



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA-PORTO-VISEU

**CONHECIMENTO DOS MEIOS DE PREVENÇÃO DA CÁRIE  
DENTÁRIA POR PARTE DOS PAIS DOS UTENTES  
PEDIÁTRICOS**

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

Por:

Rita Pimenta Martinho Grão

Viseu, 2019





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA-PORTO-VISEU

**CONHECIMENTO DOS MEIOS DE PREVENÇÃO DA CÁRIE  
DENTÁRIA POR PARTE DOS PAIS DOS UTENTES  
PEDIÁTRICOS**

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

Por:

Rita Pimenta Martinho Grão

Orientador:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Nunes Correia

Coorientador:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Silva

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria del Rozario Garcillán

Viseu, 2019

*Quem quis sempre pôde*

Canto IX Os Lusíadas, Luís Vaz de Camões

## **Agradecimentos**

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a elaboração deste trabalho, gostaria de demonstrar o meu agradecimento.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Nunes Correia pela orientação dada, por todo o apoio, disponibilidade e incentivo demonstrados.

Às minhas Coorientadoras, Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Silva e Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria del Rozario Garcillán por toda a ajuda e orientação.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Couto e ao Prof. Doutor Nélio Veiga, docentes do curso de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, pela simpatia e ajuda na distribuição/preenchimento dos questionários.

Às clínicas dentárias que ajudaram na aplicação dos questionários que serviram de base a este estudo, nomeadamente:

- Em Portugal, Easy Smile, Smile Studio, Oris Clinic e Clínica Mais Dental, em Coimbra; Clínica Médica e Dentária Gisela Sousa, em Viseu e Clínica Belavista em Vale de Cambra;

- Em Espanha, Ortodoncia Gran Vía 51 e Dental Denche Clinica Dental, em Madrid.

A todos os participantes pela colaboração no preenchimento dos questionários.

Aos partidos PEV e PCP pela simpatia e disponibilidade.

À minha família, por todo o apoio, incentivo e paciência dispensados ao longo destes meses.

A todos, um sentido muito obrigada.

## Resumo

**Introdução:** O papel dos pais/cuidadores é determinante na implementação dos bons hábitos de saúde oral dos filhos e conseqüentemente na prevenção da cárie dentária.

**Objetivos:** Determinar o nível de conhecimento dos pais dos utentes pediátricos sobre os meios de prevenção da cárie dentária e os seus hábitos de higiene oral em Portugal e em Madrid; estabelecer um estudo comparativo entre as realidades dos dois países.

**Métodos:** Utilização de um questionário em português e em castelhano numa amostra de conveniência proveniente das clínicas dentárias da Universidade Católica Portuguesa de Viseu (UCP) e da Universidade Complutense de Madrid (UCM), bem como em clínicas privadas de Coimbra, Viseu, Vale de Cambra e Madrid. Foi criada uma base de dados e os resultados foram analisados com o Software científico IBM-SPSS, versão 25. O teste estatístico utilizado para fazer os cruzamentos das variáveis foi o teste do Qui-Quadrado, e foi utilizado um nível de significância estatística ( $p$ ), estipulado a 5% ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** A amostra englobou um total de 154 questionários, 116 portugueses e 38 espanhóis, que responderam a questões sobre hábitos de higiene oral, dieta e prevenção, assim como perguntas sobre os dados sociodemográficos do inquirido e da criança. A maioria das crianças tinha idade igual ou superior a 6 anos ( $P=96\%$  vs  $E=97,4\%$ ). No âmbito dos hábitos de higiene oral, verificou-se que a maioria dos portugueses e espanhóis escova os dentes duas vezes ao dia ( $P=72,4\%$  vs  $E=55,2\%$ ) ( $p < 0.05$ ), embora exista um número maior de espanhóis que o faz três ou mais vezes ao dia (34,2%) comparativamente com os portugueses (6,8%) ( $p < 0.05$ ). Conseqüentemente, verificou-se que a maior parte dos portugueses não escova os dentes à tarde (92,2%) ( $p < 0.05$ ). Relativamente à dieta, a população portuguesa referiu comer mais alimentos doces do que a população

espanhola (P=46,5% vs E=26,3%) ( $p < 0.05$ ). Finalmente, as crianças espanholas consultaram mais frequentemente o médico dentista, concretamente de seis em seis meses (E=52,8%; P=32,5%), enquanto que as portuguesas só o fizeram pelo menos uma vez por ano (P=57,9%; E=44,4%). O motivo dessas consultas é maioritariamente para controlo dentário (P=93,1% vs E=89,5%).

**Conclusão:** Ambas as populações estudadas mostraram um conhecimento satisfatório sobre os meios de prevenção da cárie dentária, embora não os apliquem na sua totalidade. Contudo, os espanhóis evidenciam-se positivamente em algumas atitudes preventivas em comparação com os portugueses. Para que no futuro a sociedade beneficie de uma boa saúde oral, é necessário continuar a investir na divulgação e na implementação de ações promotoras da saúde oral e no incentivo, desde cedo, às boas práticas de higiene oral, conducentes à prevenção de doenças orais.

**Palavras-chave:** Pacientes pediátricos; Transmissão vertical; Cárie dentária; Informação parental; Prevenção da cárie dentária

## **Abstract**

**Introduction:** Parents and carers have a significant role in establishing good oral health practices and preventing dental caries in their children.

**Aims:** Determine the level of knowledge of parents of pediatrics patients on caries prevention knowledge in Portugal and Spain and compare its findings.

**Methods:** A questionnaire in Portuguese and in Castilian was developed to collect the relevant information in the dental clinics of “Universidade Católica Portuguesa de Viseu (UCP) “ and “Universidade Complutense de Madrid (UCM)” as well as in private clinics in Coimbra, Viseu, Vale de Cambra and Madrid. A database was used and the results were analysed in SPSS, version 25. The statistical test used to cross the variables was the Chi-square test, and a statistical significance level ( $p$ ) was set at 5% ( $p<0.05$ ).

**Results:** A total of 154 questionnaires were obtained, 116 Portuguese and 38 Spanish. It included on oral health habits, diet and caries prevention, as well as sociodemographics. Most of the children were six years or over (P=96% vs S=97,4%). Regarding oral hygiene habits, it is verified that the majority of Portuguese and Spanish individuals in our sample brush their teeth twice a day (P=72,4% vs E=55,2%) although there is a greater number of Spanish brushing their teeth three or more times a day (34,2%) comparing to Portuguese (6,8%). The majority of Portuguese didn't appear to brush their teeth in the afternoon (92,2%). The Portuguese population reports higher consumption of sweets than the Spanish population (P=46,5% vs S=26,3%). Finally, Spanish children go more often to the dentist, every 6 months (P=32,5% vs S=52,8%) while Portuguese children go at least once a year (P=57,9% vs S=44,4%). These appointments are mainly for a routine check-up (P=93,1% vs S=89,5%).

**Conclusion:** Both populations presented a satisfactory knowledge of dental caries prevention, despite lacking on caries prevention habits. However, the Spanish participants appear to lead some of the caries prevention methods. Long-term oral health planning in a society and, particularly, in children requires continuous strategies for oral health promotion of good oral health practices leading to oral disease's prevention.

**Key words:** Pediatric patients; Vertical transmission; Dental caries; Parents information; Prevention of tooth decay

## Índice

Introdução .....	11
Material e Métodos .....	20
Resultados .....	23
Análise Descritiva – Portugal.....	23
Dados Sociodemográficos .....	23
Hábitos de Higiene Oral.....	24
Dieta .....	25
Prevenção.....	26
Análise Descritiva – Espanha.....	29
Dados Sociodemográficos .....	29
Hábitos de Higiene Oral.....	30
Dieta .....	31
Prevenção.....	32
Análise Comparativa .....	35
Discussão .....	39
Conclusão .....	43
Bibliografia .....	45
Apêndice .....	52
Propostas Partidárias .....	52
Os Verdes.....	52
PCP .....	53
I - Consentimento Informado – Versão Portuguesa .....	54
II - Questionário - Versão Portuguesa .....	56
III - Consentimento Informado – Versão Espanhola.....	65
IV - Questionário - Versão Espanhola .....	67
Anexos.....	75

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante as habilitações literárias do progenitor/cuidador.....	23
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante o rendimento mensal do progenitor/cuidador.....	24
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante o número de vezes que a criança escova os dentes por dia.....	24
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante a altura do dia em que a criança escova os dentes.....	24
<b>Tabela 5</b> - Distribuição da amostra portuguesa relativamente à ajuda que a criança tem na hora de escovar os dentes. ....	25
<b>Tabela 6</b> - Distribuição da amostra portuguesa relativamente ao que é utilizado pela criança na hora de escovar os dentes.....	25
<b>Tabela 7</b> - Distribuição da amostra portuguesa relativamente ao uso de pasta dentífrica com flúor pela criança .....	25
<b>Tabela 8</b> - Distribuição da amostra portuguesa relacionada com o consumo de alimentos doces. ....	25
<b>Tabela 9</b> - Distribuição da amostra portuguesa relacionada com a frequência de ingestão de alimentos doces.....	26
<b>Tabela 10</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante a experiência de cárie da criança.....	26
<b>Tabela 11</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante o conhecimento das causas da cárie dentária .....	27
<b>Tabela 12</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante o conhecimento das consequências da cárie dentária.....	27
<b>Tabela 13</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante o conhecimento dos meios de prevenção da cárie dentária .....	27
<b>Tabela 14</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante a preocupação com a saúde oral da criança .....	28
<b>Tabela 15</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante a primeira ida da criança ao dentista.....	28
<b>Tabela 16</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante a motivação das idas da criança ao dentista .....	28

