cit. Okada et al. 2002), também reportaram que foram, estatisticamente significativas, as associações entre o uso do fio dentário, a escovagem de dentes e as bebidas não açucaradas entre os pais e as suas crianças.

Stewart et. al. (1991) mostrou que existe um aumento estatisticamente significativo na auto-eficácia da escovagem e fio dentário seguidas de intervenções psicológicas para melhorar o comportamento da higiene oral.

Para a maioria das mães japonesas a vigilância de saúde oral das crianças vai diminuindo gradualmente até ao seu ingresso na escola básica (Taura, 1981).

No Japão parece haver um problema de conhecimento da acção do flúor. A aplicação deste só chegou até agora a uma pequena percentagem da população japonesa e as pessoas parecem estar menos bem informadas relativamente aos seus benefícios (Okada et al. 2002).

Um outro estudo foi levado a cabo por Petersen, (1992) na Dinamarca, com o objectivo de avaliar o padrão de comportamento de saúde oral entre crianças

com 6 anos de idade em relação às características familiares e sociais. Tinha também como objectivo descrever o nível de conhecimentos dentários e atitudes entre os pais e avaliar o efeito relativo na experiência de cáries e de factores de risco sociais e comportamentais.

O estudo abrangeu 212 crianças (73% de resposta), e os pais responderam a questionários auto-administrados. Para além disso, a informação sobre o estado de saúde oral foi recolhida de registos epidemiológicos do serviço de saúde pública dentário.

A maioria dos pais dá bastante importância aos hábitos adequados de higiene oral, restrição de açúcar e doces, consumo de alimentos saudáveis e à importância do flúor. O conhecimento dos pais acerca das causas e prevenção das doenças orais parece estar relacionado com a informação dada pelo serviço de saúde pública, uma vez que os dentistas públicos eram na maior parte dos casos indicados como a única fonte de informação de saúde dentária. Relativamente às cáries dentárias, 98% dos pais estavam conscientes do efeito maléfico do açúcar, e 88% sabia acerca do papel das bactérias. O efeito causal das bactérias em relação à doença periodontal foi reforçado por 81%. A maioria dos pais (93%) acreditava que as doenças dentárias poderiam ser prevenidas através de hábitos de higiene oral apropriados, com restrição de açúcar e doces, e utilização de flúor. O alto nível de conhecimento dentário entre os pais foi relacionado com a informação dada pelo serviço de saúde pública. A escovagem realizada pelo menos duas vezes por dia foi efectuada por 88% das crianças, e a maioria usou pasta de dentes com flúor.

Na Dinamarca os cuidados dentários às crianças e adolescentes é gratuito através do serviço de saúde pública, sendo procurado por praticamente 100% da população alvo. Este serviço está organizado ao nível municipal incluindo exames dentários regulares, tratamentos, e cuidados de prevenção completamente gratuitos. Os programas de comunidade, na promoção de saúde oral e educação, foram implementados baseados no envolvimento de pessoas chave tais como professores, enfermeiras de saúde escolar e pais.

De acordo com a tradição, as mães responderam com mais frequência que os pais. Relativamente aos registos verificados, constatou-se um maior número de respostas relativas ao conhecimento dentário, hábitos de higiene oral, e consumo de comida saudável, do que relativamente ao consumo de açúcar, doces e rebuçados, nas quais poucos registos se verificaram.

Em termos gerais, as crianças no jardim-de-infância são consideradas um grupo alvo importante para o serviço de saúde pública, devido ao seu grande potencial para influenciar comportamentos de saúde oral num estágio de vida quando os hábitos de saúde estão ainda em formação. O impacto dos pais é ainda forte e por isso estes são parceiros altamente relevantes para a saúde oral.

De acordo com o estudo de Petersen, (1992), a comunicação de saúde, baseada em instruções pessoais e conselhos aos pais e crianças e a utilização de revistas de saúde e panfletos é altamente recomendável. Enquanto os programas televisivos, rádio ou jornais parecem ter menor importância. O dentista privado foi também apontado como um informador de saúde oral, por uma parte substancial dos pais, uma vez que estes visitam o dentista regularmente.

De forma consistente com as últimas descobertas as atitudes dentárias positivas e o conhecimento entre os pais eram reflectidos nos hábitos de saúde. Com base em estudos europeus realizados com estudantes, os hábitos de higiene oral regulares entre crianças no jardim-de-infância eram frequentes. Nove, em cada dez crianças, escovava os seus dentes, pelo menos duas vezes por dia e o apoio familiar, na saúde oral, era dado numa base diária: quer os pais escovassem os dentes das crianças ou quer verificassem a sua higiene oral.

O estudo mostrou que as crianças comiam alimentos saudáveis mais à base de vegetais, frutos ou leite. Sendo os doces a fonte dominante para a criança, os pais, em geral, controlavam o consumo de açúcar. Foram observadas muitas atitudes positivas relativamente à restrição de açúcar para as crianças. Isto

está de acordo com estudos similares em crianças, em idade escolar dinamarquesas. O consumo de bebidas doces, entre as crianças do jardim-de-infância, estava muitas vezes restringido a uma vez por semana e por isso era ainda mais baixo do que em estudos anteriores dinamarqueses e registos europeus em crianças em idade escolar e adolescentes.

A natureza multicausal das cáries dentárias foi confirmada pela análise. As variáveis mais determinantes foram o ambiente familiar, a educação, os pais e o consumo de doces, enquanto que os hábitos de escovagem diminuem a ocorrência das cáries dentárias.

Para concluir, o estudo de Petersen, (1992) demonstrou uma influência substancial para o serviço de saúde pública relativamente ao desenvolvimento de um comportamento de saúde oral positivo e de atitudes de saúde na população alvo.

Um estudo feito a nível internacional por Pine et al. (2004), pretendeu examinar a forma como as atitudes dos pais influenciam os hábitos e comportamentos de saúde oral das crianças. Participaram 2822 crianças, entre os 3 e 4 anos, e os seus pais. Foram observadas a cavidade oral das crianças e realizados questionários aos pais. Os factores analisados identificaram 8 atitudes coerentes, relativamente à escovagem, ao açúcar no intervalo das refeições (snacks) e às cáries nas crianças. A percepção dos pais relativamente à sua capacidade para controlar a escovagem dos filhos e os hábitos dos snacks com açúcar foram os factores mais significativos.

A escovagem diária dos dentes, menos de 2 vezes por dia, e o lanche açucarado entre as refeições foram consistentemente identificados, pela literatura (Harris et al. 2003), como comportamentos chave que permitem explicar a presença de cáries dentárias nas crianças.

Os resultados do estudo permitem concluir mais uma vez que as atitudes parentais podem ter um impacto importante na escovagem das crianças e nos comportamentos dos snacks açucarados. Este estudo pretendeu examinar a

forma como as atitudes dos pais em controlar a escovagem duas vezes ao dia e os snacks com açúcar podiam explicar quando é que esses comportamentos se tornavam estabelecidos. E suporta a hipótese que as atitudes parentais têm um impacto significativo no estabelecimento de hábitos favoráveis na saúde oral.

Szatko et al. (2004) avaliou a saúde oral de crianças com 3 anos de idade, investigando o conhecimento da saúde oral, hábitos e nível educacional das suas mães. Determinou se as mães tinham conhecimentos de saúde oral e que esses conhecimentos tinham influência no aparecimento de cáries nas suas crianças. Participaram no estudo 1114 crianças de 3 anos e as mães preencheram um questionário sobre factores demográficos, cuidados de saúde oral relacionados com hábitos e conhecimento sobre a saúde oral relacionados entre mães e filhos. 43,8% das crianças de 3 anos estavam livres de cáries.

Aproximadamente dois terços das mães nunca levaram os seus filhos a um dentista e numa proporção similar declararam que o cuidado a ter com os dentes era desnecessário.

O nível de cáries dentárias nas crianças era extremamente alta e foi associada a um baixo nível de conhecimento sobre saúde oral entre as mães, sugerindo uma urgente implementação de um sistema de educação de saúde oral, promovendo-o entre grávidas e mães de crianças pequenas.

42% das mães avaliaram o estado da saúde oral dos seus filhos como bom ou muito bom, e apenas uma em cinco respondeu que a saúde oral do seu filho era má ou muito má. Este conhecimento optimista da saúde oral dos filhos não foi confirmado pelo exame clínico. 60% das mães responderam que o seu próprio conhecimento sobre a saúde oral era limitado ou insuficiente.

Uma correlação positiva foi encontrada entre uma percentagem de crianças sem cáries e o nível de conhecimento das mães. Uma forte interdependência foi encontrada entre a média dos valores do cpo'd e o nível de conhecimento das mães; tal como o nível de saúde oral está relacionado com o aumento do conhecimento da mãe, a média dos valores do cpo'd baixam de 3.7, nas mães

com pouco nível de conhecimento, para 2.7 nas mães com o conhecimento médio e 2.6, nas mães com um alto nível de conhecimento sobre saúde oral ( $p < 0.001$ ).

Os resultados do presente estudo (Szatko et al., 2004) mostraram que as mães com um baixo nível de educação têm um baixo nível de conhecimento sobre saúde oral e têm crianças com um maior nível de cáries dentárias. Isto confirma os resultados dos estudos anteriores que têm demonstrado uma relação entre cáries dentárias dos filhos e o nível de educação das mães. O impacto destes factores parece que atinge as áreas mais desprivilegiadas e alguns grupos étnicos.

Um estudo realizado por Arrrup et al. (2002) através da aplicação de um questionário, teve como objectivo investigar 4 aspectos das atitudes dos pais relativamente aos cuidados dentários (conhecimentos, comportamento de saúde oral das crianças, prioridades e responsabilidades). O grupo de estudo incluiu 50 pais de crianças pacientes dentárias não cooperantes, com idades compreendidas entre os 8 e 12 anos e foi comparado com um grupo de referência de 113 pais de crianças pacientes dentárias vulgares de idade similar, e comparado também a um segundo grupo, de 36 pais de crianças pacientes mais novas com idades entre os 4 e 7 anos também não cooperantes nas consultas.

No grupo de estudo, os pais tinham um estatuto socio-económico significativamente mais baixo e um elevado nível de receio em ir ao dentista quando comparado com os pais das crianças pacientes vulgares. Encontraram-se também indicações de menor nível de conhecimentos dentários e diferente nível de perfil de responsabilidade entre o grupo de estudo dos pais. As suas crianças comiam doces com maior frequência. Quando comparados os pais das crianças mais novas, o grupo de estudo de pais tinha estatuto socio-económico mais baixo e mostrou menor nível de responsabilidade relativamente à recusa de tratamento das crianças.

Em conclusão, os pais das crianças não cooperantes diferem dos pais das crianças pacientes dentárias vulgares, não só na sua situação socio-económica e receio dentário, mas também em aspectos tais como os conhecimentos dentários e o assumir de responsabilidades. Estas diferenças estavam em parte relacionadas com a idade das crianças.

#### **4. Síntese**

A higiene oral deve ser abordada no contexto da aquisição de comportamentos de higiene pessoal. As aprendizagens deverão relacionar os saberes com as vivências, dentro e fora da escola. A estrutura dos programas do ensino básico é suficientemente aberta e flexível para atender os diversos pontos de partida, os interesses e as necessidades dos alunos, assim como as características do meio. Os conteúdos da saúde oral e da higiene oral podem ser associados ao desenvolvimento de hábitos de higiene pessoal e de vida saudável.

Os cuidados de saúde oral nas crianças são uma complexa interacção entre as crianças, pais e dentista, contribuindo cada um com as suas normas, valores e comportamento. Para as crianças pequenas, o impacto das crenças e o comportamento dos pais é conhecido como sendo bastante significativo.

O medo ou receio dos pais em relação aos dentes, especialmente das mães, mostraram que têm uma influência significativa no medo da criança e no seu comportamento em relação aos seus dentes. Os estudos relacionados com as regras dos pais, conhecimentos, atitudes e comportamentos estão associados com a capacidade dos mesmos em conduzir ou promover um adequado comportamento na saúde oral dos seus filhos

·  
Arrrup et al., (2001) num estudo sobre o papel da socialização primária na formação do comportamento da criança em relação à saúde oral, colocou especial ênfase no impacto das crenças e comportamento da saúde oral tidos pela mãe, os quais reflectem uma clara perspectiva das regras, da cultura e das circunstâncias sociais.

A influência da higiene dos dentes de ambos os pais e irmãos mais velhos é considerado como um factor importante no comportamento das crianças mais novas. A mãe continua como tendo o papel mais relevante e importante e por isso foi identificada como sendo o membro da família com maior influência do comportamento na saúde oral dos filhos. Os pais (a maioria mães) demonstraram possuir conhecimentos em relação ao açúcar e bactérias como sendo as principais causas no desenvolvimento das cáries dentárias. A deficiente higiene oral e o excessivo consumo de doces foram identificados pelos pais como factores que explicam as cáries dentárias.

É de extrema importância estimular a auto-responsabilização da criança pela sua higiene oral de manhã e à noite.

## **II PARTE**

# **ESTUDO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO IV**

# **OPÇÕES METODOLÓGICAS**

Neste capítulo pretende-se sistematizar o enquadramento metodológico. Será feita inicialmente a apresentação do estudo a realizar através da explicação da problemática, justificação e objectivos da investigação. Posteriormente, serão focalizados a metodologia, a caracterização da população de estudo, as técnicas de recolha de dados, os instrumentos utilizados, os procedimentos, as técnicas de análise de dados e as limitações do estudo.

## **1. Problemática do estudo**

A prevenção das doenças orais mais comuns depende, essencialmente, do modo como os indivíduos conduzem a sua vida diária. Salienta-se a importância da educação para a saúde oral na prevenção da doença. Atendendo a que estas doenças se começam a estabelecer na infância, os educadores de saúde têm-se concentrado, maioritariamente, na modificação de comportamentos das crianças.

As crianças em idade pré-escolar e escolar, uma vez que se encontram num estágio de vida em que os hábitos estão a ser formados, são um grupo alvo importante para a promoção da saúde devido ao seu grande potencial de influência nos comportamentos futuros de saúde oral. Os pais/encarregados de educação têm um papel primordial na aquisição destes hábitos (Peterson et. al., 2004).

Está bem demonstrado que as crenças e as atitudes face à saúde oral têm um forte impacto no modo como os pais/encarregados de educação supervisionam a saúde oral dos seus educandos e que estes factores diferem entre famílias, culturas e etnias. Adicionalmente, o comportamento face à saúde oral, estilo de vida, hábitos e rotinas dos pais/encarregados de educação influenciam directamente o modo como estes lidam com a saúde oral dos seus educandos (Skeie et. al., 2006).

Algumas características socio-demográficas parecem afectar os conhecimentos e atitudes face à saúde oral, como por exemplo, o nível de educação, a

residência em áreas desfavorecidas e a pertença a grupos socialmente desfavorecidos (Williams et al., 2002; Skaret et. al., 2001; Chu et al., 1999).

Em Portugal, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) constitui o referencial de intervenção em saúde oral junto das crianças e dos jovens. As orientações gerais deste programa definem uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde em contexto familiar e escolar, na prevenção das doenças orais e no diagnóstico precoce e tratamento dentário.

A Declaração de Liverpool, sobre Promoção da Saúde Oral no séc. XXI, consagra a escola como uma das plataformas para a promoção da saúde, a qualidade de vida e a prevenção da doença em crianças e adolescentes e prevê o envolvimento das famílias.

Este envolvimento familiar predispõe a criança e o jovem a comportamentos e estilos de vida saudável de tal modo que as mensagens passadas pelo ambiente escolar sejam reforçadas em casa, no dia-a-dia da criança.

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Oral é importante avaliar o risco de desenvolvimento da cárie na população infantil e juvenil, porque a sua evolução está sujeita a um processo multifactorial, dinâmico e bidireccional (Circular Normativa nº9/DSE DGS Julho de 2006).

Uma vez que os comportamentos e atitudes face à saúde oral fazem parte da identificação do risco, torna-se necessário analisar as percepções dos pais/encarregados de educação face à saúde oral dos seus educandos, devendo as actividades de educação e promoção da saúde oral assentar no conhecimento dos hábitos e comportamentos por parte dos pais/encarregados de educação em contexto familiar e escolar.

## **2. Justificação do estudo**

Estudos científicos indicam que os hábitos, atitudes e conhecimentos de saúde oral dos pais/encarregados de educação influenciam a saúde oral da criança.

As grandes mudanças verificadas na sociedade moderna, em que um número crescente de mulheres integra o mundo do trabalho, levaram a que os Jardins-

de-Infância se transformassem, depois da família, no local mais importante para a socialização das crianças. O desenvolvimento da criança e a sua socialização resulta de um processo dinâmico e interactivo que se inicia na família e continua no Jardim-de-Infância (Ramos, 2005).

A Instituição onde se realizou este estudo é abrangida pelo PNPSO, há cerca de 15 anos, com actividades de promoção de saúde oral e prevenção da doença. No entanto, nunca foi feito nenhum levantamento sobre a percepção dos pais/encarregados de educação sobre a saúde oral dos seus educandos. A escolha da Instituição em causa prendeu-se com a acessibilidade à população por parte do investigador, uma vez que também faz parte da população alvo. Por ser profissional de saúde da área da saúde oral, teve interesse em pesquisar e colaborar em acções para melhorar o estado de saúde oral das crianças e dos conhecimentos dos pais/encarregados de educação.

Através da realização deste estudo pretendemos identificar e promover hábitos e comportamentos de saúde oral mais favoráveis à saúde das crianças e melhorar o nível de conhecimentos dos pais/encarregados de educação.

### **3. Objectivos do estudo**

Este estudo tem como principal objectivo descrever e analisar as atitudes, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças e relacioná-los com a percepção que os pais/encarregados de educação têm relativamente à saúde oral dos seus filhos/educandos.

Os objectivos específicos do estudo foram:

3.1. Analisar, os comportamentos, os hábitos e os conhecimentos dos pais/encarregados de educação quanto à saúde oral dos seus educandos.

3.2. Conhecer hábitos de higiene oral das crianças a partir do relato das mesmas.

3.3. Determinar a prevalência de cárie dentária em crianças de Jardim-de-Infância e CATL.

3.4. Avaliar o índice de placa bacteriana nas crianças de Jardim-de-Infância e CATL.

3.5. Comparar a prevalência de cárie dentária e o índice de placa bacteriana com os hábitos e os conhecimentos de saúde oral auto-relatados pelos pais/encarregados de educação.

3.6. Comparar os hábitos de higiene oral evocados pelos pais/encarregados de educação e educandos.

#### **4. Tipo de metodologia**

Estudo descritivo de natureza quantitativa.

Pretendeu-se com este estudo descrever o conhecimento e as percepções que os encarregados de educação têm em relação à saúde oral dos seus educandos através de um inquérito por questionário.

Paralelamente foi realizado um inquérito por questionário às crianças de modo a conhecer os seus hábitos de higiene oral.

Também foram observados os dentes das crianças de modo a avaliar o estado de saúde oral destas.

Os dados dos dois questionários foram cruzados e relacionados com os dados obtidos na observação feita.

#### **5. Caracterização da amostra do estudo**

A Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Alhos Vedros é uma Instituição de Solidariedade Social. Existe desde o Século XVI com a missão de proteger e assistir os cidadãos em situação de pobreza, miséria e abandono.

Em 1982, surge a Creche e Jardim-de-Infância “O Varino” situada na Urbanização do Palheiro, na Freguesia e Concelho da Moita.

Integra o sector da 1ª Infância (dos 0 aos 3 anos), 2ª Infância (dos 3 aos 6 anos) com capacidade para 75 crianças e inclui uma sala de C.A.T.L. que apoia 40 crianças dos 6 aos 12 anos.

A Santa Casa da Misericórdia, através dos seus Estabelecimentos de apoio, adopta o princípio fundamental da pedagogia que considera o aluno como protagonista da sua própria educação, uma vez que é o sujeito da sua própria aprendizagem, numa dinâmica interactiva.

Os objectivos desta Instituição são a promoção em colaboração com a família, o desenvolvimento integral da criança, através da oferta de um ambiente facilitador da sua construção enquanto pessoa. Intervir no âmbito da prevenção e facilitar a aquisição, manutenção e evolução de uma imagem positiva, bem como de um bom estado de saúde geral (Regulamento Interno, 1999).

A Instituição escolhida para este estudo foi seleccionada por conveniência. A população era composta por 108 pais/encarregados de educação e 108 crianças que frequentavam o Jardim-de-Infância e CATL – “O Varino”, da SCM que desejaram e consentiram participar no estudo.

Só participaram no estudo 94 pais/encarregados de educação e 94 crianças que foram observadas e que realizaram o questionário. As outras 14 ficaram excluídas do estudo pois não tinham autorização ou não tinham todos os instrumentos da recolha de dados.

A cada questionário foi atribuído o mesmo número de registo, quer no dos pais/encarregados de educação, quer no das crianças bem como na observação da cavidade oral das crianças. Quando se obtinham os três meios de recolha de dados é que se podia contar com a entrada para o estudo.

## 5.1- Resultados das características sócio-demográficas da amostra em estudo

Através dos questionários, que serviram como instrumentos de recolha de dados, obtiveram-se resultados das características sócio-demográficas relativas aos pais/encarregados de educação e aos seus educandos.

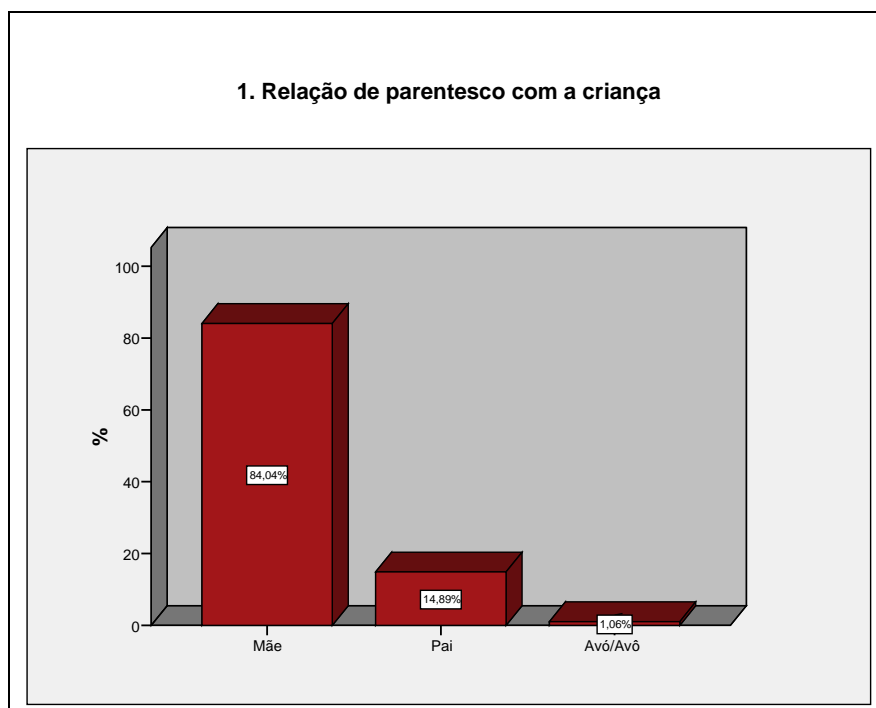


Gráfico 1- "Relação de parentesco com a criança"

A partir dos resultados obtidos pela aplicação do questionário aos pais/encarregados de educação, responderam a este questionário 94 pessoas das quais, 84% (79) era a mãe da criança em causa, 14,9% (14) era o pai e apenas 1,1% (1), era a (o) avó/avô.

