



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA: PERCEÇÃO PARENTAL

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Vanessa Pedrosa Peres

Viseu, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA: PERCEÇÃO PARENTAL

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Vanessa Pedrosa Peres

Orientador: Prof^ª. Doutora Patricia N. Correia

Co-orientador: Prof^ª. Doutora Inês Coelho

Viseu, 2019

*“Como é bom render graças ao Senhor e
cantar louvores ao teu nome, ó Altíssimo;
anunciar de manhã o teu amor leal e de
noite a tua fidelidade”*

(Salmos 92:1-2)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Eterno, que pela Sua Graça me presenteou com este momento.

Minha expressao de gratidão à minha família, que me apoiou de maneira multiforme, sendo instrumento do Senhor para que eu até aqui chegasse.

Louvo ao Senhor pelos meus amigos e irmãos, presentes de Deus em minha vida, cujas orações e ações contribuíram preciosamente para essa conquista.

Agradeço a todos aqueles que participaram da construção deste trabalho, em especial a orientadora Dra Professora Patricia Correia e a Co-orientadora Dra Inês Coelho.

RESUMO

Objetivo: Identificar a existência de fatores que interferem na qualidade de vida da criança ou de sua família, caracterizar o impacto da doença oral da criança ou do tratamento dentário referido pelos pais, aferir o índice CPO nas crianças dentadas, relacionar o ECOHIS com o índice CPO, testar a viabilidade do uso deste questionário num centro de saúde de cuidados primários e caracterizar a população do ponto de vista sócio-demográfico. **Materiais e Métodos:** Pesquisa de campo na USF Grão Vasco, da Unidade de Saúde III de Viseu, onde foram entrevistados pais de 31 crianças por meio de 2 questionários, sendo um o socio-demográfico e o outro o ECOHIS. Para recolha de dados de CPO/CE foi realizado exame intra-oral nas crianças, com preenchimento de ficha. Toda a pesquisa foi realizada sob a autorização dos pais que receberam ficha informativa assinaram Termo de Consentimento. **Resultados:** A idade dos entrevistados variou de 0 a 6 anos, numa média de 2,58 anos de idade e desvio padrão 1,785. Quanto às habilidades literárias dos pais ou responsáveis 54,8% concluíram o 12ºano, 25,8% concluíram o 9ºano, 16,1% completaram uma licenciatura ou doutoramento e apenas 3,2% fez o exame da 4ª classe. O rendimento médio das famílias foi de 1000€. De acordo com ECOHIS 71% das crianças nunca havia sentidos dores nos dentes, na boca ou nos maxilares, 9,7% as vezes haviam sentido, 6,5% sentiram com muita frequência e 2,9% quase nunca sentiram tais sintomas. **Conclusão:** Não foi encontrada evidência de comprometimento da qualidade de vida associada à existência de CPI. Isto, porque a recolha de dados foi realizada em apenas 31 crianças, das quais, somente 03 apresentavam cáries, um número incipiente para auferir e produzir informações epidemiológicas, sendo necessárias novas pesquisas para complementação e confirmação desses resultados.

Palavras-chave: saúde oral, qualidade de vida, percepção parental, cárie precoce da Infância (CPI), ECOHIS.

ABSTRACT

Objective: To identify the existence of factors that interfere in the quality of life either of the child or his/her family. To characterize the impact caused to the parents by the oral disease of the child or by the dental treatment. To verify the DMF index in toothed children. To relate ECOHIS with DMF index. To test the viability of using this survey in a primary care health centre and to characterize the population from a socio-demographic point of view. **Materials and Methods:** A field survey was performed at USF Grão Vasco, Health Unit III of Viseu. Parents of 31 children were interviewed by means of 2 questionnaires, where one was the socio-demographic and the other was the ECOHIS. Data collection on DMF/dmf was achieved with intra-oral examination of the children and proper filling of the records. The investigation was entirely performed under the authorization of parents who received an informative leaflet and signed the Informed Consent Form. **Results:** The age of the interviewees ranged from 0 to 6 years, with mean age of 2.58 (\pm 1.785) years. Regarding the literary abilities of the parents or guardians, 54.8% finished the 12th year, 25.8% finished the 9th year, 16.1% completed a bachelor or doctorate degree and only 3.2% took the 4th year exam. The average household income was €1000. According to ECOHIS, 71% of children had never felt tooth, mouth or jaw pain, 9.7% sometimes had felt it, 6.5% had felt it very often, and 2.9% had almost never felt it. **Conclusion:** There was no evidence of impaired quality of life associated with the existence of Early Childhood Caries (ECC). This happened because data collection was performed in only 31 children, of whom only 3 had caries, which is an incipient number to collect and produce epidemiological information. Further research is needed to complement and confirm these results.

Keywords: oral health, quality of life, parental perception, dental caries, Early Childhood Caries (ECC), ECOHIS.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAPD – American Association Paediatric Dentistry
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CEO – Cariados, Extraídos, Obturados
COHQoL – Child Oral Health Quality of Life
CPI – Carie Precoce da Infância
CPO – Cariados, Perdidos, Obturados
DGS – Direção Geral de Saúde
ECOHIS – Early Childhood Oral Health Impact Scale
FDI – World Dental Federation
ISPUP – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
MCSP – Missão para os Cuidados de saúde Primária
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico
OHRQoL – Oral Health Relationship Quality of Life
OMD-PT – Ordem dos Médicos Dentistas de Portugal
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
QdV – Qualidade de vida
QdVRSO – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral
QSOQdV – Questionário de Saúde Oral e Qualidade de Vida
Q2VRSOC/A – Questionário de Qualidade de Vida Relacionado com a Saúde Oral da Criança/Adolescente
RGPD – Regulamento geral de Proteção de Dados
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde Familiar
USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. A SAÚDE ORAL, SAÚDE GERAL E A QUALIDADE DE VIDA (QdV)	1
1.2. O CONCEITO HOLÍSTICO DE SAÚDE ORAL E CONCEITO DE CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA (CPI).....	3
1.3. A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL (QdVRSO) 5	
1.4. O QUESTIONÁRIO ECOHIS	6
1.5. A PERCEÇÃO PARENTAL E A RESPONSABILIDADE DOS PAIS	8
1.6. PREVENÇÃO NAS GESTANTES.....	8
1.7. EPIDEMIOLOGIA, CPO E SAÚDE ORAL EM PORTUGAL	10
1.8. ATENDIMENTO À SAÚDE EM PORTUGAL	12
1.9. ATENDIMENTO À SAÚDE ORAL	14
1.10. A UBSF GRÃO VASCO	16
1.11. PERFIL SOCIO-ECONÓMICO DE PORTUGAL.....	19
1.12. OBJETIVOS.....	21
2. MATERIAIS E MÉTODOS	22
3. RESULTADOS	24
4. DISCUSSÃO	29
5. CONCLUSÃO	34
6. REFERÊNCIAS	35
7. ANEXOS	499

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Saúde Oral, Saúde Geral e A Qualidade de Vida (QdV)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”¹. Neste sentido, também definiu saúde oral como “a ausência de qualquer tipo de doença oral, dor orofacial crónica, cancro oral e faríngeo, infeção oral, lesões dos tecidos moles adjacentes aos dentes, doença periodontal, cárie dentária, perda dentária, malformações congénitas, entre outras doenças e disfunções que afetem e limitem as capacidades funcionais como morder, mastigar, sorrir e falar e o bem-estar psicossocial de um indivíduo”².

A Federação Dentária Internacional (FDI, 2016)³ apresentou uma definição de saúde oral, mais atual e que a coloca como parte fundamental da saúde geral e do bem-estar do indivíduo, esta definição tem sido adotada por mais de 200 associações nacionais dentárias incluindo a Ordem dos Médicos Dentistas de Portugal (OMD-PT. Sugere então que a saúde oral possui características muito importantes:

a) Primeiramente, é plurifacetada, incluindo a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir, assim como transmitir todos os sentimentos mediante expressões faciais, com autoconfiança e sem dores ou doenças cranio faciais;

b) É uma componente essencial da saúde e do bem-estar físico e mental, sofrendo frequente influência dos valores e ações de pessoas e comunidades;

c) Espelha as indispensáveis características fisiológicas, sociais e psicológicas, que compõem a Qualidade de Vida (QdV);“

d) Sofre influência das experiências vividas, dos tipos de perceções, das expectativas e da resiliência e adaptação às situações vividas.

Seguindo esta perspetiva, a saúde oral é essencial para a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos⁴ pois, uma vez que as doenças orais causam dor e desconforto que afetam a saúde geral, com impacto psicossocial e diminuição significativa da qualidade de vida^{5,6}.

Para além disso, as doenças orais afetam a qualidade de vida das populações quando incrementam os custos económicos associados ao sistema de saúde⁷, sendo

reconhecidas como um grande desafio na saúde pública pelo seu caráter multidimensional e pela sua importância visual e social.

Uma dentição saudável e funcional é importante durante todas as fases da vida, uma vez que suporta funções humanas essenciais, como falar, sorrir, socializar e comer⁸.

O nível de saúde oral exerce influência sobre um muitas atividades fisiológicas do sistema estomatognático, como, por exemplo, a mastigação, o paladar e o desfrutar dos alimentos. A dicção, assim como a consequente comunicação e socialização, bem como a autoimagem e a autoestima, são aspetos grandemente influenciados pelas condições patológicas da cavidade oral⁹.

A cavidade oral reflete o estado geral de saúde da pessoa e o diagnóstico e tratamento de manifestações orais de doenças sistêmicas representam um grande desafio¹⁰. As doenças orais podem afetar diretamente uma área limitada do corpo humano, mas as suas consequências e impactos afetam o indivíduo como um todo¹¹.

Em todo o mundo, as doenças orais restringem as atividades escolares, trabalhistas e domésticas, repercutindo anualmente em milhões de perdas de horas escolares e de trabalho. O impacto psicossocial dessas doenças também diminui sensivelmente a qualidade de vida⁵.

As doenças orais são consideradas as doenças crônicas mais comuns na humanidade com grande impacto para o indivíduo nas funções vitais da vida, autoestima, QdV e saúde geral e bem-estar¹². As doenças orais têm forte impacto económico para as pessoas e para os sistemas de saúde, portanto, não é prudente subestimar os custos com os cuidados à saúde mas, sim avaliar o impacto de medidas de saúde pública, como o investimento em iniciativas, para que não fiquem comprometidos. Atualmente, as doenças orais são vistas como uma epidemia mundial e um grande problema de saúde pública.

Globalmente, as doenças orais representam um grande peso na saúde pública, sendo de grande importância integrar a saúde oral na agenda de saúde global por meio da abordagem de fatores de risco com uma estratégia sustentável a longo prazo. A saúde oral do mundo deve se concentrar na promoção da saúde e na prevenção de doenças através de um trabalho em equipa multidisciplinar eficaz ^{13,14}.

Assim como a boca não pode ser isolada do resto do corpo, o estado da saúde oral, particularmente a doença das gengivas e a perda dentária, tem sido cada vez

mais ligado a outras doenças sistêmicas^{15,16}. As doenças orais, como outras doenças sistêmicas, partilham uma ampla gama de fatores de risco. Alguns, como a idade, género e as condições hereditárias, são inerentes ao indivíduo e não podem ser alterados ou transformados^{17,18}. Outros estão sujeitos a comportamentos e estilos de vida, são fatores de risco passíveis de modificação, pois a ação individual e a modificação de um hábito ou comportamento específico são factíveis^{16,19}.

Priorizar a melhoria da saúde oral em toda a Europa, leva os cidadãos a prevenir e a proteger-se contra outras doenças, resultando numa redução na despesa geral de cuidados de saúde para o tratamento de outras doenças crónicas¹⁵. É primordial para a qualidade de vida e bem-estar, podendo interferir directamente no crescimento e desenvolvimento do indivíduo, em seu aspecto ou aparência, exercendo influência na expressão de um mundo de sentimentos e emoções. A Organização Mundial de Saúde, atenta a esse contexto e focando nas metas apontadas da saúde oral, para 2020, declarou ser importante para o alcance destas “um reforço das acções de promoção de saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação”^{20, 21}.