<b>Tabela 17</b> - Distribuição da amostra portuguesa consoante a importância do flúor.....	29
<b>Tabela 18</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante as habilitações literárias do progenitor/cuidador.....	29
<b>Tabela 19</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante o número de vezes que a criança escova os dentes por dia.....	30
<b>Tabela 20</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante a altura do dia em que a criança escova os dentes.....	30
<b>Tabela 21</b> - Distribuição da amostra espanhola relativamente à ajuda que a criança tem na hora de escovar os dentes. ....	30
<b>Tabela 22</b> - Distribuição da amostra espanhola relativamente ao que é utilizado pela criança na hora de escovar os dentes.....	30
<b>Tabela 23</b> - Distribuição da amostra espanhola relativamente ao uso de pasta dentífrica com flúor pela criança .....	31
<b>Tabela 24</b> - Distribuição da amostra espanhola relacionada com o consumo de alimentos doces. ....	31
<b>Tabela 25</b> - Distribuição da amostra espanhola relacionada com a frequência de ingestão de alimentos doces.....	31
<b>Tabela 26</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante a experiência de cárie da criança.....	32
<b>Tabela 27</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante o conhecimento das causas da cárie dentária .....	32
<b>Tabela 28</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante o conhecimento das consequências da cárie dentária .....	33
<b>Tabela 29</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante o conhecimento dos meios de prevenção da cárie dentária .....	33
<b>Tabela 30</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante a preocupação com a saúde oral da criança.....	33
<b>Tabela 31</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante a primeira ida da criança ao dentista.....	34
<b>Tabela 32</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante as idas da criança ao dentista .....	34
<b>Tabela 33</b> - Distribuição da amostra espanhola consoante a importância do flúor.....	34

<b>Tabela 34</b> - Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola quanto à frequência de escovagem diária da criança.....	35
<b>Tabela 35</b> - Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola consoante a altura do dia em que a criança escova os dentes. ....	36
<b>Tabela 36</b> - Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola consoante o material utilizado pela criança na hora de escovar os dentes.....	36
<b>Tabela 37</b> - Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola relativamente à preocupação demonstrada pelos pais sobre a saúde oral das crianças.....	37
<b>Tabela 38</b> - Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola relativamente à ingestão frequente de alimentos doces pelas crianças. ....	37
<b>Tabela 39</b> - Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola relativamente aos meios de prevenção da cárie dentária .....	37

## 1. Introdução

De acordo com um estudo elaborado pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), em 2017, 45% das crianças portuguesas com 6 anos de idade têm cárie dentária. Este valor é preocupante, considerando a projeção europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2020, relativamente a este grupo etário: 80% de crianças isentas de cárie. Em Portugal, verificou-se, no entanto, uma melhoria na percentagem de crianças afetadas por cárie desde 2006, aproximadamente 49%. Urge, assim, estabelecer um plano de ação para promover o decréscimo da taxa de incidência da cárie precoce de infância (CPI).<sup>1</sup>

De facto, a patologia pediátrica com maior prevalência a nível mundial é a CPI<sup>2,3,4</sup> que, segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), consiste na presença de um ou mais dentes decíduos com lesão de cárie (cavidades ou não cavidades), restaurados ou ausentes (devido a cárie), em crianças com idade igual ou inferior a 71 meses.<sup>5</sup> Trata-se de uma patologia infecciosa, transmissível, mas prevenível, de etiologia multifatorial e com repercussões na saúde em geral.<sup>2,6</sup> As crianças com CPI podem desenvolver sintomas como dor e infeção de origem dentária, distúrbios do sono e dos hábitos alimentares, alterações comportamentais, baixa autoestima, diminuição das competências de comunicação e articulação das palavras, redução do peso e da altura e, ainda, problemas de desenvolvimento e aprendizagem.<sup>7</sup> Acrescenta-se ainda que, a presença de cárie dentária na dentição decídua, é o melhor preditor de cárie na dentição permanente.<sup>8</sup> Todos estes sintomas podem interferir de uma forma negativa no comportamento da criança, bem como na sua qualidade de vida e na da sua família.<sup>9</sup> Mercenes *et al.*, referiram o conceito de “*The Global Burden of Disease (GBD)*” num estudo da prevalência de 291 patologias, com comparação posterior dos resultados nos anos de 1990, 2005 e 2010.<sup>10</sup> Neste caso, realizou-se uma comparação entre a prevalência de cárie não tratada, periodontite e perda dentária grave, em 2010, comparando os resultados obtidos com os estimados em 1990, sendo a cárie dentária não tratada, em dentes permanentes, considerada a patologia mais prevalente em todo o estudo.<sup>10</sup> Assim, e dado que 3.9 biliões de pessoas se encontravam afetadas

por patologias orais, é muito importante responder às necessidades da população neste sentido.<sup>10</sup>

Para a ocorrência da cárie dentária, é fundamental a interação entre fatores primordiais durante um determinado período de tempo: biofilme patogénico (bactérias cariogénicas, principalmente, *Streptococcus mutans*), dieta (hidratos de carbono fermentáveis) e hospedeiro (dente).<sup>2,6</sup> Como condicionantes destes fatores, há a considerar determinados fatores de risco, tais como a utilização de flúor, acesso a tratamento dentário, hábitos alimentares e de higiene oral, características anatómicas da primeira dentição, eficácia na remoção da placa, a condição socioeconómica familiar entre outros.<sup>2,6</sup> Também os elevados níveis maternos de SM, baixo peso ao nascimento, casos de hipoplasia de esmalte, reduzidos níveis de IgA salivares, entre outros, são fatores que têm influência na aquisição de SM pela criança e conseqüentemente de cárie dentária.<sup>11,12</sup> Igualmente importante é a componente genética.<sup>6,13</sup> Bretz *et al.*, através de um estudo realizado com o objetivo de quantificar as alterações genéticas e ambientais em crianças portadoras de cárie dentária, identificaram um forte componente hereditário na progressão e gravidade desta patologia em ambas as dentições.<sup>13</sup> Na mesma linha de raciocínio, Haworth *et al.*, num estudo desenvolvido com o objetivo de identificar variações genéticas comuns entre diferentes grupos populacionais, descobriram, em ambas as dentições, uma associação entre a cárie dentária e uma variação genética específica sendo que, em dentição decídua, foi a rs1594318 e em dentição permanente trata-se da rs7738851.<sup>14</sup>

Apesar da etiologia polimicrobiana da cárie dentária, o *Streptococcus mutans* tem um papel fundamental neste processo. Assim, prevenindo a transmissão vertical entre mãe e filho impede-se a colonização por esta bactéria, evitando-se o desenvolvimento da cárie dentária. Esta transmissão ocorre através da saliva e depende de vários fatores, tais como, a frequência de contacto, os níveis de *Streptococcus mutans* presentes na saliva da progenitora e, possivelmente, o padrão de colonização de espécies pioneiras anteriores à colonização do *Streptococcus mutans*.<sup>7</sup> Até ao nascimento, a criança é considerada livre de microorganismos, entrando em contacto com milhões de bactérias no período pós-parto. Dado que a colonização da cavidade oral por bactérias começa nas primeiras horas ou dias de vida da

criança, é importante neste período estabelecer medidas que previnam o desenvolvimento da cárie dentária. Normalmente, a criança adquire a microflora oral da primeira pessoa com quem contacta, a maior parte das vezes, a mãe.<sup>15</sup> Num estudo realizado por Rosenblatt *et al.*, no qual foi analisada a microflora de um recém-nascido durante as suas primeiras horas de vida e passados dois dias para avaliar a aquisição da microflora da mãe durante esse período, concluiu-se que os primeiros dois dias de vida da criança são críticos para a contaminação por bactérias orais.<sup>15</sup> Também a forma de nascimento da criança tem influência na colonização por bactérias responsáveis pelo desenvolvimento da cárie dentária, conforme o estudo realizado por Li *et al.* que recorreu à análise de algumas variáveis maternas e perinatais de modo a perceber se estas têm ou não influência na aquisição inicial de *Streptococcus mutans*. Concluíram que havia uma relação entre o momento de aquisição desta bactéria e o tipo de parto.<sup>11</sup> As crianças que nascem por cesariana são colonizadas mais cedo, do que aquelas que nascem de parto normal.<sup>11</sup> Crianças que são amamentadas também adquirem *Streptococcus mutans* com mais facilidade do que crianças que não são amamentadas, possivelmente devido à interação íntima com a progenitora, promovendo a transmissão desta bactéria através da saliva.<sup>12</sup> Güler *et al.* estabeleceu um programa preventivo para as gestantes que reduziu consideravelmente os níveis de *Streptococcus mutans* das futuras mães.<sup>16</sup> Num estudo semelhante realizado por Childers *et al.*, concluíram que o estado microbiano oral da progenitora influencia significativamente a saúde oral do seu filho,<sup>17</sup> podendo essa transmissão ocorrer em crianças pré-dentadas.<sup>16</sup> Há também a possibilidade de transmissão de *Streptococcus mutans* por outros indivíduos, dado que a fidelidade do genótipo com a mãe se verificou apenas em 58% das crianças com cerca de 40-69 dos genótipos partilhados entre mãe e filho.<sup>17</sup> A implementação de bons hábitos de saúde oral começa nas gestantes, que se encontram numa fase de vida propícia à integração de medidas favoráveis tanto para si como para o seu progénito.<sup>3,18</sup> Além de que mães com cárie não tratada têm crianças duas a três vezes mais propensas a desenvolver a mesma patologia, em comparação com mães sem cárie.<sup>18</sup> Vários estudos demonstram que o conhecimento das gestantes em saúde oral é deficiente. É o caso de um estudo realizado por Correia *et al.* que

demonstraram que uma em três gestantes nunca recebeu conselhos em saúde oral, que a maioria das gestantes não tinha conhecimento que alguns alimentos eram responsáveis pelo desenvolvimento da cárie dentária, nem conheciam os vernizes ou suplementos de flúor.<sup>3</sup> Gomez *et al.*, através de um programa preventivo direcionado às gestantes, às mães e aos seus filhos, reforça que este foi efetivo na inibição da cárie dentária em crianças em idade pré-escolar e até em populações com acesso a águas fluoretadas.<sup>19</sup> Medeiros *et al.* referem que é muito importante incluir toda a família nos programas preventivos da cárie dentária e que dirigir toda a atenção para a saúde oral da criança é um comportamento erróneo.<sup>9</sup>