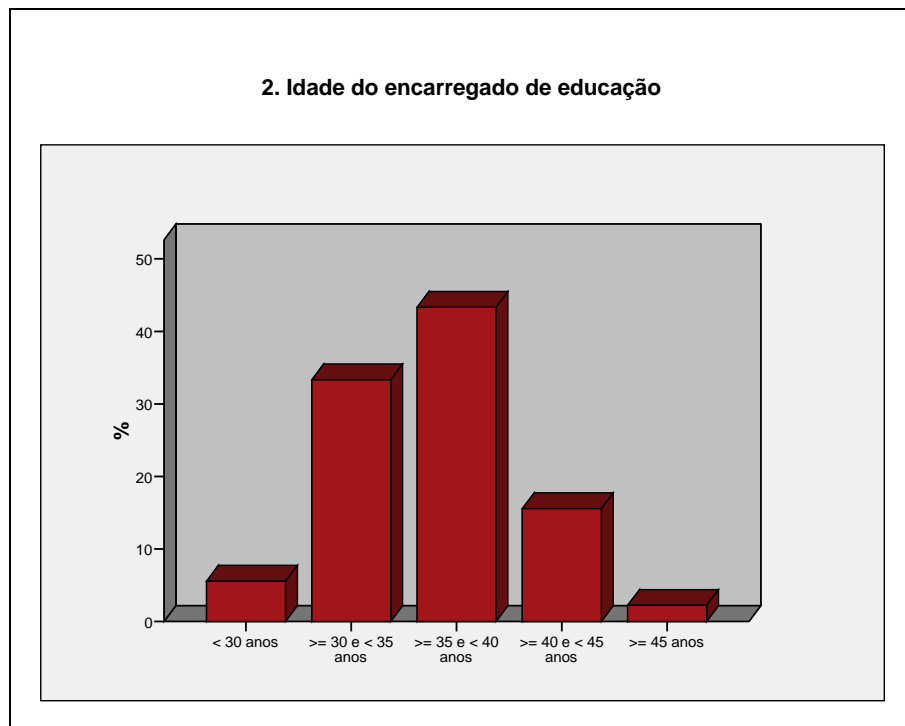


Gráfico 2 – Idade dos pais/encarregados de educação

<b>PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO</b>	
Média de Idades	36,16
Desvio Padrão	4,529
Idade Mínima	27
Idade Máxima	52

Tabela 1 – Idades dos pais/encarregados de educação, Média e Desvio Padrão

Quanto à idade dos pais/encarregados de educação, esta varia entre os 27 anos e os 52 anos, apresenta uma média de 36,16 anos e um desvio padrão de 4,529 anos. Existe uma maior frequência entre os 35 e os 40 anos (43,3%; 39) e uma menor frequência com a idade superior a 45 anos (2,2%; 2). Nesta questão houve 4 não respostas.

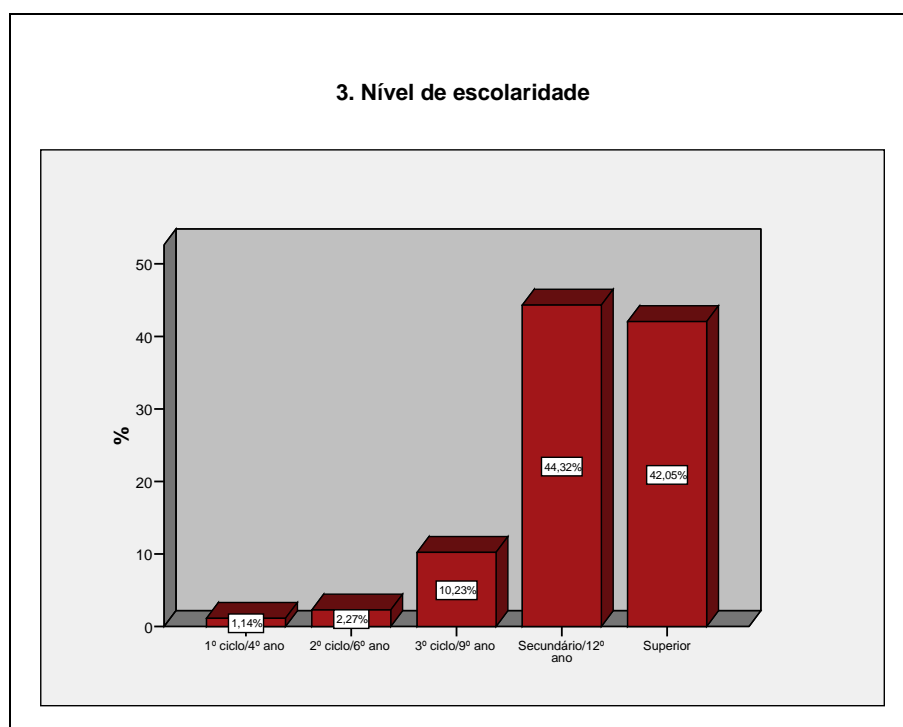


Gráfico 3 - Nível de escolaridade dos pais/encarregados de educação

Relativamente à escolaridade dos pais/encarregados de educação, observou-se que a maioria, 44,3% (39) tem o Ensino Secundário/12º ano, seguido de, 42,0% (37) tem o Ensino Superior. Convém realçar que 1,1% (1) indica o 1º Ciclo/4º ano como escolaridade. É também de referir que nesta questão houve 6 não respostas.

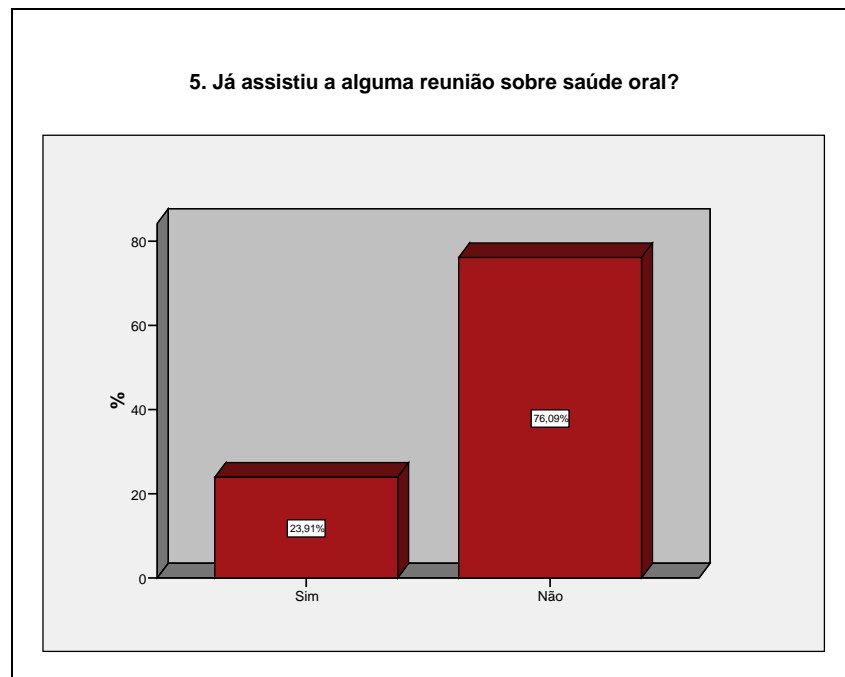


Gráfico 4 - Percentagem de respostas a “Já assistiu alguma reunião de saúde oral?”

Em relação à questão “se já assistiram a alguma reunião sobre saúde oral”, verificou-se que 23,9% (22) dos participantes responderam que já tinham assistido a uma reunião de saúde oral, enquanto 76,1% (70) nunca assistiram a qualquer reunião. Convém referir que 2 dos participantes não responderam a esta questão.

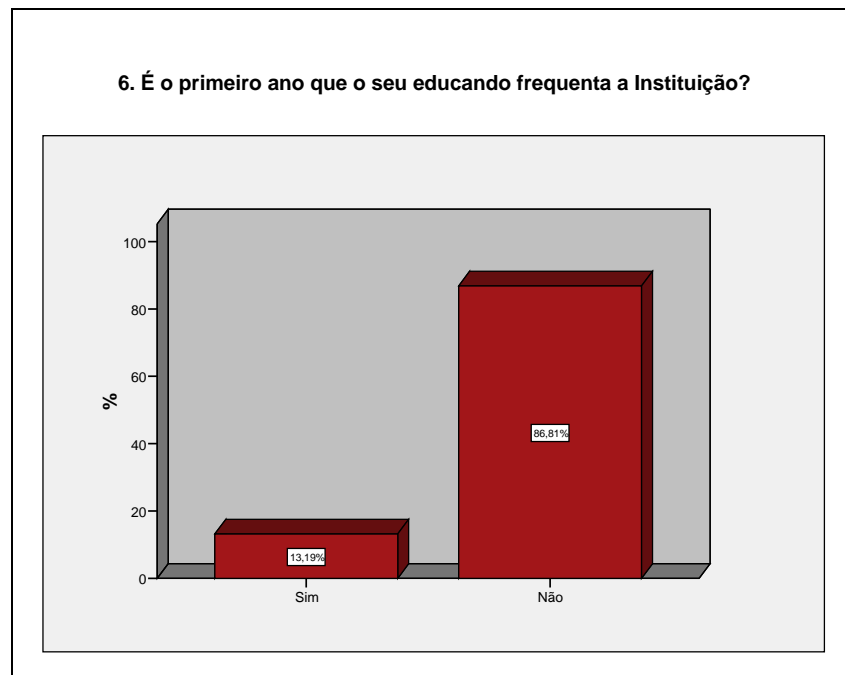


Gráfico 5- Percentagem de respostas “É o primeiro ano que o seu educando frequenta a Instituição?”

Relativamente à questão colocada aos pais/encarregados de educação, “se era o primeiro ano que os seus educandos frequentavam a Instituição”, obtiveram-se os seguintes resultados: 86,8% (79) das crianças não frequentava pelo 1º ano a Instituição e 13,2% (12) das crianças era o 1º ano que frequentava. Convém referir que 3 pais/encarregados de educação não responderam a esta questão.

Relativamente aos questionários efectuados às crianças, verificaram-se os seguintes dados demográficos.

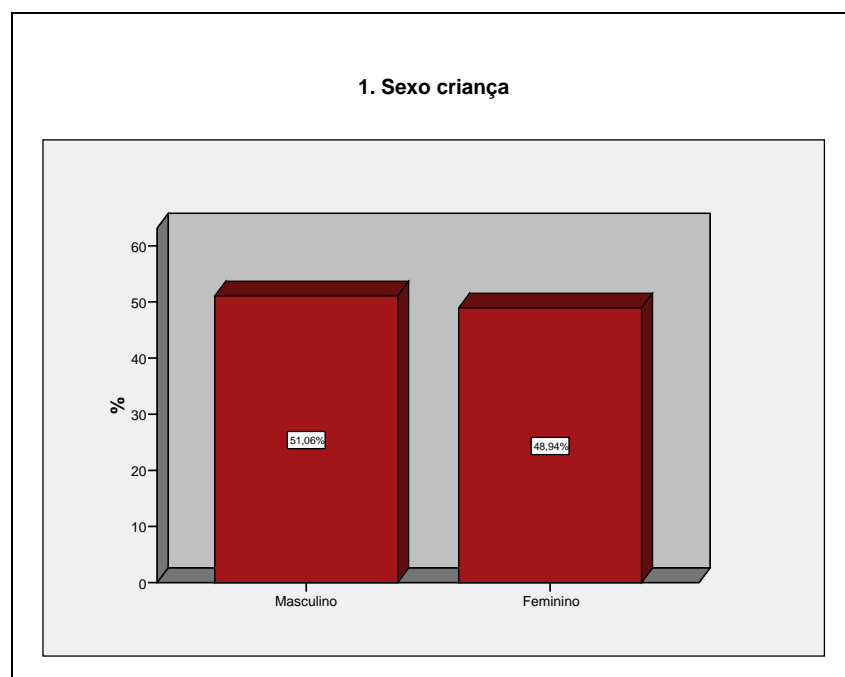


Gráfico 6 - Sexo da criança

Responderam a este questionário 94 crianças e dessas, 51,1% (48) são do sexo masculino e 48,9% (46) são do sexo feminino.

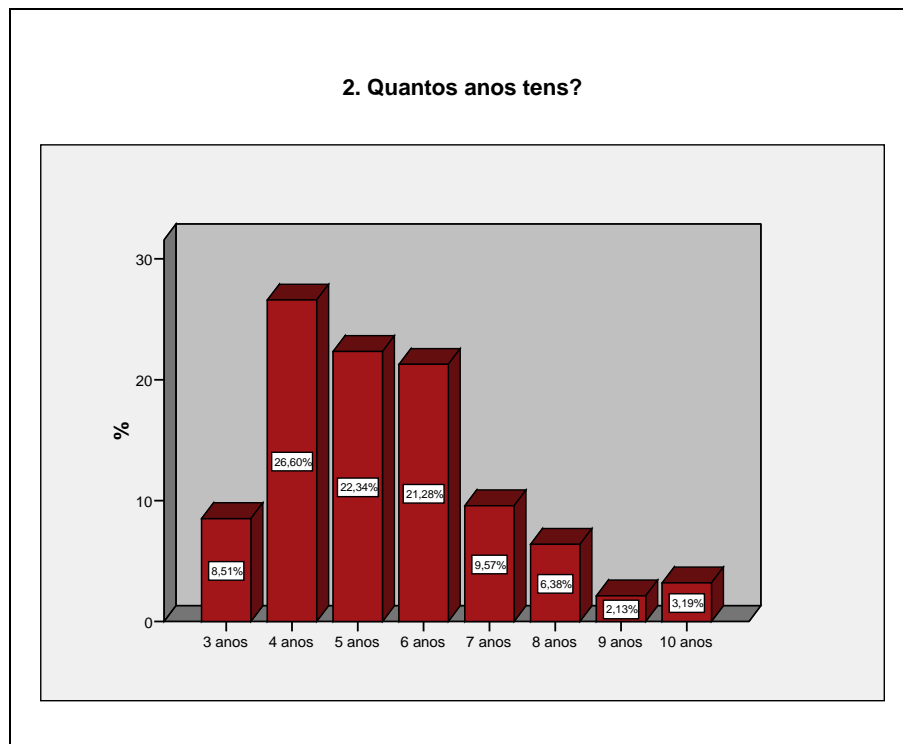


Gráfico 7 – Idade das crianças

<b>CRIANÇAS</b>	
Média de Idades	5,4
Desvio Padrão	1,668
Idade Mínima	3
Idade Máxima	10

Tabela 2 – Idade das crianças, Média e Desvio Padrão

Quanto à idade das crianças, esta varia entre os 3 e os 10 anos. A média de idades é de 5,4 anos e o desvio padrão de 1,668 anos. A maioria das crianças 26,6% (25) tem 4 anos, seguida das crianças com 5 e 6 anos 22,3% (21) e 21,3% (20) respectivamente. No extremo oposto temos apenas 2,1% (2) crianças com 9 anos e 3,2% (3) crianças com 10 anos.

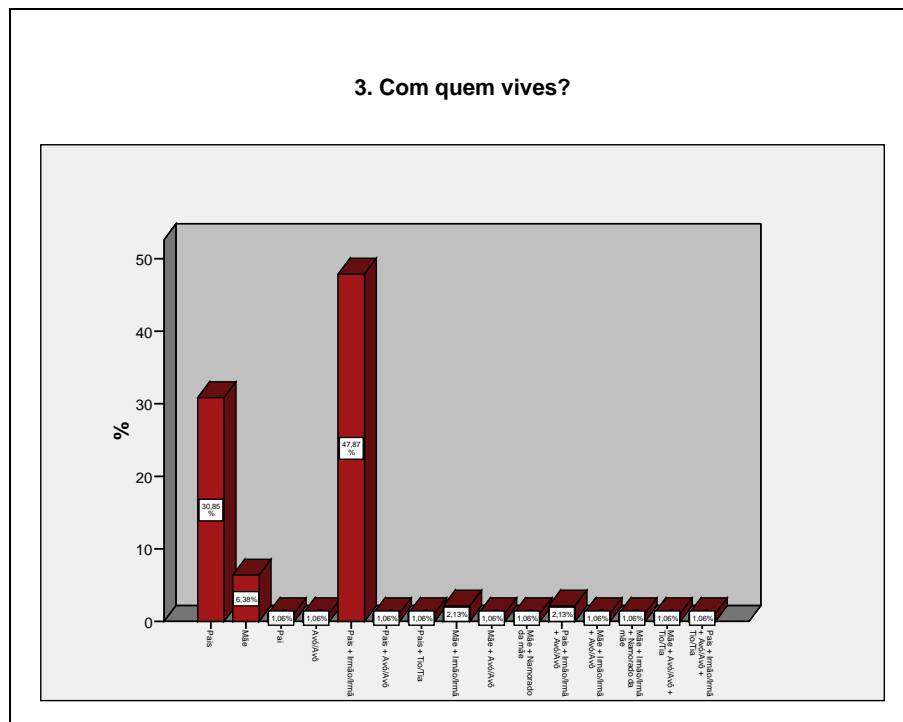


Gráfico 8 - Percentagem de respostas “Com quem vives?”

Quanto à questão relacionada com as pessoas com quem vive a criança, podemos dizer que 84% (79) delas vivem na companhia dos pais, e em alguns casos vivem com os pais e outras pessoas, nomeadamente os irmãos. Um menor número de crianças, 6,4% (6) vive somente com a mãe, 7,4% (7) vive com a mãe e outras pessoas, nomeadamente irmãos, avós e/ou namorado da mãe, 1,1% (1) vive com o pai e 1,1% (1) vive com a (o) avó/avô.

## 6. Instrumentos de Recolha de Dados

### 6.1 Questionários aos pais/encarregados de educação e questionário às crianças

Foram elaborados dois inquéritos por questionário realizados aos pais/encarregados de educação e crianças.

Estes questionários foram adaptados a partir de outros questionários utilizados em pesquisas idênticas.

Tendo em conta os objectivos propostos, os dois questionários foram divididos em três dimensões:

- A primeira dimensão dos questionários tem por objectivo efectuar a caracterização sócio-demográfica da amostra;
- A segunda dimensão dos questionários tem por objectivo avaliar os comportamentos e hábitos em saúde oral da amostra;
- A terceira e última dimensão dos questionários tem por objectivo avaliar os conhecimentos em saúde oral da amostra.

Quanto à estrutura dos dois questionários, existem algumas questões que são comuns a ambos, e cuja comparação das respostas é devidamente analisada no capítulo dos resultados. Para cada uma das questões foram criadas várias hipóteses de resposta, em algumas questões podiam ser escolhidas mais do que uma opção.

O questionário realizado aos pais/encarregados de educação tem um total de 24 questões, todas de resposta múltipla, sendo composto por 4 questões de caracterização sócio-demográfica, 17 questões sobre os comportamentos e os hábitos de saúde oral e 3 questões relativas aos conhecimentos de saúde oral.

O questionário realizado às crianças tem um total de 19 questões, 17 de resposta múltipla e 2 de resposta aberta e é composto por 3 questões de caracterização sócio-demográfica, 13 questões sobre os comportamentos e os hábitos de saúde oral e 3 questões relativas aos conhecimentos de saúde oral.

Relativamente às características sócio-demográficas da amostra pretendeu-se saber a relação de parentesco de quem preencheu o questionário, idade, nível de escolaridade, se já tinha assistido a alguma reunião de saúde oral, se era o 1º ano que a criança frequentava a Instituição, sexo e idade da criança e com quem vivia a criança.

Em relação às questões sobre os comportamentos e hábitos de higiene oral pretendeu-se saber quantas vezes as crianças escovavam os dentes, se escovam a seguir ao jantar, se usava fio dentário e quantas vezes o faziam, se usavam mais algum produto de higiene oral, se têm ajuda na higiene oral, se costumavam comer doces e quantas vezes por dia comem, se quando comem ou bebem antes de ir dormir se escovam os dentes a seguir, se sabem a melhor altura do dia para comer doces e se costumam limitar o consumo de doces. Ainda foram colocadas questões relacionadas com a utilização de serviços médico-dentários.

Relativamente às questões de avaliação dos conhecimentos em saúde oral o questionário pretendeu avaliar se os pais/encarregados de educação e crianças sabiam se as mesmas tinham ou se já tiveram dentes estragados, os factores que causam a cárie dentária e o modo desta ser evitada.

## **6.2. Observação da cavidade oral das crianças**

- Índice CPO`D e cpo`d (OMS, 1997) para determinação da história presente e passada de cárie dentária.
- Índice de DI`S (Greene e Vermillion, 1964) para determinar a presença de placa bacteriana.

Após o preenchimento dos dois questionários foi feita a observação da cavidade oral das crianças para determinar a história presente e passada de cárie dentária (Índice CPO`D e cpo`d, OMS, 1997) e determinar a presença de placa bacteriana (Índice de DI`S, Greene e Vermillion, 1964).

Um Índice é um valor numérico que descreve uma condição relativa, de uma população ou amostra, numa escala graduada.

O índice CPO`D e cpo`d são os índices de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente (definitiva) e decídua (leite) respectivamente.

Para a observação da cavidade oral das crianças a Higienista utilizou instrumentos de observação e detecção (espelho bucal e sonda periodontal

(CPI)) cedidos pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa – Curso de Higienistas Orais (FMDUL-CHO).

A observação foi feita com um espelho bucal e sonda periodontal (em caso de dúvida, nas superfícies oclusais, vestibulares e linguais), iniciando-se pelo 1º quadrante e finalizando-se no 4º quadrante. A folha de registo da observação da cavidade oral encontra-se no (anexo 1). Os critérios para o diagnóstico e codificação de cárie dentária encontra-se no (anexo 2).

A Higienista dirigia-se a cada sala colocando o material de observação e o registo foi feito segundo protocolo (anexo 3).

Para determinar o índice de DI`S, índice de depósitos aderentes aos dentes são observadas 6 superfícies baseado em valores que representam a quantidade de depósitos encontrado nas superfícies dos dentes pré-seleccionados.

São seleccionados os quatro 1ºs molares e um incisivo central em cada um dos maxilares.

Os critérios de avaliação encontram-se no (anexo 4).

## **7. Procedimentos**

Antes de iniciar o estudo foi feito um pedido de autorização ao Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros (anexo 5).

Também foi feito um pedido de autorização de instrumentos para observação da cavidade oral das crianças à FMDUL-CHO (anexo 6).