1.2. O Conceito Holístico de Saúde Oral e Conceito de Cárie Precoce da Infância (CPI)

Durante as últimas décadas, houve um predomínio crescente de disfunções crónicas com um grande número de pessoas a viver com doenças crónicas que podem afetar adversamente sua qualidade de vida¹². As perspetivas contemporâneas sugerem a adoção de um conceito de saúde subjetivo e que integre componentes biológicos, psicológicos e sociais, salientando a autonomia e responsabilidade individual em relação à sua saúde. Esta abordagem é consistente e com uma perspetiva holística de saúde, que, em vez de se concentrar em doenças ou partes específicas do corpo, considera a pessoa como um todo e, como esta, interage com o seu ambiente. Enfatiza a conexão da mente, corpo e espírito, com o objetivo de alcançar o máximo de bem estar, onde tudo funciona melhor. Com a saúde holística, as pessoas aceitam a responsabilidade pelo seu próprio nível de bem-estar e as escolhas diárias são usadas para se responsabilizar pela própria saúde²².

A saúde holística baseia-se na lei natural onde um todo é composto por partes interdependentes. Preocupa-se com todos os aspectos da vida do ser humano, onde a saúde oral compõe a saúde geral, sendo um factor determinante da qualidade de vida^{5,22}. Disto depreende-se o efeito negativo causado por uma saúde oral deficitária²¹.

A falta de medidas simples, acessíveis e eficazes, diante do conhecimento da grande prevalência das patologias orais na infância, têm conduzido ao reforço da importância dada à saúde oral, em específico à cárie dentária e às anomalias de oclusão. Cuidados específicos e diferenciados no tratamento, na prevenção e na assistência à criança, forçam à estreita relação entre o pediatra e o odontopediatra, bem como à educação dos pais. Isto é assim porque os cuidados com a saúde oral repercutem, não só no equilíbrio físico-psíquico-social do indivíduo, mas também influenciam na qualidade de vida da família²³.

A medicina dentária tradicional foca-se na região da cabeça, pescoço e cavidade oral. Contudo, a medicina dentária holística é uma abordagem que se baseia na afirmação de que todo o corpo é uma unidade e qualquer alteração nesta unidade pode ter impacto em toda a unidade^{24, 25}.

Às lesões de cárie dentária em crianças menores de 6 anos de idade, denomina-se Cárie Precoce da Infância (CPI). A frequência elevada de lesões cariosas precoces tem-se mantido constante, tornando-se um problema de saúde pública global, que afeta bebés e crianças pré-escolares, podendo provocar a perda prematura de dentes. Neste quadro, a criança pode desenvolver dor, infecção, dificuldades fonéticas, dificuldades para se alimentar, podendo sofrer repercussões negativas no crescimento e desenvolvimento^{26, 27}.

A CPI, segundo a Associação AAPD consiste na presença de cárie num ou mais dentes decíduos (com cavidade ou sem cavidade) e dentes restaurados ou perdidos por lesão cariosa, em crianças com menores de 6 anos de idade. A cárie precoce da infância, de acordo com a intensidade, é classificada como grave quando o mínimo indício carioso em faces dentárias lisas, ocorre abaixo ou quando, entre os 3 e 5 anos é afetado um incisivo superior. Também será considerado um quadro grave quando aos 3 anos de idade a criança tiver um índice de dentes cariados perdidos e obturados (cpod) maior ou igual a 4, quando houver um índice maior ou igual a 5 aos 4 anos de idade, ou quando houver um cpod maior ou igual a 6 aos 5 anos de idade.^{26, 28..}

As repercussões gerais da CPI são, entre outras, o desgaste físico e psicológico das crianças afetadas, interferindo na qualidade de vida. Somando-se a esse quadro, a idade tenra das crianças atingidas torna o tratamento complexo e dispendioso, devido a dificuldades de colaboração das crianças, podendo ser necessária, para possibilitar a intervenção, a sedação ou a anestesia geral. Neste contexto, o nível de educação dos pais e a qualidade de educação escolar recebida pela criança poderão ser usados como indicadores do risco de desenvolver CPI, levando a implementação de estratégias preventivas. O melhor preditor de cárie na dentição permanente é a presença de cárie na dentição decídua²⁹.

Neste sentido, a investigação em saúde, tem se preocupado, cada dia mais, em avaliar a qualidade de vida analisando o impacto das doenças orais na saúde física e mental dos indivíduos²⁰. Nesse contexto, tem-se procurado aferir qualidade de vida, com utilização frequente de questionários. Que se constituem em referenciadores dento-sociais ou subjetivos de saúde oral, identificados como medidores de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO)^{23,30}.

1.3. A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL (QdVRSO)

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral é um conceito de muitas dimensões que engloba uma avaliação abrangente da saúde oral individual, bem-estar funcional da pessoa, equilíbrio das emoções, expectativas e uma satisfação com o cuidado e senso de si. Isto tem em si implicações importantes na prática clínica da medicina dentária. Este conceito é originalmente conhecido pela sigla OHRQoL (Oral Health Related Quality of Life) que, apesar de ter emergido recentemente, suscitou um grande interesse como tema de investigação da saúde comunitária^{23,31,32}.

As doenças orais, como as outras doenças, partilham uma ampla gama de fatores de risco. Alguns, como a idade, sexo e condições hereditárias, são intrínsecos ao indivíduo e não podem ser alterados ou modificados. Outros, que estão sujeitos a comportamentos e estilos de vida, são considerados fatores de risco modificáveis, pois a ação individual e a modificação de um hábito ou comportamento específico são possíveis³.

O conceito de QdVRSO surgiu nas últimas duas décadas e cresceu rapidamente. A noção de QdVRSO apareceu no início dos anos 80, em contraste com a noção geral de QdVRS, que surgiu no final da década de 1960. Este atraso no desenvolvimento da QdVRSO pode ser explicado pela fraca percepção do impacto das doenças orais na QdV, pois, de fato, só há 40 anos é que os investigadores aceitaram que as doenças orais estão relacionadas com a saúde geral³³. A QdVRSO pode ser definida como uma construção de muitas dimensões, que reflete o conforto das pessoas ao comer, dormir, o seu envolvimento nas interações sociais; a sua autoestima e a sua satisfação em relação à saúde oral. A QdVRSO está também associada a fatores funcionais, a fatores psicológicos, a fatores sociais e a experiência de dor ou desconforto³⁴.

A QdVRSO engloba, ainda, fatores como a funcionalidade (ex: mastigação), o aspecto psicológico (ex: autoconsciência) e o fator social (ex: sociabilidade). Isto deve ser levado em conta na avaliação da repercussão das doenças da cavidade oral, em todas as idades, assim como na influência da escolha terapêutica e dos procedimentos destinados à melhoria da saúde oral^{23, 32}.

Atendendo a estas características e para responder às metas para a saúde oral apontadas para 2020 pela Organização Mundial de Saúde, tornou-se importante “um reforço das acções de promoção de saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação”^{20,35}.

Foi baseado no conceito do OHRQoL, que foi criado o instrumento de recolha de dados denominado Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), desenvolvido por Pahel, Rozier & Slade³⁶, traduzido e validado por Bica-Costa³⁷, para a população brasileira, que passou a ser designado por Questionário de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Criança/Adolescente (Q2VRSOC/A).

1.4. O QUESTIONÁRIO ECOHIS

O OHRQoL foi reconhecido pela OMS em 2003, como parte importante do programa mundial de saúde oral e que, atualmente, é parte integrante da saúde geral e do bem-estar ³⁸. A partir do OHRQoL foram criados instrumentos de medir, permitindo determinar os efeitos diretos e indiretos dos problemas orais sobre a vida das pessoas. Essas ferramentas são desenvolvidas na forma de questionários e

complementam a informação colhida na aplicação dos indicadores clínicos usuais. São os denominados indicadores sócio-dentários ou de avaliação da qualidade de vida associada à saúde oral³².

A partir deste conceito Pahel, Rozier e Slade (2007)³⁶, criaram o instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) para realizar a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral de crianças em idade pré-escolares. O ECOHIS foi criado e aperfeiçoado a partir da escolha de 13 ítems, advindos dos 36 que fazem parte do questionário Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQoL)³⁹. Essas perguntas foram identificadas como as de maior relevância para medir o impacto dos problemas orais sobre a qualidade de vida de crianças. O ECOHIS é constituído por duas subescalas divididos em 13 ítems, dos quais nove mensuram a repercussão das anomalias orais sobre a criança (subescala da criança) e quatro avaliam a repercussão das anormalidades orais da criança sobre a sua família (subescala da família)^{40,41} sendo a percepção parental sobre a qualidade de vida (score global do Q2VRSOC/A) obtida através da soma dos valores das subescalas. Quanto menor a cotação, maior a percepção parental.

Os avanços nos estudos sobre psicologia infantil indicam que as crianças com menos de 6 anos são incapazes de recordar com precisão eventos diários e únicos e que, só a partir dos 7 anos, começam a pensar sobre acontecimentos que decorrem ao longo do seu dia, semana ou mês, pois só por volta desta idade, começam a desenvolver o pensamento abstrato. Isto é um fator limitante para aplicação do OHRQoL, ao mesmo tempo que determina a necessidade de aprimorar a percepção dos adultos a respeito da saúde oral das crianças sob sua responsabilidade⁴².

Para suprir a aplicabilidade limitada do OHRQoL neste grupo de crianças, em idade pré-escolar, quase sempre em fase de dentição decídua ou iniciando dentição mista, foi desenvolvida a primeira escala de impacto sobre a saúde oral na infância (ECOHIS) objetivando a avaliação da condição de saúde oral e a incidência ou não de doença dentária ou experiências de tratamento em relação à qualidade de vida da criança e suas famílias, por meio de um questionário sucinto, aplicado aos pais ou cuidadores primários em inquéritos epidemiológicos³⁶.

1.5. A PERCEÇÃO PARENTAL E A RESPONSABILIDADE DOS PAIS

A acuidade da percepção parental da saúde geral e oral dos filhos é um fator fundamental no bom desenvolvimento das mesmas. Na saúde pública, a promoção da saúde oral para as mães tem sido cada vez mais focada em crianças pequenas, incluindo informação sobre a vida intrauterina, visando garantir futuros dentes saudáveis. O início da infância tem sido referida como a melhor fase para a introdução de costumes saudáveis e apreensão de comportamentos que permanecerão profundamente enraizados na criança⁴³. No primeiro ano de vida, um hábito de risco, relacionado com a dieta ou a higiene oral, tende a perdurar durante toda a infância^{44, 45}.

Variáveis psicossociais desempenham um papel importante no desenvolvimento de doenças na infância. Nessas, o cuidado materno é identificado como amenizador do impacto de um ambiente hostil à saúde, quer seja porque é a fase em que a criança está mais vulnerável, nos primeiros anos de vida, quer seja por causa de uma fase de crise financeira familiar, tem sido demonstrada uma estreita relação na adequação da mãe cuidadora, com as suas habilidades literárias, condição física, estado psicológico, agenda diária e viabilidade de ajuda de cuidadores infantis para sua criança. Outros estudos atentaram mais para os valores dos pais, principalmente no que se refere à percepção que têm de suas responsabilidades sobre as suas saúdes e as de suas crianças, como um fator intimamente ligado a maneira como as crianças agem e se comportam. A percepção parental no acompanhamento da saúde do seu filho, parece, então, favorecer os cuidados preventivos^{45, 46, 47}.

1.6. PREVENÇÃO NAS GESTANTES

A importância da atenção dos progenitores e cuidadores à saúde oral dos filhos ou da criança sob sua responsabilidade é já consenso na medicina dentária preventiva moderna, de tal modo, que as políticas de saúde pública estão, cada vez mais, a focalizar-se na orientação das mães sobre a promoção de saúde oral, incluindo levantamento de informações relacionadas ao período gestacional. Este modelo de conduta em saúde pública aponta para uma tendência científica mundial da prática do conceito de prevenção e intervenção precoce, em todas as áreas da saúde⁴⁸.

A saúde oral dos bebês está diretamente vinculada a um comportamento materno adequado e bem orientado, desde a gravidez, sendo as escolhas e os hábitos alimentares maternos considerados determinantes. Uma dieta saudável e uma boa higiene oral no primeiro ano de vida podem garantir dentes saudáveis ao longo de toda a infância, além de estabelecer hábitos benéficos que podem perdurar. Isto produz benefícios para a saúde oral e geral ^{49, 50}.

Um programa de saúde pública com uma relação custo/benefício eficiente deve valorizar assistência à saúde oral da gestante, uma vez que são um grupo sob frequente controle da saúde sistêmica, e, portanto, de fácil acesso.