O consumo frequente de bebidas açucaradas e de *snacks* ricos em carboidratos são fatores de risco comuns na obesidade e na cárie dentária.<sup>20</sup> De acordo com Paisi *et al.*, através de uma revisão da literatura que realizaram no sentido de perceber se existe relação entre o Índice de Massa Corporal e o desenvolvimento de cárie dentária em crianças com idade inferior a 18 anos, as opiniões ainda se encontram bastante divididas, já que a resposta foi positiva apenas em 2 estudos.<sup>21</sup> A obesidade duplicou nos últimos 20 anos tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, tendo sido considerada um fator de risco no desenvolvimento de outras patologias,<sup>22</sup> já que, por exemplo, quadriplica o risco de diabetes *mellitus* tipo 2.<sup>23</sup> A amamentação e o uso de biberão ao longo da noite, com ou sem adição de açúcar, expõe a criança a um risco elevado de cárie dentária.<sup>24</sup> A educação de pais/cuidadores e crianças, sobre hábitos de vida saudáveis, é uma importante medida de promoção de saúde na infância e prevenção de muitas das doenças do adulto.<sup>25</sup>

O nível socioeconómico e educacional também tem repercussões no aparecimento da lesão cariogénica,<sup>26</sup> a qual tem maior prevalência em crianças provenientes de famílias desfavorecidas.<sup>9</sup> Filhos de pais com elevados níveis educacionais tendem a escovar os dentes duas vezes mais frequentemente do que aqueles que têm pais com níveis educacionais mais diminutos.<sup>26</sup> Assim, o nível de conhecimento dos pais, o contexto socioeconómico e o estilo de vida familiar em que a criança está inserida, são de extrema importância na prevenção da cárie dentária dos seus filhos. Os hábitos de higiene oral dos pais influenciam de forma positiva as atitudes da

descendência. Medeiros *et al.* referem que é muito importante incluir toda a família nos programas preventivos da cárie dentária e que dirigir toda a atenção para a saúde oral da criança é um comportamento errôneo.<sup>9</sup> Assim, há necessidade de uma consciencialização cada vez maior dos progenitores/cuidadores relativamente à promoção da saúde oral dos seus descendentes, inculcando hábitos de higiene precocemente e consultas regulares com o médico dentista, dado que a maioria só o faz quando os filhos apresentam problemas.<sup>27</sup> A primeira consulta dentária tardia é, por si só, um fator de risco para a criança.<sup>28</sup> A evidência científica demonstra que a importância de uma boa comunicação médico-paciente determina o grau de satisfação deste. O envolvimento dos pais nas consultas e a empatia criada entre médico/paciente refletem um diálogo efetivo entre ambos. A experiência clínica do paciente também é um fator a ter em conta, pois influencia a sua cooperação durante o tratamento.<sup>29</sup>

É igualmente importante promover uma comunicação eficiente com a criança e criar uma relação de empatia para que esta confie no profissional.<sup>30</sup>

Como forma de obter uma higiene oral cuidada, é necessário estabelecer uma série de hábitos que passam pela escovagem diária, pelo menos, duas vezes ao dia com pasta fluoretada,<sup>31,32</sup> sendo muito importante a escovagem antes de deitar.<sup>33,34</sup> De modo a controlar a atividade cariosa das crianças, é importante que, até aos 3 anos, esta seja realizada, no mínimo, com um dentífrico com 1000 ppm de flúor e superior a 1000ppm depois desta idade, aproximadamente entre 1350 e 1500ppm, utilizando uma escova pequena de cerdas médias, para maior eficácia.<sup>33</sup> Usualmente, a concentração de flúor na pasta dentífrica é de 1000 a 1100 ppm de flúor sendo que concentrações mais elevadas conferem uma proteção mais efetiva no combate à cárie dentária.<sup>31</sup> Em casos de dificuldade na remoção da placa, pode ser utilizado o revelador de placa, quer em pastilhas quer em gotas.<sup>33</sup> A criança deve ser supervisionada/auxiliada enquanto escova os dentes até por volta dos 7 anos.<sup>33</sup> Não existe um método de escovagem universal, recomendando-se aquele que for mais cómodo para o paciente, desde que seja eficaz na remoção da placa bacteriana.<sup>33</sup> A pasta não deve ser engolida e os resquícios devem ser cuspidos, em vez de se bochechar com água, de modo a manter a ação do flúor na cavidade oral.<sup>33</sup> As crianças devem ser

ensinadas desde cedo a não engolir a pasta dentífrica e a saber cuspi-la.<sup>34</sup> A escovagem deve ser realizada aquando da erupção do primeiro dente da criança, sendo que a quantidade de pasta deve ser reduzida, apenas cobrindo menos de  $\frac{3}{4}$  da escova até que a criança complete 3 anos.<sup>33</sup> Dos 3 aos 6 anos, a quantidade de pasta recomendada é o equivalente ao tamanho de uma ervilha.<sup>31,33</sup> Esta informação encontra-se de acordo com a dispensada pela Direção Geral de Saúde (DGS) através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), à qual se acrescenta a importância de complementar a escovagem com o uso de fio dentário para remoção da placa bacteriana interproximal. O uso do fio dentário é recomendado por volta dos 9- 10 anos, altura em que as crianças começam a ter destreza manual para a sua manipulação.<sup>32,34</sup>

Há evidência incontestável do efeito benéfico do flúor na prevenção da cárie dentária. Para reduzir o risco de incidência de cárie, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral aconselha o uso de fluoretos tópicos e selantes de fissuras, sendo estes últimos utilizados tanto nas lesões incipientes de cárie, como também na sua prevenção.<sup>32</sup>

Também a utilização regular de xilitol, um substituto do açúcar branco refinado, pode reduzir o nível de *Streptococcus mutans* presente na saliva materna e, conseqüentemente, retardar a transmissão desta bactéria ao primogénito.<sup>35,36</sup> O xilitol é responsável pela diminuição do nível de *Streptococcus mutans* presente na placa bacteriana e na saliva diminuindo assim o risco de cárie dentária.<sup>37</sup> É também responsável pela redução da placa bacteriana e sua acumulação bem como pela produção de ácido metabólico produzido pelas bactérias, facilitando deste modo a remineralização dentária.<sup>35</sup> No mercado, o xilitol encontra-se sob diversas formas, como é o caso de pastilhas elásticas, produtos de higiene oral, xarope, gel, entre outras.<sup>36</sup>

Relativamente à alimentação, e com o intuito de ajudar a prevenir a cárie dentária, o paciente deve reduzir a quantidade e a frequência de consumo de alimentos e bebidas que contenham açúcares livres e evitar alimentos e bebidas açucaradas na hora de ir dormir.<sup>33</sup> Também a toma de medicação merece especial cuidado, relativamente à quantidade de açúcar a ser ingerido, especificamente em xaropes, devendo optar-se, se possível, por

preparações isentas de açúcar ou com substâncias alternativas menos cariogénicas.<sup>33</sup>

Assim, a existência ou não de cárie dentária e a sua prevenção está diretamente relacionada com fatores educacionais e atitudinais pessoais, ou parentais quando se trata de crianças. A busca de informação online sobre saúde oral, em sites fidedignos e credíveis, podem ajudar a aumentar a alfabetização dos pais e assim contribuir para que haja um maior controlo das patologias orais, principalmente da cárie dentária.<sup>34</sup>

As medidas de saúde pública promovidas por autoridades governamentais como a DGS, em Portugal, e a Public Health England (PHE), em Inglaterra, são essenciais para a promoção da saúde oral e geral dos cidadãos. Reeducar a população é essencial para a sua saúde e bem-estar, começando por promover a redução do consumo de açúcares, principalmente através da diminuição da venda desses produtos ou da quantidade de açúcares na sua constituição, com especial atenção para as escolas e hospitais, que devem facultar aos seus utentes alimentos e bebidas mais saudáveis. No caso da PHE, são elencados alimentos e bebidas potencialmente cariogénicos e definidas recomendações, entre elas, a definição dos alimentos com elevado teor de açúcar, a aplicação de um imposto de 10 a 20% para as bebidas açucaradas como os refrigerantes, a formação, em nutrição e saúde, para todos os que têm oportunidade de influenciar escolhas alimentares e ainda a implementação de ações formativas de sensibilização à população, as famílias em particular, visando alertar para os riscos do consumo excessivo de açúcar e incentivar a sua redução com medidas práticas de atuação.<sup>33</sup> Em Portugal, a Lei n.º114/2017, no seu artigo 202.º, refere a aprovação de um plano de metas de redução da quantidade de açúcar, sal e ácidos gordos trans,<sup>38</sup> no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável que prevê, entre outros objetivos, reduzir em 10% a média da quantidade de açúcar presente nos principais fornecedores alimentares à população até 2020, implementando um conjunto de medidas que promovam uma alimentação saudável.<sup>39</sup>

Segundo a World Dental Federation (FDI), a saúde oral tem adotado, ao longo da história, uma abordagem centrada no tratamento em detrimento da

prevenção. Contudo, nos últimos anos, tem sido notória uma mudança de atitude com a inclusão da saúde oral no plano estratégico de saúde.<sup>40</sup>