Foi feito um pedido de consentimento informado e esclarecido aos pais/encarregados de educação para observação da cavidade oral dos seus educandos e a aplicação de um breve questionário sobre os hábitos de higiene oral das crianças (anexo 7).

O pedido foi feito através de uma carta entregue aos pais/encarregados de educação pela Educadora de Infância/Auxiliar da respectiva sala.

Posteriormente esta autorização foi entregue à Higienista Oral pela Educadora/auxiliar. Só após esta autorização se iniciou o estudo.

Atendendo a que os dois questionários resultaram de uma adaptação de diferentes questionários, alguns dos quais não validados para a população portuguesa, foi feito um pré-teste realizado a uma pequena amostra da população da Instituição (que não pertence ao grupo estudado) para avaliar a clareza e a compreensão das perguntas e recolha de sugestões para melhoria da redacção (Carmo e Ferreira, 1998; Hill e Hill, 2002).

Após estes procedimentos foi elaborada a versão final dos questionários a ser aplicados à população em estudo (anexo 8 e 9).

Os questionários a serem preenchidos pelos pais/encarregados de educação foram entregues à Educadora de Infância/Auxiliar, de cada sala da Instituição. Foram preenchidos em casa, de acordo com as instruções escritas, e posteriormente entregue à Educadora/auxiliar que, por sua vez, após a recolha de todos os entregou à Higienista oral (investigadora do estudo).

O questionário das crianças dos 4 aos 7 anos de idade foi preenchido pela Higienista Oral. Esta dirigia-se a cada sala e com uma criança de cada vez era preenchido o questionário. As crianças dos 8 aos 10 anos de idade uma vez que já sabiam ler e escrever preenchiam o questionário na sala sozinhas. No final, entregavam à Educadora/Auxiliar que posteriormente entregava à Higienista.

Para avaliar a reprodutibilidade das observações do índice de cárie foi efectuada a calibragem intra-observador e estabelecida a percentagem de concordância. Da análise de 12 duplas observações obteve-se uma percentagem de concordância de 100 %.

## **8. Técnicas de análise de dados**

A análise dos dados foi feita através da estatística descritiva da informação recolhida dos questionários e da observação da cavidade oral das crianças,

permitindo a caracterização da população e a avaliação das variáveis em estudo.

O trabalho estatístico efectuado dividiu-se nas seguintes partes:

- Estatística descritiva das questões que só fazem parte do questionário dos pais/encarregados de educação;
- Estatística descritiva das questões que só fazem parte do questionário das crianças;
- Estatística descritiva das questões comuns aos dois questionários;
- Estatística descritiva da observação da cavidade oral das crianças.

A estatística descritiva permite perceber a forma como se distribuem os valores nas variáveis de todas as questões.

Os dados foram introduzidos no SPSS® (*Statistical Package For Social Sciences*) 15.0, onde foi criada uma base de dados para análise e processamento estatístico. Posteriormente foram exportados para o MS Excel. Foram também efectuadas comparações entre as questões semelhantes dos dois questionários (questionários dos pais/encarregados de educação e questionários das crianças).

Foram efectuados cruzamentos entre algumas variáveis, bem como a determinação da medida de associação entre essas variáveis.

## **9. Limitações do estudo**

Uma das limitações neste estudo foi a insuficiente colaboração dos pais/encarregados de educação pois houve 14 que não participaram.

Recolha dos questionários fora dos prazos atrasando o início do estudo no tempo que estava estabelecido.

A experiência limitada do investigador na condução do estudo.

Poderá ainda constituir uma limitação do estudo, o acesso a alguns dados socio-demográficos da amostra da população.

Outra das limitações do estudo foi não poder comparar cpod/CPOD por idades atendendo ao número reduzido de crianças por cada ano de nascimento.

# **CAPÍTULO V**

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

# RESULTADOS

Neste capítulo será feita a apresentação, interpretação e discussão dos dados recolhidos para este estudo.

Um dos objectivos do estudo é comparar as respostas dadas pelos pais/encarregados de educação e pelas crianças, avaliando se os hábitos, os conhecimentos e os comportamentos das crianças auto-relatados pelos pais/encarregados de educação são consonantes com as respostas dadas pelas crianças. Assim, optou-se por apresentar inicialmente as questões que não eram comuns a ambos os questionários e em seguida os resultados de ambos os questionários comparando as respostas obtidas.

Na segunda parte será feita a análise dos resultados da observação da cavidade oral das crianças que serviu para avaliar o seu estado de saúde oral.

## 1. Apresentação dos Resultados

### 1.1- Análise do questionário realizado aos pais/encarregados de educação

O questionário aplicado teve como objectivo conhecer os hábitos e os comportamentos de saúde oral das crianças, auto-relatados pelos seus pais/encarregados de educação, bem como, os conhecimentos de saúde oral destes últimos, relacionando-o com o questionário realizado às crianças.

9. Costuma verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados?

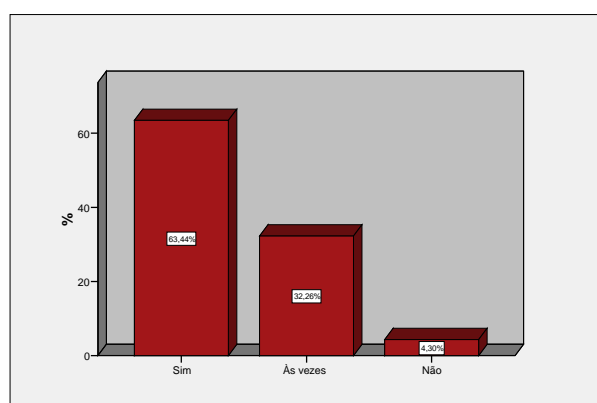


Gráfico 9- Percentagem de respostas

“Costuma verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados?”

Assim no que diz respeito à questão se os pais/encarregados de educação têm por hábito verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados, verificámos que 63,4% (n=59) dos pais/encarregados de educação costumam proceder a esta verificação; 32,3% (n=30) dos pais/encarregados de educação às vezes verifica se os dentes do seu educando ficam bem escovados e que 4,3% (n=4) não costuma verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados.

Os resultados desta questão apontam para o facto dos pais/encarregados de educação estarem atentos aos seus educandos nesta tarefa, pois mais de 60% preocupam-se em verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados.

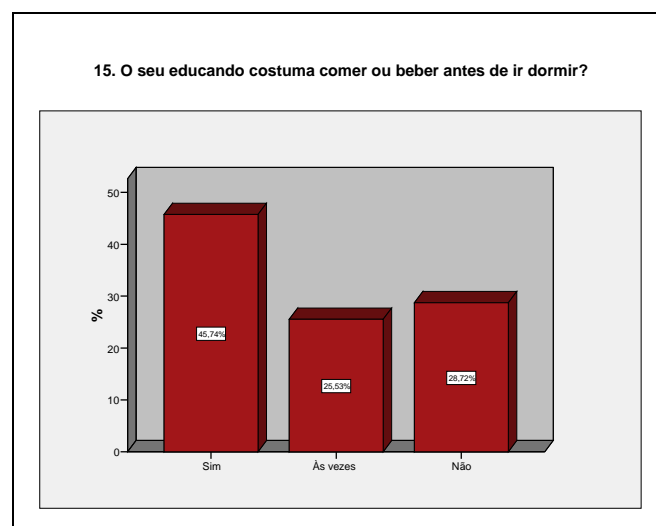


Gráfico 10- Percentagem de respostas

“O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?”

Convém referir que na questão colocada aos pais/encarregados de educação sobre se o seu educando costuma comer ou beber antes de dormir, constatámos que 45,7% (n=43) dos pais/encarregados de educação afirma que o seu educando costuma comer ou beber antes de dormir; 25,5% (n=24) dos pais/encarregados de educação afirma que o seu educando às vezes come ou bebe antes de dormir e que 28,7% (n=27) dos pais/encarregados de educação afirma que o seu educando não costuma comer ou beber antes de dormir.

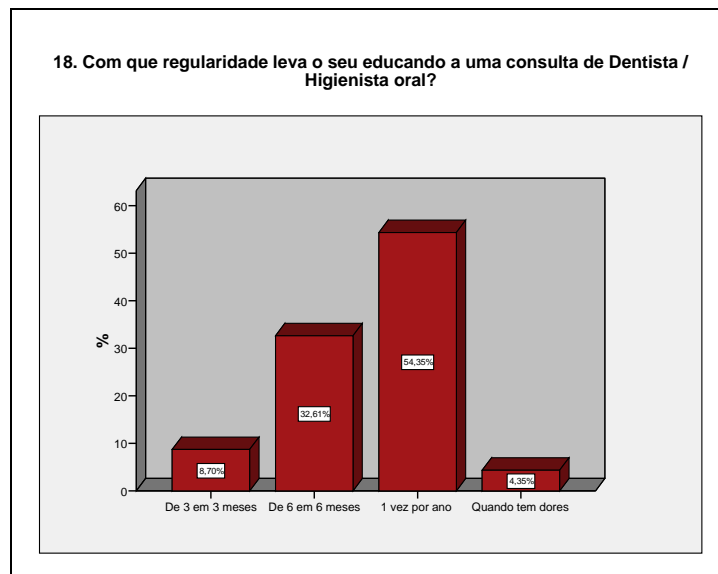


Gráfico11- Percentagem de respostas

“Com que regularidade leva o seu educando a uma consulta de Dentista/Higienista Oral?”

Quanto à questão colocada aos pais/encarregados de educação sobre a regularidade com que este vai com o seu educando a uma consulta de dentista/higienista oral só foram incluídos na análise os inquiridos 49,5% (46) que respondeu já ter levado o seu educando alguma vez ao dentista/higienista. Dos que responderam afirmativamente, 8,7% (4) dos pais/encarregados de educação afirma que vai com o seu educando a uma consulta de dentista/higienista oral de 3 em 3 meses; 32,6% (15) dos pais/encarregados de educação afirma que vai com o seu educando a uma consulta de dentista/higienista oral de 6 em 6 meses; 54,3% (25) dos pais/encarregados de educação afirma que vai com o seu educando a uma consulta de dentista/higienista oral uma vez por ano; 4,3% (2) dos pais/encarregados de educação afirma que vai com o seu educando a uma consulta de dentista/higienista oral só quando tem dores.

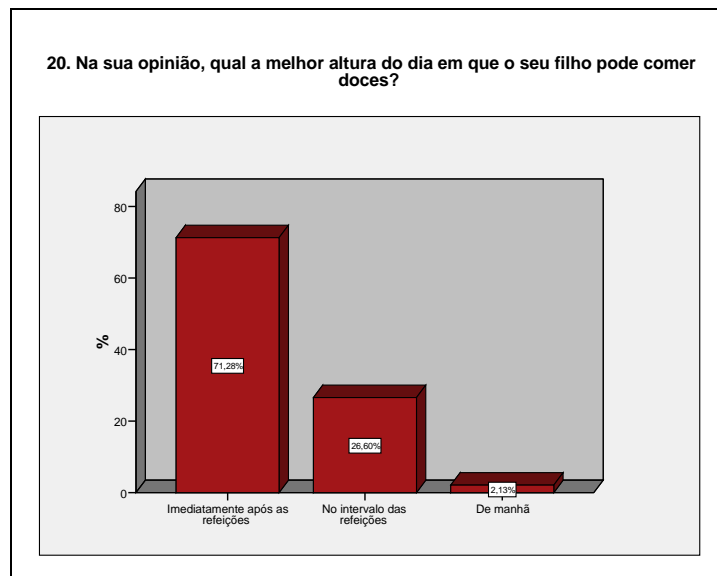


Gráfico 12- Percentagem de respostas

“Na sua opinião, qual a melhor altura do dia em que o seu filho pode comer doces?”

Relativamente à questão que pretende verificar qual será a melhor altura do dia em que o educando pode comer doces temos que: 71,3% (67) dos pais/encarregados de educação afirma que imediatamente após as refeições é a melhor altura do dia em que o educando pode comer doces; 26,6% (25) dos pais/encarregados de educação afirma que no intervalo das refeições é a melhor altura do dia em que o educando pode comer doces e 2,1% (2) dos pais/encarregados de educação afirma que na parte da manhã é a melhor altura do dia em que o educando pode comer doces.

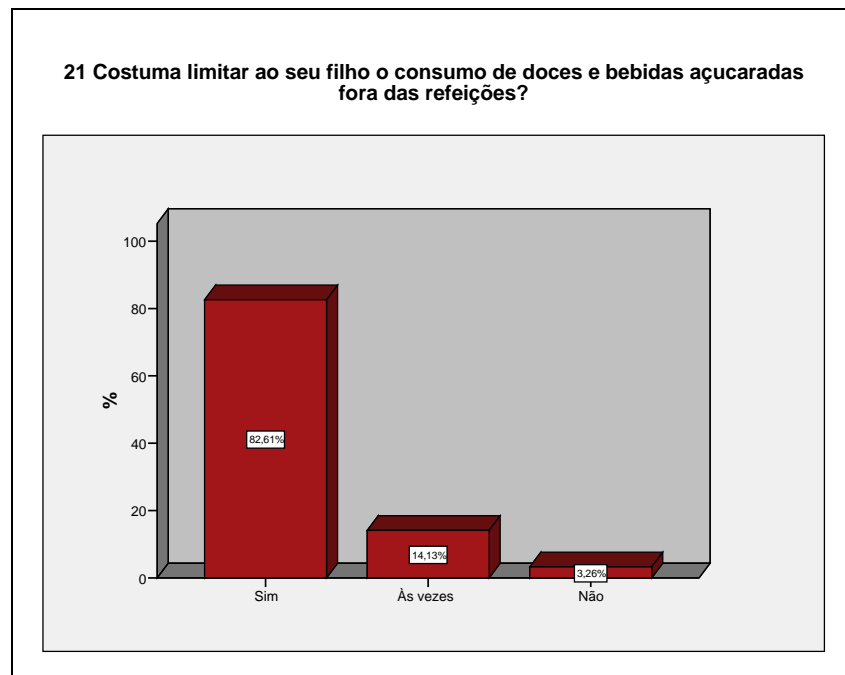


Gráfico 13- Percentagem de respostas

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

Em relação à questão se os pais/encarregados de educação costumam limitar o seu educando no consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições, obteve-se os seguintes resultados: 82,6% (76) limita sempre o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições; 14,1% (13) limita às vezes o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições e 3,3% (3) não limita o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições. Convém referir que 2 pais/encarregados de educação não responderam a esta questão.

Quanto à questão:

*“Acha importante que os adultos ajudem as crianças na sua higiene oral?”*  
os pais/encarregados de educação que responderam (apenas responderam 90 pais/encarregados de educação) foram unânimes na resposta afirmativa. Houve 4 pais/encarregados de educação que não responderam a esta questão.

## 1.2 – Análise do questionário realizado às crianças

Procura-se igualmente com este questionário conhecer os hábitos, os comportamentos e os conhecimentos de saúde oral das crianças.

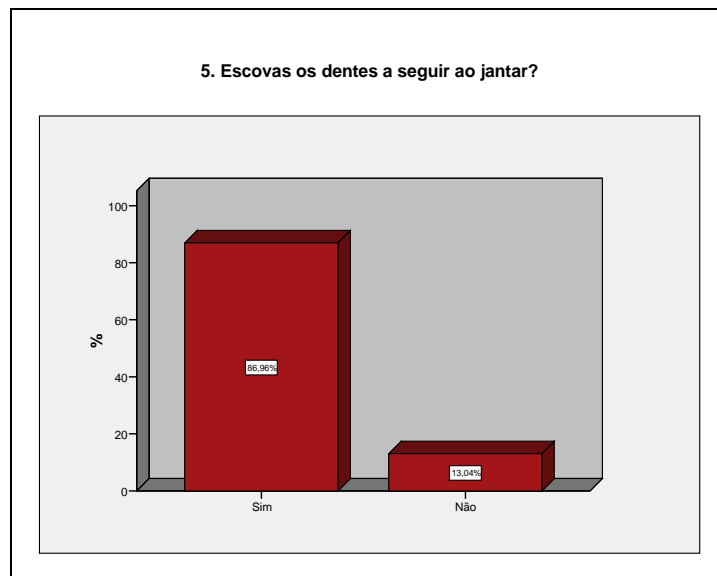


Gráfico 14- Percentagem de respostas “Escovas os dentes a seguir ao jantar?”

Quando questionadas se costumavam escovar os dentes a seguir ao jantar, responderam afirmativamente 87% (80) das crianças. Convém referir que 2 crianças não responderam a esta questão.

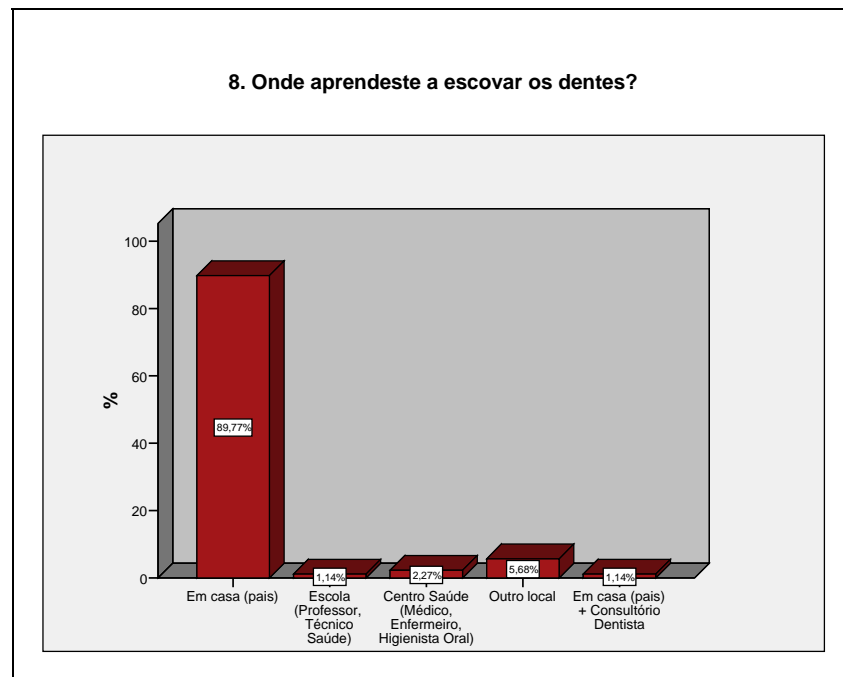


Gráfico 15- Percentagem de respostas  
"Onde aprendeste a escovar os dentes?"

Em relação à questão sobre o local onde a criança aprendeu a escovar os dentes, verificámos que, aproximadamente, 90% aprendeu a escovar os dentes com os pais/encarregados de educação. Convém referir que 1,1% (1) aprendeu a escovar os dentes na escola; 2,3% (2) aprendeu a escovar os dentes no Centro de Saúde e 5,7% (5) aprendeu a escovar em outro local.

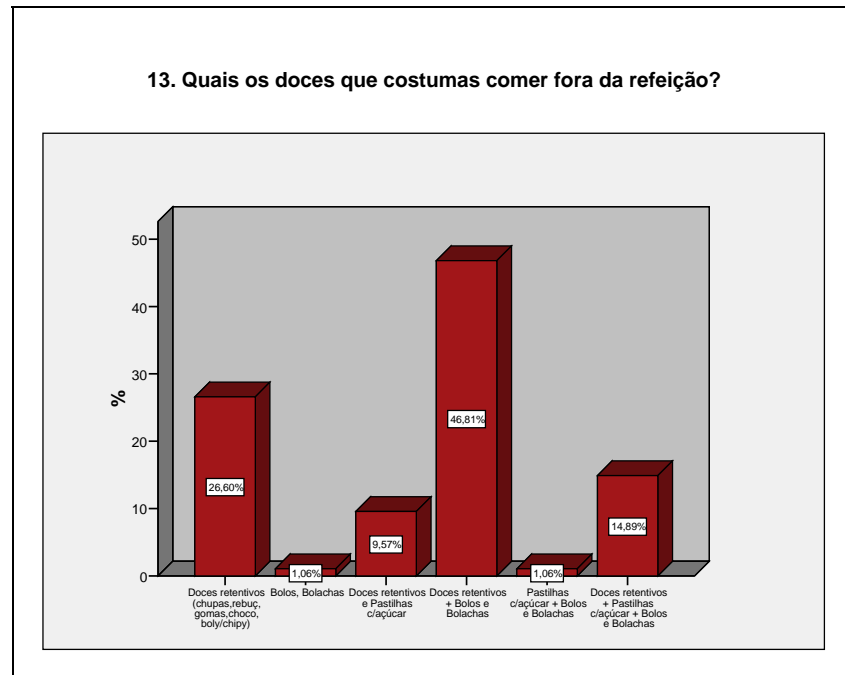


Gráfico 16- Percentagem de respostas

“Quais os doces que costumam comer fora das refeições?”

Em relação à questão sobre quais os doces que as crianças costumam comer fora das refeições, verificou-se que 46,8% (44) das crianças responde que comem doces retentivos, bolos e bolachas, 26,6% (25) come doces retentivos, 14,9% (14) come doces retentivos, pastilhas com açúcar, bolos e bolachas, 9,6% (9) come doces retentivos e pastilhas com açúcar, 1,1% (1) come bolos e bolachas e 1,1% (1) come pastilhas com açúcar, bolos e bolachas.

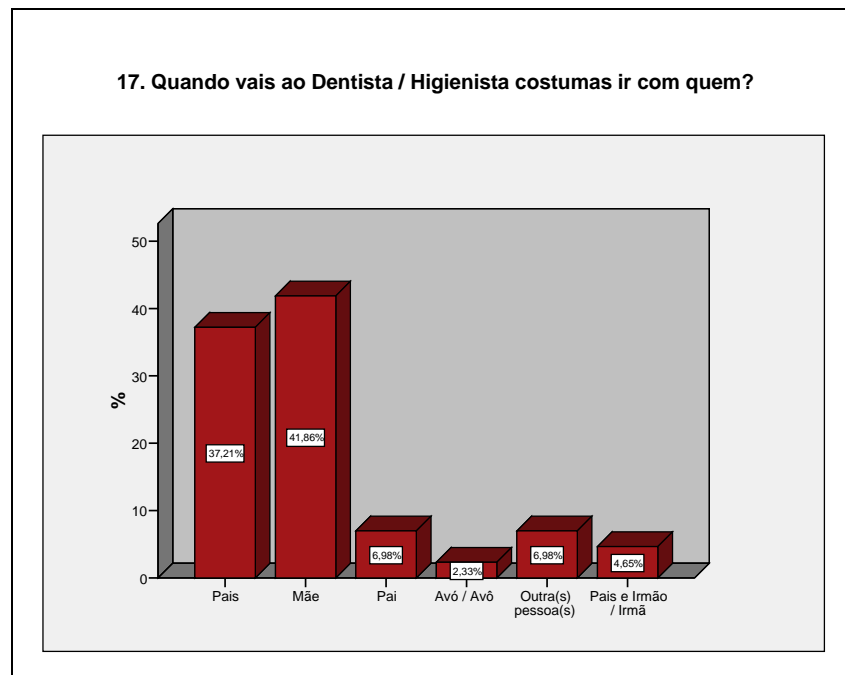


Gráfico 17- Percentagem de respostas

“Quando vais ao Dentista/Higienista Oral costumás ir com quem?”