A gestante apresenta alterações orais típicas durante o período gestacional, que podem implicar riscos à saúde do bebê. Ela é o principal transmissor de atitudes e comportamentos dentro da rede familiar, influenciando de forma direta os hábitos alimentares e seus filhos. Os benefícios mútuos desta abordagem, tanto para o indivíduo e sua prole que usufruem de um sistema preventivo de saúde oral, quanto para o programa relativamente a financiamento, são bastante evidentes. A responsabilidade pela saúde das crianças pequenas é dos adultos e são estes que tomam decisões relativas aos cuidados e necessidade de consultar profissional de saúde. Os estudos relativos à literacia e avaliação da percepção dos pais, cuidadores são bastante importantes na definição de estratégias da promoção de saúde³⁷.

A educação em saúde oral envolve três aspectos: informação ou aquisição do conhecimento, instrução ou desenvolvimento de habilidades e motivação ou mudança de comportamento que motivem nova visão e promovam melhoras à saúde da criança e de seus pais. gera novos valores e beneficiam a saúde do paciente e/ou dos pais. Deste modo, é imprescindível obter informações sobre o conhecimento e percepção das mães/cuidadores acerca da própria saúde oral e daquela de seus filhos/crianças o que propiciará ajustar e formular propostas viáveis e eficientes de prevenção e programas educacionais mais adequados a realidade social local^{51, 52}.

A cárie dentária e a doença periodontal devem ser prevenidas o mais precocemente possível na mãe, pois não são casuais, mas desenvolvem-se a partir de um desequilíbrio no processo de saúde. Assim, devem ser acauteladas o quanto antes, de preferência durante a gestação e na criança - nos primeiros anos de vida⁴³.

1.7. EPIDEMIOLOGIA, CPO E SAÚDE ORAL EM PORTUGAL

O estado de saúde oral das populações tem sido tradicionalmente aferido por meio de índices clínicos, sendo um exemplo deles o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), dentre outros. Contudo, tais índices clínicos devem ser acrescido por indicadores de aspetos sociais e emocionais inerentes à experiência individual e percepção subjetiva de mudanças na saúde física, mental e social dos pacientes³⁴. A consideração de indicadores subjetivos para medir o nível de saúde oral e o seu impacto na vida dos indivíduos tem recebido cada vez maior atenção⁵³. O estudo dos determinantes e da distribuição da doença nas populações fornece contribuição de alta relevância para o controle do problema, através de ações que englobam educação em saúde, mudanças de políticas públicas, abordagem ambientalista e ação comunitária⁵⁴.

Na população portuguesa a prevalência da cárie dentária e da doença periodontal é alta, tornando-se evidente que é necessário alertar as pessoas para as repercussões dos problemas orais na saúde em geral e aumentar o alcance e o impacto das intervenções preventivas^{55,56}. Em Portugal tem-se observado uma diminuição nos índices de CPO quando observados os três Inquéritos Nacionais Exploradores. O percentual de crianças isentas de lesões cariosas até os 6 anos de idade aumentou de 17,0% para 24,2% entre 1984 e 1990, crescendo ainda, em 1999, para 53,1%^{57, 58}. Mais recentemente, a Direção Geral da Saúde (DGS) constatou esta propensão em estudos realizados para descobrir a prevalência das doenças da cavidade oral. O estudo nacional realizado no ano 2000 revelou que o percentual de crianças sem cárie aos 6 anos de idade foi de 33%, chegando em 2005 a 51% e no ano de 2005²⁰. No ano de 2013 o III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância revelou que uma média de 60% de indivíduos estavam isentos de cárie no Distrito de Lisboa.

As informações epidemiológicas atuais à respeito da CPI em Portugal são diminutas, uma vez que a maioria dos estudos portugueses é focada nos grupos etários sugeridos pela OMS⁵ correspondente à faixa etária entre 6 e 12 anos de idade. Também é fato, que os estudos de CPI existentes são, majoritariamente, realizados em amostras resumidas. Os autores Vasconcelos et al⁵⁹ encontraram em Matosinhos uma prevalência de CPI de 15%, em crianças de idade entre 1-5 anos de idade. Já na

freguesia de Alcântara, num outro estudo em crianças entre 3 e 5 anos de idade, foi detectado 48,1% de prevalência de cárie e uma média de cpod de 2,1. Com isso constatou-se que a prevalência da CPI aumenta com a idade da criança⁶⁰. Na freguesia de Vila Franca de Xira a prevalência de CPI encontrada em crianças da faixa etária de 3 a 5 anos foi de 28,7%, sendo o valor de cpod médio aos 3 anos de idade de 0,4; aos 4 anos de 0,8 e aos 5 anos de 1,6⁶¹. Em um estudo realizado na cidade do Porto mais recentemente, numa população pré-escolar, foi encontrada uma prevalência de CPI de 34,6% e um valor médio de cpod de 1,42⁶.

Um estudo envolvendo instituições do Porto, indica que 45% das crianças portuguesas com seis anos apresentam cáries dentárias, o que exige programas específicos de tratamento para este escalão etário, evitando que o problema se estenda aos dentes definitivos. “É necessário que as crianças até aos seis anos sejam observadas anualmente pelo dentista e que seja criado um modelo de cheque-dentista que permita realizar todos os tratamentos necessários nos dentes decíduos”, afirma o investigador Paulo Melo, do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto – ISPUP, entidade envolvida no estudo. Embora este número seja inferior ao registado em 2006, altura em que rondava os 49%, existem ainda “grandes necessidades de tratamento”, visto que uma percentagem de crianças desta idade e abaixo possuem cárie precoce de infância, “a forma mais grave de manifestação da cárie dentária”, que se traduz pela destruição total dos dentes. O estudo mostra também que 47% das crianças com 12 anos têm cárie dentária, enquanto nos jovens com 18 anos representa 67,6%⁶².

Em Portugal se tem pouco conhecimento a respeito da distribuição e dos fatores geradores da CPI. Esse fato torna difícil a implantação de programas preventivos e a gestão de cuidados de saúde que sejam adequados à necessidade populacional.

O pouco conhecimento sobre a distribuição e os determinantes da CPI na população dificulta a criação de programas preventivos e a organização de cuidados de saúde adaptados às necessidades reais da população. Em Portugal, os problemas dentários não estão satisfatoriamente quantificados, principalmente para uma grande faixa da população e não são atualizados regularmente. Tal como em qualquer outro campo da medicina, são necessários alguns estudos epidemiológicos para que se possa, após o diagnóstico da situação, planear e agir com a eficácia desejada⁶³.

Quando não realizado o seu tratamento, a cárie pode gerar dor e infeção

na criança, que pode chegar a perder precocemente elementos da primeira dentição e sofrer alterações na sua dicção, na sua forma de se alimentar e até sofrer repercussões no desenvolvimento das arcadas. As consequências podem, ainda, chegar a comprometer a agenda escolar e provocar uma diminuição na qualidade de vida da criança, que se compromete física e psicologicamente^{64,65}. Para a saúde pública dos países industrializados, a cárie representa a quarta doença mais onerosa, sendo o custo do tratamento de crianças excedente ao total do valor dos tratamentos de todas as outras doenças. Se o tratamento for realizado preventivamente, no entanto, é possível observar uma melhora considerável na saúde dos infantes e também uma diminuição relevante no custo dos tratamentos relacionados.^{5,20}

1.8. ATENDIMENTO À SAÚDE EM PORTUGAL

Em Portugal, o direito ao atendimento à saúde teve o seu reconhecimento no ano de 1971. A partir daí foram idealizados e constituídos os primeiros Centros de Saúde, que tiveram como preocupação inicial integrar instituições diversas com objetivos preventivos e de saúde pública, que, até então, não haviam sido elaborados hierarquicamente. Estes Centros foram influenciados pelos conceitos da saúde pública, com inclinação especial para a vacinação, a vigilância materno-infantil e a saúde escolar^{66,67,68}

No ano de 2005 iniciou-se em Portugal uma Reforma nos Cuidados de Saúde Primários. Tal tendência estimulou a construção de uma estrutura diferenciada para responder aos dilemas de saúde da população em todos os níveis. Esta foi das mais bem sucedidas alterações realizadas no serviço público português. Foi executada pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), que teve a incumbência de conduzir o projeto geral de lançamento, coordenar e acompanhar a reconfiguração dos centros de saúde e a execução das unidades de saúde familiar (USF).^{66,67,68}

O processo de mudança teve dois vetores como fundamento: um “vertical”, obedecendo a ordem de reestruturação da Administração Central do Estado e a sua nova macroestrutura de Ministério da Saúde; outro “ascendente” a partir da participação dos profissionais da área de saúde neste processo - através de candidatura voluntária – para a criação de equipas autónomas de prestação de

cuidados de saúde e criação das Unidades de Saúde Familiar(USFs). Estas candidaturas começaram em 2006, no mês de março e as primeiras Unidades foram formalizadas em setembro desse mesmo ano, sendo submetidas a uma avaliação técnica, uma vez que tiveram que cumprir uma série de requisitos anteriormente enumerados, num processo continuado de adequação, do modelo organizacional.^{66,67,68}

As USFs distinguem-se em: (1) modelo A, que corresponde, na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que representa uma primeira contribuição para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase fundamental quando há um trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição na avaliação de desempenho técnico-científico ; (2) modelo B - indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de níveis de desempenho mais exigentes.^{66,67,68}

O direito a incentivos exige a elaboração de um plano para a aplicação de incentivos institucionais, para empregar em formação, documentação, equipamentos e reabilitação de infraestruturas. Este incentivo institucional configura uma qualificação do investimento. Assim, reconhece-se como prioritário o investimento nas unidades que cumpram os objetivos contratualizados.^{66,67,68}

Todos os residentes em Portugal têm direito aos cuidados de saúde assegurados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), que garante o direito à proteção da saúde e a cuidados gratuitos e universais, independentemente do estatuto económico e social.^{67,68}

A prestação pública está particularmente presente na atenção primária e nos cuidados hospitalares. Os produtos farmacêuticos, os meios complementares de diagnóstico e as consultas médicas constituem uma parte significativa da prestação privada de cuidados de saúde.^{66,67,68}

Em fevereiro de 2008 foi publicado o decreto lei que estabeleceu o regime jurídico da organização e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), bem como toda a legislação relativa às suas unidades funcionais. Com isto,o quadro legislativo da Reforma se completou.^{67,68}

1.9. ATENDIMENTO À SAÚDE ORAL

A patologia oral pode estar relacionada com danos físicos ou psíquicos, absenteísmo escolar e laboral, gastos em saúde, assim como, também, à não produção de riqueza⁶⁹. Em 2005 foi manifestada uma preocupação do governo português com a prevalência elevada da patologia oral na população infantil e juvenil, decidiu-se apostar na prevenção da cárie e das doenças periodontais, que geraria uma redução de custos económicos e proporcionaria ganhos significativos em saúde. Assim foi criado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) que foi integrado no Plano Nacional de Saúde e tinha como principais objetivos: “reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes; melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de Saúde Especiais”.⁷⁰

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), entre 2005 e 2008, proporcionou o acesso a cuidados curativos a 60.000 crianças e jovens. No entanto, o Ministério da Saúde considerou este número desajustado e reforçou a necessidade de garantir a equitativamente a prestação de cuidados ao longo da vida e na satisfação dos grupos mais vulneráveis. Com base nestes objetivos o PNPSO foi alvo de várias alterações que levaram ao alargamento da cobertura/população alvo.⁷¹

Em 2008, o executivo decidiu iniciar o alargamento para inclusão de mulheres grávidas seguidas no SNS e idosos beneficiários do complemento solidário e acompanhados no SNS, com o objetivo de avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nestes dois grupos⁷². Em 2010, a cobertura do programa através da emissão do cheque dentista é assim alargada a crianças e jovens de 8, 11, 14, 16 e 18 anos e nas idades, nas situações de dentes permanentes cariados, que tiveram acesso ao Programa de Saúde Escolar no ano anterior e que terminaram os planos do tratamento. A estes jovens foi emitido um cheque-dentista (Cheque Saúde Oral Crianças e Jovens de Idades Intermediárias) que dá acesso ao tratamento de dois dentes decíduos, na idade pré-escolar (inferior a 7anos), com cárie.⁷¹

O fato da taxa de incidência de cancro da boca em Portugal ter crescido na última década e apresentado baixa sobrevivência, levou a uma preocupação especial na

prevenção de casos, através do diagnóstico precoce. Assim, em março de 2014 procedeu-se a inclusão desta atividade no âmbito do PNPSO com atribuição de cheque dentista.⁷³

Verificadas algumas lacunas no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, o alargamento efetuado pretendeu corrigi-las, reforçando a eficácia do programa implementado. Foi proposto para o ano de 2015 um aumento na cobertura para os jovens de 18 anos, que haviam sido beneficiários do PNPSO e com os tratamentos concluídos até aos 16 anos. Ainda no âmbito das crianças e jovens, verificou-se que, aqueles que eram portadores de necessidades especiais, nem sempre beneficiavam do programa e como tal foi reforçada a cobertura nas idades de 7, 10 e 13 anos, nomeadamente para os casos de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21 que não tenham sido abrangidos pelo programa e na sequência de triagem realizada pelo SNS. Nesses casos, sempre que fosse expectável a necessidade de recorrer a sedação do paciente, o médico de família encaminhava o caso para os cuidados especializados, nomeadamente para os serviços de estomatologia existentes nos hospitais públicos.⁷³

O Ministério da Saúde para o período de governação entre 2016-2019, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Oral, efetuou em 2016 uma revisão do PNPSO, no sentido de integrar a prestação de cuidados de saúde oral no âmbito dos Centros de Saúde, promovendo a articulação entre os vários profissionais entre a atenção primária e a hospitalar, numa visão integrada e universal (médicos dentistas, médicos de saúde pública, médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros de família, higienistas orais, nutricionistas, psicólogos, entre outros profissionais de saúde, bem como com os serviços de estomatologia e outras especialidades hospitalares)⁷⁴. O objetivo não foi acabar ou reduzir no imediato o cheque dentista, mas alargar a cobertura para outros casos que não os previstos no PNPSO, diminuindo progressivamente o vínculo com o setor privado.