Em Portugal e Espanha os planos preventivos existentes têm sido escassos e, por vezes, poucos efetivos. Neste âmbito, em Portugal, há a referir o cheque-dentista que, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) no seu PNPSO, beneficia crianças e jovens com idade inferior a 18 anos e as grávidas em vigilância pré-natal no Sistema Nacional de Saúde (SNS), entre outros.<sup>41</sup> Com o passar dos anos, a DGS foi acompanhando os programas preventivos desenvolvidos e foi promovendo o desenvolvimento de experiências piloto que permitissem controlar os programas já existentes assim como criar novos.<sup>32</sup> Neste âmbito, foram implementadas consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, dirigidas a pacientes portadores de diabetes, neoplasias, patologias cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal que se encontrem a fazer hemodiálise ou diálise peritoneal e transplantados que se encontrem inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). Mais uma vez, este projeto decorreu no âmbito do PNPSO e são privilegiados os utentes com reduzidas possibilidades financeiras.<sup>41</sup> Uma perceção crescente da sua eficácia tem sido registada nos resultados estatísticos mais recentes.<sup>1</sup> Também em Espanha, o programa PADI (*Plan de Atención Dental Infantil*) é um programa eminentemente preventivo dirigido a todas as crianças e jovens dos 6 aos 14 anos residentes na Comunidade de Madrid que vão sendo incorporadas, de forma incremental, ao longo de 9 anos. Para serem incluídas neste programa as crianças apenas precisam de ser portadoras de um cartão de saúde. Embora se trate de uma iniciativa direcionada essencialmente para a prevenção, é permitida a divisão dos tratamentos em dois subprogramas: um de prestações básicas de saúde para todas as crianças, sendo estabelecido um financiamento anual, por criança, a ser discutido com as clínicas que integram este projeto e, outro grupo, que inclui tratamentos especiais como tratamento endodôntico e traumatismos do sector anterior, sendo estes pagos individualmente por cada tratamento prestado. São excluídos tratamentos na área da Ortodontia, incluindo realização de diagnóstico e extrações com indicação ortodôntica e tratamentos em dentição decídua, salvo extrações que

não tenham indicação ortodôntica. O objetivo deste programa é a sua implementação progressiva em toda a Espanha.<sup>42</sup>

Face ao que foi exposto, o estudo que pretendo desenvolver tem como objetivos saber que tipo de conhecimento, numa população portuguesa e espanhola, têm os pais dos utentes pediátricos sobre os meios de prevenção da cárie dentária bem como realizar um estudo comparativo entre as duas realidades, no que respeita aos cuidados preventivos, dieta e hábitos de higiene oral das crianças, prestados pelos respetivos progenitores, em cada uma das populações.

Como complemento a este projeto e dado que este é um ano de eleições legislativas, proponho apresentar as propostas de melhoramento da saúde oral, enquadradas pelas medidas governamentais em curso e pelas propostas de diferentes partidos, em termos de preocupação, intervenção e metas a alcançar.

## 2. Material e Métodos

Procedeu-se à realização de um questionário, simples e conciso, baseado na literatura atual, relativamente ao tema em questão: “Conhecimento dos meios de prevenção da cárie dentária por parte dos pais dos utentes pediátricos”. Inicialmente foi realizado um pré-teste com uma amostra de cerca de 17 questionários, 10 portugueses e 7 espanhóis, de modo a avaliar a compreensão do questionário e a necessidade de executar alterações. Assim, da amostra portuguesa fizeram parte 4 questionários preenchidos em clínicas conimbricenses, 4 numa clínica em Vale de Cambra e 2 em clínicas viseenses. Já da amostra espanhola, fizeram parte 7 questionários preenchidos na Clínica da UCM. A versão final do questionário representa o parecer do grupo de trabalho.

O desenho do estudo foi do tipo observacional transversal, numa amostra de conveniência sendo que a recolha decorreu de fevereiro a maio de 2019, tanto em Espanha como em Portugal.

Foram realizadas duas versões do questionário, uma em português e outra em castelhano, utilizadas, respetivamente, na Clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu (UCP) e, na Clínica da Universidade Complutense de Madrid (UCM) no âmbito da disciplina de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária, onde frequentei o 1º semestre do 5º ano, ao abrigo do programa de mobilidade Erasmus de setembro de 2018 a janeiro de 2019. O questionário foi estendido a outras clínicas dentárias na cidade de Madrid, em Espanha, e em Portugal, nas cidades de Coimbra, Porto e Viseu. Ambas as versões e respetivos consentimentos encontram-se em apêndice (Apêndice i,ii,iii,iv).

As perguntas referidas no questionário foram elaboradas a partir de artigos previamente selecionados<sup>8,27,43-50</sup> em função do critério da relevância e da qualidade científica. Posteriormente à execução da versão portuguesa, foi realizada uma tradução para língua espanhola, revista por uma investigadora da UCM. A linguagem do questionário foi avaliada em relação à clareza e modo/estilo de linguagem, tendo em conta a população diversa a que se dirigia. Para a elaboração do questionário, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed e Scielo, tendo sido selecionados artigos em língua

portuguesa e inglesa referentes ao tema em estudo, publicados entre os anos de 2003 e 2018.

Foram utilizadas como palavras-chave: “Pediatric patients”, “Vertical transmission”, “Dental caries”, “Parents information” e “Prevention of tooth decay” e filtros como é o caso de “5 years” e “full text”. O facto de o inquirido ter filhos com idade inferior ou igual a 18 anos, serviu como critério de inclusão no presente estudo. No decorrer do semestre, na Clínica da UCM, as crianças eram atendidas a partir dos 6 anos. As que não se fizessem acompanhar dos pais/cuidador, nas consultas, ou as que não eram acompanhadas regularmente por um médico dentista foram excluídas do estudo.

O participante foi informado, verbalmente e por escrito, do conteúdo do trabalho e, da utilização da informação recebida, obteve-se o consentimento informado escrito. Um endereço eletrónico foi disponibilizado para eventuais sugestões, comentários ou manifestação de interesse neste estudo. Na recolha e tratamento de dados foi mantida a confidencialidade, de acordo com a Declaração de Helsínquia e o regulamento geral de proteção de dados (RGPD).

O questionário constou de vários grupos de perguntas, sendo estas relativas a dados sociodemográficos do participante, hábitos de higiene oral da criança, dieta e um último grupo de perguntas dedicado à prevenção da cárie dentária. A versão portuguesa, ocupou 4 páginas, perfazendo um total de 38 questões fechadas, sendo 8 delas relacionadas com o inquirido e com a criança. As questões apresentadas foram de escolha múltipla, havendo algumas perguntas de resposta curta. A versão espanhola apresentou menos uma pergunta na parte de identificação do participante por, se considerar prática pouco comum em Espanha fazer perguntas diretas sobre os rendimentos pessoais. Uma questão sobre prevenção foi retirada da versão espanhola, por aconselhamento de um docente espanhol, por falta de relevância da própria pergunta. Por este motivo, a mesma não fez parte do estudo comparativo.

Neste estudo foram avaliados os cuidados que os pais têm com a saúde oral dos seus filhos, o que inclui o número de vezes que a criança escova os dentes por dia, que tipo de escova utiliza – manual ou elétrica –, o uso do fio dentário ou bochechos com colutório, qual a quantidade de pasta

dentária utilizada e o seu conteúdo em flúor, experiência anterior de cárie e se foi tratada e qual a maior preocupação dos pais relativamente aos dentes dos seus filhos, sendo estas perguntas relacionadas com os hábitos de higiene oral. Dentro da dieta, foram elaboradas perguntas sobre os hábitos da criança relativamente ao consumo de açúcar, à frequência diária e ao momento do dia em que os alimentos açucarados eram consumidos. Por fim, e abordando o tema da prevenção, as perguntas visaram saber com que idade é que a criança foi, pela primeira vez, ao dentista e por que motivo é que costuma ir, se o inquirido acha ou não necessário receber mais informação sobre o assunto, que métodos julga poderem prevenir a cárie e o que pode acontecer se esta não for tratada, entre outras.

Os resultados obtidos decorreu da criação de uma base de dados em Excel e procedeu-se à análise descritiva e comparativa com recurso ao software científico IBM-SPSS, versão 25.

O teste estatístico utilizado para fazer os cruzamentos das variáveis foi o teste do Qui-Quadrado, por se tratar de cruzar variáveis qualitativas. Quando não foi possível aplicar este teste, para tabelas 2x2, foram utilizados o teste de Fisher ou correção de continuidade, sendo o primeiro utilizado em amostras pequenas e o último em amostras maiores.

Em todos os testes estatísticos realizados, foi utilizado um nível de significância estatística ( $p$ ), estipulado a 5%, ou seja, as variáveis encontram-se estatisticamente relacionadas se o valor de  $p$  for inferior a 0.05.

### 3. Resultados

Da amostra portuguesa fazem parte 116 questionários e da amostra espanhola 38, o que perfaz um total de 154 questionários respondidos.

A análise descritiva encontra-se apresentada abaixo e foi dividida, para simplificação dos resultados, em Análise Descritiva em Portugal e em Espanha seguida da Análise Comparativa entre as duas populações. A apresentação dos resultados foi distribuída em Dados Pessoais, Hábitos de Higiene Oral, Dieta e Prevenção. É de notar que, dada a extensão dos resultados e com o objetivo de simplificar, apenas foram incluídos parte dos mesmos, de acordo com o grau de importância das perguntas.

Nas tabelas apresentadas abaixo, % corresponde à percentagem e *n* corresponde ao número de indivíduos.

#### Análise Descritiva – Portugal

- **Dados Sociodemográficos**

A maioria das crianças envolvidas neste estudo tinha idade igual ou superior a 6 anos (96%, *n*=84,2), sendo que o género feminino se mostrou predominante (50,9%, *n*=59), ainda que com pouca diferença do género masculino, ou seja, a distribuição foi equitativa entre os dois géneros. O agregado familiar destas crianças era constituído, na sua maioria (82,8%, *n*=96), pelos pais. As habilitações literárias e os rendimentos do progenitor/cuidador estão apresentados nas tabelas 1 e 2, respetivamente.

Tabela 1 – Distribuição da amostra portuguesa consoante as habilitações literárias do progenitor/cuidador.