Ainda em relação à ida a uma consulta ao dentista/higienista oral, na sua grande maioria 90,7% (39), as crianças vão acompanhadas pelos pais (mãe e/ou pai). Temos que 7% (3) das crianças vão com outra(s) pessoa(s) e 2,3% (1) vai com avó/avô.

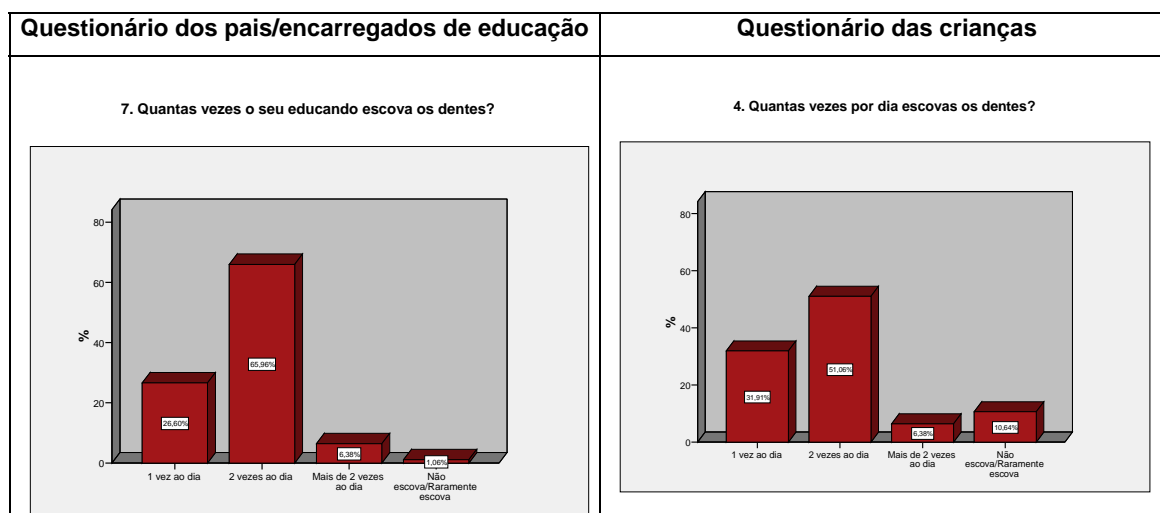
### 1.3 Análise de comparação do questionário dos pais/encarregados de educação versus questionário das crianças

Na tentativa de verificar se os dados recolhidos nos questionários efectuados aos pais/encarregados de educação e das crianças eram consonantes relativamente a certas perguntas, foram elaboradas comparações entre as perguntas que se encontram na tabela 3. Ou seja, entre as respostas comuns, confrontando as respostas dos pais/encarregados de educação com as respostas das crianças.

<b>Questões do questionário dos pais/encarregados de educação</b>	<b>Questões do questionário das crianças</b>
Quantas vezes o seu educando escova os dentes?	Quantas vezes por dia escovas os dentes?
Costuma ajudar o seu educando a escovar os dentes?	Costumas ter ajuda a escovar os dentes?
Se usa fio dentário, quantas vezes o faz?	Se usas fio dentário, quantas vezes o fazes?
O seu educando costuma comer doces?	Costumas comer doces?
Quantas vezes o seu educando come doces?	Quantas vezes comes doces?
Quando o seu educando come ou bebe antes de ir dormir costuma depois escovar os dentes?	Quando comes ou bebes alguma coisa antes de deitar costumavas depois escovar os dentes?
Costuma ir com o seu educando ao Dentista/Higienista Oral?	Costumas ir ao Dentista/Higienista Oral?
Quando consulta o Dentista/Higienista Oral com o seu educando qual a razão?	Quando vais ao Dentista/Higienista Oral o que costumavas fazer?
O seu educando tem ou já teve algum dente estragado?	Já tiveste algum dente estragado ?
Na sua opinião qual (ais) são os factores que causam a cárie dentária?	Na tua opinião o que provoca a cárie dentária?
Como pensa que se pode evitar a cárie dentária?	Como é que podes evitar a cárie dentária?

Tabela 3- Questões seleccionadas para comparação, colocadas aos pais/encarregados de educação e crianças

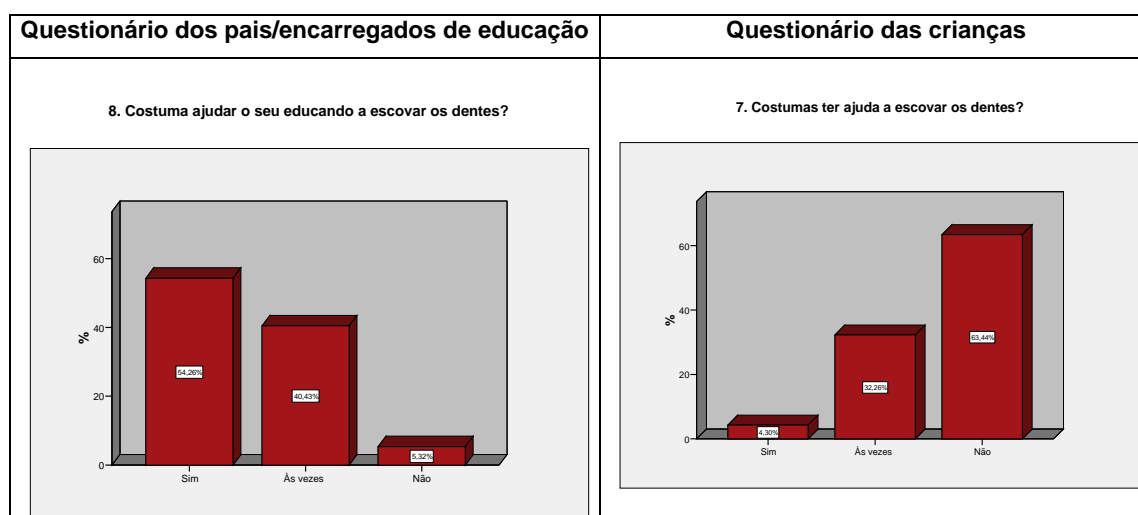
Assim, atendendo à primeira questão comum nos dois questionários, que diz respeito à frequência dos hábitos de higiene oral temos, em relação ao número de vezes que a criança escova os dentes, o seguinte:



Quadro 1- Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Quantas vezes por dia a criança escova os dentes?”

- 10,6% (10) das crianças diz escovar os dentes raramente ou que nunca escova contra 1,1% (1) dos pais/encarregados de educação que diz que os seus educandos não escovam ou raramente escovam.
- 31,9% (30) das crianças diz escovar os dentes uma vez por dia contra 26,6% (25) dos pais/encarregados de educação que diz que o seu educando escova os dentes uma vez por dia;
- 51,1% (48) das crianças diz escovar os dentes duas vezes por dia contra 66% (62) dos encarregados de educação que diz que o seu educando escova os dentes duas vezes por dia;
- 6,4% (6) das crianças diz escovar os dentes mais de duas vezes por dia e igualmente 6,4% (6) dos pais/encarregados de educação diz que o seu educando escova os dentes mais de duas vezes por dia.

Atendendo à questão relacionada com a intervenção do adulto na ajuda à criança quando esta escova os dentes, temos a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários:



Quadro 2- Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Costuma ajudar/ter ajuda na escovagem dos dentes?”

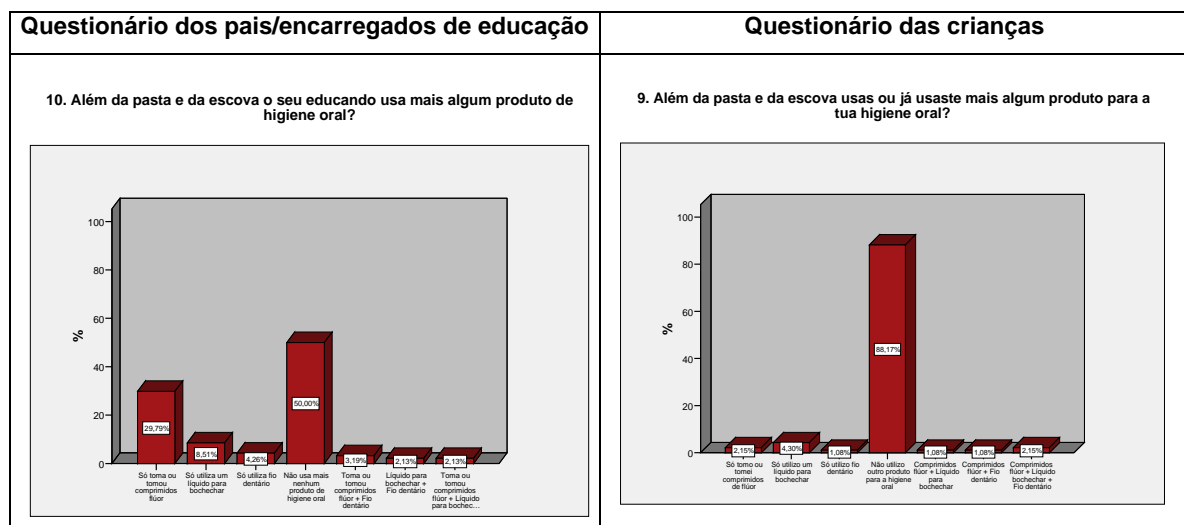
- 4,3% (4) das crianças diz ter ajuda ao escovar os dentes contra 54,3% (51) dos pais/encarregados de educação que diz ajudar o seu educando a escovar os dentes;
- 32,3% (30) das crianças diz ter às vezes ajuda ao escovar os dentes contra 40,4% (38) dos pais/encarregados de educação que diz ajudar às vezes o seu educando a escovar os dentes;
- 63,4% (59) das crianças diz não ter ajuda ao escovar os dentes contra 5,3% (5) dos pais/encarregados de educação que diz não ajudar o seu educando a escovar os dentes.

Atendendo a estes resultados constatamos existir uma contradição nas respostas dadas pelos pais/encarregados de educação em relação às dadas pelas crianças. A maioria das crianças responde que não têm ajuda na escovagem dos dentes, enquanto que a maioria dos pais/encarregados de educação dizem ajudar as crianças nesta tarefa. A que se deve estes resultados? Talvez a criança não queira admitir que o encarregado de educação a ajude nesta tarefa ou talvez o encarregado de educação tenha

consciência que é importante ajudar a criança nesta tarefa mas, contudo, não o faça e isto poderá ser expresso na resposta negativa da criança.

Note-se que existiu uma criança que não respondeu a esta questão.

Atendendo à questão relacionada com o uso (ou não) de outro produto de higiene oral, podemos verificar a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários.



Quadro 3- Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Além da pasta e da escova usas (te) mais algum produto de higiene oral?”

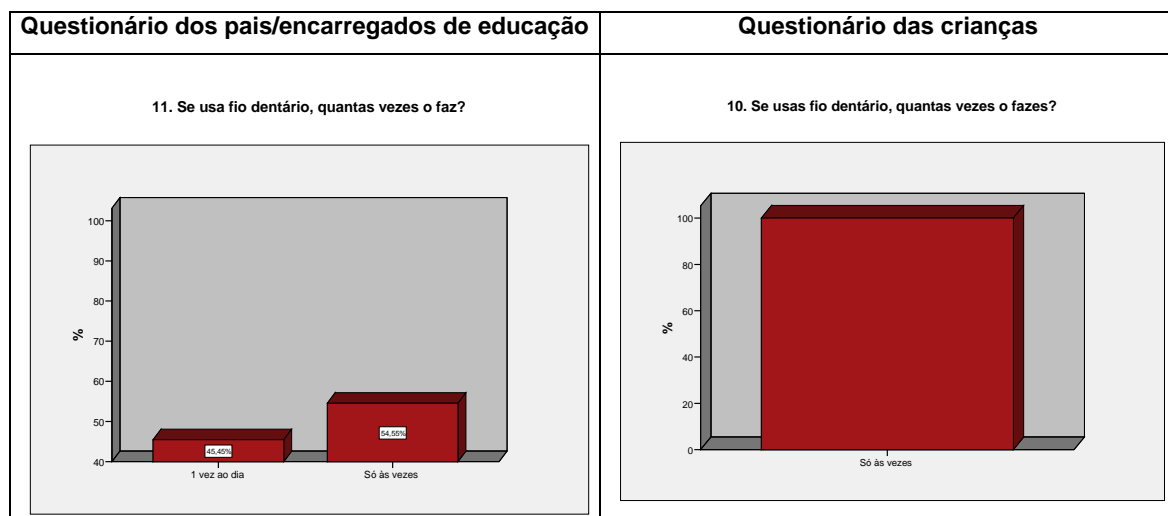
- 88,2% (82) das crianças diz não usar nenhum outro tipo de produto de higiene oral contra 50,0% (47) dos pais/encarregados de educação que também diz que o seu educando não usa nenhum outro tipo de produto de higiene oral.

Note-se que existiu uma não resposta a esta questão no questionário das crianças.

Atendendo aos gráficos anteriormente apresentados, podemos dizer que estes não são consonantes, sendo de realçar o facto dos encarregados de educação afirmarem que os seus educandos usam outros tipos de produtos de higiene

oral, quando os próprios dizem que não usam. Pode-se colocar a hipótese de que as crianças desconheçam o uso desses produtos, ou talvez não saibam o que são quando se lhes pergunta, ou não associam os produtos com a questão.

Atendendo à questão relacionada com o uso de outro produto de higiene oral, neste caso o fio dentário, e o número de vezes ao dia que o utiliza, obtivemos a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários:

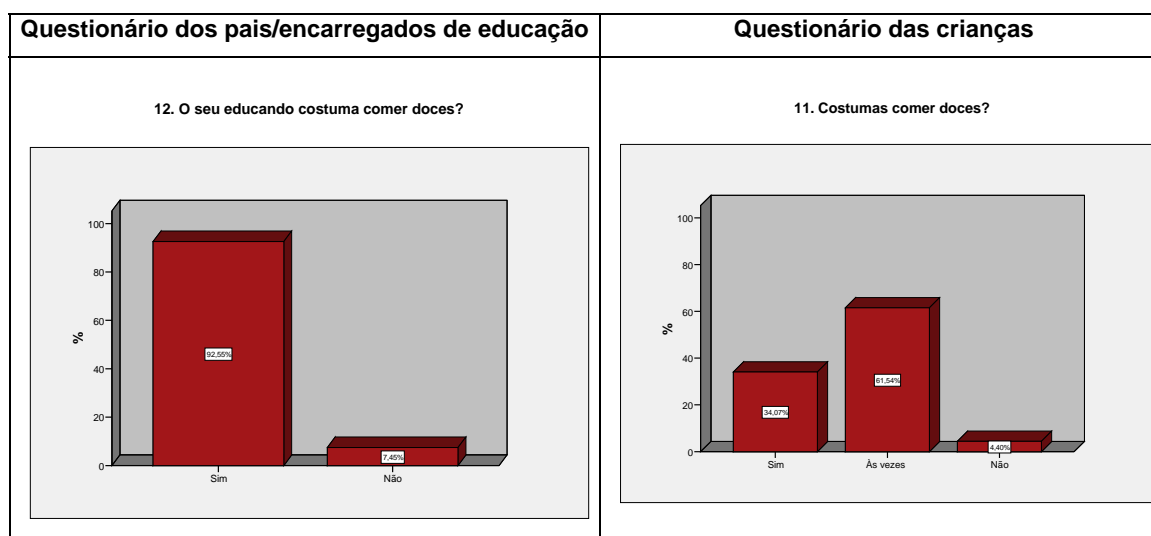


Quadro 4 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Se usa(s) fio dentário, quantas vezes o faz(es)?”

- 5 das crianças disseram usar o fio dentário, sendo que 4 delas usam às vezes e uma não respondeu à questão, ao passo que 6 dos 11 encarregados de educação também disseram que o seu educando usa o fio dentário às vezes.

- 5 dos 11 encarregados de educação disseram que o seu educando usa o fio dentário uma vez ao dia.

Na questão relacionada com o consumo de doces, podemos verificar a seguinte distribuição das respostas nos dois questionários:

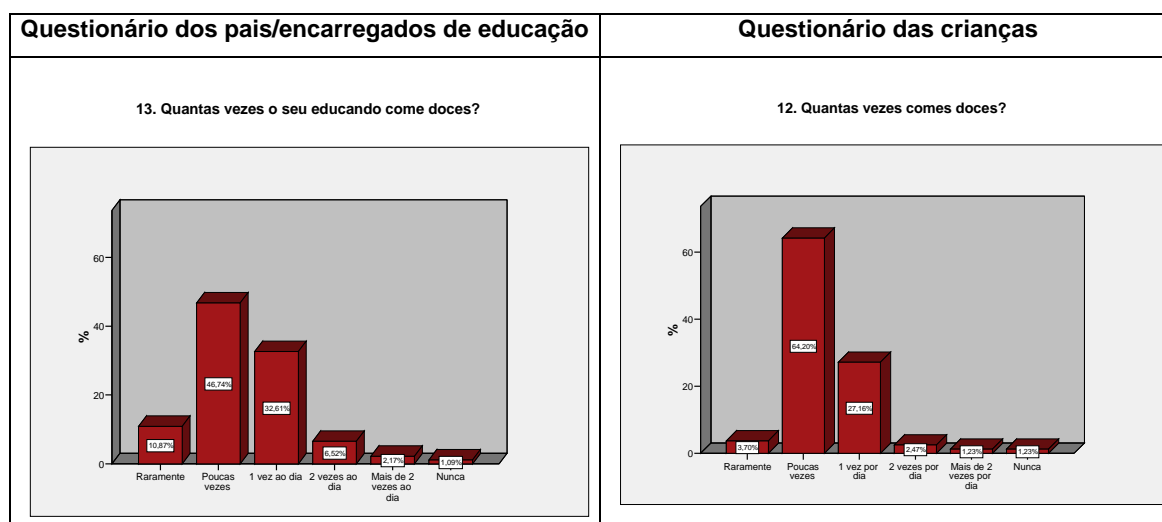


Quadro 5 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “O seu educando costuma(s) comer doces?”

- 34,1% (31) das crianças diz consumir doces habitualmente contra 92,6% (87) dos pais/encarregados de educação que diz que o seu educando consome doces habitualmente;
- 4,4% (4) das crianças diz não consumir doces habitualmente contra 7,4% (7) dos pais/encarregados de educação que dizem que o seu educando não consome doces habitualmente;
- 61,5% (n=56) das crianças dizem consumir doces às vezes.

Note-se que existiram três não respostas a esta questão no questionário das crianças.

Atendendo à questão relacionada com a frequência com que os doces são ingeridos, podemos verificar a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários:



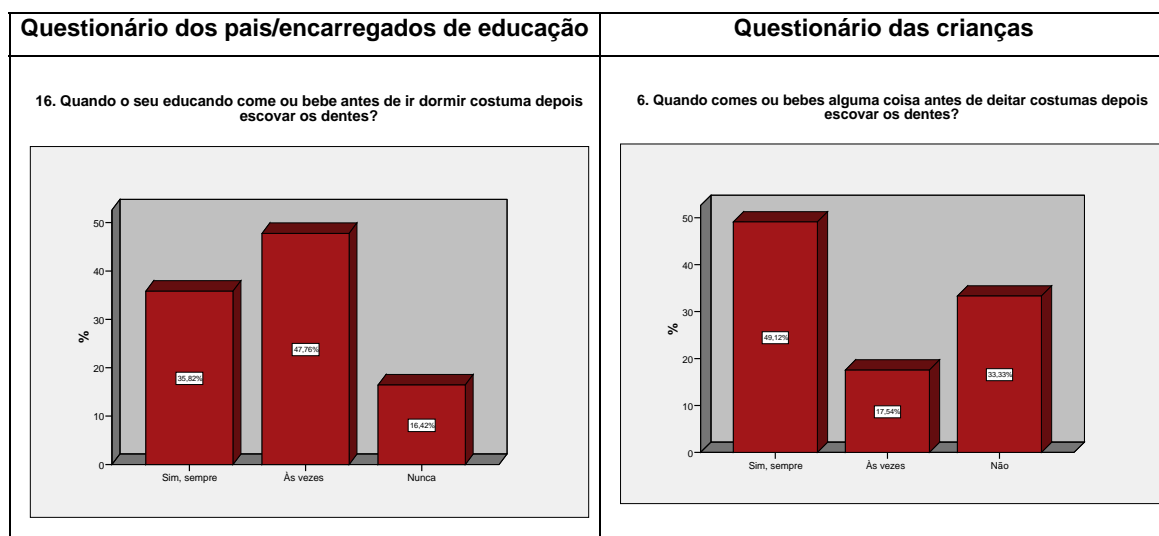
Quadro 6 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Quantas vezes o seu educando come(s) doces?”

- 1,2% (1) das crianças diz nunca consumir doces e o mesmo acontece com 1,1% (1) dos pais/encarregados de educação que diz que o seu educando nunca consome doces;
- 3,7% (3) das crianças diz consumir doces raramente contra 10,9% (10) dos pais/encarregados de educação que dizem que o seu educando consome doces raramente;
- 64,2% (52) das crianças diz consumir doces poucas vezes contra 46,7% (43) dos pais/encarregados de educação que diz que o seu educando consome doces poucas vezes;
- 27,2% (22) das crianças diz consumir doces uma vez por dia contra 32,6% (30) dos pais/encarregados de educação que diz que o seu educando consome doces uma vez por dia;
- 2,5% (2) das crianças diz consumir doces duas vezes por dia contra 6,5% (6) dos pais/encarregados de educação que diz que o seu educando consome doces duas vezes por dia;

- 1,2% (1) das crianças diz consumir doces mais de duas vezes por dia contra 2,2% (2) dos pais/encarregados de educação que diz que o seu educando consome doces mais de duas vezes por dia.

Note-se que existiram duas não respostas a esta questão no questionário dos encarregados de educação e treze não respostas no questionário das crianças.

Atendendo à questão relacionada com o hábito da criança comer ou beber antes de dormir e de seguida escovar os dentes, podemos verificar a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários. Deve-se notar que nestas questões, as abordagens são diferentes, pois nos questionários dos pais/encarregados de educação estes só responderam, se tiverem respondido “sim” na questão anterior, enquanto na questão das crianças isso não acontece (não é uma questão condicionada).



Quadro 7 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Quando o seu educando come(s) ou bebe(s) alguma coisa antes de deitar costuma(s) depois escovar os dentes?”