. Foram iniciadas experiências para avaliar a extensão do projeto ao resto do país. Esta estratégia terá de ser avaliada em comparação com os resultados dos programas cheque-dentista para assim tomar a decisão que melhor sirva aos interesses do país, o que irá ocorrer apenas quando existir uma cobertura em todo o país, o que se estima que venha a ocorrer já no ano 2019.⁶³

A extensão a 2020 do Plano Nacional de Saúde português define como prioritária a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde, com especial atenção às pessoas mais vulneráveis. É com base neste eixo que o atual Governo de Portugal promoveu a expansão da rede de atenção primária com a ampliação da cobertura do SNS na área da Saúde Oral.⁷⁵

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) é um instrumento da política de saúde que tem contribuído para a melhoria da qualidade de atendimento e para a promoção de hábitos de vida saudáveis, com a prevenção da patologia oral, com uma ação próxima às escolas e um conjunto de grupos alvo (através do programa cheque-dentista). O PNPSO, em Portugal, é uma ferramenta fundamental da política de saúde, que contribui para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação essencial da política de saúde, que contribui para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação dos cuidados de saúde oral, proporcionando um conjunto de estratégias integradas.⁷⁶

1.10. A UBSF GRÃO VASCO

A Unidade Básica de Saúde Familiar (UBSF) Grão Vasco, situa-se na Unidade de Saúde III do Município de Viseu, na região de Jigueiros. A sua área geográfica de atuação estende-se a várias freguesias do concelho de Viseu abrangendo: Abraveses, Ranhados, Rio de Loba, Campo, Repeses/S. Salvador, Vila Chã de Sá/Fail e S. João de Lourosa. Abrange ainda freguesias das outras Unidades de Saúde de Viseu, devido a os utentes residirem nesses locais e terem acompanhado o médico de família (do Centro de Saúde Viseu 1) na altura da criação do Centro de Saúde Viseu 3, em cujas instalações físicas se encontra, hoje, a USF Grão Vasco.⁷⁷

Em janeiro de 2012, o ACES Dão Lafões publicou as áreas de influência das várias unidades de Saúde, o que, sem prejuízo dos utentes já pertencentes à USF delimitou as futuras afetações de utentes. Assim, atualmente, as freguesias afetadas à USF Grão Vasco são: Ranhados, Repeses/S. Salvador, S. João de Lourosa e Vila Chã de Sá/Fail, como freguesias rurais, e Viseu, sendo esta última estritamente urbana.⁷⁷

Apesar de manter uma área geográfica dispersa, a Unidade de Saúde compromete-se, no seu plano de ação, a assegurar o atendimento a todos os utentes

da USF, residentes no concelho de Viseu. Conforme o plano de ação de 2016-2019, em termos populacionais, a USF Grão Vasco abrangia, em 2015, 13.652 utentes inscritos (SINUS em 31.12.2015), descritos na tabela de utentes da Unidade de Saúde Familiar, em função da idade e do sexo, numa data determinada.⁷⁷

A tabela seguinte (T1) demonstra grande diminuição da natalidade, sendo a população predominantemente ativa, entre os 20 e os 64 anos (com um grande realce para a população idosa feminina). Expõe a distribuição de utentes inscritos, na USF, em 31 de dezembro de 2015, considerando os grupos etários definidos no Dec. Lei nº298/2007.⁷⁷

GRUPO ETÁRIO	Nº	PONDERAÇÃO	UP
≤6	842	1.5	1.263
6-64	10.513	1	10.513
65-74	1.239	2	2.478
≥75	1.508	2.5	2.645
TOTAL	13.652		16.899

Tabela 1 - Distribuição de utentes inscritos, na USF, em 31 de dezembro de 2015, conforme grupos etários definidos no Dec. Lei nº298/2007.

Em todos os modelos de USF existe, de forma padronizada, o que se entende por carteira básica de serviços, isto é, um compromisso assistencial nuclear em que assenta o que deve ser basicamente contratualizado. A promoção da saúde e a prevenção da doença são a pedra basilar da prestação de cuidados pelos profissionais da USF Grão Vasco aos seus utentes. A População alvo da USF Grão Vasco está representada por todos os utentes inscritos (n = 13 652)⁷⁷.

Os objetivos gerais da Unidade são: 1- promover a saúde e prevenir a doença; 2- garantir a acessibilidade e melhorar o desempenho assistencial aos utentes inscritos; 3- aumentar o grau de satisfação dos utentes inscritos; 4- sensibilizar a população inscrita para hábitos de vida saudáveis; 5- detetar

precocemente patologias crónicas (HTA, CCR, Diabetes Mellitus, Doenças Respiratórias e outras), 6- garantir uma prestação de excelência nos cuidados prestados aos utentes, 7- melhorar a eficiência na prestação de cuidados.

Acerca da saúde materna, a vigilância de saúde da grávida é uma atividade priorizada que se orienta desde o início da gestação, para o desenvolvimento de um novo ser saudável e com um potencial de vida autónoma. Considera-se importante fomentar a educação para a saúde, conciliando o aconselhamento e o apoio psicológico e social ao longo da gravidez, preparando para o parto e para exercer o papel de pais, sempre informando sobre os deveres e direitos parentais. Dentre os objetivos, a vigilância da saúde da grávida destaca-se o de promover o desenvolvimento de um novo ser saudável e com um potencial de vida autónoma⁷⁷.

A vigilância da saúde infantil e juvenil, na USF Grão Vasco é uma atividade de intervenção prioritária de molde a estimular a opção por comportamentos promotores de saúde. Por isso, a adequabilidade e a acessibilidade dos cuidados prestados, são factores determinantes na adesão de todos os intervenientes do programa. A população alvo são todas as crianças e jovens até aos 18 anos (inclusive) inscritas na USF. Como Objetivos Gerais tem: 1- aumentar o número de crianças e jovens vigiados na USF; 2-efetuar o diagnóstico precoce até ao 6º dia de vida, com oferta pró-ativa da primeira consulta de vigilância de saúde infantil; 3- efetuar avaliação e registo do desenvolvimento da criança/ jovem nos suportes adequados (Vitacare/Boletim de Saúde); 4- garantir o cumprimento do esquema de vigilância preconizado pela DGS; 5- incentivar o cumprimento dos esquemas de consultas e convocar sempre que sejam detetados desvios; estimular e promover hábitos de vida saudáveis; 6- prevenir a ocorrência de acidentes; 7- detetar, encaminhar e referenciar situações de desvio social, psicoafectivo, de comportamento ou outros que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança ou do adolescente; 8- promover o crescimento/desenvolvimento saudável, em contexto familiar efetuando visita domiciliária; 9- assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado.⁷⁷

Conforme o plano de ação 2016-2018, os profissionais da USF Grão Vasco estão profundamente comprometidos com padrões de qualidade elevados no seu desempenho. Disso é prova a manutenção do Programa de Acreditação, inicialmente pela “Agência de Calidad Sanitária da Andaluzia”, em

2010, com a atribuição da classificação BOM, e recentemente (janeiro 2016) com nova auditoria aos processos pela DGS e consequentemente com a manutenção do nível atribuído por mais cinco anos (até 2020). Este processo implica constante monitorização, com identificação de áreas de melhoria e evidências positivas.⁷⁷

A equipa da USF Grão Vasco vem mantendo atualizado o manual de procedimentos onde, seguindo a metodologia da abordagem por processos, estão compilados os processos de gestão, realização e suporte que regem o bom funcionamento e os padrões de qualidade da unidade. A equipa mantém o acompanhamento dos planos de ação (PA) anteriores chamados “Vigilância em Saúde Materna” e “Diabético na USF Grão Vasco”, assim como segue o plano de ação do triénio.⁷⁷

A USF Grão Vasco mantém uma relação estreita com a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica, Pólo de Viseu e tenciona mantê-la, dando continuidade a participação em vários trabalhos de investigação na área da saúde oral.

1.11. PERFIL SOCIO-ECONÓMICO DE PORTUGAL

A recuperação da economia e do mercado de trabalho não está a refletir-se positivamente no crescimento dos salários dos portugueses. As remunerações dos trabalhadores continuam estagnadas e ainda abaixo dos valores de há 18 anos, segundo um relatório de Bruxelas.⁷⁸

Ao longo dos 18 anos de recuperação, iniciada em 2000, a evolução dos salários reais na União Europeia (UE) tem ficado, em média, aquém da produtividade. Entre 2015 e 2017, a evolução real dos salários em Portugal, por exemplo, foi negativa. O cenário repetiu-se nesses anos em outros oito estados-membros da UE, nomeadamente na Bélgica, Chipre, Croácia, Finlândia, Grécia, Itália, Holanda e Espanha, mas são os italianos e portugueses que continuam a ocupar os últimos lugares da tabela.⁷⁸

As conclusões foram apresentadas no projeto de relatório conjunto sobre o emprego, da comissão e do conselho europeus, no âmbito do semestre europeu, e revelam uma “recuperação moderada” dos salários em Portugal.⁷⁸

Os técnicos que analisam o mercado laboral da UE mostram-se, aliás, surpreendidos com este cenário, o crescimento salarial continua abaixo do que se poderia esperar com base nos atuais níveis de desemprego”, tendo um crescimento moderado neste período, e uma recuperação que “parece não reagir à descida da taxa de desemprego tal como sucedeu em ciclos económicos anteriores”. Os dados “sugerem que os salários se tornaram menos sensíveis à taxa de desemprego na economia.”⁷⁸

Por outro lado, a tributação em Portugal continua acima da média dos países da OCDE e acima do valor registado em 2009, o último ano em que a carga fiscal desceu, depois da crise.⁷⁹

Um trabalhador com um salário médio e sem filhos recebeu em Portugal, em 2018, em média, 73,4% do valor bruto que lhe foi pago, um valor ligeiramente superior ao de 2017 (72,5%).⁷⁹

Os dados, revelados num relatório da organização para a cooperação e desenvolvimento económico (OCDE), até apontam para um alívio nos impostos e contribuições sobre o rendimento.⁷⁹

Segundo o relatório “Taxing Wages 2019”, há 22 países na OCDE com menor carga fiscal sobre o trabalho do que Portugal.⁷⁹

Depois de somados os impostos e as contribuições para a segurança social de empregados e empregadores, e descontados todos os benefícios e transferências do estado, o peso sobre o custo salarial total do trabalhador atinge em Portugal quase 41%. O valor desceu 0,7 pontos percentuais (de 41,4 em 2017, para 40,7 em 2018), e é agora a 14.^a mais alta de entre os 36 países da OCDE. Está mais de quatro décimas acima da média (36,1).⁷⁹

Os trabalhadores individuais (solteiros, sem filhos) são os mais tributados. Quem tem filhos paga menos impostos, mas mesmo assim é menos beneficiado do que noutros 19 países da organização. A medida de apoio à parentalidade, subiu no ranking para o 17.º lugar.⁷⁹

Já os casados com dois filhos conseguiram auferir 87,9% do ordenado, o ficando quase duas décimas acima da média da OCDE.⁷⁹

O rendimento bruto de particulares em Portugal no ano de 2016 foi de 63.849,9 Euros, segundo a PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo. No Norte,

o rendimento dos particulares com base no censo de 2011 foi de 36.156,1 Euros e o rendimento bruto do ano de 2015 foi de 19.281,5 Euros.⁷⁹

O ganho médio em 2017 em Portugal foi de 1.133,3 Euros, conforme a PORDATA atualizada em 2019.⁸⁰

1.12. OBJETIVOS

O objetivo principal deste trabalho é identificar a existência de fatores que interfiram na qualidade de vida da criança ou de sua família.