	%	<i>n</i>
Ensino Básico	9,6	11
Ensino Secundário	27,2	31
Licenciatura	63,2	72

Tabela 2 – Distribuição da amostra portuguesa consoante o rendimento mensal do progenitor/cuidador.

	%	n
Menos de 500€	8,4	9
Entre 500 e 1000€	29,9	32
Entre 1000 e 1500€	36,4	39
Entre 1500 e 2000€	17,8	19
Mais de 2000€	7,5	8

- **Hábitos de Higiene Oral**

Os hábitos de higiene oral, nomeadamente a frequência de escovagem e o período do dia em que ocorre, estão identificados nas tabelas 3 e 4, respetivamente.

Tabela 3 – Distribuição da amostra portuguesa consoante o número de vezes que a criança escova os dentes por dia.

	%	n
1 vez	20,7	24
2 vezes	72,4	84
3 ou mais vezes	6,9	8

Tabela 4 – Distribuição da amostra portuguesa consoante a altura do dia em que a criança escova os dentes.

	%	n
Manhã	83,6	97
Tarde	7,8	9
Noite	94	109

Os participantes responderam também (tabela 5) em relação ao auxílio da criança na escovagem, instrumentos de escovagem (tabela 6) e utilização da pasta dentífrica com flúor (tabela 7).

Tabela 5 – Distribuição da amostra portuguesa relativamente à ajuda que a criança tem na hora de escovar os dentes.

	%	n
Mãe	32,5	37
Cuidador	0,9	1
Sozinho	66,7	76

Tabela 6 – Distribuição da amostra portuguesa relativamente ao que é utilizado pela criança na hora de escovar os dentes.

	%	n
Escova de dentes manual	84,5	98
Escova de dentes elétrica	19,8	23
Fio dentário	18,1	21
Elixir	14,7	17

Tabela 7 – Distribuição da amostra portuguesa relativamente ao uso de pasta dentífrica com flúor pela criança.

	%	n
Sim	89,5	102
Não	4,4	5
Não sabe	6,1	7

- **Dieta**

Na tabela 8, os pais/cuidadores assinalaram a perceção do consumo de alimentos doces pela criança e a sua frequência semanal (tabela 9).

Tabela 8 – Distribuição da amostra portuguesa relacionada com o consumo de alimentos doces.

	%	n
Sim	46,6	54
Não	52,6	61
Não sabe	0,9	1

Tabela 9 – Distribuição da amostra portuguesa relacionada com a frequência de ingestão de alimentos doces.

	%	n
1-2 vezes	39,6	21
3-5 vezes	52,8	28
6 ou mais vezes	5,7	3
Raramente	1,9	1

A ingestão deste tipo de alimentos ocorre na maioria dos casos entre refeições (64,2%, n=34), embora 26,4% (n=14) o faça em qualquer altura do dia.

- **Prevenção**

A experiência de cárie dentária está descrita na tabela 10. O conhecimento das causas (tabela 11) e consequências (tabela 12) e o conhecimento dos meios de prevenção (tabela 13) também se encontram descritos abaixo, assim como a principal preocupação com a saúde oral da criança (tabela 14), a idade da primeira ida ao dentista (tabela 15) e a frequência de consultas por ano (tabela 16).

Tabela 10 – Distribuição da amostra portuguesa consoante a experiência de cárie da criança.

	%	n
Sim	52,2	60
Não	45,2	52
Não sabe	2,6	3

Todos os indivíduos (100%, n=60) procuraram ajuda para o tratamento da cárie da criança, embora uma pequena percentagem (33,9%, n=20) considere que poderia ter feito alguma coisa para a evitar.

Tabela 11 – Distribuição da amostra portuguesa consoante o conhecimento das causas da cárie dentária.

	<b>%</b>	<b>n</b>
Doces	90,5	105
Tártaro	53,4	62
Dentes fracos	46,6	54
Medicamentos	50	58
Todas as anteriores	36,2	42
Nenhuma das anteriores	1,7	2

Tabela 12 – Distribuição da amostra portuguesa consoante o conhecimento das consequências da cárie dentária.

	<b>%</b>	<b>n</b>
Dor	87,9	102
Problemas a comer e dormir	59,5	69
Alterações de desenvolvimento e crescimento	45,7	53
Perda de dentes	75	87
Infeção oral	87,9	102
Todas as anteriores	44	51

Tabela 13 – Distribuição da amostra portuguesa consoante o conhecimento dos meios de prevenção da cárie dentária.

	<b>%</b>	<b>n</b>
Pasta de dentes com flúor	85,3	99
Aplicação de flúor pelo dentista	47,4	55
Suplementos de flúor	39,7	46
Não comer doces	80	92
Fio dentário	63,8	74
Pastilhas elásticas sem açúcar	33,6	39
Todas as anteriores	30,2	35

Tabela 14 – Distribuição da amostra portuguesa consoante a preocupação com a saúde oral da criança.

	%	n
Dentes bonitos	22,4	26
Mastigar bem	8,6	10
Boa saúde	94,8	110
Não ter dor de dentes	16,4	19
Não ter infeção	17,2	20

Tabela 15 – Distribuição da amostra portuguesa consoante a primeira ida da criança ao dentista.

	%	n
Antes do 1º ano de idade	4,3	5
Entre o 1º e o 3º ano de idade	33,9	39
Depois do 3º ano de idade	61,7	71

Tabela 16 – Distribuição da amostra portuguesa consoante a motivação das idas da criança ao dentista.

	%	n
Só quando há problemas	9,6	11
Pelo menos cada 6 meses	32,5	37
Pelo menos 1 vez ao ano	57,9	66

Foi possível verificar que apenas uma pequena percentagem dos inquiridos (16,4%, n=19) consulta o médico dentista por motivos de dor ou cárie dentária. Em contrapartida, 93,1% (n=108) consulta o médico dentista para realizar consultas de controlo.

Tabela 17 – Distribuição da amostra portuguesa consoante a importância do flúor.

	%	n
Sim	91,1	102
Não	3,6	4
Não sabe	5,4	6

Em resumo da análise descritiva portuguesa, foi possível denotar que, no grupo de hábitos de higiene oral, existia uma consciencialização por parte dos pais na hora da escovagem dentária, embora utilizem pouco os meios de complemento da mesma (tabelas 3 a 7). No âmbito da dieta, existe um consumo excessivo de doces por parte das crianças portuguesas, ocorrendo essa ingestão demasiadas vezes por semana e em alturas do dia desaconselhadas (tabelas 8 e 9). Por último, e relativamente à prevenção, foi possível constatar que, em geral, os indivíduos têm uma perceção dos métodos que previnem a cárie dentária, embora a aplicação desses conhecimentos seja, por vezes, insuficiente (tabelas 10 a 17).

### Análise Descritiva – Espanha

- **Dados Sociodemográficos**

Grande parte das crianças envolvidas neste estudo tinha idade igual ou superior a 6 anos (97,4%, n=37) e era predominantemente do género feminino (57,9%; n=22). O agregado familiar destas crianças era constituído, na sua maioria (86,8%, n=33), pelos pais.

Tabela 18 – Distribuição da amostra espanhola consoante as habilitações literárias do progenitor/cuidador.

	%	n
Ensino Básico	13,2	5
Ensino Secundário	34,2	13
Licenciatura	52,6	20

- **Hábitos de Higiene Oral**

Os hábitos de higiene oral, nomeadamente a frequência de escovagem e o período do dia em que ocorre, encontram-se apresentados nas tabelas 19 e 20, respetivamente.

Tabela 19 – Distribuição da amostra espanhola consoante o número de vezes que a criança escova os dentes por dia.

	%	n
1 vez	10,5	4
2 vezes	55,3	21
3 ou mais vezes	34,2	13

Tabela 20 – Distribuição da amostra espanhola consoante a altura do dia em que a criança escova os dentes.

	%	n
Manhã	84,2	32
Tarde	42,1	16
Noite	97,4	37

Tabela 21 – Distribuição da amostra espanhola relativamente à ajuda que a criança tem na hora de escovar os dentes.

	%	n
Mãe	31,6	12
Escova sozinho	68,4	26

Tabela 22 – Distribuição da amostra espanhola relativamente ao que é utilizado pela criança na hora de escovar os dentes.

	%	n
Escova de dentes manual	68,4	26
Escova de dentes elétrica	50	19
Fio dentário	15,8	6
Elixir	44,4	16

Tabela 23 – Distribuição da amostra espanhola relativamente ao uso de pasta dentífrica com flúor pela criança.

	%	n
Sim	84,2	32
Não	2,6	1
Não sei	13,2	5

- **Dieta**

Na tabela 24, os pais/cuidadores assinalaram a perceção do consumo de alimentos doces pela criança e a sua frequência semanal (tabela 25).

Tabela 24 – Distribuição da amostra espanhola relacionada com o consumo de alimentos doces.

	%	n
Sim	26,3	10
Não	71,1	27
Não sei	2,6	1

Tabela 25 – Distribuição da amostra espanhola relacionada com a frequência de ingestão de alimentos doces.

	%	n
1-2 vezes	40	4
3-5 vezes	40	4
6 ou mais vezes	20	2

A ingestão deste tipo de alimentos ocorre, na maioria dos casos, entre refeições (70%, n=7), embora 20% (n=2) o faça em qualquer altura do dia.

- **Prevenção**

A experiência de cárie dentária está descrita na tabela 26. O conhecimento das causas (tabela 27) e consequências (tabela 28) e o conhecimento dos meios de prevenção (tabela 29) também se encontram descritos abaixo, assim como a principal preocupação com a saúde oral da criança (tabela 30), a idade da primeira ida ao dentista (tabela 31) e a frequência de consultas por ano (tabela 32).

Tabela 26 – Distribuição da amostra espanhola consoante a experiência de cárie da criança.