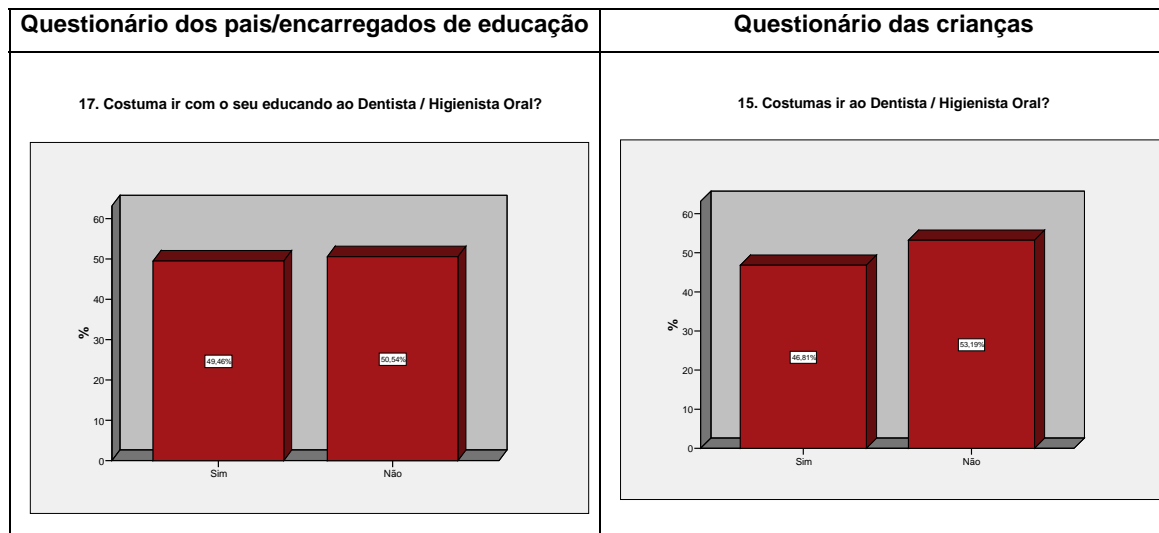
- 49,1% (28) das crianças afirma escovar sempre os dentes antes de dormir e após comer ou beber contra 35,8% (24) dos pais/encarregados de educação que diz o mesmo;

- 17,5% (10) das crianças afirma escovar às vezes os dentes antes de dormir e após comer ou beber contra 47,8% (32) dos pais/encarregados de educação que diz o mesmo;

- 33,3% (19) das crianças diz nunca escovar os dentes antes de dormir e após comer ou beber contra 16,4% (11) dos pais/encarregados de educação que diz o mesmo.

Note-se que as respostas a esta questão estava condicionada apenas às respostas positivas de crianças e pais/encarregados de educação à questão “se as crianças costumam comer ou beber antes de dormir?”. Relativamente a esta última verificou-se trinta e sete respostas negativas no questionário das crianças, e vinte e sete respostas negativas no questionário dos pais/encarregados de educação.

Atendendo à questão sobre a ida ao dentista/higienista oral, podemos verificar a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários:



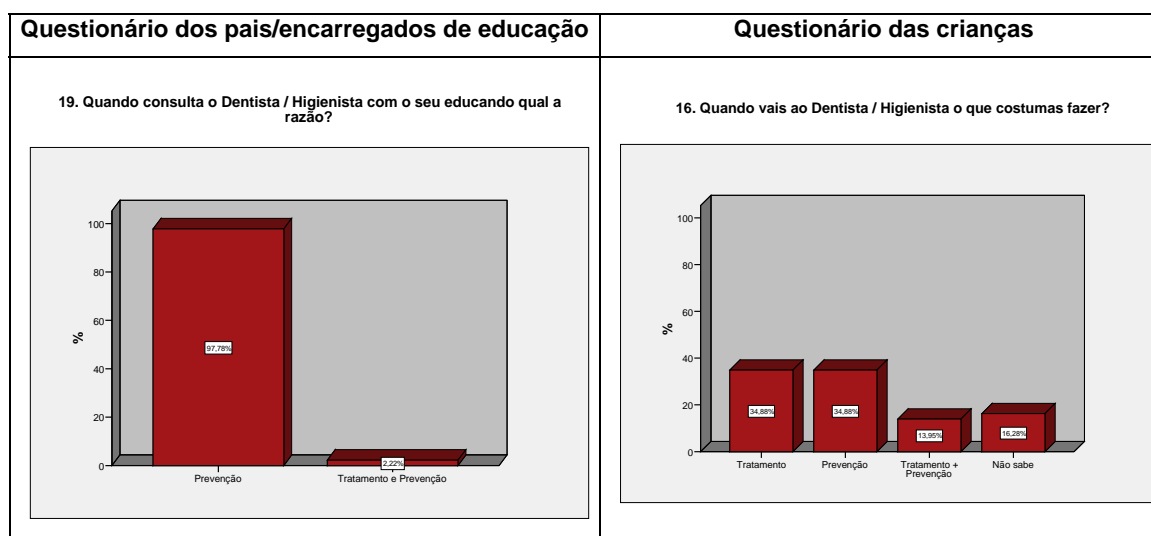
Quadro 8 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Costuma(s) ir com o seu educando ao dentista/higienista oral?”

- 46,8% (44) das crianças afirma ter o hábito de ir ao dentista/higienista oral contra 49,5% (46) dos pais/encarregados de educação que diz ir habitualmente com o seu educando ao dentista/higienista oral.

Note-se que existiu uma não resposta a esta questão, no questionário dos pais/encarregados de educação.

Atendendo aos gráficos anteriormente apresentados, podemos dizer que existe uma certa concordância nesta questão.

Atendendo à questão sobre a razão da ida ao dentista/higienista oral, temos a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários (note-se que estavam em condições de responder a esta questão 46 pais/encarregados de educação e 44 crianças, uma vez que estes e estas responderam afirmativamente à questão “Costuma ir ao dentista/higienista oral?”):



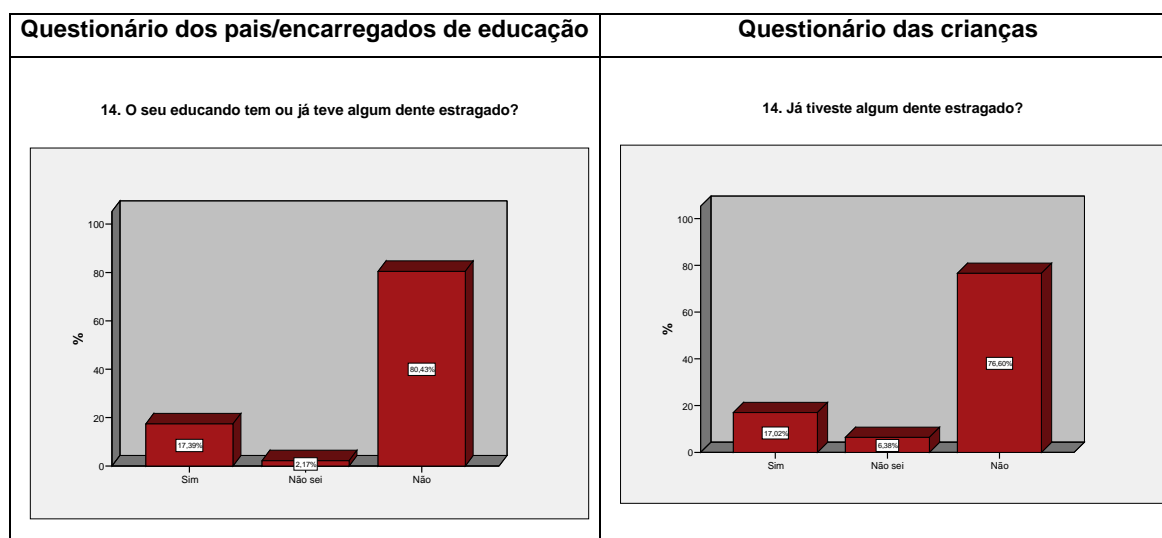
Quadro 9 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Quando vai ao dentista/higienista oral, qual a razão?”

- 34,9% (15) das crianças afirma que a razão de ir ao dentista/higienista oral prende-se com um acto de prevenção contra 97,8% (44) dos pais/encarregados de educação que diz que a razão de ir ao dentista/higienista oral prende-se com a prevenção;
- 14% (6) das crianças afirma que a razão de ir ao dentista/higienista oral prende-se com prevenção+tratamento contra 2,2% (1) dos pais/encarregados de educação que diz que a razão de ir ao dentista/higienista oral prende-se com a prevenção+tratamento;
- 34,9% (15) das crianças afirma ir ao dentista/higienista oral por motivos de tratamento;
- 16,3% (7) das crianças não sabe qual a razão de irem ao dentista/higienista oral.

Atendendo aos resultados anteriormente apresentados podemos dizer que não existe muita concordância nesta questão. Talvez devido ao facto de haver alguma dificuldade da parte das crianças em diferenciarem tratamento e prevenção.

Em relação aos conhecimentos de saúde oral foram três as questões colocadas em cada questionário.

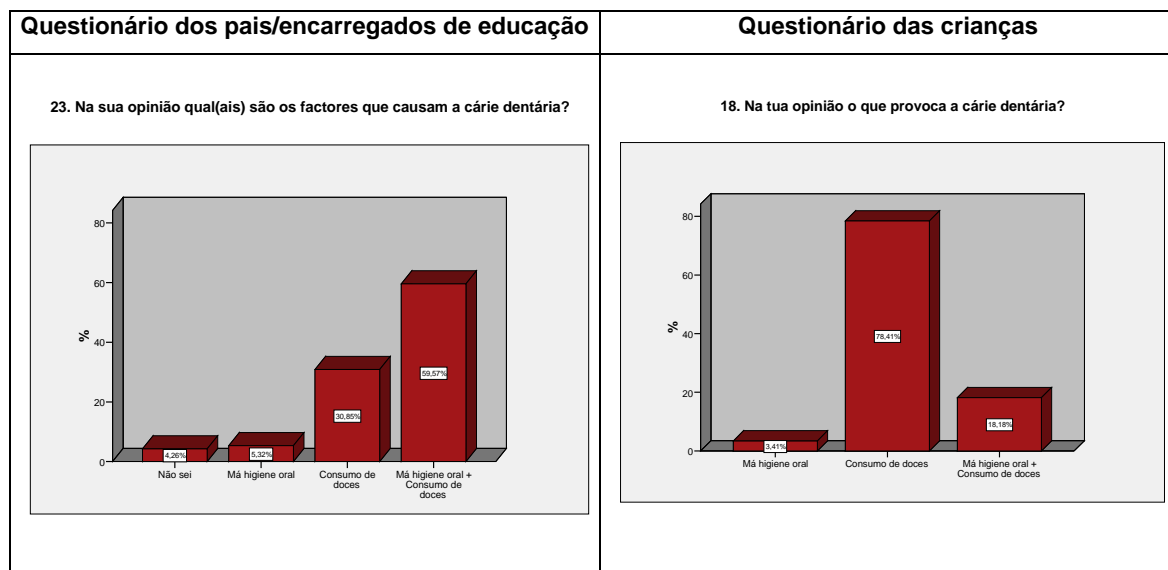
Atendendo à questão relacionada com a existência (ou não) de um dente estragado, podemos verificar a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários:



Quadro 10 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “O seu educando tem ou já teve (tiveste) algum dente estragado?”

- 17,0% (16) das crianças e dos pais/encarregados de educação afirma já ter tido um dente estragado;
- 6,4% (6) das crianças diz não saber se já tiveram algum dente estragado contra 2,2% (2) dos pais/encarregados de educação que diz não saber se o seu educando já teve algum dente estragado;
- 76,6% (72) das crianças diz não ter tido nenhum dente estragado contra 80,4% (74) dos pais/encarregados de educação que diz que o seu educando não teve nenhum dente estragado.

Atendendo à questão sobre os factores que causam a cárie dentária, temos a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários:



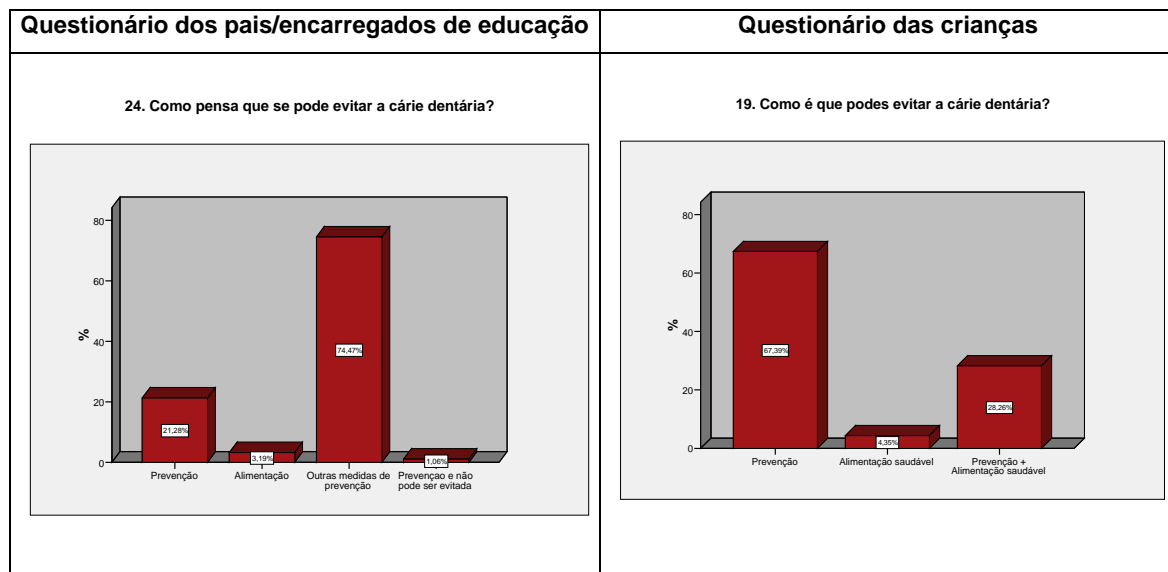
Quadro 11 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Na sua opinião quais os factores que causam a cárie dentária?”

- 3,4% (3) das crianças indica que o que provoca a cárie é a má higiene oral contra 5,3% (5) dos pais/encarregados de educação que afirma o mesmo;
- 78,4% (69) das crianças indica que o que provoca a cárie é o consumo de doces contra 30,9% (29) dos pais/encarregados de educação que afirma o mesmo;
- 18,2% (16) das crianças indica que o que provoca a cárie é a má higiene oral conjuntamente com o consumo de doces contra 59,6% (56) dos pais/encarregados de educação que afirma o mesmo;
- É de referir que 4,3% (4) dos pais/encarregados de educação não sabe quais os factores que provocam cárie dentária.

Atendendo aos resultados anteriormente apresentados, podemos dizer que não existe muita concordância nesta questão. Talvez pelo facto de as crianças

associarem as cáries maioritariamente ao consumo de doces, enquanto que os pais/encarregados de educação possuem melhor consciência relativamente à necessidade de haver boa higiene oral para evitar a cárie em conjunto com o consumo de doces.

Atendendo à questão sobre o que fazer para evitar a cárie dentária, temos a seguinte distribuição das respostas quanto aos dois questionários:



Quadro 12 - Percentagem de respostas dos pais/encarregados de educação e crianças “Como pensa que se pode evitar a cárie dentária?”

Para melhor leitura dos resultados apresenta-se a tabela 4 com os respectivos valores das respostas obtidas:

	Medidas para evitar a cárie dentária				
	Prevenção	Alimentação saudável	Prevenção + Alimentação saudável	Outras medidas de prevenção	Não pode ser evitada
Pais/encarregados de educação - % (n)	21,3 (20)	3,2 (3)	-	74,5 (70)	1,1 (1)
Crianças - % (n)	67,4 (62)	4,3 (4)	28,3 (26)	-	-

Tabela 4 - Percentagem e número dos pais/encarregados de educação e crianças na resposta à questão “Medidas para evitar a cárie dentária?”

Atendendo aos dados anteriormente apresentados e uma vez que as opções de resposta eram diferentes para os dois questionários, pode-se apenas afirmar que existe um certo consenso quanto à necessidade de prevenção para evitar a cárie dentária.

#### 1.4 – Resultados da observação da cavidade oral das crianças

Em relação à saúde oral das crianças foi feita a observação da cavidade oral e registaram-se os dentes decíduos (leite) e os permanentes (definitivos).

Foram registados os dentes cariados, perdidos e obturados, para determinar a prevalência de cárie dentária através dos índices de cpo`d e CPO`D.

Também foi observado e registado a placa bacteriana presente de modo a avaliar o índice de placa DI`S.

##### 1.4.1 – Distribuição dos dentes decíduos cariados perdidos e obturados nas crianças

Da amostra de 94 crianças, só 2 crianças não apresentavam dentes decíduos.

	Número de dentes cariados						
	0	1	2	3	4	5	11
Crianças - %	77,2	6,5	6,5	4,3	3,3	1,1	1,1
(n)	(71)	(6)	(6)	(4)	(3)	(1)	(1)

Tabela 5 - Percentagem e número de crianças com dentes cariados

Verificou-se que 77,2% (71) das crianças não apresentava nenhum dente cariado, 6,5% (6) das crianças apresentava 1 dente cariado, 15,2% (14) das crianças apresentava entre 2 a 5 dentes cariados e 1,1% (1) das crianças apresentava 11 dentes cariados.

Em relação aos dentes decíduos perdidos constatou-se que 97,8% (90) das crianças não apresentava nenhum dente perdido e 2,2% (2) das crianças tinha perdido 1 dente cada uma.

Relativamente aos dentes decíduos obturados verificou-se que 96,7% (89) crianças não tinha nenhum dente obturado, 1,1% (1) das crianças tinha 1 dente obturado, 1,1% (1) das crianças tinha 2 dentes obturados e 1,1% (1) das crianças tinha 6 dentes obturados.

Quanto à distribuição do número de dentes cariados, perdidos ou obturados na dentição decídua, foi construída a seguinte tabela com base nos registos de cpo'd efectuados.

	Número de dentes cariados, perdidos ou obturados (cpo'd)							
	0	1	2	3	4	5	6	18
Crianças - %	76,1	7,6	6,5	3,3	3,3	1,1	1,1	1,1
(n)	(70)	(7)	(6)	(3)	(3)	(1)	(1)	(1)

Tabela 6 - Percentagem e número de crianças com dentes cariados, perdidos ou obturados (cpo'd)

A partir dos dados apresentados na tabela 6, podemos afirmar que 76,1% (70) das crianças estavam livres de cáries. Ou seja, não apresentavam nenhum dente cariado, perdido ou obturado. 7,6% (7) das crianças apresentava um dente cariado, perdido ou obturado, 6,5% (6) das crianças tinha 2 dentes cariados, perdidos ou obturados, 8,8% (8) das crianças tinha entre 3 e 6 dentes cariados, perdidos ou obturados e 1,1% (1) das crianças tinha 18 dentes cariados, perdidos ou obturados.

Tendo em conta estes resultados, verifica-se um total de 58 dentes cariados ( $\mu=0,63$ ), 2 perdidos ( $\mu=0,02$ ), 9 obturados ( $\mu=0,10$ ), aos quais corresponde o valor total de cpo'd de 69 dentes ( $\mu=0,75$ ) cariados perdidos ou obturados.

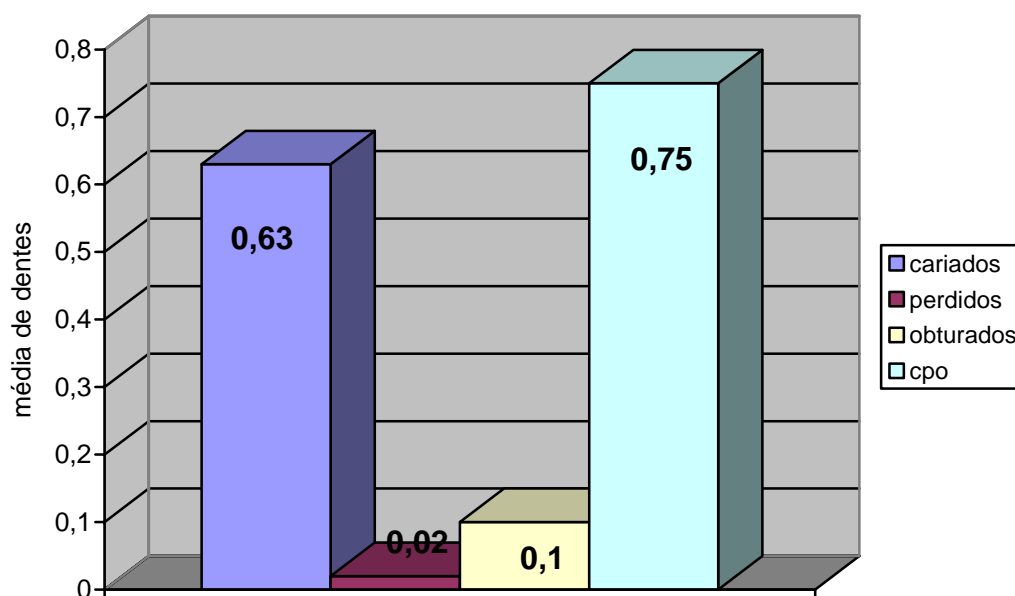


Gráfico 18 - Média de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados e cpo'd

### 1.4.2 – Distribuição dos dentes permanentes cariados perdidos e obturados nas crianças

Em relação aos dentes permanentes das 94 crianças da amostra, só 41 crianças apresentavam dentes permanentes.

Relativamente aos dentes permanentes cariados constatou-se que 95,1% (39) das crianças não apresentava nenhum dente cariado, 2,4% (1) das crianças apresentava 1 dente cariado e 2,4% (1) das crianças tinha 3 dentes cariados.

Em relação aos dentes perdidos verificou-se que as 41 crianças não tinham perdido nenhum dente permanente.

Relativamente aos dentes obturados constatou-se que 95,1% (39) das crianças não apresentava nenhum dente obturado, 2,4% (1) das crianças tinha 1 dente obturado e 2,4% (1) das crianças tinha 3 dentes obturados.

Quanto à distribuição do número de dentes cariados, perdidos ou obturados na dentição definitiva, foi construída a seguinte tabela com base nos registos de CPO'D efectuados.

	Número de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO'D)		
	0	1	3
Crianças - %	90,2	4,9	4,9
(n)	(37)	(2)	(2)

Tabela 7 - Percentagem e número de crianças com dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO'D)

A partir dos dados apresentados na tabela 7, constatou-se o seguinte: 90,2% (37) das crianças não tinha nenhum dente cariado, perdido ou obturado, 4,9% (2) das crianças apresenta 1 dente cariado, perdido ou obturado e 4,9% (2) das crianças tinha 3 dentes cariados, perdidos ou obturados.

Tendo em conta estes resultados, verifica-se um total de 4 dentes cariados ( $\mu=0,10$ ), 0 perdidos ( $\mu=0,00$ ), 4 obturados ( $\mu=0,10$ ), aos quais corresponde o valor total de CPO`D de 8 dentes ( $\mu=0,20$ ) cariados perdidos ou obturados.