Os objetivos restantes do estudo são os seguintes:

- 1º) Caracterizar o impacto da doença oral na criança ou do tratamento dentário referido pelos pais.
- 2) Aferir o índice CPO nas crianças dentadas.
- 3º) Relacionar o ECOHIS com o índice CPO.
- 4º) Testar a viabilidade do uso deste questionário num centro de saúde de cuidados primários.
- 5º) Caracterizar a população do ponto de vista sócio-demográfico.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste estudo, do tipo observacional transversal, o método de recolha de dados foi um questionário ECOHIS – validado para português do Brasil, ao qual se procedeu à adequação semântica para português de Portugal e com acréscimo de 3 perguntas. O questionário foi preenchido pelos pais de crianças até 6 anos de idade atendidas na Unidade de Saúde da Família (USF) Grão Vasco.

O ECOHIS foi construído a partir da seleção de 13 perguntas, advindas das 36 que compunham o questionário Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQOL)³⁹.

Essas perguntas foram tidas como as mais importantes para medir a influência das anomalias orais na qualidade de vida de crianças. Dos 13 perguntas selecionados, 9 avaliam o efeito das anomalias orais sobre a criança e 4 avaliam o impacto dos problemas bucais da criança sobre a sua família ⁴⁰.

Foi utilizado, ainda, um questionário sócio-demográfico com 7 perguntas.

A recolha de dados foi realizada mediante entrevista aos pais de crianças atendidas na USF Grão Vasco, a qual se seguiu um breve exame da cavidade oral da criança para obtenção do índice ceo e/ou CPO.

Os pais/cuidadores foram informados sobre o projeto, seus objetivos e as condições de participação.

Os pais ou responsáveis pela criança, respeitando a Declaração de Helsínquia e o regulamento geral de proteção de dados (RGPD), assinaram o termo de consentimento voluntário e informado, autorizando a utilização dos dados recolhidos para fins de estudo científico.

O índice de CPO-D, formulado em 1937 por Klein e Palmer, foi o usado para a dentição permanente. Neste índice, a letra C é usada para dentes cariados; P (E+Ei), para perdidos e O, para obturados. O componente “P” é dividido em E e Ei, sendo E, extraído e Ei, extração indicada. Os componentes C e Ei correspondem à história atual da cárie dentária e os componentes E e O correspondem à história passada da cárie dentária. Para a dentição temporária (decídua), foi usado o índice ceo-d, que indica com a letra “c” os dentes cariados, com a letra “e” os dentes com extração indicada e com a letra “o” os dentes obturados. A condição “extraído” não é avaliada neste índice, porque não é possível concluir ao exame clínico se o dente foi perdido por cárie ou se esfoliou⁸¹.

A recolha de dados na Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco decorreu sob a supervisão da Dra Inês Coelho. A pesquisadora ocupou sala de consultório médico. Foram realizadas coletas durante 4 semanas, com uma média de 3 dias por semana.

No início do contato com os pais, foi-lhes perguntado se aceitavam participar na pesquisa, sendo-lhes entregue o folheto informativo acerca desta. Após a aceitação dos pais em participar da pesquisa, foi-lhes entregue um termo de Consentimento em duas vias, para que assinassem uma via e a devolvessem e ficassem com a segunda via assinada pela examinadora.

O preenchimento dos questionários e o exame intraoral foram feitos por um único examinador. O exame intraoral foi realizado logo de seguida, sob luz natural e uso espátula de madeira, com a criança de colo nos braços do responsável e a criança maior sentada numa cadeira comum. A examinadora usou máscara e luvas para o exame intraoral.

Os dados coletados foram avaliados e analisados, após a inserção de dados no Programa Microsoft® Excel com testes estatísticos realizados pelos programas Statistical Package for Social Science (SPSS for Windows, version 19.0), GraphPad Prism 6.0 (Teste estatístico Wilcoxon Signed Rank).

3. RESULTADOS

Como resultado da pesquisa realizada, foi observado que, das 31 crianças participantes, 11 delas eram do sexo feminino (35%) e 20 eram do sexo masculino (64%).

A idade dos entrevistados variou entre 0 a 6 anos de idade, sendo 4 crianças de zero a 01 ano de idade (12,9%), 6 crianças com 01 ano (19,4%), 6 crianças com 02 anos (19,4%), 5 crianças com 03 anos (16,1%), 5 crianças com 04 anos (16,1%), 3 crianças com 05 anos (9,7%), 2 crianças com 06 anos (6,5%). A média obtida foi de 2,58 anos de idade, com desvio padrão encontrado no valor de 1,785.

IDADE	Nº	%
0-1	4	12,9
1	6	19,4
2	6	19,4
3	5	16,1
4	5	16,1
5	3	9,7
6	2	6,5

Tabela 2: Número de voluntários por idade

No questionário sóciodemográfico foi detectado que 10 crianças (32,3%), residiam com seus pais em Aldeias, 20 (64,5%), 20 residiam com seus pais na cidade e 01 residia com seus pais em Vila (3,2%).

Quanto ao tipo de residência em que vivem os entrevistados, percebeu-se que 18 vivem em residências próprias (58,1%), 12 residem em imóveis arrendados (38,7%), e 01 vive em Instituição Privada (3,2%).

Quanto as habilidades literárias dos responsáveis (pai ou mãe), verificou-se que 17 concluíram o 12º ano (54,8%), 08 concluíram o 9º ano (antigo 5º ano), representando 25,8% , 05 completaram Licenciatura ou Doutorado (16,1%) e 01 fez o exame da 4ª Classe (3,2%).

ESCOLARIDADE	Nº	%
4ºano	01	3,2
9ºano	08	25,8
12ºano	17	54,8
Graduação	05	16,1

Tabela 3: Escolaridade dos pais ou responsáveis

O rendimento aferido das famílias foi de até 500€ para 02 entrevistados (6,5%), de 500 a 1000€ para 10 famílias (32,3%), 1000 a 1500 € para 09 (29%), 2000€ 10 famílias de entrevistados (32,3%).

VALOR (EUROS)	Nº	%
500	02	6,5
500-1000	10	32,3
1000-1500	09	29,0
1500-2000	10	32,3

Tabela 4: Rendimento Familiar

No Questionário ECOHIS, conforme percepção dos pais, a pergunta 01 (P1) teve como resultado que 22 crianças (71%) nunca haviam sentido dores nos dentes, na boca ou nos maxilares, 4 (2,9%) quase nunca haviam sentido, 3 às vezes (9,7%) e 2 (6,5%) com muita frequência. Salienta-se que os pais narravam que esta sintomatologia estava associada ao episódio de erupção dos dentes da criança.

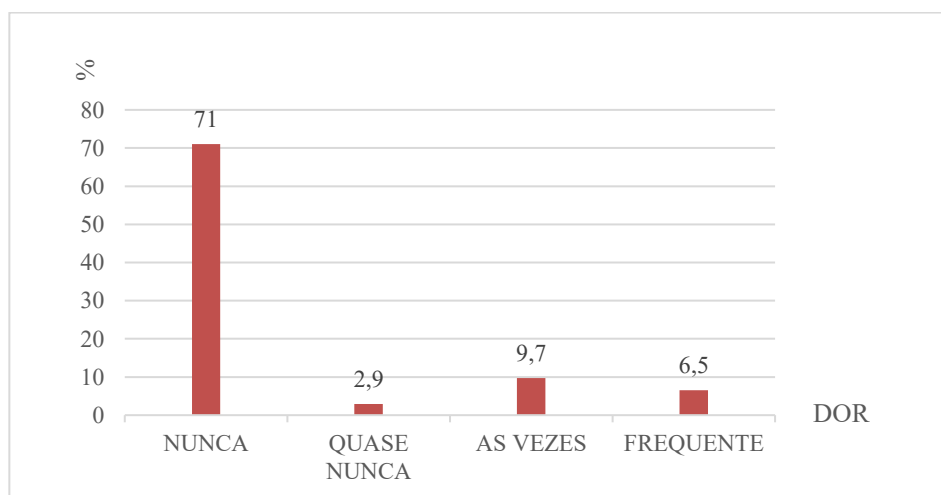


Gráfico 1: Relação entre frequência de dor e o número percentual de crianças

Na pergunta 02 (P2), 100% dos pais respondeu que a sua criança nunca havia tido dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários.

Quanto a dificuldade da criança em comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários - pergunta 03 (P3) – 29 (93,5%) crianças nunca haviam tido e 02 (6,5%) quase nunca haviam tido.

À pergunta 04 (P4) 100% dos pais respondeu que a sua criança nunca havia tido dificuldade em pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários.

Em resposta a pergunta 05 (P5), que indagava se a criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários, 30 (96,8%) responderam que nunca haviam faltado, e 1 (3,2%) respondeu que às vezes.

Cento por cento (100%) dos entrevistados respondeu na pergunta 06 (P6) que a sua criança nunca havia deixado de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários.

Quando indagados a respeito de incômodo sentido pela criança, ao dormir, devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários - pergunta 07 (P7) – 23 (74,2%) responderam que sua criança nunca haviam sentido, 2 (6,5%) que quase nunca haviam sentido, 5 (16,1%), às vezes e 1 (3,2%), com muita frequência.

FREQUÊNCIA	Nº	%
Nunca	23	74,2
Quase nunca	02	6,5
As vezes	05	16,1
Frequentemente	01	3,2

Tabela 5: Frequência de incômodo ao dormir (P7)

À pergunta 08 (P8), que indagou se a criança já havia evitado sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários, 30 (96,8%), responderam que nunca e 1 (3,2%), respondeu que com frequência, devido à erupção dos dentes.

Verificou-se que nenhuma criança havia passado por episódio de evitar falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários (100%) – pergunta 09 (P9).

Respondendo à pergunta 10 (P10), 29 (93,5%) afirmaram que nenhum membro da família jamais havia se sentido incomodado com os problemas dos dentes ou tratamentos dentários da sua criança, 1 respondeu às vezes (3,5%) e 1 (3,2%), com frequência.

FREQUÊNCIA	Nº	%
Nunca	29	93,0
As vezes	01	3,5
Frequentemente	01	3,5

Tabela 6: Frequência de sentimento de incômodo dos pais em relação aos problemas dentários de suas crianças (P10)

Nenhum (100%) dos entrevistados respondeu sentir culpa, ou algum outro familiar, devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança – pergunta 11 (P11). Da mesma forma, nenhum (100%) relatou ter faltado ao trabalho, ou qualquer outro familiar, devido estas mesmas razões – pergunta 12 (P12). Os tratamentos dentários da criança nunca (100%) haviam causado impacto financeiro nas famílias indagadas – pergunta 13 (P13).

FREQUÊNCIA	Nº	%
Não	23	90,3
Sim (+2anos)	1	3,2
Sim (+1ano)	2	6,4
Sim (8meses)	1	3,2
Sim (6meses)	1	3,2
Sim (3meses)	2	6,4

Tabela 7: Frequência de visitas ao dentista em relação ao tempo

Verificou-se que 30 crianças (96,8%) eram atendidas ns USF Grão Vasco desde o nascimento e apenas 1 criança não era acompanhada desde o nascimento, mas passou a ser há 01 ano, conforme dados captados na pergunta 15 (P15).