	%	n
Sim	63,2	24
Não	36,8	14

A maior parte dos indivíduos (95,8%, n=23) procurou ajuda para o tratamento da cárie da criança, embora uma percentagem considerável (43,5%, n=10) admita que poderia ter feito alguma coisa para a evitar.

Tabela 27 – Distribuição da amostra espanhola consoante o conhecimento das causas da cárie dentária.

	%	n
Doces	94,7	36
Tártaro	65,8	25
Dentes fracos	57,9	22
Medicamentos	47,4	18
Todas as anteriores	36,8	14
Nenhuma das anteriores		

Tabela 28 – Distribuição da amostra espanhola consoante o conhecimento das consequências da cárie dentária.

	<b>%</b>	<b>n</b>
Dor	84,2	32
Problemas a comer e dormir	76,3	29
Alterações de desenvolvimento e crescimento	60,5	23
Perda de dentes	84,2	32
Infeção oral	84,2	32
Todas as anteriores	57,9	22

Tabela 29 – Distribuição da amostra espanhola consoante o conhecimento dos meios de prevenção da cárie dentária.

	<b>%</b>	<b>n</b>
Pasta de dentes com flúor	89,5	34
Aplicação de flúor pelo dentista	68,4	26
Suplementos de flúor	65,8	25
Não comer doces	92,1	35
Fio dentário	71,1	27
Pastilhas elásticas sem açúcar	57,9	22
Todas as anteriores	55,3	21

Tabela 30 – Distribuição da amostra espanhola consoante a preocupação com a saúde oral da criança.

	<b>%</b>	<b>n</b>
Dentes bonitos	15,8	6
Mastigar bem	31,6	12
Boa saúde	89,5	34
Não ter dor de dentes	26,3	10
Não ter infeção	7,9	3

Tabela 31 – Distribuição da amostra espanhola consoante a primeira ida da criança ao dentista.

	%	n
Entre o 1º e o 3º ano de idade	26,3	10
Depois do 3º ano de idade	73,7	28

Tabela 32 – Distribuição da amostra espanhola consoante as idas da criança ao dentista.

	%	n
Só quando há problemas	2,8	1
Pelo menos cada 6 meses	52,8	19
Pelo menos 1 vez por ano	44,4	16

Uma percentagem grande dos inquiridos espanhóis (89,5%, n=34) vai ao dentista para realizar consultas de controlo. Em contrapartida, 18,4% consulta o médico dentista em caso de dor/cárie.

Tabela 33 – Distribuição da amostra espanhola consoante a importância do flúor.

	%	n
Sim	81,6	31
Não	7,9	3
Não sei	10,5	4

Em resumo da análise descritiva espanhola, em relação aos hábitos de higiene oral, foi possível verificar uma consciencialização generalizada dos pais, ainda que utilizem pouco os meios de complemento da mesma (tabelas 19 a 23). No âmbito da dieta, a maioria das crianças espanholas não come muitas vezes alimentos doces, sendo que as que comem, o fazem em alturas do dia desaconselhadas para o efeito e ainda num número elevado de vezes por semana (tabelas 24 e 25). Na área da prevenção, a população espanhola apresenta uma consciencialização generalizada dos meios de prevenção da cárie dentária, embora esse conhecimento não seja aplicado em todas as atitudes demonstradas (tabelas 26 a 33).

### Análise Comparativa

Procedeu-se a uma análise comparativa entre as populações de Portugal (P) e Espanha (E).

Tabela 34 – Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola quanto à frequência de escovagem diária da criança.

	1 vez	2 vezes	3 vezes ou mais
Portugal	20,6% (n=24)*	72,4% (n=84)*	6,8% (n=8)*
Espanha	10,5% (n=4)*	55,2% (n=21)*	34,2% (n=13)*

\*  $p < 0.05$

Verifica-se que o país e o número de vezes que a criança escova os dentes estão significativamente relacionados ( $p < 0.05$ ). A maioria da população, portuguesa e espanhola, escova os dentes duas vezes ao dia, correspondendo às práticas de higiene oral recomendadas pelos médicos dentistas e descritas na literatura (tabela 34). No entanto, uma percentagem considerável de espanhóis mostrou-se mais empenhada na escovagem diária superior a duas vezes em comparação com os portugueses.

Tabela 35 – Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola consoante a altura do dia em que a criança escova os dentes.

	Manhã	Tarde	Noite
Portugal	83,6% (n=97)	7,7% (n=9)*	93,9% (n=109)
Espanha	84,2% (n=32)	42,1%(n=16)*	97,3% (n=37)

\*  $p < 0.05$

A diferença na escovagem à tarde é estatisticamente relevante ( $p < 0.05$ ). A maior parte dos portugueses não escova os dentes à tarde, enquanto que quase metade dos espanhóis afirmou fazê-lo, como é possível observar na tabela 35.

Tabela 36 – Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola consoante o material utilizado pela criança na hora de escovar os dentes.

	Elixir	Escova Manual	Escova Elétrica
Portugal	14,6% (n=17)*	84,4% (n=98)*	19,8% (n=23)*
Espanha	44,4% (n=16)*	68,4% (n=26)*	50% (n=19)*

\*  $p < 0.05$

Relativamente ao modo de escovagem dos dentes, as variáveis encontram-se significativamente relacionadas tanto no uso de escova manual ( $p < 0.05$ ) como elétrica ( $p < 0.05$ ). Existe um número muito superior de portugueses a utilizar escova manual em comparação com os espanhóis, já que metade destes últimos prefere a escova de dentes elétrica. Relativamente ao uso de elixir, sucede o mesmo, pois existe significância estatística ( $p < 0.05$ ). Um número reduzido de portugueses utiliza elixir como complemento à escovagem dentária, enquanto que quase metade dos espanhóis o usa, como é possível observar na tabela 36.

Tabela 37 – Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola relativamente à preocupação demonstrada pelos pais sobre a saúde oral das crianças.

	Mastigar bem
Portugal	8,6% (n=10)*
Espanha	31,5% (n=12)*

\*  $p < 0.05$

Foi registada significância estatística ( $p < 0.05$ ) ainda que com uma relação fraca (27.2%). Quase um terço dos espanhóis demonstra preocupação com a mastigação da criança, comparativamente com a população portuguesa, conforme a tabela 37.

Tabela 38 – Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola relativamente à ingestão frequente de alimentos doces pelas crianças.

	Sim
Portugal	46,5% (n=54)*
Espanha	26,3% (n=10)*

\*  $p < 0.05$

As variáveis estão significativamente relacionadas ( $p < 0.05$ ). A população portuguesa consome mais alimentos doces do que a população espanhola, como está exposto na tabela 38.

Tabela 39 – Comparação entre a amostra portuguesa e espanhola relativamente aos meios de prevenção da cárie dentária.

	Aplicação de flúor pelo dentista	Suplementos de flúor	Pastilhas elásticas sem açúcar	Todas as opções
Portugal	47,4% (n=55)*	39,6% (n=46)*	33,6% (n=39)*	30,1% (n=35)*
Espanha	68,4% (n=26)*	65,7% (n=25)*	57,8% (n=22)*	55,2% (n=21)*

\*  $p < 0.05$

As diferenças são estatisticamente significativas entre os dois países no caso da aplicação de flúor pelo dentista ( $p < 0.05$ ), suplementos de flúor ( $p < 0.05$ ), nas pastilhas elásticas sem açúcar ( $p < 0.05$ ) e na opção “todas as anteriores” ( $p < 0.05$ ). Um número significativo de espanhóis é da opinião que a aplicação de flúor pelo dentista é eficaz na prevenção da cárie dentária, em comparação com a população portuguesa. O mesmo acontece com as restantes variáveis, como está descrito na tabela 39.

Em todos os restantes parâmetros não se obteve significância estatística.

## 4. Discussão

Como limitação do presente estudo, evidencia-se o tamanho da amostra espanhola devido à cooperação limitada das clínicas dentárias e da minha breve estadia em Madrid.

De acordo com o meu conhecimento, não foram realizados estudos comparativos que envolvam os dois países vizinhos, Portugal e Espanha, sobre o tema “Conhecimentos dos meios de prevenção da cárie dentária por parte dos pais dos utentes pediátricos”. Este trabalho revelou algumas diferenças entre os dois países, nomeadamente: frequência e período de escovagem e métodos de higiene oral, preocupação dos dentes da criança, perceção da ingestão de doces e conhecimento dos métodos de prevenção da cárie.

Segundo os dados portugueses, a maioria dos indivíduos que respondeu ao questionário tem estudos superiores (63,2%), assim como acontece com a população espanhola (52,6%). Por outro lado, os rendimentos portugueses encontram-se bastante distribuídos pelos vários intervalos monetários apresentados, sendo que a percentagem mais elevada corresponde ao intervalo dos 1000 a 1500€ mensais (36,4%). Este aspeto não foi avaliado na amostra espanhola dado que a pergunta foi excluída, pelo motivo citado anteriormente. Na literatura, Medeiros *et al.* afirmam, num dos seus estudos, que mães pertencentes a um baixo estatuto socioeconómico e com poucos estudos têm maior probabilidade de ter filhos com cárie.<sup>9</sup> Também Mahat *et al.* referem que o conhecimento e atitude dos pais tem influência na aquisição de cárie dentária pela criança.<sup>26</sup> Em ambas as amostras a grande maioria dos participantes possui um curso superior e, no espaço português, o rendimento mensal maioritário é bastante superior ao ordenado mínimo nacional, o que de acordo com a literatura, se reflete num maior conhecimento sobre saúde oral. Curiosamente, através de um estudo realizado em Portugal, no âmbito do PNPSO de 2008, apenas 8,7% dos pais e 11,1% das mães tem um curso médio ou superior.<sup>32</sup> Neste mesmo período, não identifiquei informação sobre a literacia dos pais espanhóis.