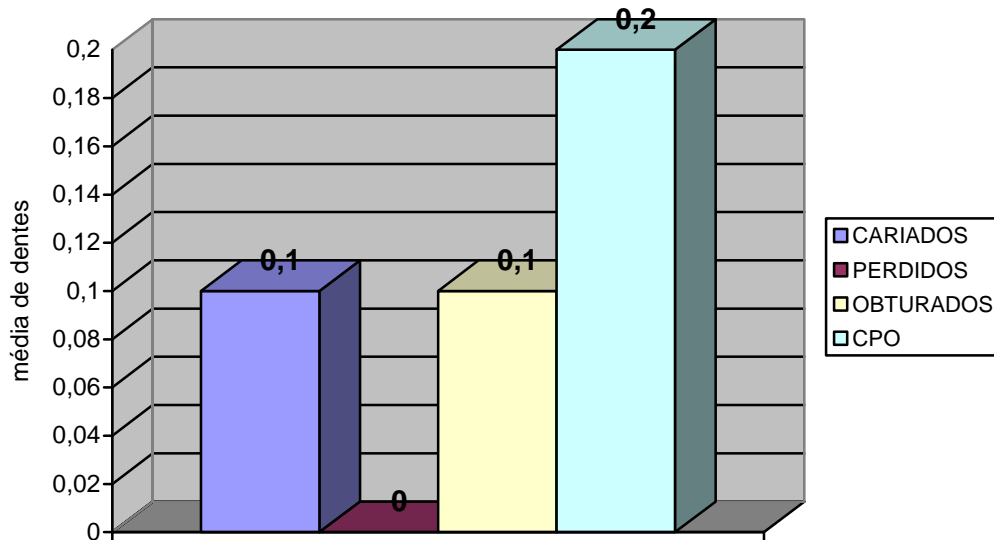


Gráfico 19 - Média de dentes definitivos cariados, perdidos e obturados e CPO`D

### 1.5– Resultados da acumulação de placa bacteriana e avaliação do índice DI`S nas crianças

No que diz respeito aos resultados referentes à acumulação de placa bacteriana verificou-se que, na maioria das crianças (51), nos dentes incisivos inferiores, o valor de placa bacteriana é zero. O mesmo valor verifica-se em 32 crianças no incisivo superior, em 9 crianças no molar superior do lado direito e em 6 crianças no molar superior do lado esquerdo. Os molares inferiores apresentam valor zero de placa no mesmo número de crianças (4).

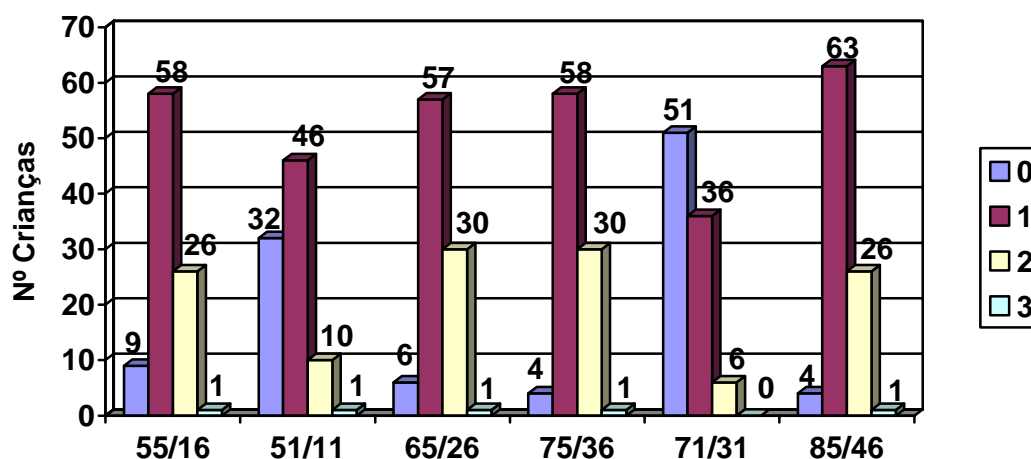


Gráfico 20 – Total de DI`S

É de salientar que o valor máximo do índice (3) foi registado em 4 dentes na mesma criança e a média total do índice DI`S é de  $1,04 \pm 0,454$ .

Quanto à média e desvio padrão de cada dente na avaliação do total de DI`S, constatou-se os seguintes resultados que se encontram descritos na tabela 8.

	55/16	51/11	65/26	75/36	71/31	85/46
<b>Média</b>	1,201	0,775	1,276	1,301	0,516	1,255
<b>Desvio Padrão</b>	$\pm 0,61$	$\pm 0,68$	$\pm 0,59$	$\pm 0,56$	$\pm 0,61$	$\pm 0,54$

Tabela 8 - Média e desvio padrão do total de DI`S

### 1.6- Comparação dos comportamentos, dos hábitos e dos conhecimentos dos pais/E.E., com a história de cárie dentária nas crianças

De forma a melhor percebermos se haveria alguma relação entre os hábitos, os conhecimentos e os comportamentos dos pais/encarregados de educação e as causas das cáries dentárias, comparámos algumas respostas do questionário com o registo da observação da cavidade oral das respectivas crianças, tendo-se obtido os seguintes resultados:

- **Comparação das respostas do questionário/prevalência de cáries dentárias:**

**Costuma limitar ao seu filho o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições? Não.**

De entre os pais 3,3% (3) que disseram que não limitam os seus educandos ao consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições, verificou-se que as respectivas 3 crianças não apresentam nenhuma cárie.

**Costuma verificar se os dentes do seu educando ficam bem escovados? Não.**

	Número de dentes cariados	
	0	1
Dentição decídua - % (n)	50 (2)	50 (2)
Dentição definitiva - % (n)	100 (2)	0 (0)

Tabela 9 – Número de dentes cariados na dentição decídua e definitiva tendo em conta a resposta negativa à questão “ Costuma verifica se os dentes do seu educando ficam bem escovados?”

De entre os pais 4,3% (4) que disseram que não verificam a escovagem dos dentes dos seus educandos, constatou-se que 50% (2) das crianças não apresenta nenhuma cárie na dentição decídua e 50% (2) das crianças apresenta 1 cárie na dentição decídua. Nenhuma das 4 crianças apresenta cáries na dentição definitiva.

**Costuma ajudar o seu educando a escovar os dentes? Não.**

	Número de dentes cariados	
	0	1
Dentição decídua - % (n)	50 (2)	50 (2)
Dentição definitiva - % (n)	100 (2)	0 (0)

Tabela 10 – Número de dentes cariados na dentição decídua e definitiva tendo em conta a resposta negativa à questão “Costuma ajudar o seu educando a escovar os dentes?”

De entre os pais 5,3% (5) que disseram que não ajudam na escovagem dos dentes dos seus educandos, observou-se que 50% (2) das crianças não apresenta nenhuma cárie na dentição decídua, 50% (2) das crianças apresenta 1 cárie na dentição decídua. Uma das crianças não apresenta já dentição decídua. Nenhuma das 5 crianças apresenta cáries na dentição definitiva.

# DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão da análise dos resultados é importante salientar que este estudo visa essencialmente conhecer e avaliar o nível de conhecimentos, os hábitos e comportamentos de saúde oral auto-relatados pelas crianças e relatados pelos pais/encarregados de educação.

De igual modo, avaliou-se o estado de saúde oral das crianças, determinando o índice de cárie dentária e de acumulação de placa bacteriana de forma a melhor conhecer quais os hábitos de higiene oral praticados pelas mesmas.

De igual forma, relacionaram-se os conhecimentos dos pais/encarregados de educação com a saúde oral dos seus filhos.

Os objectivos específicos do estudo foram:

- Analisar, os comportamentos, os hábitos e os conhecimentos dos pais/encarregados de educação quanto à saúde oral dos seus educandos.
- Conhecer hábitos de higiene oral das crianças a partir do relato das mesmas.
- Determinar a prevalência de cárie dentária em crianças de Jardim-de-Infância e CATL.
- Avaliar o índice de placa bacteriana nas crianças de Jardim-de-Infância e CATL.
- Comparar a prevalência de cárie dentária e o índice de placa bacteriana com os hábitos e os conhecimentos de saúde oral auto-relatados pelos pais/encarregados de educação.
- Comparar os hábitos de higiene oral evocados pelos pais/encarregados de educação e educandos.

Para atingir os objectivos propostos, foi seleccionada uma amostra pertencente a uma população pré-escolar e escolar, à qual foi aplicado um questionário aos pais/encarregados de educação e outro às respectivas crianças, os quais serviram como instrumentos de recolha de dados. Paralelamente foi observada a cavidade oral de cada criança para determinar a prevalência de cárie dentária e avaliar o índice de placa bacteriana. Os resultados dos questionários e da observação da cavidade oral foram analisados e processados estatisticamente.

## CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra obtida caracteriza-se pela existência de um maior número de mães, 84% (79), cuja média é de 36,16 anos, sendo que a maior frequência de idades encontra-se contida no intervalo entre os 35 e os 40 anos. Quanto ao nível de escolaridade dos pais/encarregados de educação, 44,3% têm o Ensino Secundário seguido de 42% com Curso Superior.

Quando questionados relativamente à assistência a alguma reunião de saúde oral, 23,9% dos inquiridos afirmaram que já tinham assistido, enquanto a maioria 76,09% disseram nunca ter assistido.

Em relação às crianças, a maioria, 86,8% não era o primeiro ano que frequentavam a Instituição, tendo idades entre os 3 e os 10 anos, com uma média de 5,4 anos. Existe uma frequência maior na idade dos 4 anos (26,6%).

A maioria das crianças inquiridas 84% (79) vive com os pais. Uma vez que na infância os pais são os responsáveis pelos hábitos e comportamentos de saúde oral da criança, e tendo em conta que a mãe é o principal modelo de comportamento para a mesma, a sua forma de actuação será determinante no estado de saúde oral do seu filho.

Estudos científicos relatam que o nível de instrução dos pais/encarregados de educação pode ter influência nos conhecimentos, nas atitudes e nos hábitos de saúde oral das crianças.

No nosso estudo verificou-se que o nível de escolaridade, da maior parte dos pais/encarregados de educação, é o Ensino Secundário ou Ensino Superior, havendo, por isso, um maior conhecimento em termos gerais sobre saúde oral. Isto está em concordância com a revisão da literatura no estudo de Szatko et al. (2004), no qual verificou que havia uma interdependência entre o nível de conhecimentos em saúde oral das mães e o seu nível de escolaridade. De uma forma geral, as mães com baixo nível de escolaridade, possuem menos conhecimentos sobre saúde oral do que as mães com maior nível de escolaridade.

---

## HÁBITOS E COMPORTAMENTOS EM SAÚDE ORAL

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

No estudo que efectuámos verificou-se que estes pais/encarregados de educação têm preocupação sobre o estado de saúde oral das suas crianças.

Quando lhes foi inquirido se “achavam importante que os adultos ajudassem as crianças na sua higiene oral”, 95,7% (90) responderam que sim, estando de acordo com as conclusões do estudo realizado por Freeman et al. (1989), o qual descreve que a participação e ajuda por parte dos pais, são componentes essenciais na higiene oral das crianças.

Em relação à regularidade das visitas da criança ao dentista/higienista, verificou-se que dos 94 pais/encarregados de educação inquiridos, apenas 47 responderam afirmativamente, que costumavam ir aos serviços médico-dentários. Destes últimos, 54,3% (25) fazem-no anualmente e 32,6% (15) semestralmente.

Relativamente ao consumo de doces, nas questões “qual a melhor altura do dia para consumir doces?” e “costuma limitar o consumo de doces fora das refeições?” verificou-se que 71,3% (67) afirmam que a melhor altura do dia para consumir doces é após as refeições e 82,6% (76) limitam sempre o seu consumo fora das refeições. Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado por Melgão (2006), que verificou também que o momento imediatamente após a refeição, é o mais indicado para a ingestão de doces.

Embora as crianças desenvolvam a habilidade motora necessária para utilizar a escova dentária, é indispensável que os pais supervisionem esta actividade e assumam a responsabilidade de escovar os dentes aos seus filhos quando

estes não têm destreza suficiente. À medida que a criança adquire destreza manual, essa responsabilidade pode ser transferida para os filhos. Através dos relatos das crianças verificou-se que 90% (79) das mesmas aprenderam a escovar os dentes em casa, com os pais e escovam na sua maioria 87% (80) a seguir ao jantar. É de referir que o papel dos pais é bastante importante como modelo na aquisição de hábitos e comportamentos de saúde oral para os seus filhos. Os pais têm um impacto directo ainda maior sobre a saúde oral dos seus filhos quando supervisionam frequentemente a execução da escovagem dos dentes das crianças (Zanata et al., 2003).

Quanto à questão colocada às crianças “Quando vai ao Dentista/Higienista costuma ir com quem?”, a maioria responde que vão acompanhados pelos pais ou pela mãe.

Ao fazer a comparação entre os dois questionários, verificou-se se as respostas dos pais/encarregados de educação e das crianças, eram concordantes ou não quanto às atitudes, aos hábitos e conhecimentos de saúde oral.

Relativamente à frequência de escovagem realizada pelas crianças, verificou-se que a maioria dos pais/encarregados de educação referem que a escovagem dos dentes é feita duas ou mais vezes por dia, verificando-se igualmente que a maioria das crianças diz escovar, também, duas ou mais vezes por dia. No entanto, a frequência das respostas no item “não escova/raramente escova” apresenta uma diferença significativa, uma vez que os pais/encarregados de educação dizem que apenas 1 criança “não escova/raramente escova” os dentes enquanto que, há 10 crianças que respondem que “não escovam/raramente escovam” os dentes.

Também no estudo de Melgão (2006), relativamente à frequência de escovagem bi-diária, verificaram-se diferenças significativas nos resultados entre as respostas das crianças e dos pais/encarregados de educação com níveis de escolaridade diferentes, sendo registados os mais elevados no nível de escolaridade mais alto. No nível de escolaridade mais baixo o autor verificou

que a frequência de respostas de não escovam ou escovam esporadicamente, é maior.

Quanto à ajuda ou apoio da escovagem dos dentes, a maioria 54,3% dos inquiridos pais/encarregados de educação referem ajudar a criança a escovar os dentes, o que está em contradição com as respostas das crianças em que apenas 4,3% dizem ter ajuda na escovagem.

Pine et al. (2000) estudou o papel que os conhecimentos dos pais têm em determinar os hábitos de higiene oral dos seus filhos, relatando a frequência de escovagem dentária dos mesmos. Verificou que os pais que consideram ter tempo para verificar se os seus filhos escovavam os dentes, tinham três vezes mais possibilidades de relatar que os seus filhos escovavam os dentes duas vezes ao dia. Os pais que relataram verificar apenas diariamente a escovagem dos filhos, apresentaram maior hesitação na confirmação da escovagem dos filhos, duas vezes ao dia.

Atendendo à questão “Além da pasta e da escova usam mais algum produto de higiene oral?”, notou-se uma grande diferença nas respostas entre os pais/encarregados de educação e as crianças. Apesar de só 50% dos pais/encarregados de educação responderem que as crianças não usam nenhum outro produto de higiene oral, 88,2% crianças respondem não usar qualquer outro produto.

No estudo de Melgão (2006) verificou que os meios que as crianças utilizavam além da pasta e da escova, eram o bochecho de flúor seguido de fio dentário. Também no nosso estudo, verificou-se a referência ao uso destes meios como medidas preventivas. É de referir que a menor percentagem 29,8% dos pais/encarregados de educação respondem que os seus filhos tomam ou já tomaram comprimidos de flúor, enquanto 8,5% utilizam líquido para bochechar e ainda 4,3% usa fio dentário. Quanto às crianças há grande contradição das respostas relativamente aos pais/encarregados de educação, pois apenas 4,3% dizem usar líquido para bochechar, 2,2% tomam ou tomaram comprimidos de flúor e 1,1% usam fio dentário.

Grindejord et al. (1993) verificaram que havia uma alta prevalência de cáries em crianças com dois anos de idade, devendo-se ao facto de haver uma baixa frequência de escovagem, e conseqüente não utilização de pasta com flúor e um aumento significativo de consumo de açúcar.

Em relação ao consumo de doces verificou-se uma discrepância entre as respostas dos pais/encarregados de educação e das crianças, sendo que destas últimas 34,1% referem consumir habitualmente doces, enquanto 92,6% dos pais/encarregados de educação dizem também que as crianças consomem doces habitualmente. Já um estudo de Chan et al., (2002) revela que num grupo de crianças com menos de 4 anos de idade em Hong Kong, 57% já desenvolveram hábitos de consumo de doces. Esta predisposição para o consumo habitual de doces por parte das crianças pode levar ao desenvolvimento precoce da cárie dentária.

Quanto à questão colocada sobre a frequência diária do consumo de doces das crianças, tanto os pais/encarregados de educação como as crianças respondem maioritariamente que ingerem doces poucas vezes (inferior a uma vez ao dia), o que está de acordo com o baixo índice de cáries na amostra estudada. Em relação aos doces que as crianças comem fora das refeições, a maioria 46,8% (44) comem doces retentivos (chupas, reбуçados, gomas, bolycao), bolos e bolachas. Refira-se a importância do papel dos pais/encarregados de educação desenvolvido junto das crianças, no que diz respeito, à formação dos hábitos alimentares. Sabe-se que os alimentos ricos em açúcar, doces e bebidas açucaradas aumentam o risco de desenvolvimento de cáries.

Na questão colocada se as crianças costumam comer ou beber antes de ir dormir e se em seguida escovam os dentes, 45,7% (43) pais/encarregados de educação e 49,1% (28) crianças responderam afirmativamente. Em relação aos primeiros, 47,8% dos pais/encarregados de educação referem que as crianças escovam os dentes apenas às vezes, seguido de 35,8% que dizem que as crianças escovam sempre. Quanto às crianças, 49,1% afirmam escovar

sempre os dentes enquanto que 17,5% dizem escovar às vezes. Sendo a escovagem o meio mais eficaz de remoção de placa bacteriana da cavidade oral, a frequência bi-diária torna-se indispensável para prevenção das doenças orais. A escovagem após a refeição e antes de deitar torna-se imprescindível para a manutenção de uma boa saúde oral.

Quando questionados, os pais/encarregados de educação e crianças, sobre as visitas ao dentista/higienista oral, o número de respostas afirmativas e negativas foram semelhantes em ambos os grupos. Em Portugal não se encontram dados sobre as visitas das crianças ao consultório dentário. No entanto, segundo a Direcção-Geral de Saúde, 140.000 crianças, no âmbito do PNPSO, a nível dos Centros de Saúde com contratualização com consultórios dentários para a realização de tratamentos às crianças em idade escolar, verifica-se que as crianças com maior prevalência de cárie e maiores necessidades de tratamento, são as que não efectuam qualquer visita ao consultório.

O motivo da ida ao dentista/higienista referido pela maioria dos pais/encarregados de educação, 97,8%, está associado à prevenção, enquanto nas crianças nota-se alguma dificuldade na percepção da questão, 34,9% das crianças refere ser por motivo associado ao tratamento, 34,9% por motivo associado à prevenção e 16,3% não sabem qual o motivo.

## CONHECIMENTOS DE SAÚDE ORAL

Em relação ao conhecimento se as crianças têm, ou já tiveram, algum dente estragado, constatou-se que a maioria, quer dos pais quer crianças, referem que não têm ou nunca tiveram dentes estragados. A mesma percentagem (cerca de 17%) para os pais/encarregados de educação e das crianças afirmam ter, ou ter tido, pelo menos um dente estragado.

Sobre a questão que aborda os factores causadores da cárie dentária, verificou-se que a maioria dos pais refere a má higiene oral, acrescida do consumo de doces. A maioria das crianças afirma ser apenas o consumo de

doces. Uma menor percentagem de crianças refere como causa a má higiene oral, acrescida do consumo de doces. Um estudo de Pachcoal et al., (2006), relatam que o aparecimento da cárie se deve ao consumo excessivo de doces e à falta de conhecimento materno quanto ao cuidado da saúde oral dos filhos.

Relativamente à questão de como evitar a cárie dentária verificou-se que a maioria das crianças, 67,4%, afirma evitá-la através da prevenção. Enquanto que 74,5% dos pais/encarregados de educação afirmam precisamente o mesmo, embora através de outras medidas de prevenção (bochechar com flúor, escovagem e pasta com flúor, evitar os doces e visitar com regularidade o dentista/higienista oral). 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.

#### OBSERVAÇÃO DA CAVIDADE ORAL DAS CRIANÇAS

Quanto à observação da cavidade oral das crianças podemos afirmar que, da totalidade da amostra em estudo, apenas 2 crianças já não apresentavam dentes decíduos.

Em relação à prevalência de cáries, registamos apenas o facto de, na sua grande maioria, 76,1 % (70) das crianças estarem livres de dentes cariados, perdidos ou obturados, 24,9% (22) crianças apresentavam um ou mais dentes cariados, perdidos ou obturados, sendo que destas últimas, uma delas apresentava 18 dentes cariados, perdidos ou obturados. As restantes no máximo, tinham até 6 dentes cariados, perdidos ou obturados.

Em relação à dentição definitiva ou permanente, constatou-se que da amostra estudada, 41 crianças apresentavam dentes definitivos. Destas, 90,2% (37) não tinham dentes cariados, perdidos ou obturados. 9,8% (4) das crianças tinham entre 1 e 3 dentes cariados, perdidos ou obturados.

Relativamente à acumulação de placa bacteriana na cavidade oral das crianças, podemos afirmar que comparativamente aos incisivos, os molares

apresentavam maior quantidade de placa bacteriana. Este facto parece ter a ver com a maior dificuldade no acesso a esta zona da cavidade oral, sendo por isso a escovagem menos eficaz.

Em Portugal no ano 2000 apenas 33% das crianças, até aos 6 anos, estavam livres de cáries. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral nas escolas tem sido fundamental para reduzir a prevalência de cáries nas crianças.

Os problemas de saúde oral são, de um modo geral, perfeitamente evitáveis. As crianças não são capazes de avaliar as consequências de um comportamento inadequado, tanto no que diz respeito à alimentação como à higiene oral. A atitude dos mais pequenos depende da boa vontade dos adultos que devem assumir a responsabilidade que ainda falta às crianças. É sabido que os pais e educadores desempenham um papel importante na sensibilização das crianças para os cuidados dentários.

### **3. SÍNTESE**

Com a análise destes resultados verifica-se que tanto os pais/encarregados de educação assim como as crianças referem as atitudes, os hábitos e comportamentos de saúde oral, a maior parte das vezes, em concordância.

Em relação às questões sobre conhecimentos de saúde oral verificou-se que a maioria dos pais conhece os factores que causam a cárie dentária, bem como o modo como pode ser evitada, o mesmo se passa com as crianças.

Uma vez que a família, e sobretudo os pais têm um papel importante na educação da criança e prevenção de riscos, a importância da construção de atitudes e comportamentos saudáveis são verdadeiramente significativos para o desenvolvimento infantil. Estes possibilitam à criança a capacidade de melhor combater a doença e ao mesmo tempo capacitá-la com ferramentas para tomar decisões conducentes à saúde.