Em resposta a pergunta 16 (P16) – que indagava se a criança já havia sido levada ao dentista e, em caso positivo, quando havia sido a última consulta, 23 responderam que não (74,2%), 1 respondeu que havia levado a criança ao dentista há 02 anos, 2 responderam que haviam levado a criança ao dentista há 01 ano (6,4%), 1 havia levado há 8 meses atrás (3,2%), 2 haviam levado à consulta há 6 meses (6,4%), e 2 haviam levado há três meses atrás.

No índice CPO/ceo foi verificado que 28 crianças (90,3%) das crianças estavam isentas de cárie, 1 criança tinha 1 cárie (3,2%), 1 criança tinha 2 cáries (3,2%) e 1 criança tinha 3 cáries (3,2%) O Índice de CPO/ceo encontrado, então, foi de 0,19 com desvio padrão de 0,654.

Nº de crianças	Nº de cáries	% dentes cariados
28	0	90,3
1	1	3,2
1	2	3,2
1	3	3,2

Tabela 8: Número de cáries e percentual de dentes cariados por criança

4. DISCUSSÃO

Embora sejam preveníveis, as doenças orais encontram-se entre as doenças mais comuns no mundo atual^{50,82}. Na idade pré-escolar, a CPI tem sido a doença mais prevalente, possuindo variação nos valores de prevalência, que se mostram mais elevados em populações carentes^{83,84}.

Há muitos estudos epidemiológicos publicados acerca da CPI, porém realizar uma comparação eficaz não tem sido uma tarefa fácil, uma vez que a prevalência da CPI, na maioria dos estudos, tem seus riscos calculados em estudos transversais e realizados em pequena amostra populacional e com uma faixa etária muito ampla. Além disso, há diversas variantes de um estudo para o outro, havendo diferenças desde os critérios e a própria definição da doença, até a metodologia e as condições de coleta dos dados, assim como o material utilizado. Inesperadamente, tais variações não são descritas nos trabalhos publicados, dificultando a realização de estudos comparativos⁸⁵.

Neste aspecto, na presente pesquisa, foram encontradas limitações uma vez que as informações foram colhidas numa USF com atendimento geral dos membros das famílias e não somente de crianças. Um outro fator limitante foi a faixa etária das crianças participantes, muito restrita, que gerou um número irrisório de entrevistados.

Dentre os vários estudos de prevalência da CPI, grande parte realizou-se em países desenvolvidos e esses demonstraram que nas últimas décadas houve uma diminuição na cárie precoce da infância^{86,87,88}. Em concordância, foi o quadro encontrado na USF Grão Vasco, onde, dentre 31 crianças - de 0 a 6 anos de idade – apenas 3 sofriam da doença cárie (CPO/ceo 0,19). No Reino Unido e nos EUA, num período de 20 anos, os inquéritos nacionais de saúde oral, revelaram uma discreta diminuição na cárie da infância até os 5 anos⁸².

Estudos acerca da prevalência da CPI são raramente encontrados em Portugal, existindo apenas alguns poucos publicados, realizados em populações restritas. Em 2002, foi realizado um estudo na zona de Alcântara onde foi observada uma incidência de cárie de 17,9% aos 3 anos de idade; de 21% aos 4 anos de idade e de 37,7% aos 5 anos de idade, na população pré-escolar²⁹. No ano de 2009, num outro estudo realizado em crianças de 3 a 5 anos também na zona rural de Alcântara, foi observada uma prevalência geral de 48,1%⁶⁰. Neste último estudo, realizado numa

população mais carenciada, foram obtidos os indicadores mais preocupantes, com CPI prevalente em 64,9% e CPO de 2,8. Os dentes decíduos cariados encontrados, em sua maioria, não apresentaram tratamento dentário. Já na população turbada de Matosinhos, foi encontrada CPI com prevalência de 15%, na faixa etária de 1 a 5 anos⁵⁹. Em uma população de Jardim da Infância, no Porto, a prevalência de CPI foi de 34,6%. Os resultados dessas pesquisas se assemelharam a outros encontrados na Europa, em países como a Itália, Escócia e Alemanha. Já os índices relatados noutros países europeus, como Grécia e Reino Unido mostraram-se discretamente mais elevados²⁹.

A meta europeia para o ano de 2020, proposta pela OMS, ainda esta distante para Portugal que ainda terá de lutar para alcançar que, pelo menos 80% de suas crianças com 6 anos de idade sejam livres de cárie.^{20, 21}.

Nos resultados da presente pesquisa, porém, detectou-se uma taxa muito baixa de CPI (9,7%) das crianças estudadas. Essa diferença encontrada demonstra que a região é diferenciada e isso sugere a necessidade de novos estudos epidemiológicos nesta população, abrangendo um numero maior de participantes, para que possamos identificar a causa de tal fato, uma vez que, na literatura, a cárie permanece ocupando o lugar da doença oral mais frequente em todos os grupos etários da população Portuguesa, e a causadora principal de perda de dentes.

Os principais causadores da CPI são reunidos em grupos, quais sejam: os sociodemográficos; os relacionados com os comportamentos de saúde oral; conhecimentos, crenças e atitudes dos pais relativamente à saúde oral; os da colonização por *Streptococcus mutans* (SM) e, por último, aquele relacionado a maturação dentária e defeitos do esmalte⁶⁵.

Dentre os fatores de risco detectados em estudo realizado na primeira infância, encontravam-se os socio-demográficos como aqueles que mais contribuem para a ocorrência da CPI. Estes fatores influenciam noutros níveis de causalidade, seguindo uma cadeia etiológica, que compreende desde os aspectos relativos ao comportamento ou estilo de vida, até os hábitos de aleitamento, dieta, higiene oral, consumo de flúor, além dos aspectos biológicos individuais. Esta relação pode ser associada a razões financeiras e sociais, que levam a obstáculos no acesso aos cuidados e práticas relacionadas com a saúde oral⁶⁵.

Segundo autores como Ravera et al., (2012) e Heaton et al., (2017)^{90, 91} a classe de indivíduos com baixo nível socioeconómico parece apresentar, ainda, os hábitos mais prejudiciais em saúde oral, com consumo demasiado de açúcar e desinteresse na busca dos serviços preventivos, mesmo quando o acesso é gratuito.

No presente estudo, essa realidade não foi verificada, uma vez que as crianças pertencentes às famílias com menor rendimento não corresponderam às daquelas nas quais foram detectadas cáries. Estas famílias tinham uma renda média de 1500€.

Na Dinamarca, num estudo realizado, verificou-se que, nos locais onde o acesso ao atendimento de saúde oral é gratuito para todos, também foram detectadas diferenças nos resultados dentro das distintas classes sociais, demonstrando que não basta o livre acesso aos serviços de saúde oral, pois as questões culturais, as crenças sobre saúde oral e, ainda, a literacia em saúde oral podem estar na base do acesso aos serviços de medicina dentária^{21, 91, 92}. Já nos países onde há níveis elevados de educação, como a Noruega, e o sistema de saúde oferece atendimento à saúde gratuito, a prevalência de cárie dentária é relativamente baixa⁹³.

Porém, nem sempre o alto nível intelectual gera comportamentos corretos. Um estudo sobre conhecimentos dos pais, atitudes e práticas relativas à CPI, realizado na Malásia, concluiu que, embora os pais tivessem demonstrado um bom nível de conhecimentos, eles apresentavam comportamento prejudicial em relação aos cuidados de saúde oral de suas crianças⁹⁴.

Num outro estudo, foi referido que, num contexto social de crianças vinculadas a mães solteiras, há uma tendência maior ao surgimento de cárie devido a frequentes dificuldades financeiras enfrentadas e devido às barreiras no acesso a cuidados dentários⁹⁵. Houve, ainda, uma vinculação de CPI às crianças que apresentam cinco ou mais pessoas compondo sua família^{29, 91, 96}. Este contexto pode ser atribuído a uma maior dificuldade dos pais no acompanhamento das rotinas e tarefas de todos os filhos simultaneamente^{91, 96}.

Neste trabalho os entrevistados não foram indagados acerca do núcleo familiar, com relação à quantidade de membros e se ambos os pais das crianças moravam juntos na mesma casa, o que se constituiu um viés nos resultados.

Ainda como resultado às perguntas realizadas, foram detectadas cáries em três crianças na faixa etária de 2 a 3 anos de idade, o que corroborou com as

pesquisas de Milgrom et al, 2000 e de Tsai et al 2006^{97,98} que demonstraram uma diferença considerável dos valores de prevalência de cárie e de sua gravidade quando observada a faixa etária de 2 a 3, em comparação a faixa etária de 4 a 5 anos. Percebe-se, portanto, que a nítida diferença do índice ceo nestas idades, pode ter um grande peso na decisão do momento de aplicação das estratégias de promoção da saúde oral, indicando que, estas, devem ser iniciadas antes dos 4 anos de idade.

O ECOHIS é um questionário utilizado como método avaliador da qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança e foi validado em vários países em suas diferentes versões. A versão em Português, já validada, foi publicada num artigo científico sobre uma pesquisa realizada no Brasil e consta do português falado no Brasil. A versão do ECOHIS em português, falado em Portugal, ainda não foi validada, tendo esta pesquisa lançado mão de uma adaptação à versão brasileira existente.

Como resultado dos dados colhidos pelo ECOHIS, foi demonstrado uma incidência alta de relatos parentais acerca de dores nos dentes, na boca ou nos maxilares das crianças (P1), porém o incômodo foi narrado como vinculado especificamente à sintomatologia de erupção dos dentes e não à cáries presentes.

Concordando com este achado, Vasques et al., 2010⁹⁹ observaram nos seus que, durante a erupção de dentes decíduos, houve manifestações locais e/ou sistêmicas descritas por 89,65% das mães entrevistadas, porém os profissionais mais procurados nessa ocasião eram os médicos e não os médicos dentistas. Este fato, pode ser considerado um fator dificultador na obtenção de informações e revela a importância do médico geral de família para referir para o dentista, além de sua importância na prevenção.

Quando indagados se alguma vez a criança já havia sido levada à consulta com um(a) médico dentista (P16), 74,2% dos pais/mães responderam que ainda não haviam levado as suas crianças. É comum os pais de crianças pequenas não levarem os seus filhos ao dentista antes dos 3 anos de idade e ignorarem o quão grave se podem tornar os problemas dentários, levando a dor, dificuldade em comer e comprometimento da estética. Estes parecem ser os primeiros sintomas percebidos pelos os pais quanto à necessidade de cuidados de Medicina Dentária¹⁰⁰

Nessa percepção parental tardia, quando as crianças chegam a primeira consulta com médico dentista, já encontram-se instalados os hábitos prejudiciais à

saúde oral, sendo difícil corrigi-los. Quanto mais tardia for a primeira consulta da criança, maior a probabilidade de apresentar um quadro mais grave de cárie^{100, 101}

Diante disso, a visita regular a um profissional de saúde oral é importante para que se possa realizar prevenção, efetuar um diagnóstico precoce e tratar, atempadamente, toda lesão inicial.

5. CONCLUSÃO

Neste trabalho onde os dados foram recolhidos com a aplicação do questionário ECOHIS nos pacientes atendidos na USF Grão Vasco, não foi encontrada evidência de comprometimento da qualidade de vida associada à existência de CPI. A recolha de dados foi realizada em 31 crianças das quais 3 apresentavam cáries (um número incipiente para auferir e produzir informações epidemiológicas). Tal contexto demanda que novas pesquisas sejam realizadas para complementação e confirmação deste trabalho.

A limitação identificada no uso do ECOHIS, porém, foi a inexistência de uma tabela de resultados deste, na qual constasse uma associação quantitativa/qualitativa aos números das respostas obtidas em pesquisas, possibilitando a realização de afirmações.

No perfil sócio - demográfico das famílias das crianças com CPI, não foi encontrada correlação entre os achados e a literatura existente, uma vez que o rendimento das famílias identificado variou entre 1000,00 € e 1500,00 €, o que é considerado um vencimento médio, se comparado àquele das publicações existentes, que associam cárie precoce a baixos rendimentos financeiros. Não foi identificada, ainda, uma correlação entre as habilitações literárias – que foram altas - dos pais das crianças, com a baixa escolaridade citada na literatura, associada às famílias das crianças portadoras de cáries.

Diante do exposto, o perfil das famílias atendidas na USF Grão Vasco parece ser diferenciado, tendo em vista que tanto as habilidades literárias quanto os rendimentos auferidos são superiores, sugerindo que a região onde se situa pode ser um local privilegiado, até mesmo, na excelência dos cuidados preventivos e acompanhamento.