Uma percentagem significativa das crianças portuguesas escova os dentes duas vezes ao dia (72,4%), sendo que cerca de metade dos espanhóis

(55,2%) também o faz, de acordo com o relato dos seus pais. Há evidência robusta que comprova que, para obter uma proteção eficaz contra a cárie, é necessária a escovagem dentária duas ou mais vezes ao dia.<sup>31,33,34</sup> 65% dos pais escova os dentes dos filhos mais do que uma vez ao dia, de acordo com um estudo realizado em Maryland, USA e 55% dos pais fá-lo duas ou mais vezes ao dia num estudo realizado em Washington State, USA, de acordo com Huebner *et al.*<sup>53</sup> No nosso estudo, tanto os pais/cuidadores portugueses como os espanhóis referem cumprir o mínimo de escovagem diária dos seus filhos. No que diz respeito à escovagem superior a duas vezes ao dia, os espanhóis apresentam melhores resultados que os portugueses (P=6,8% vs E=34,2%). Como complemento à escovagem, é perceptível uma discrepância no uso de elixir nas duas populações estudadas, sobressaindo os espanhóis com uma percentagem de 44,4% face aos 14,6% portugueses. Este resultado é bastante inferior ao apresentado pelo Barómetro da Saúde Oral em 2018, cuja percentagem era de aproximadamente 50,2%.<sup>52</sup>

A maior parte da amostra portuguesa e espanhola escova os dentes de manhã (P=83,6% vs E=84,2%) e/ou à noite (P=93,9% vs E=97,3%), existindo um maior número de espanhóis do que portugueses a escovar também à tarde. De acordo com o PNPSO, 50% dos jovens escova os dentes sempre ou quase sempre antes de deitar.<sup>32</sup> Esta diferença em relação à nossa amostra, pode estar relacionada com a literacia elevada dos pais e categoria socioeconómica. Segundo a literatura, a escovagem antes de deitar é muito importante, como salientado por Duxbury *et al.*<sup>33</sup> Relativamente ao uso de meios complementares à escovagem, quase metade dos pais da amostra espanhola refere utilizar o elixir (44,4%), o que contrasta com um reduzido número de crianças portuguesas (14,6%). Segundo o Barómetro da Saúde Oral de 2018, 50,2% dos portugueses utiliza elixir, sendo este um valor bastante superior ao registado no presente estudo.<sup>52</sup>

No nosso estudo, metade das crianças portuguesas (52,1%) e mais de metade das espanholas (63,1%) tem ou já teve cárie dentária. De acordo com o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais de 2015 da DGS e também com Calado *et al.*, 45,2% das crianças com 6 anos tem cárie dentária.<sup>1,54</sup> Já em Espanha, a *Sociedad Española de Odontopediatria* refere que 31% das crianças, espanholas menores de 6 anos, tem cárie dentária.<sup>55</sup>

Estes dados, em relação ao nosso estudo, podem justificar-se pelo facto da amostra ter sido obtida em ambiente clínico, ou seja, pais de crianças a iniciar ou em tratamento dentário possivelmente devido a cárie dentária.

A primeira ida ao dentista, na amostra portuguesa, ocorreu maioritariamente depois do 3º ano de idade da criança (61,7%), o mesmo acontecendo na população espanhola (73,6%). Segundo a *Sociedad Española de Odontopediatria* de 2019, 75% dos menores de três anos nunca foi ao dentista<sup>55</sup> e, de acordo com o Barómetro da Saúde Oral de 2018, 63,1% dos menores de 6 anos nunca visita o médico dentista.<sup>52</sup> Também num estudo realizado por Sanguida *et al.*, apenas 3% das crianças consulta o dentista antes dos três anos de idade.<sup>56</sup> Esta informação vai ao encontro dos resultados apresentados no presente estudo. Tanto em Portugal como em Espanha, os pais demonstram alguma negligência ou falta de conhecimento relativamente à idade com que os filhos devem efetuar a primeira consulta no médico dentista, já que esta não deve ser realizada muito depois de a criança completar um ano de idade, como refere Sanguida *et al.*<sup>56</sup>

Neste estudo, a população portuguesa refere consumir, frequentemente, mais alimentos açucarados do que a população espanhola, correspondendo, em Portugal, a quase 50%. Por outro lado, na amostra portuguesa há uma preferência por chocolate e outros doces não pegajosos (66,6%) bem como bebidas açucaradas (33,3%). Os participantes espanhóis optam pelo chocolate e outros doces não pegajosos (70%) e pelas gomas e outros doces pegajosos (50%). Quanto à frequência de consumo, a mais elevada é semelhante entre as duas populações. Curiosamente, apenas uma percentagem reduzida de portugueses consome doces 6 ou mais vezes por semana (5,6%), embora um valor bastante mais elevado de espanhóis o faça (20%). Estes resultados, em Portugal, são superiores aos obtidos no estudo COSI de 2016.<sup>57</sup> Ressalve-se o facto de, nesse estudo, ter sido efetuada a separação entre o tipo de alimentos consumidos e a frequência da sua ingestão.

A principal preocupação dos pais portugueses e espanhóis em relação aos dentes dos filhos prende-se sobretudo com o ter boa saúde. Ainda assim, uma percentagem reduzida de portugueses preocupa-se com a mastigação da criança, percentagem essa que assume um valor mais elevado no seio da

população espanhola. Mais de metade da amostra espanhola (68,4%) considera que a aplicação de flúor pelo dentista pode prevenir a cárie dentária, enquanto que quase metade da população portuguesa (47,4%) partilha da mesma opinião. O mesmo acontece com os suplementos de flúor e com as pastilhas elásticas sem açúcar. Neste caso, os espanhóis mostram um conhecimento superior aos portugueses.

Um aspeto também a considerar é o facto da amostra portuguesa ser mais heterogénea, dada a distribuição de questionários em várias cidades relativamente à amostra espanhola que foi apenas madrilena. Não obstante e apesar das diferenças em termos de medidas preventivas orais promovidas pelos governos dos dois países, revelaram-se várias semelhanças entre os pais de crianças utentes dentários.

É possível constatar que a saúde oral tem vindo a ser um tema importante para o Governo, pelo que já foram criados vários programas para prevenção das patologias orais.

## 5. Conclusão

A saúde oral é uma área da saúde geral do indivíduo que deve merecer especial atenção pelo poder político na apresentação de planos e medidas preventivas a curto e a longo prazo. O estabelecimento de parcerias com os profissionais de saúde oral, enquanto provedores de atos clínicos, e o envolvimento dos cidadãos através de uma consciencialização da necessidade de boas práticas de higiene oral, como prevenção de doenças orais e de outras patologias associadas, são aspetos essenciais para o desenvolvimento de planos promotores de saúde oral. Assim, há que identificar os principais constrangimentos sociais, económicos ou outros que têm limitado o conhecimento dos indivíduos, o que se reflete nas atitudes negativas em relação à sua saúde oral portuguesa e espanhola, ainda pouco eficientes relativamente à saúde oral.

Este trabalho incidiu em amostras de dois países geograficamente relacionados, mas com idiosincrasias no que respeita à saúde geral e à saúde oral.

Após a análise comparativa dos resultados entre as duas populações, foi satisfatório constatar um conhecimento genérico dos meios de prevenção da cárie. Em alguns aspetos, no entanto, os participantes de Espanha demonstraram um conhecimento mais extenso no que respeita ao consumo de doces, número de visitas ao dentista por ano e frequência de escovagens diárias.

Para além do que é transmitido pelos pais enquanto educadores, também as escolas devem desempenhar um papel importante na educação das crianças, através de ações de sensibilização. Estes dois pólos, pais e escola, são muito importantes na educação para a saúde, mas não são suficientes. Os governos devem apostar sobretudo na prevenção em detrimento do tratamento, uma vez que os custos serão muito maiores para as famílias e para os sistemas nacionais de saúde, se tal não for preconizado. Ambas as realidades, portuguesa e espanhola, têm programas de saúde oral, destacando-se o espanhol com maior ênfase na área da prevenção. Para que no futuro próximo os indivíduos, nomeadamente as crianças, possam beneficiar de melhor saúde oral, o Governo e outras instituições de saúde não

governamentais deverão motivar a população com ações de sensibilização e implementação de medidas exequíveis, de acordo com a sua realidade social. Neste sentido, o cheque dentista é um bom exemplo das medidas já adotadas em Portugal, bem como o programa PADI em Espanha.

Os pais/cuidadores dos utentes pediátricos, numa amostra de conveniência portuguesa e espanhola, demonstraram aspetos comuns e aspetos diferenciados em relação à saúde oral dos seus filhos, ainda que haja distinções nos planos de saúde preconizados pelos respetivos governos.

Um estudo futuro deveria estender a amostra populacional, assim como envolver o exame clínico e o parecer da criança, numa abordagem holística e centrada na mesma.

## 6. Bibliografia

1. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, et al. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. 2014;1-2.
2. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, et al. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. J Invest Clin Dent. 2018;1-12.
3. Correia PN, Alkhatrash A, Williams CE, Briley A, Carter J, Poston L, et al. What do expectant mothers need to know about oral health? A cohort study from a London maternity unit. BDJ Open 2017;3:1-5.
4. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, et al. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance. JADA. 2014;145(8):817-828.
5. Definition of Early Childhood Caries (ECC). American Academy of Pediatric Dentistry. 2008;15.
6. Xiao J, Alkhers N, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ, Wu TT, Castillo DA, et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. Caries Research. 2019; 1-12.
7. Leong PM, Gussy MG, Barrow SL, et al. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. International Journal of Paediatric Dentistry. 2012;235-250.
8. Elamin A, Garemo M, Gardner A. Dental caries and their association with socioeconomic characteristics, oral hygiene practices and eating habits among preschool children in Abu Dhabi, United Arab Emirates - the NOPLAS project. BMC Oral Health. 2018;18:1–9.