Tendo em conta que os pais são os primeiros agentes de socialização e são eles que incutem os princípios básicos de higiene e prevenção oral nas crianças, uma boa percepção sobre as atitudes, hábitos, comportamentos e

conhecimentos de saúde oral, por parte destes, leva a uma criação, preocupação e acompanhamento dos hábitos e comportamentos de saúde oral nas crianças.

Embora nalgumas situações, os pais/encarregados de educação que relativamente às respectivas crianças, tenham respondido que não limitam o consumo de doces e bebidas açucaradas, que não verificam se os dentes estão bem escovados e que não costumam ajudar na escovagem dos dentes, quando é feita a análise dos registos sobre a prevalência de cáries nestas crianças, os resultados apresentam uma baixa prevalência no índice de cáries nas crianças.

Nesta amostra, tanto os pais/encarregados de educação como as crianças parecem apresentar, na sua generalidade, hábitos, comportamentos e conhecimentos de saúde oral adequados.

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que confirmaram a importante influência que os comportamentos dos pais têm sobre os hábitos de higiene oral dos seus filhos.

# **CONCLUSÃO**

Esta investigação teve como finalidade conhecer os hábitos, os comportamentos e os conhecimentos de saúde oral das crianças na perspectiva da percepção dos pais/encarregados de educação e avaliar a prevalência da cárie dentária nas crianças.

A educação em saúde é uma prática indispensável ao cuidado infantil que aproxima o profissional de saúde à família e permite acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança melhorando a qualidade de vida. O processo educativo deve valorizar todas as práticas de cuidados de saúde à criança e envolver a família durante o seu desenvolvimento e crescimento.

O interesse do estudo desta temática surgiu pelo facto do investigador fazer parte da amostra da população em estudo, ser profissional de saúde oral e poder promover um programa de saúde oral com acções de formação dirigidas aos pais/encarregados de educação. Apesar da Instituição ser abrangida pelo PNPSO, há cerca de 15 anos, com actividades de promoção de saúde oral e prevenção da doença, não se efectua a escovagem dos dentes no estabelecimento de educação, como é recomendado por este programa e nunca tinha sido feito nenhum levantamento sobre a percepção dos pais/encarregados de educação sobre a saúde oral dos seus educandos.

Da análise dos resultados, conclui-se que o nível de conhecimentos, os comportamentos e os hábitos em saúde oral da amostra do estudo são globalmente positivos, ou seja, existem justificados cuidados e práticas de adequada higiene e saúde oral.

Apesar da maior parte dos pais/encarregados de educação nunca terem assistido a reuniões de saúde oral nas quais poderiam ter adquirido mais conhecimentos, na generalidade, revelaram dispor de informações essenciais de modo a oferecer uma boa educação em saúde oral aos seus filhos.

Merecem ainda destaque, outras observações sobre os resultados obtidos:

- A maior parte dos pais/encarregados de educação e as crianças referem que estas últimas escovam os dentes duas vezes ao dia, embora no

entanto, ainda se verifique um número significativo de crianças que não escovam ou raramente escovam.

- A maior parte das crianças referem ter aprendido a escovar os dentes em casa com os pais/encarregados de educação
- A maior parte dos pais/encarregados de educação, dizem ajudar as crianças a escovar os dentes, no entanto, quando foram inquiridas, apenas uma minoria de crianças referem que só às vezes é que são ajudadas.
- Os pais/encarregados de educação, na sua maior parte dizem verificar a escovagem dos dentes às crianças.
- Cerca de metade da amostra do estudo, quer pais/encarregados de educação, quer crianças referem ir ao Dentista/Higienista Oral.
- Os pais/encarregados de educação dizem que levam a criança ao Dentista/Higienista Oral pelo menos uma vez por ano por motivo de prevenção.
- Em relação ao consumo de doces verificou-se que pais/encarregados de educação e crianças referem que estas últimas comem doces, no entanto, em relação à frequência do consumo verificou-se que a maior parte come, mas só às vezes (menos de uma vez ao dia).
- Os doces que as crianças mais consomem são os doces retentivos (chupas, rebuçados, gomas, bolycao), bolos e bolachas.

Uma vez que a escovagem dos dentes, utilizando um dentífrico fluoretado, é o método mais eficaz de remoção da placa bacteriana e de prevenção da cárie dentária, podemos concluir que a amostra desta investigação revela alguma preocupação quanto a estes hábitos de higiene oral promovendo deste modo a saúde geral. Estes factos foram também relatados em estudos semelhantes (Melgão, 2006), onde se verificaram que pais/encarregados de educação, com níveis de escolaridade mais altos, revelam que as crianças escovam os dentes mais do que uma vez por dia, utilizam dentífrico com flúor e vão ao dentista com regularidade. Mas pais com nível de escolaridade baixa revelam que as crianças ingerem doces várias vezes ao dia, nunca escovam os dentes e vão ao dentista apenas em situação de dor.

Em relação aos conhecimentos de saúde oral constatou-se que pais/encarregados de educação e crianças estão informados sobre a presença, ou não, de dentes cariados, bem como, sobre os factores que causam a doença cárie dentária, assim como o modo de a evitar.

É importante ainda realçar que da nossa amostra resultou o seguinte:

- A maior parte dos pais/encarregados de educação e crianças revelam que não têm cáries.
- O que provoca a cárie dentária é o consumo de doces associado com má higiene oral.
- Que a cárie dentária pode ser evitada com medidas preventivas (bochechar com flúor, escovagem e pasta com flúor, evitar os doces e visitar com regularidade o dentista/higienista oral).

Relativamente à saúde oral das crianças podemos afirmar que a amostra desta investigação apresenta poucas crianças com dentes cariados, destacando-se:

- Das 92 crianças com dentes decíduos foram observados 1613 dentes das quais 70 apresentavam-se sem cáries.
- Das 41 crianças com dentição permanente foram observados 384 dentes, das quais 37 apresentavam-se sem história de cáries.
- Em relação à acumulação de placa bacteriana constatou-se que as crianças apresentam maior acumulação da mesma nos dentes posteriores, relativamente aos anteriores. Isto deve-se ao facto de o acesso ser mais difícil e terem mais dificuldade na remoção da placa, reduzindo a eficácia da escovagem.

Estes dados apontam para a importância que os pais/encarregados de educação dão aos hábitos, aos comportamentos e aos conhecimentos de saúde oral das suas crianças, pois é em casa que elas aprendem e executam a higiene oral. No entanto, não podemos ignorar que algumas crianças não escovam ou raramente escovam os dentes, correndo riscos em saúde oral. O PNPSO estabeleceu orientações curriculares para a educação em saúde oral,

que preconizam uma intervenção educativa, em que a educação para a saúde e higiene fazem parte do Jardim-de-Infância e da escola. Todas as crianças devem fazer uma escovagem dos dentes no estabelecimento de ensino colmatando, assim, a importante insuficiência daquelas que não escovam em casa, ou ainda para as que vivem em zonas mais desfavorecidas e que apresentam cáries dentárias.

A educação alimentar também é relevante e fundamental na formação dos hábitos das crianças. Quem consome mais alimentos ricos em açúcar, principalmente no intervalo das refeições, terá um aumento de susceptibilidade à cárie dentária. No Jardim-de-Infância e escola deve ser desaconselhado o consumo de doces ou guloseimas.

Este estudo, não pode ser contudo generalizado à população. Provavelmente, se fosse realizado noutra Instituição em que os pais/encarregados de educação tivessem um nível de escolaridade mais baixo, com menos conhecimentos de saúde oral, com outros hábitos, e outros comportamentos, obteríamos também outros resultados quanto aos cuidados de saúde oral das crianças, nomeadamente no número de cáries presentes na cavidade oral.

Aumentar o conhecimento das crianças sobre a cárie dentária não é o suficiente para motivá-las. É de extrema importância a necessidade de se dirigir acções de promoção de saúde oral, à população em geral, e aos pais/encarregados de educação com crianças em idade pré-escolar e escolar, podendo esclarecer conceitos essenciais da doença oral, factores de risco e medidas preventivas a adoptar.

Apesar de existirem programas de saúde oral em saúde escolar, o facto é que em muitos estabelecimentos de ensino, não são aplicados na sua totalidade. Daí ser necessário maior esforço por parte dos profissionais de saúde oral em conjunto com educadores/professores do ensino pré-escolar e escolar e envolvendo a família, de modo a promover eficazmente a saúde oral da criança.

É bastante importante mudar a forma como se faz educação para a saúde, em saúde escolar. As pessoas sabem o que é correcto fazer em saúde oral, mas na verdade, por vezes, não estão devidamente motivadas para levar a cabo as acções necessárias para a devida implementação dos programas.

O facto de haver consultas gratuitas de medicina dentária nos consultórios com contratos com os Centros de Saúde, para as crianças em idade escolar, verifica-se a necessidade de haver mais acções de sensibilização junto dos pais/encarregados de educação, para que levem as crianças a realizar os tratamentos dentários, nomeadamente as mais necessitadas e supostamente com maiores problemas de saúde oral.

É de extrema importância a realização de acções de sensibilização sobre educação e promoção da saúde oral em grupo ou individualmente às crianças. Na idade pré-escolar e escolar em que os hábitos ainda estão a ser formados as acções de saúde oral são instrumentos imprescindíveis para transmitir conhecimentos e criar hábitos e comportamentos saudáveis na criança.

Era igualmente importante promover acções de sensibilização junto dos pais/encarregados de educação, para as práticas de escovagem dos dentes das crianças, de modo a reduzir mais eficazmente a acumulação de placa bacteriana, bem como, para a necessidade de redução do consumo de doces e bebidas açucaradas, principalmente no intervalo das refeições.

“... certamente está nas mãos dos pais prevenir a cárie nas crianças: a experiência ensinará a sua utilidade, o hábito tornar-se-á natural e os pais sentir-se-ão enormemente recompensados, apesar de todo o trabalho” (Sanoudos e Christen , 1999).

# **BIBLIOGRAFIA**

- Adair, P., Pine, C., Burnside, G., Nicoll, A., Gillett, A., Anwar, S. et al. (2004). Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnical and socioeconomically diverse groups. *Community Dent Health*, 21(Suppl), 102-11.
- Alarcão M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica Psicologia Clínica e Psiquiatria*. Quarteto, 3ª Ed.
- Almeida, C.M. (2002). Epidemiologia das doenças orais em Portugal. In Mariano Sanz, 1º Workshop Ibérico. Controlo de placa bacteriana e higiene oral, 15-16.
- Almeida, C.M., Petersen, P.E., André, S.J. & Toscano A. (2003). Changing oral health status of 6-and-12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dent Health*, 20(4), 211-6.
- Ariés, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Regime*, Paris, Ed: du Seuil.
- Arrrup, K., Berggren, U. & Broberg, A.G. (2001). Usefulness of a psychometric questionnaire in exploring parental attitudes in children`s dental care. *Acta Odontol Scand*, 59, 14-20.
- Arrrup, K., Berggren, U., Broberg, A.G., Lundin, S-Ä. & Hkeberg, M. (2002). Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs. Cooperative child dental patients. *Eur J Oral Sci*, 110, 75-82.
- Barrio, C. (1990). *La comprensión infantil da la enfermedad: un estudio evolutivo*. Madrid: Anthropos.
- Barros, L., (2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. Climepsi. 2ª Ed.
- Bezerra, A.C.B. & Toledo, O.A. (1999). *A nutrição, dieta e cárie*. In Kriger, L. Promoção de saúde bucal. Aboprev. 2ª Ed. São Paulo. Artes Médicas: 43-67.
- Blinkhorn, A.S. (1981). Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers – sociological implications. *International Dental Journal*, 31, 14-22.
- Bolin, A.K., Bolin, A., Jansson, L. & Calltrop J. (1997). Children`s dental health in Europe: dental heath status in relation to dental behaviour and attitudes to dental care in groups of 5-and 12 year-old children and their parents in eighth EU-countries. *Swed Dent J*, 21, 25-40.

- Bonecker, M. J.S., Guedes Pinto, A.C. & Walter, L.R.F. (1997). Prevalência, distribuição e grau de afecção de carie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. *Rev. Assoc Paul Cir Dent. São Paulo*, 51(6), 535-540.
- Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Candeias A. (1987). *A escola-oficina nº1: Esboço de análise de uma escola alternativa*. *Análise Psicológica*. 5(3), 387-412.
- Candeias A. (1994). *Educar de outra forma*. Lisboa, Instituto de Inovação Educacional.
- Candeias A. (1995). *Traços marcantes do movimento da Educação Nova na Europa e Estados Unidos da América*, in: A. Candeias, A. Nóvoa, e M.H. Figueira (Eds.) *Sobre a Educação Nova: Cartas de Adolfo Lima a Álvaro Viana de Lemos*. Lisboa. *Educa-História*. 13-24.
- Carmo, H. & Ferreira, M.M., (1998). *Metodologia da Investigação- Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CDC (2000). *Healthy People 2000, Progress Report for Oral Health*. Centers for Disease Control and Prevention. Consultado em WWW a 17/09/2007 em\_ <http://www.cdc.gov/OralHealth/topics/hpprog.htm>.
- Chan S.C., Tsai J.S. & King N.M. (2002). Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. *Int J Paediatr Dent*, 12(5), 322-331.
- Crall, J.J. (2005). Optimising oral health throughout childhood: the importance of caries risk assessment and strategic interventions. *International Dental Journal*, 57, 221-226.
- Cruz, A. A. G., Gadelha, C. G. F., Cavalcanti, A. L. & Medeiros, P. F. V. (2004). Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: Um estudo no Hospital Alcides Carneiro. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. João Pessoa. 4(3), 185-9.
- Davies, G.M., Duxbury, J.T., Boothman, N.J., Davies, R.M. & Blinkhorn A.S. (2005). A stage intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. *Community Dent Health*, 22, 118-22.

- Dimitrov, V. & Harald M.E. (2003). Ecology of oral health: a complexity perspective. *European Journal of Oral Sciences*, 111- 285.
- Direcção Geral da Saúde (1999), Divisão de Saúde Escolar. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, na população escolarizada de 6,12 e 15 anos. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa nº1/DSE. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Avaliação do Risco em Saúde Oral. Circular Normativa nº9/DSE. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Disney, J.A., Graves, R.C., Stamm, J.W., Bohannon, H.M., Abernathy J.R. & Zack, D.D. (1992). University of North Carolina caries risk assessment model: further developments in caries risk prediction. *Community Dent Oral Epidemiol*, 20, 64-75.
- Dominguez-Rojas, V., Astasio-Arbiza, P., Ortega-Molina, P., Gordillo-Florencio, E., Garcia-Nuñez, J.A. & Bascones-Martinez, A. (1993). Analyses of several risk factors involved in dental caries through multiple logistic regression. *Int Dent J*, 43, 149-56.
- Duarte, R. C. & Santos, P. R. N. (1995). Cárie de mamadeira noturna: a prevenção como fator de controle. *Centro Ciências Saúde*, João Pessoa, 4(22), 58-62.
- Família (s/d). acessido a 7 Dezembro 2006 de <http://pt.wikipedia.org/wiki/fam%C3%ADlia>.
- Featherstone, J.D. (2000). The science and practice of caries prevention. *J Am Dent Assoc*, 131, 887-99.
- Featherstone, J.D.B., Glena, R., Shariati, M. & Shields, C.P. (1990). Dependence in vitro demineralisation of apatite and remineralisation of dental enamel on fluoride concentrations. *J Dent Res*, 69, 620-5.

- Fejerskov, O. & Kidd, E.A.M. (2003). *Dental caries: the disease and its clinical management*. Copenhagen, Denmark. Blackwell Monksgaard.
- Fejerskov, O., Thylstrup, A. & Larsen, M.J. (1981). Rational use of fluorides in caries prevention. *Acta Odontol Scand*, 39, 241-9.
- Fejerskov, O. (2004). Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res*, 38, 182-91.
- Ferreira, A. R. C. & Gaiva, M. A. M. (2001). Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba. 4(22), 485-9.
- Filstrup, S.L., Briskie, D., da Fonseca, M., Lawrence, L., Wandera, A, Ingleart, M.R. (2003). Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatric Dentistry*, 25 (5), 431-40.
- Fraiz, F.C. & Walter, L.R. F. (2001). O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados á cárie. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. Curitiba. 4(21), 398-404.
- Freeman, L., Martin, S., Rutenberg, G., Shirejian, P. & Skarie, M. (1989). Relationship between def, demographic and behavioural variables among multiracial pre school children. *J Dent Child*, 3, 205-10.
- Freire, M.C.M., Sheiham, A. & Hardy, R. (2001). Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29, 204-212.
- Galbiatti, F., Gimenez, C. M.M. & Moraes, A.B.A. (2003). Odontologia na primeira infância: sugestões para a clínica do dia-a-dia. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. Curitiba. 5(28), 512-17.
- Granath, L. E., Rootzén, H., Liljegren, E., Holst, K. & Köhler, L. (1978). Variation in caries prevalence related to combinations of dietary and oral hygiene and chewing fluoride tablets in 4-year-old children. *Caries Res*, 12, 83-92.
- Gratrix; D., Taylor; G.O. & Lennon M.A. (1990). Mother's dental attendance patterns and their children's dental attendance and dental health. *Br. Dent J*, 168, 441-3.

- Greene, J.C. & Vermillion, J.R. (1960). Oral Hygiene index: A Method for classifying oral hygiene status. *J. Am. Dent. Assoc*, 61, 172.
- Grindefjord, M., Dahllöf, G., Ekström, G., Höjer, B. & Modéer, T. (1993). Caries prevalence in 2.5-year-old children. *Caries Res*, 27, 505-10.
- Hallett, K.B. & O'Rourke, P.K. (2006). Pattern and Severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34, 25-35.
- Helfenstein, U. & Steiner, M. (1994). The use of logistic regression discrimination and receiver operating characteristic (ROC) analysis in dentistry. *Community Dent Health*, 11, 142-6.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2002) *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo.
- Holbrook, W.P., De Soet, J.J. & De Graaff, J. (1993). Prediction of dental caries in pre-school children. *Caries Res*, 27, 424-30.
- Kai, E.J., & Blinkhorn, A.S., (1989). A study of mothers' attitudes towards the prevention of caries with particular reference to fluoridation and vaccination. *Community Dent. Health*, Dec, 6(4), 357-63.
- Kawamura, M., Iwamoto, Y. & Wright, F. A. C., (1997). A comparison of self-reported dental attitudes and behavior between selected Japanese and Australians Students. *Journal of Dental Education*, 61, 354-360.
- Kay E. & Locker D. (1998). A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health*, Sep. 15(3), 132-44.
- Kidd, E.A., Giedrys-Leeper, E. & Simons D. (2000). Take two dentists: a tale of root caries. *Dent Update*, 27, 222-30.
- King, J.M. (1978). Patterns of sugar consumption in early infancy. *Community Dent Oral Epidemiol*, 6(2), 47-52.
- Leverett, D.H., Proskin, H.M., Featherstone, J.D.B., Adair, S.M., Einsenberg, A.D., Mundorff-Shrestha, S.A., et al. (1993). Caries risk assessment by a cross-sectional discrimination model. *J Dent Res*, 72(2), 529-37.

- Marinho, V.C.C., Higgins, J.P. T., Logan, S. & Sheiham, A. (2003). Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 1.
- Marsh P. & Martin M.V. (1999). *Oral Microbiology*. 4th edn. Oxford: Wright.
- Matta, I. & Almeida I. (1989). *Creche colectiva/creche familiar e desenvolvimento infantil in Análise Psicológica*. 1, 2, 3, VII: 423-433.
- Matta, I. (2001). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Lisboa – Universidade Aberta.
- Mattila, ML, Rautava, P, Sillanpaa, M, Paunio, P, (2000). Cáries in five-year-old children and association with family-related factors. *J. Dent. Research*, Mar, 79(3), 875-81.
- Mattila, M-L., Rautava, P., Ojanlatva, A., Paunio, P., Hyssala, L., Helenius, H. & Sillanpää, M. (2005). Will the role of family influence dental cáries among seven-year-old children? *Acta Odontologica Scandinavica*, 63, 73-84.
- 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. Lisboa- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 25-69.
- Moreira, J M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. Almedina.
- Moynihan, P. J. (2005). The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bull World Health Org*, 83, 694-699.
- National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 19 (2006). Dental recall: recall interval between routine dental examinations. National Institute for Clinical Excellence, London. <http://www.nice.org.uk/CG019NICEguideline> (accessed Nov 11)

- Navarro, L. M.C., Márquez R. J. A., Márquez R. M. J. & Castaño S. A., (2005). Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una Zona Básica de Salud. *Medicina de familia*, 1, 19-27.
- Nelson, K., Hampson, J., & Shaw, L. (1993). Nouns in early lexicons: evidence, explanations and implications. *Journal of Child Language*, 20, 61-84.
- Okada, M., Kawamura, M., Kaihara, Y., Matsuzaki, Y., Kuwahara, S., Ishidori, H., et al. (2002). Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12, 101-108.
- Oliveira, J. (2002). *Psicologia da família*. 1ª Ed. Lisboa: Universidade Aberta
- OMS (1997). *Basic Oral Health Survey*. Genebra.
- ONSA (2001). Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde-Contínente 1998-1999, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde.
- Ostberg, A.L., Eriksson, B., Lindblad, U. & Halling, A. (2003). Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents: ecological aspects. *Acta Odontol Scand*, 6, 19-24.
- Ostberg, A.L., Jarkman, K., Lindblad, U. & Halling, A. (2002). Adolescent's perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand*, 60(3), 167-73.
- Paschoal, M. A. B., Bardal, P.A.P. & Tomita, N. E. (2006). Percepção da saúde bucal: interação entre mães e filhos. Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC-Florianópolis, SC. Universidade de São Paulo.
- Petersen, P. E., & Esheng, Z., (1998). Dental Caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. *International Dent J*, 48, 210-16.
- Petersen, P.E., Danila, I., & Samoila, A. (1995). Oral health behaviour, knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontol Scand*, Dec. 53(6), 363-8.