6. REFERÊNCIAS

- 1- World Health Organization : WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946.
- 2- Organização Mundial da Saúde, 2012, *Health 2020: the European policy for health and well-being*. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.
- 3- FDI,2016 - <file:///C:/Users/Pc%20User/Desktop/Vanessa%20UCP/FDI%202016.html>
- 4- Allen PF. (2003). Assessment of Oral Health Related Quality of Life. Health and Quality of Life Outcomes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1–8. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186%2F1477-7525-1-40>.
- 5- WHO- World Oral Health Report 2003. *World Health Organization*, 1–38. <https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>.
- 6- Silveira, M. F., Marôco, J. P., Freire, R. S., Martins, A. M. E. de B. L., & Marcopito, L. F. (2014). Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(6), 1169–1182. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00072013>.
- 7- Patel, R. (2012). The state of oral health in Europe. *Platform for Better Oral Health in Europe*, (September), 1–66. <https://doi.org/10.1163/156853010X510807>.

- 8- Baiju, R., Peter, E., Varghese, N., & Sivaram, R. (2017). Oral health and quality of life: Current concepts. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(6), ZE21-ZE26. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25866.10110>.
- 9- Gomes JAR, Teixeira MC, Paçô TP, (2015). Preditores Clínicos da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Idosos Diabéticos Clinical Predictors of Oral Health-Related Quality of Life in Older Adults with Diabetes Preditores Clínicos de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal e. *Abstract Resumen*, 81–89. <https://doi.org/10.12707/RIV15002>.
- 10-Ravindran, R., Deepa, M., Sruthi, A., Kurivila, C., Priya, S., Sunil, S., Roopesh, G. (2015). Evaluation of Oral Health in Type II Diabetes Mellitus Patients. *Oral and Maxillofacial Pathology Journal*, 6(1), 525–531.
- 11-Niesten, D., Van Mourik, K., & Van Der Sanden, W. (2012). The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-839>.
- 12-Megari, K. Pothakos, V., Devlieghere, F., Villani, F., Björkroth, J., Ercolini, D., Casaburi, A.,(2015). on Co M M Er Ci Al Us E on L on Er Al. *Food Microbiology*, 45(3), 394–401. <https://doi.org/10.4082/hpr.2013.e27>.
- 13-Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS Medicine*, 9(6), 19. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>.
- 14-Jin, L. J., Lamster, I. B., Greenspan, J. S., Pitts, N. B., Scully, C., & Warnakulasuriya, S. (2016). Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Diseases*, 22(7), 609–619. <https://doi.org/10.1111/odi.12428>.

- 15-Vassallo, P. (July 2016) - Oral Health and General Health : Putting the mouth back in the body. The Platform for Better Oral Health in Europe. 1–4.
- 16-Glick, M., Silva, O. M. da, Seeberger, G., Xu, T., Pucca, G., Williams, D. Séverin, T. (2012). Conduzir o Mundo a uma Otima Saude Oral FDI Visão 2020 Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. Retrieved from <https://www.ond.pt/noticias/2012/09/fdivisao2020pt.pdf>.
- 17- Ragghianti, M. S., Greggi, S. L. A., Lauris, J. R. P., Sant’Ana, A. C. P., & Passanezi, E. (2005). Influence of age, sex, plaque and smoking on periodontal conditions in a population from Bauru, Brazil. *Journal of Applied Oral Science*, 12(4), 273–279. <https://doi.org/10.1590/s1678-77572004000400004>
- 18-Goulart, A. C., Armani, F., Arap, A. M., Nejm, T., Andrade, J. B., Bufarah, H. B., & Dezen, D. H. S. (2017). Relação entre doença periodontal e fatores de risco cardiovascular em brasileiros jovens e de meia-idade. Estudo transversal. *Sao Paulo Medical Journal*, 135(3), 226–233. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0357300117>
- 19-Madeira, F. B., Filgueira, D. A., Bosi, M. L. M., & Nogueira, J. A. D. (2018). Lifestyle, habitus, and health promotion: Some approaches. *Saude e Sociedade*, 27(1), 106–115. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170520>
- 20-DGS. (2015). III Estudo de Prevalência das Doenças Orais. *Direção Geral Da Saúde, Novembro*, 1–154.
- 21-Regra, D. (2011). Promoção da saúde oral: uma experiência de prevenção de cárie num concelho rural, 1–112.
- 22-Walter, S. - Holistic Health. Anaheim: American Holistic Health Association, 2017. Disponível em <https://ahha.org/selfhelp-articles/holistic-health/>)

- 23-SISCHO, L. ; BRODER, H. L. - Oral Health-related Quality of Life. **Journal of Dental Research**. 90:11 (November 2011) 1264–1270.
- 24-Arantes, D., Costa, N., Resende, T., Mikulas, K., Júnior, P. da S., Brito, R., ... Corrêa, L. (2018). Dental approach of orofacial pain in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 10(11), e1082–e1090. <https://doi.org/10.4317/jced.55311>
- 25-Thakur, N., Bagewadi, A., Keluskar, V., Post, G., & Student, ‡m D S D S. (2011). Holistic dentistry: Natural approaches to oral health. *J Int Oral Health*, 3, 9–13. Retrieved from www.ispcd.org
- 26-Laranjo E, Baptista S, Norton A A, Macedo A P,(2017). A cárie precoce da infância:uma atualização; Rev Port Med Geral Fam;33:426-9
- 27- Journal, A. M. B. (2015). Scholars Bulletin Holistic Dentistry : Natural approaches to Oral Health, 10, 267–270.
- 28-AAPD. (2014). Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY RECOMMENDATIONS: BEST PRACTICES 205 Review Council Council on Clinical Affairs, 205–212. Retrieved from https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_cariesriskassessment.pdf
- 29-Bernardo M, Mendes S (2015). Early Childhood Caries in pre-school children of Lisbon (International Caries Detection and Assessment System II criteria). Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, UICOB – unidade I&D n° 4062 da FCT, Lisboa, Portugal).
- 30-Ferreira, M. C., RAMOS-JORGE, M. L., MARQUES, L. S., & FERREIRA, F. de O. (2017). Dental caries and quality of life of preschool children: discriminant

- validity of the ECOHIS. *Brazilian Oral Research*, 31(0), 1–10. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0024>
- 31-Niesten, D., Van Mourik, K., & Van Der Sanden, W. (2012). The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-839>.
- 32-Locker, D., & Allen, P. (2003). Assessment of oral health quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-40>.
- 33-Bennadi D., Reddy C. V. K (2017). Health-Related Quality of Life. *Pediatric Oncology*, (9783319336770), 735–747. https://doi.org/10.1007/978-3-319-33679-4_30
- 34-Hernández, R., Calderón, R., Fernández, J., & Cueto, A. (2006). Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. *Rcoe*, 11(2), 181–191. <https://doi.org/10.4321/S1138-123X2006000200003>
- 35-Esteves, I. (2005). Saúde Oral No Jardim De Infância : Um Projecto, 1148–1164.
- 36-Pahel, B. T., Rozier, R. G., & Slade, G. D. (2007). Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-6>
- 37-Bica, Isabel; Duarte, João; Camilo, Ana; Jesus, Ana; Ferreira, Carla;Oliveira, Filipa & et al. (2014). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral:Percepção Parental das Crianças em Idade Pré-Escolar. *Millenium*, 47 (jun/dez). Pp. 141-152.

- 38-Feitosa, S., Colares, V., & Pinkham, J. (2005). As repercussões psicossociais da cárie severa em crianças aos quatro anos de idade em Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1550–1556.
- 39-Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. (2003) Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent*;63:67–72.
- 40- McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. (2004).Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol*; 32:81-5.
- 41-Afonso, A. C., & Silva, I. (2015). Qualidade De Vida Relacionada Com Saúde Oral E Variáveis Associadas: Revisão Integrativa, 16(3), 311–330.
- 42-Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. (2003) Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*.;25:431–440.
- 43-Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. (2016). Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. *Einstein (São Paulo)* vol.14.
- 44-Engle PL. Maternal mental health: program and policy implications. *J Clin Nutr* 2009; 89(3):963-970).
- 45-Lordelo EDR, Fonseca AL, Araújo MLVD.(2000)Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicol. Reflex. Crit*; 13(1):73-80.
- 46-Cerqueira MMD, Nascimento ED.(2008). Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde. *Psico USF*; 13(2):253-263).

- 47-Perosa VH, Benzaquen GP.(2017). Dental decay in 5-year-old children: sociodemographic factors, locus of control and parental attitudes. *Ciênc. saúde colet.* 22 (1) <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.13582015>)
- 48-Lampert L; Bavaresco C, (2017) LAMPERT, L e BAVARESCO, CS. Atendimento odontológico à gestante na atenção primária. *RSC online*, 6 (1): p 81 - 95.
- 49-Abanto, J., Carvalho, T. S., Mendes, F. M., Wanderley, M. T., Bönecker, M., & Raggio, D. P. (2011). Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(2), 105–114. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00580.x>
- 50-da Cunha, I. P., Pereira, A. C., Frias, A. C., Vieira, V., de Castro Meneghim, M., Batista, M. J., Bulgareli, J. V. (2017). Social vulnerability and factors associated with oral impact on daily performance among adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0746-1>
- 51-Bijella MFTB. (1999). The importance of oral health education in preventive programs for children. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebês*. 1999;2(6):127-31).
- 52-Franzin LC, Bijella MF.(2005). Conhecimento de um grupo de mães sobre a saúde bucal de seus filhos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebês*.;8(45/46):333-41).
- 53-Monteiro, A. R. G. (2018). Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em pacientes com diabetes tipo 2: relação com variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, 120.
- 54-Almeida Filho N. (2003). O conceito de saúde:ponto-cego da epidemiologia. *Rev Bras Epidemiol*. 3(1-3):4-20

- 55-Melo, P., Marques, S., & Silva, O. M. (2017). Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *International Dental Journal*, 67(3), 139–147. <https://doi.org/10.1111/idj.12273>.
- 56-Almeida CM, Emílio MC, Möller I, Marthaler T. (1991). 1º Inquérito Nacional Explorador de Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral. III Parte. *Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilofacial*.;32:9-22.
- 57-Almeida CM. (1997)As doenças da cavidade oral nos jovens portugueses: estudo epidemiológico. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*.;23:5-178.
- 58- Almeida CM, Petersen PE, André SJ, Toscano A. (2003) Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health*.;20:211-216.
- 59-Vasconcelos, N. P. De, Melo, P., & Gavinha, S. (2004). Estudo dos Factores Etiológicos das Cáries Precoces da Infância numa População de Risco. *PubMed*, 45, 69–77.
- 60-Mendes S, Rodrigues JD, Abukumail N, Guerreiro AB, Bernardo M. (2009)Prevalência e gravidade de cárie dentária em três jardins de infância da freguesia de Alcântara. *Rev PortEstomatol Cir Maxilofac*.;50:175.
- 61-Alves CM. (2009). Estudo de Prevalência de Cárie precoce na infância em crianças dos 3 aos 5 anos de idade em Vila Franca de Xira (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.
- 62-Diário de Notícias,(2019) <https://www.dn.pt/sociedade/interior/estudo-mostra-que-45-das-criancas-portuguesas-com-6--anos-tem-caries-dentarias-8682281.html>. Acessado em 25/06/2019, 11:08h.

- 63-Nunes NA, Nunes LM. (2018). Avanços na Política de Saúde Bucal em Portugal
Ciência & Saúde Coletiva 11(4):25-39, DOI: 10.18569/tempus.v11i4.2403
- 64-Dye, B. A., Arevalo, O., & Vargas, C. M. (2010). Trends in paediatric dental caries by poverty status in the United States, 1988-1994 and 1999-2004. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(2), 132–143. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.01029.x>
- 65-Hajishengallis, E., Parsaei, Y., Klein, M. I., Koo, H., Paulista, U. E., & Paulo, S. (2018). HHS Public Access, 32(1), 24–34. <https://doi.org/10.1111/omi.12152.Advances>.
- 66-Monteiro BR, Pisco AMSA, Cadoso F, Bastos S, Reis M.(2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa .Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):725-736.
- 67-Ordem dos Médicos Dentistas (OMS). (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar 2 PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que ur, 29.
- 68-Filipa, C., & Libânio, P. (2018). Acesso a cuidados de saúde oral.
- 69-Malta D, Neto O, Silva M, Rocha D, Castro A, Reis A, Akerman M.(2016). Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciência e Saúde Coletiva. ; 21(6):1683-1694.
- 70-Portugal. Despacho n.º 153/2005, de 5 de janeiro. Diário da República, 2.ª série; 153.)90 (Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº13. Lisboa: Ministério da Saúde; 2013).