- Petersen, P.E., Peng, B., Tai, B., Bian, Z. & Fan, M. (2004). Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. *International Dental Journal*, 54, 33-41.
- Peterson, P.E. (1992) Oral health behavior of 6-year-old Danish children. *Acta Odontol. Scand*, 50, 57-64.
- Pichón-Revière, H. (1986). *O processo grupal*. São Paulo. Martins Fontes
- Pine C.M., McGoldrick, P. M., Burnside G., Curnow M. M., Chesters, R. K. Nicholson, J. et al. (2000). An intervention program to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *International Dental Journal*, (Suppl): 312-323.
- Pine, C. M., Adair, P. M., Petersen, P. E., Douglass, C., Burnside, G., et al. (2004). Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health*, 21, 86-95.
- Pitts, N.B., (2004). Are we ready to move from operative to non-operative/preventive treatment of dental caries in clinical practice? *Caries Res*, 38, 294-304.
- Portugal, G. (1990). *Família: em que medida é responsável pelo desenvolvimento da criança*. In revista ESES nº 2.
- Poutanen, R., Lahti, S., Tolvanen, M., & Hausen, H. (2006). Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica*, 64, 286-292.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*, 3ª ed., Lisboa, Gradiva – Publicações Lda.
- Rajab, L.D., Petersen, P. E., Bakaeen, G. & Hamdan, M. A. (2002). Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12 (3), 168-176.
- Ramos, M.F.P. (2005). Participação dos Pais no Desenvolvimento e Educação da Criança em Idade Precoce e no Jardim-de-Infância. Contributos para melhorar a comunicação entre a escola e a família. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

- Ramos, N. (2003). *Etnoteorias do desenvolvimento e educação da criança. Uma perspectiva intercultural e preventiva*. In C. Pires et al. (org.) *Psicologia, sociedade e bem estar*. Leiria, Ed. Diferença, 161-177.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Regra, D. (2005). *Estudo descritivo de conhecimentos, hábitos e percepções de saúde oral da população adulta do Distrito de Beja*. Programa Operacional da Saúde/Saúde XXI.
- Reisine, S., & Litt, M., (1993). Social and psychological theories and their use for dental practice. *International Dental Journal*, 43(3), 279-87.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto. Edições Afrontamento.
- Saap, J.P., Eversole, L.R., & Wysocki, G.P. (1997). *Contemporary oral and maxillofacial pathology*. Mosby: 64-70.
- Samara, E. M. (1986). *A família brasileira*. São Paulo. Brasiliense
- Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros (1999). Regulamento Interno
- Santos, A. J., & Veríssimo, M. (1999). Efeitos sócio culturais na dimensão das cliques afiliativas unisexuais da infância e da adolescência. Comunicação no 9º Colóquio de Psicologia Clínica, Género e Psicologia. Lisboa: ISPA.
- Sarnat, H., Kagan, A. & Raviv, A. (1984). The relation between mothers attitude toward dentistry and the oral status of their children. *Pediatric Dentistry*, 6, 128-131.
- Sasahara, H., Kawamura, M., Kawabata, K. & Iwamoto, Y. (1998). Relationship between mothers` gingival condition and cáries experience of their 3-year-old children. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 8, 261-267.
- Schröder, U. Lindström, LG. & Olsson, L. (1981). Interview or questionnaire? A Comparison based on the relationship between caries and dietary habits in preschoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 9, 79-82.
- Selwitz, R.H., Ismail, A. I. & Pitts, N.B. (2007). Dental caries. *Lancet*. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). 369: 51-59.

- Sheiham, A. (2005). Oral Health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 644-645.
- Skaret, E., Milgrom, P. Raadal, M. & Grembowski, D. (2001). Factors influencing whether low-income mothers have a usual source of dental care. *ASDC J. Dent.Child*, Mar-Apr, 68(2), 136-9.
- Skeie, M.S., Riordan, P.J., Klock, K.S. & Espelid, I. (2006). Parental risk and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34, 103-113.
- Sroufe, A. (1978). Attachment and the roots of competence. *Human Nature*. 50-57.
- Stanhope, M. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos Lisboa: Lusociência*. 1.<sup>a</sup> Ed. 492-514.
- Stecksén-Blicks, L. & Gustafsson, L. (1986). Impact of oral hygiene and use of fluorides on caries increment in children during 1 year. *Community Dent Oral Epidemiol*, 14, 185-9.
- Steiner, M., Helfenstein, U., & Marthaler, T.M. (1992). Dental predictors of high caries increment in children. *J Dent Res*, 71, 1926-33.
- Stewart, P.W. & Stamm, J.W. (1991). Classification tree prediction models for dental caries from clinical, microbiological and interview data. *J Dent Res*, 70 (9), 1239-51.
- Sylvia, K. & Lunt, I. (1982). *Child Development: a first course*. Oxford. Basil Blackwell.
- Szatkho, F., Wierzbicka, M., Dybizbanska, E., Struzycha, I. & Iwanicha-Frankowska, E., (2004). Oral health of Polish three-year-olds and mothers`oral health-related Knowledge. *Community Dental Health*, 21(2), 175-80.
- Taura, K. (1981). Relationship between dental caries in deciduous teeth and tooth brushing in nursery school children. *Journal of Dental Health*, 31, 2-16.
- Ten Cate, J.M. (1990). In vitro studies on the effects of fluoride on de-and remineralisation. *J Dent Res*, 69, 614-9.

- Tinanoff, N. (1995). Dental caries risk assessment and prevention. *Dent. Clin. North Am*, 39, 709-719.
- Truin, G.J., König, K.G., Bronkhorst, E. M., Frankkenmolen, F., Mulder, J., Van, T. & Hof, M.A. (1998). Time trends in caries experience of 6-and 12-year-old children of different socio-economic status in the Hague. *Caries Res*, 32, 1-4.
- US Department of Health and Human Services, (2000). Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville: National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health. 308.
- Vanobbergen, J., Martens L., Lesaffre, E., Bogaerts, K., Declerk D. (2001). Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29, 424-34.
- Vasconcelos, N.P., Melo, P. & Gavinha, S. (2004). Estudo dos factores etiológicos das cáries precoces da infância numa população de risco. *Port Estomatol Cir Maxilofac*, 45, 69-77.
- Verrips, G. H., Kalsbeek, H. & Eijkman, M. A. (1993). Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behaviour. *Community Dent Oral Epidemiol*, 21, 209-14.
- Watson, M.R., Horiwitz, A.M., Garcia, I. & Canto, M.T. (1999). Caries conditions among 2-5-year-old immigrant Latino children related to parent`s oral health knowledge, opinions and practices. *Community Dent Oral Epidemiol*, 27(1), 8-15.
- Wendt, L.K., Hallonsten, A.L., Koch, G. & Birkhed, D. (1996). Analysis of caries-related factors in infants and toddlers living in Sweden. *Acta Odontol Scand*, 54, 131-7.
- Wierzbicka, M., Petersen, P. E., Szatkho, F., Dybizbanska, E., & Kalo, I. (2002). Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland. *Community Dental Health*, 19(4), 243-50.
- Williams, N.J., Whitle, J.G. & Gatrell, A.C. (2002). The relationship between socio-demographic characteristics and dental knowledge and attitudes of parents with young children. *British Dental Journal*, 193, 651-654.

World Health Organization (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. Geneva.

Zanata, R.L., Navarro, M.F., Pereira, J.C., Franco E.B., Lauris J.R. & Barbosa S.H. (2003). Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on cáries experience in their children. *Braz Dent J*, 14(2), 75-81.

# **ANEXOS**

# ANEXO 1

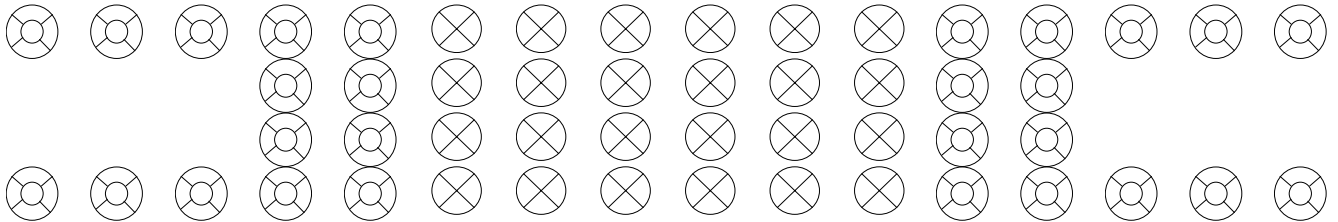
REGISTO DA OBSERVAÇÃO DA CAVIDADE ORAL

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_\_ **DATA DA OBSERV. :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ESCOLA:** \_\_\_\_\_

**EDUCADOR/A:** \_\_\_\_\_



**LEGENDA:**

- C (vermelho) - cárie cavitada / obturação provisória
- C (verde) - desmineralização / cárie não cavitada
- F (preto) - fractura
- O (azul) - obturação
- S (azul) - selante
- NE - não erupcionado
- X - extraído devido a cárie
- E - excluído (tratamento orto, hipoplasia)

c _____	p _____	o _____	cpo's _____
C _____	P _____	O _____	CPO'S _____
c _____	p _____	o _____	cpo'd _____
C _____	P _____	O _____	CPO'D _____

RELAÇÃO OCLUSAL: \_\_\_\_\_ OJ: \_\_\_\_\_ mm / OB: \_\_\_\_\_ mm

**COMENTÁRIOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DENTE	55 16 V	51 11 V	65 26 V	75 36 L	71 31 V	85 46 L	TOTAL DI'S

\_\_\_\_\_

# ANEXO 2

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁRIE DENTÁRIA

Os critérios para o diagnóstico e codificação de cárie dentária são os seguintes:

**Dente presente:** É considerado dente presente na boca um dente que possa ser tocado com a sonda CPI ou que uma das cúspides seja visível.

**Dente são:** Dente que não apresente evidência de cárie tratada ou por tratar. Se houver dúvidas considera-se o dente são.

**Dente cariado:** É considerado o dente cariado, aquele que apresenta cavidade evidente, esmalte não suportado, paredes moles, obturação provisória selante e cárie em simultâneo e raiz.

**Dente obturado com cárie:** É considerado o dente obturado com cárie, aquele que apresentar uma obturação e uma cárie na mesma superfície.

**Dente obturado sem cárie:** É considerado o dente obturado sem cárie, aquele que apresentar uma obturação definitiva e sem cárie presente.

**Dente perdido por cárie:** É considerado dente perdido por cárie, dentes deciduos ou permanentes que tenham sido extraídos por cárie.

**Dente permanente perdido por outras razões:** Dente perdido por razões congénitas, ortodônticas e trauma. Só é utilizado para dentes permanentes.

**Dente com Selante de fissura:** Para dentes que apresentem selantes na face oclusal.

**Dente com pilar de ponte, coroa ou faceta:** Coroa que seja pilar de ponte, coroas colocadas não por cárie, facetas sem evidência de cárie e/ou obturação.

**Dente não erupcionado:** Quando existe um espaço correspondente a um dente permanente que não erupcionou mas também não existe o seu antecessor decíduo.

**Dente Excluído ou não registado:** Dentes permanentes erupcionados que não podem ser observados. Dentes com bandas ortodônticas, hipoplasias severas.

**Dente com trauma ou fracturado:** Quando uma parte da coroa está ausente devido a trauma mas não há evidência de cárie.

# ANEXO 3

PROTOCOLO DE RASTREIO

## Protocolo de Rastreio

### 1. Material Necessário

Sondas CPI;  
Espelhos bucais;  
Compressas;  
Guardanapos;  
Bata;  
Máscaras;  
Luvas;  
Canetas;  
Óculos de protecção;  
Folhas de registo;  
Sacos de lixo;  
Toalhetes para secagem das mãos;  
Desinfectante das mãos;  
Desinfectante de superfície;  
Desinfectante para imersão;  
Recipientes de plástico;  
Cadeiras;  
Mesas.

### 2. Local de trabalho

Sala de aula

### 3. Condições de trabalho

Iluminação natural;  
Cadeira para sentar a criança;  
Mesa;  
Lavatório.

### 4. Preparação do rastreio

Obter listas de crianças  
Obter autorizações

Desinfectar mesas onde se vai colocar o material  
Colocar numa mesa desinfectada o material limpo  
Colocar um saco de lixo, toalhetes e sabão desinfectante ao pé do lavatório  
Colocar um recipiente com água e um saco de lixo na mesa dos sujos

5. Preparação do material

Colocar numa mesa um guardanapo, sonda, espelho e compressas  
Colocar na mesa a folha de registo e canetas

6. Preparação do higienista

Colocar bata e ter o cabelo apanhado  
O observador coloca máscara, óculos e luvas

7. Equipa de observação

Observador e anotador

8. Realização do rastreio

Sentar a criança  
Explicar à criança o que se vai fazer  
Preencher o cabeçalho da folha de registo  
Observar e registar os dentes da criança  
Dispensar a criança  
Recolher os ferros e colocar no recipiente com água na mesa dos sujos  
Deitar fora o material descartável

9. Funções do observador

Preparar o material para observação da cavidade oral  
Estabelecer contacto amigável com a criança  
Observar todos os dentes de forma sistemática e criteriosa  
Ditar os códigos de cada dente  
Certificar que o anotador registou todos os valores  
Colocar os ferros em água e deitar fora os descartáveis

#### 10. Funções do anotador

Estabelecer contacto amigável com a criança

Registar os códigos ditados de forma legível e de acordo com os critérios

Certificar que o observador avaliou todos os dentes e que atribuiu um código a cada dente.

#### 11. Funções do responsável pela desinfeção

Lavar os ferros com água quente e secar

Colocar os ferros em desinfetante durante 10 minutos

Lavar os ferros com água quente e secar

Preparar e conferir os ferros para trazer para a FMD

#### 12. Arrumação do material

Lavar em água corrente o recipiente da água e desinfetante

Desinfetar as mesas de trabalho

Fechar os sacos do lixo e colocá-los em contentores seguros

Arrumar todo o material separando o sujo do limpo

Deixar a sala de trabalho tal como encontrada

Transportar o material para a FMD

Preparar o material para a esterilização

Arrumar o restante material

# ANEXO 4

CRITÉRIOS DO ÍNDICE DI'S

## INDÍCE DI`S

Para determinar o índice de DI`S, índice de depósitos aderentes aos dentes são observadas 6 superfícies baseado em valores que representam a quantidade de depósitos encontrado nas superfícies dos dentes pré-seleccionados.

São seleccionados os quatro 1ºs molares e um incisivo central em cada um dos maxilares.

São observados os dois 1ºs molares superiores na face vestibular (16V; 26V), os dois 1ºs molares inferiores na face língual (36L; 46L), o incisivo central superior direito (11V) e o incisivo central inferior esquerdo (31V).

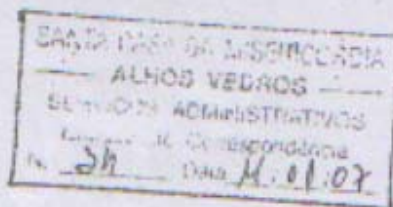
Os critérios de avaliação são os seguintes:

0	Sem depósitos moles
1	Com depósitos moles menos de 1/3 da superfície do dente
2	Com depósitos moles mais de 1/3 e menos de 2/3 da superfície do dente
3	Com depósitos moles com mais de 2/3 da superfície do dente

O valor do índice é calculado tendo em conta a soma dos valores de cada uma das superfícies dividido pelo número de superfícies observadas.

# ANEXO 5

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO SR. PROVIDOR DA SANTA CASA DA  
MISERICÓRDIA DE ALHOS VEDROS



5 Janeiro 2007

*Autorizado*  
*[Signature]*  
12/01/07

Exmo. Sr. Provedor  
da Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros  
Frederico Jorge Bajanca Fatia

Carla Maria Nobre Balseiro Rodrigues, Higienista Oral exercendo funções de Docente na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, e a frequentar o Mestrado de Comunicação em Saúde da Universidade Aberta vem por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um estudo destinado à elaboração da Tese de Mestrado.

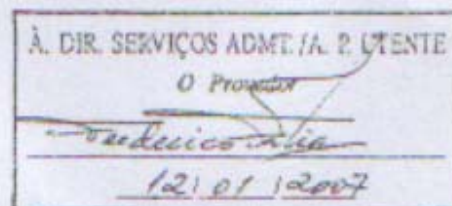
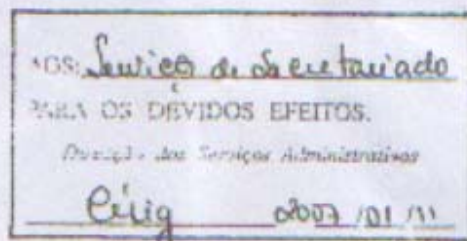
A aplicação do estudo será feita no Jardim-de-Infância e CATL, "O Varino", escolhido por conveniência, tendo em conta que as minhas duas filhas frequentam esta Instituição. Após uma abordagem prévia, a Sr<sup>a</sup> Directora Técnica, Dr<sup>a</sup> Clara Oliveira, mostrou-se receptiva à realização do trabalho.

O objectivo do estudo é relacionar as atitudes, hábitos e conhecimentos dos encarregados de educação quanto à saúde oral dos seus educandos e a prevalência de cárie dentária nas crianças.

Para a realização deste estudo irá ser aplicado um questionário aos encarregados de educação e será efectuada a observação da cavidade oral das crianças cujos encarregados de educação dêem o seu consentimento.

Grata pela atenção dedicada a este assunto e aguardando uma resposta por escrito com a brevidade possível.

*Carla Maria Nobre Balseiro Rodrigues*  
Carla Maria Nobre Balseiro Rodrigues



*Cópia a Dra. Clara*

# ANEXO 6

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO À  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA –  
CURSO DE HIGIENE ORAL

PROJETO	INSTITUIÇÃO
0956	
1.2	
19-05-07	

Lisboa, 9 de Maio de 2007

Exmo. Membros do Conselho Directivo

Carla Maria Nobre Balseiro Rodrigues, Assistente Convidada do Curso de Higienistas Orais, vem por este meio solicitar o empréstimo de 6 caixas de material de rastreio (sondas e espelhos) para os dias 24 e 28 de Maio de 2007, para observação da cavidade oral de 120 crianças da Instituição "O Varino".  
O objectivo deste rastreio é obter dados para a elaboração da Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, da Universidade Aberta.

Aguardando uma resposta

Atenciosamente

*Carla Maria Nobre Balseiro Rodrigues*  
Carla Maria Nobre Balseiro Rodrigues

*À Coord. Adjunta (Dr. J. Libeira)  
do curso Ho (Dr. J. Libeira)  
As informações sobre a  
sua instituição.  
9/5/07*

*[Signature]*

*concordo  
para a  
realização  
as actividades  
necessárias  
[Signature]*

# ANEXO 7

PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO AOS  
PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Exmo. Srs. Pais / Encarregado(a) de Educação

As crianças em idade pré-escolar e escolar encontram-se numa fase da sua vida em que os hábitos de higiene oral estão a ser formados. Os pais / encarregados de educação têm um papel primordial na aquisição destes hábitos pois são modelos dos comportamentos para a criança.

No Varino irá ser realizado um estudo cujo objectivo é relacionar as atitudes, hábitos e conhecimentos dos pais / encarregados de educação quanto à saúde oral dos seus educandos e a prevalência da cárie dentária nas crianças.

Para a realização deste estudo será necessário aplicar um questionário aos pais / encarregados de educação, um breve questionário às crianças e também efectuar a observação da cavidade oral das mesmas. Na observação da boca das crianças serão respeitadas as normas de assépsia estabelecidas pela Direcção Geral da Saúde.

Este estudo enquadra-se no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta e os dados recolhidos destinam-se à elaboração da Tese de Mestrado.

Venho por este meio solicitar a sua autorização para a participação do seu educando na realização deste estudo.

Grata pela atenção e colaboração dispensada,

Carla Rodrigues

---

Autorizo

Não autorizo

A participar no estudo sobre atitudes, hábitos e conhecimentos dos pais / encarregados de educação quanto à saúde oral dos seus educandos e a prevalência da cárie dentária nas crianças.

Nome  
Enc.Educação \_\_\_\_\_

Nome da  
Criança \_\_\_\_\_

Sala da Criança \_\_\_\_\_

Assinatura do  
Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

# ANEXO 8

QUESTIONÁRIO AOS PAIS / ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

## QUESTIONÁRIO AOS PAIS / ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

O objectivo deste questionário é conhecer os hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças e relacioná-los com o estado de saúde oral.

Todas as informações registadas são absolutamente confidenciais.

Coloque uma **x** na resposta que acha mais adequada.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Dados de Identificação:

Nome da criança \_\_\_\_\_

1. Relação de parentesco com a criança	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmã / Irmão <input type="checkbox"/> Avó / Avô <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 o Varino	_____ Anos _____ Anos _____ Anos

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

Coloque um **x** na resposta que acha mais adequada. Nas perguntas nºs 23 e 24 pode escolher mais do que uma opção.

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

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 da 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 para 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"/> Nunca
17. Costuma ir com o seu educando ao Dentista / Higienista Oral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se respondeu "Não" passe para 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 <input type="checkbox"/> Nunca
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 filho 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 filho 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
23. Na sua opinião qual(ais) são os factores que causam a cárie dentária? (pode usar mais do que uma opção)	<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
24. Como pensa que se pode evitar a cárie dentária? (pode usar mais do que uma opção)	<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

FIM

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!

# ANEXO 9

QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇAS

## QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇAS

O Objectivo deste questionário é conhecer os hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças e relacioná-los com o estado de saúde oral.

Todas as informações registadas são absolutamente confidenciais.

Coloca uma **x** na resposta que achas mais correcta.

Muito obrigado pela tua colaboração!

Dados de Identificação:

Nome da criança \_\_\_\_\_

1. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
2. Quantos anos tens?	_____ anos
3. Com quem vives? (podes usar mais do 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"/> Avó / Avô <input type="checkbox"/> Outra(s) pessoa(s) da família Quem? _____ <input type="checkbox"/> Outra(s) pessoa(s) Quem? _____

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

Coloca um **x** na resposta que achas mais adequada. Nas perguntas nº 13, 16 e 17 podes escolher mais do que uma opção.

4. Quantas vezes por dia escovas 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 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 costumás 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. Onde aprendeste a escovar os dentes?	<input type="checkbox"/> Em casa (pais) <input type="checkbox"/> Na escola (Professor, Técnico Saúde) <input type="checkbox"/> No Centro Saúde (Médico, Enfermeiro, Higienista Oral) <input type="checkbox"/> No consultório Dentista <input type="checkbox"/> Outro local Onde? _____
9. 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, utilizo um líquido para bochechar <input type="checkbox"/> Sim, utilizo fio dentário <input type="checkbox"/> Não
10. 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
11. Costumas comer doces?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não
12. 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
13. Quais os doces que costumás comer fora da refeição? (podes usar mais do que uma opção)	<input type="checkbox"/> Chupas <input type="checkbox"/> Rebuçados <input type="checkbox"/> Pastilhas com açúcar <input type="checkbox"/> Bolycao / Chipycão <input type="checkbox"/> Gomas <input type="checkbox"/> Chocolates <input type="checkbox"/> Bolos <input type="checkbox"/> Bolachas
14. Já tiveste algum dente estragado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não
15. Costumas ir ao Dentista / Higienista Oral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se respondeste “Não” passa para a pergunta 18
16. Quando vais ao Dentista / Higienista o que costumás fazer? (podes usar mais do 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

17. Quando vais ao Dentista /  
Higienista costumás ir com quem?  
(podes usar mais do que uma opção)

- Pais
- Mãe
- Pai
- Irmão(s) / Irmã(s)
- Avó / Avô
- Outra(s) pessoa(s) da família  
Quem? \_\_\_\_\_
- Outra(s) pessoa(s)  
Quem? \_\_\_\_\_

18. Na tua opinião o que provoca a cárie dentária? (Indica duas razões)

---

---

19. Como é que podes evitar a cárie dentária? (Indica duas razões)

---

---

FIM

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!