- 71-DGS - Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº8, de 20 de abril de 2010. Lisboa: Ministério da Saúde; 2010^a)
- 72-Despacho n.º 4324/2008, de 22 de janeiro. Diário da República, 2.^a série; 35).
- 73-Portugal. Despacho n.º 686/2014, de 6 de janeiro. Diário da República, 2.^a série; 10.)
- 74-Portugal. Despacho n.º 8591-B/2016, de 1 de julho. Diário da República, 2.^a série; 125.
- 75-Portugal. Programa do XXI Governo Constitucional: saúde. Lisboa: Governo de Portugal; 2015.
- 76-Portugal. Despacho n.º 153/2005, de 5 de janeiro. Diário da República, 2.^a série; 153.
- 77-Plano de Ação – USF Grão Vasco 2016-2018)
- 78-Artigo visto em Salários em Portugal ainda abaixo dos níveis de 2000 (Dinheiro Vivo.Acessado em (<https://www.idealista.pt/news/financas/mercado-laboral/2018/11/27/38033-salarios-dos-portugueses-ainda-abaixo-dos-valores-de-2000>).Acessado em 17/05/2019 às 13:42h
- 79-Dados de acordo com a versão 2013 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS). Fontes/Entidades: INE, PORDATA.Última actualização: 2017-11-13).
- 80-Fontes/Entidades: GEP/MTSSS (até 2009) | GEE/MEc (2010 a 2012) | GEP/MSESS, MTSSS (a partir de 2013), PORDATA Última actualização: 2019-01-02)

- 81-Moraes SNS, Arsenian MB, Tucci R.(2014). Avaliação clínica e utilização do índice CPO-D/“ceo-d” em crianças da Escola Municipal José Carlos Porto-Paraty/RJ. *J Health Sci Inst.*32(3):235-4.
- 82- Arora, A., Scott, J. A., Bhole, S., Do, L., Schwarz, E., & Blinkhorn, A. S. (2011). Early childhood feeding practices and dental caries in preschool children: A multi-centre birth cohort study. *BMC Public Health*, 11(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-28>.
- 83- Mobley, C., Marshall, T. A., Milgrom, P., & Coldwell, S. E. (2009). The Contribution of Dietary Factors to Dental Caries. *Academic Pediatrics*, 9(6), 410–414. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.09.008>.The.
- 84- Hajishengallis, E., Parsaei, Y., Klein, M. I., Koo, H., Paulista, U. E., & Paulo, S. (2018). HHS Public Access, 32(1), 24–34. <https://doi.org/10.1111/omi.12152>.Advances.
- 85- Agbaje J, Lesaffre E, Declerck D. (2012). Assessment of caries experience in epidemiological surveys: a review. *Community dental health.*;29(1):14-9.
- 86- [Bönecker M](#), [Machado Ardenghi T](#), [Butini Oliveira L](#), et al. (2010) Trends in dental caries in 1- to 4-year-old children in a Brazilian city between 1997 and 2008. *International Journal of Paediatric Dentistry* 20(2) 125-13. DOI: [10.1111/j.1365-263X.2009.01030.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.01030.x)
- 87- Lenčová, E., Pikhart, H., & Broukal, Z. (2012). Early childhood caries trends and surveillance shortcomings in the Czech Republic. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-547>.

- 88- Carvalho, J. C., Figueiredo, M. J., Vieira, E. O., & Mestrinho, H. D. (2009). Caries trends in Brazilian non-privileged preschool children in 1996 and 2006. *Caries Research*, 43(1), 2–9. <https://doi.org/10.1159/000181151>.
- 89- Cangussu, M. C., Cabral, M. B. B. de S., Mota, E. L. A., & Vianna, M. I. P. (2016). Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador - BA. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 16(1), 57–65. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100007>.
- 90- Ravera, E., Sanchez, G. A., Squassi, A. F., & Bordoni, N. (2012). Relationship between dental status and family, school and socioeconomic level. *Acta Odontológica Latinoamericana: AOL*, 25(1), 140–149. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84867894020&partnerID=40&md5=987a5dee6c0fd630cc8d268469ff0d61>.
- 91- Heaton, B., Crawford, A., Garcia, R. I., Henshaw, M., Riedy, C. A., Barker, J. C., & Wimsatt, M. A. (2017). Oral health beliefs, knowledge, and behaviors in Northern California American Indian and Alaska Native mothers regarding early childhood caries. *Journal of Public Health Dentistry*, 77(4), 350–359. <https://doi.org/10.1111/jphd.12217>.
- 92- Divaris, K. (2016). Predicting Dental Caries Outcomes in Children. *Journal of Dental Research*, 95(3), 248–254. <https://doi.org/10.1177/0022034515620779>.
- 93- Wigen, T. I., & Wang, N. J. (2012). Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Norsk Epidemiologi*, 22(1), 13–19.
- 94- Prakash, P., Subramaniam, P., Durgesh, B. H., & Konde, S. (2012). Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. *European Journal of Dentistry*, 6(2), 141–152. Retrieved

from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22509116%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3327493>.

- 95- Jain, M., Namdev, R., Bodh, M., Dutta, S., Singhal, P., & Kumar, A. (2015). Social and Behavioral Determinants for Early Childhood Caries among Preschool Children in India. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 9(2), 115–120. <https://doi.org/10.15171/joddd.2014.023>.
- 96- Council, R. (2016). Review Council Council on Clinical Affairs, (6), 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.tet.2010.01.028>.
- 97- Milgrom, P., Riedy, C. A., Weinstein, P., Tanner, A. C. R., Manibusan, L., & Brass, J. (2000). Dental caries and its relationship to bacterial infection, hypoplasia, diet, and oral hygiene in 6- to 36-month-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(4), 295–306. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.280408.x>.
- 98- Tsai, A. I., Chen, C. Y., Li, L. A., Hsiang, C. L., & Hsu, K. H. (2006). Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34(6), 437–445. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00293.x>.
- 99- Vasques, E., Vasques, E., Carvalho, M. G., Oliveira, P., Granville-Garcia, & Costa, E. (2010). Manifestações relacionadas à erupção dentária na primeira infância – percepção e conduta de pais. *RFO, Passo Fundo*, 15(2), 124–128.
- 100- Dabawala, S., Suprabha, B. S., Shenoy, R., Rao, A., & Shah, N. (2017). Parenting style and oral health practices in early childhood caries: a case–control study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 27(2), 135–144. <https://doi.org/10.1111/ipd.12235>.

- 101- Kuppan, A., Rodrigues, S., Samuel, V., Ramakrishnan, M., Halawany, H. S., Abraham, N. B., Anil, S. (2017). Prevalence and Heritability of Early Childhood Caries Among Monozygotic and Dizygotic Twins. *Twin Research and Human Genetics*, 20(1), 43–52. <https://doi.org/10.1017/thg.2016.96>.

7. ANEXOS



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Nº

Caro(a) Senhor(a):

Gostaria de convidá-lo(a) a participar no estudo sobre “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral de Crianças na Idade Pré-escolar” a ser realizado na Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco, por Vanêssa Pedrosa Peres - aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde de Viseu da Universidade Católica Portuguesa.

O objetivo deste estudo é identificar a existência de fatores que interfiram na qualidade de vida da criança em relação à sua saúde oral. A sua participação é muito importante e consiste em responder a perguntas de um questionário e a examinar brevemente a boca da sua criança.

A participação no estudo é totalmente voluntária e pode, em qualquer momento, desistir, sem apresentar justificações e sem prejuízo de relacionamento com o médico e demais profissionais de saúde. As informações serão utilizadas somente para os fins deste estudo, na tese, e para publicações científicas. Os dados serão tratados com sigilo e confidencialidade, de modo a preservar os dados pessoais, de acordo com a legislação em vigor.

Esclarecemos ainda que a sua participação não é remunerada.

Se tiver alguma dúvida ou se necessitar de mais esclarecimentos poderá contactar a investigadora responsável, Dr^a Patrícia Correia (email: patricia.correia@kcl.ac.uk) ou a orientadora Dr^a Inês Coelho, médica de Medicina Geral e Familiar na USF Grão Vasco.

Obrigada pela sua atenção

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS
DE INVESTIGAÇÃO** (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo). **Nº**

Título do estudo: Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida da Criança - Percepção Parental.

Enquadramento: Estudo realizado pela aluna Vanêssa Pedrosa Peres, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) em Viseu, através de recolha de dados de crianças na USF Grão Vasco- Unidade de Saúde III, em Viseu, sob a orientação da Profa. Dra. Patrícia Correia.

Explicação do estudo: A recolha de dados será realizada com a aplicação do questionário ECOHIS aos pais ou responsáveis das crianças até aos 06 anos de idade e através de exame intra-oral com anotação de CPO.

Condições e financiamento: O estudo é de carácter voluntário não havendo prejuízos assistenciais ou outros, caso o paciente não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: O estudo terá carácter de confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; anonimato será garantido (não existe registo de dados de identificação).

Caso deseje contribuir com este estudo, favor assinar este Consentimento Informado.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s de quem pede consentimento: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____ **Nasc.** _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BI/CC N.º: _____

DATA OU VALIDADE ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 01 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A ,
OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.



Questionário de Estudo sobre “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral de Crianças na Idade Pré-escolar”

1- ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 - Gênero da criança : 1- Feminino ☐ 2 - Masculino ☐

1.2 - Idade _____

1.3 – Área de residência:

1- Aldeia ☐ 2-Vila ☐ 3- Cidade ☐

1.4 – Tipo de residência em que o acompanhante e a criança residem:

1- Instituição particular de solidariedade pessoal ☐ 2- Instituições privadas ☐
3- com a sua família em imóvel próprio ☐ 4 - Vive com a sua família em imóvel arrendado ☐

1.5 – Grau de parentesco do acompanhante responsável pela criança

1- Pai /Mãe ☐ 2-Avó/Avô ☐ 3- Tio/Tia ☐ 4- Outra filiação ☐

5-Responsável legal ☐

1.6 – Habilitações literárias do acompanhante da criança

1-Não sabe ler, nem escrever ☐
2-Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe ☐
3-Fez exame da 4ª classe ☐
4-Completou o 9º ano, antigo 5º ano (Curso Geral do Liceu/Curso industrial/outro equivalente) ☐
5-Completou o 7º ano (curso complementar do Liceu) ☐
6-Completou o 12º ano ☐
7-Completou o Ensino Superior (Licenciatura/Mestrado) ☐
8-Completou Doutoramento ☐

1.7 - Rendimento Mensal do acompanhante

1) 500 euros ☐ 2) 500-1000 euros ☐ 3) 1000 – 1500 euros ☐ 4) > 2000 euros ☐



Questionário sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral de Crianças em Idade Pré-escolar (B-ECOHIS)

- 1 - A sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares?
- 2- A sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
- 3- A sua criança já teve dificuldade em comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
- 4- A sua criança já teve dificuldade em pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
- 5- A sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
- 6- A sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
- 7- A sua criança já se sentiu incomodada em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
- 8- A sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
- 9- A sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
- 10- Você ou outra pessoa da família já sentiu incomodado com os problemas dos dentes ou tratamentos dentários da sua criança?
- 11- Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança?
- 12- Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança?
- 13- A sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?
- 14- Qual a idade e gênero da sua criança?
- 15- Há quanto tempo a sua criança é consultada nesta USF ?
- 16- Já alguma vez levou a sua criança ao dentista? Se sim, quando foi a última vez?

1. Nunca	2. Quase nunca	3. Às vezes (de vez em quando)	4. Com frequência	5. Com muita frequência	6. Não sei
----------	----------------	--------------------------------	-------------------	-------------------------	------------



Assistente: _____

Registo do CPOD e/ou cpod[illegible]

Código		Condição
DD	DP	
A	0	Higido
B	1	Cariado
C	2	Rest. c/ cárie
D	3	Rest. s/ cárie
E	4	Ausente p/ cárie
-	5	Ausente (outro)
F	6	Selante
G	7	Prótese, Implante
-	8	Não erupcionado
T	T	Traumatismo
-	9	Não registrado