9. Medeiros PBV, Otero SAM, Frencken JE, et al. Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2014;29-34.
10. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez, et al. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-597.
11. Li Y, Caufield PW, Dasanayake AP, et al. Mode of Delivery and Other Maternal Factors Influence the Acquisition of *Streptococcus mutans* in Infants. *J Dent Res*. 2005;84(9):806-811.
12. Douglass JM, Li Y, Tinanoff N. Association of Mutans Streptococci Between Caregivers and Their Children. *Pediatric Dentistry*. 2008;30(5):375-387.
13. Bretz WA, Corby OM, Schork NJ, Robinson MT, Coelho M, Costa S, et al. Longitudinal Analysis of Heritability for Dental Caries Traits. *J Dent Res*. 2005;84(11):1047-1051.
14. Haworth S, Shungin D, Van der Tas JT, Vucic S, Medina-Gomez C, Yakimov V, et al. Consortium-based genome-wide meta-analysis childhood dental caries traits. *Human Molecular Genetics*. 2018;27(17):3113-3127.
15. Rosenblatt R, Steinberg D, Mankuta D, et al. Acquired Oral Microflora of Newborns During the First 48 Hours of Life. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2015;39(5):442-446.
16. Güler E, Köprülü H. Preventive measures to reduce the transfer of *Streptococcus mutans* from pregnant women to their babies. *Journal of Dental Sciences*. 2011;6;14-18.

17. Childers NK, Momeni SS, Whiddon J, Cheon K, Cutter GR, Wiener HW, et al. Association of Colonization with *Streptococcus mutans* Genotypes from Mothers and Early Childhood Caries. *Pediatr Dent*. 2017;1-12.
18. Byrd MG, Quinonez RB, Lipp K, Chuang A, Philips C, Jane A Weintraub. Translating prenatal oral health clinical standards into dental education: results and policy implications. *Journal of Public Health Dentistry*. 2018;1- 9.
19. Gomez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2001;11:117-122.
20. Garcia RI, Kleinman D, Holt K, Battrell A, Casamassimo P, Grover J, et al. Healthy Futures: Engaging the oral health community in childhood obesity prevention – Conference summary and recommendations. *Journal of Public Health Dentistry*. 2017;77(5):S136–S140.
21. Paisi M, Kay E, Bennett C, Kaimi I, Witton R, Nelder R, et al. Body mass index and dental caries in young people: a systematic review. *BMC Pediatrics*. 2019;1-9.
22. Alswat K, Mohamed WS, Wahab MA, et al. The Association Between Body Mass Index and Dental Caries: Cross-Sectional Study. *J Clin Med Res*. 2016;8(2):147-152.
23. Abbasi A, Juszczak D, Van Jaarsveld CHM, et al. Body Mass Index and Incident Type 1 and Type 2 Diabetes in Children and Young Adults: A Retrospective Cohort Study. *Journal of the Endocrine Society*. 2017;1:524-537.
24. Freudenthal JJ, Bowen DM. Motivational interviewing to decrease parental risk-related behaviors for early childhood caries. *The Journal of Dental Hygiene*. 2010;84(1):29-34.

25. Mis NF, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton ND, et al. Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich. JPGN. 2017;65(6):681-696.
26. Mahat G, Bowen FR. Parental Knowledge about Urban Preschool Children's Oral Health Risk. *Pediatric Nursing* 2017;43(1):30–34.
27. Khanduri N, Singhal N, Mitra M, et al. Knowledge, Attitude, and Practices of Parents toward Their Children's Oral Health: A Questionnaire Survey in Bhairahawa (Nepal). *International Journal of Pedodontic Rehabilitation*. 2018;3:59-61.
28. Kabil NS, Eltawil S. Prioritizing the Risk Factors of Severe Early Childhood Caries. *Dentistry Journal*. 2017;1-13.
29. Wong HM, Bridges SM, McGrath CP, Kar C, Yiu Y, Zayts OA, et al. Impact of Prominent Themes in Clinician Patient Conversations on Caregiver's Perceived Quality of Communication with Paediatric Dental Visits. *PLOS ONE*. 2017;1-15.
30. Saadia M, Valencia R. Communicating with the New Generations. The Challenge Pediatric Dentists. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2015;39(4);297-302.
31. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, et al. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2009;1-91.
32. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Saúde Oral - Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. *Direção Geral da Saúde*. 2008;1–114.

33. Duxbury JT, Catleugh MA, Davies RM, et al. Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention. 3ed. 2017;74-97.
34. De Oliveira BH, Grisolia BM, dos Santos APP. Children's Toothbrushing Practices Recommended on the Internet by Pediatric Dentistry Associations. *Pediatric Dentistry*. 2016;38(7):484-488.
35. Lin H, Fang C, Huang M, Cheng H, Huang T, Chang H, et al. Effect of maternal use of chewing gums containing xylitol on transmission of mutans streptococci in children: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of paediatric dentistry*. 2015;35-44.
36. Kayalvizhi G, Nivedha D, Sajeev R, Prathima GS, Suganya M, Ramesh V. Evaluating the Efficacy of Xylitol Wipes on Cariogenic Bacteria in 19- to 35-month-old Children: A Double-blind Randomized Controlled Trial. *International Journal of Pediatric Dentistry*. 2018;11(1);13-17.
37. Janakiram C, Kumar CVD, Joseph J. Xylitol in preventing dental caries: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2017;8(1);16-21.
38. Lei nº 114/2017 - 1ª série. *Diário da República*. 2017;(249):6768-7010.
39. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. República Portuguesa, Sistema Nacional de Saúde, Direção Geral de Saúde, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. 2017;1- 20.
40. Glick M, Da Silva MO, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. FDI Visão 2020 – Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. FDI World Dental Federation.1-28.

41. Parte C – Defesa Nacional. Diário da República, 2.<sup>a</sup> série. 2016;(125):20480-(2)-20480(3).
42. Baschwitz DLB, PADI: Un Programa de Atención Dental Infantil para Madrid. Prof. dent. 2003;6(4):241-245.
43. Luis HPS, Assunção VA, Luis LFS. Tradução e validação para português de um questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos adolescentes. 2012;9:7–11.
44. De Andrade CB, Pomarico L, Requejo MEP, et al. Conhecimento de pais/responsáveis sobre a cárie dentária na primeira infância. 2015;23(45-46):29–36.
45. O'Malley L, Worthington H V., Donaldson M, O'Neil C, Birch S, Noble S, et al. Oral health behaviours of parents and young children in a practice-based caries prevention trial in Northern Ireland. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2017;00:1-7.
46. Vermaire JH, van Exel NJA. Parental attitudes towards oral health and caries-risk in their children. International Journal Dental Hygiene. 2017;00:1-8.
47. Carvalho TS, Abanto J, Pinheiro ECM, et al. Early childhood caries and psychological perceptions on child's oral health increase the feeling of guilt in parents: an epidemiological survey. International Journal of Paediatric Dentistry. 2017;28:23–32.
48. Tickle M, Milsom KM, Humphris GM, et al. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition. British Dental Journal. 2003;195(8):451–455.
49. Hendaus MA, Leghrouz B, Allabwani R, Zainel A, AlHajjaji M, Siddiqui F, et al. Parental attitudes about acquiring a dental home for preschool

children: a new concept in the Arab state of Qatar. Dove Press journal: Pediatric Health, Medicine and Therapeutics. 2018;9:123–128.

50. Diário da República, 2ª série. 2015;(223):32904-32904.
51. Grupo Parlamentar Os Verdes. Projeto de Lei nº953/XIII/3ª - Universalização dos cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde. 2018;1-6.
52. De Vasconcelos SM, Carvalho R. Barómetro da Saúde Oral. Ordem dos Médicos Dentistas. 2018;(4):1-51.
53. Huebner CE, Milgrom P. Evaluation of a parente-designed programme to support tooth brushing of infants and young children. Int J Dent Hyg. 2015;13(1):1-18.
54. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, et al. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6,12,18,35-44 e 65-74 anos. Direção Geral de Saúde. 2015;1-154.
55. Sociedad Española de Odontopediatria. Disponível em: <https://www.odontologiapediatrica.com/2019/03/26/la-salud-oralinfantil-eje-del-dia-mundial-de-la-salud-bucodental-2019/>
56. Sanguida A, Vinothini V, Prathima GS, Santhadevy A, Premlal K, Kavitha M. Age and reasons for first dental visit and knowledge and attitude of parents towards dental procedures for puducherry children aged 0-9 years. J Pharm Bioallied Sci. 2019;11(2):D413-S419.
57. Rito A, de Sousa RC, Mendes S, et al. Childhood Obesity Surveillance Initiative. República Portuguesa. 2016;1-92.

## 7. Apêndice

### Propostas Partidárias

A prevenção da cárie dentária depende de medidas de saúde pública determinadas pelo ministério da saúde de cada país, assim e dado que o ano atual é de eleições, lancei um desafio aos membros dirigentes de cada partido no sentido de tentar perceber, na área da Medicina Dentária, quais as propostas de melhoria aos programas do governo em vigor e quais os planos para o futuro, tendo em conta as necessidades médico-dentárias do nosso país. Infelizmente, não consegui resposta de todos eles mas, ainda assim, as respostas conseguidas encontram-se expostas abaixo.

- **OS VERDES (PEV)**

“De acordo com o Projeto de Lei Nº 953/XIII/3<sup>a51</sup> de seu título “Universalização dos cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde”, as taxas de tratamento dentário em Portugal, comparativamente com os restantes países da Europa, apresentam-se bastante reduzidas, visto que ainda não está garantido o acesso universal aos cuidados médico-dentários como está consagrado na Constituição da República Portuguesa.

Uma das conclusões do terceiro Barómetro da Saúde Oral<sup>52</sup> desenvolvido pela OMD em 2017 relativamente aos hábitos, acesso, perceções e motivações da população portuguesa, passa pela incapacidade de pagamento de consultas e respetivos tratamentos em clínicas/consultórios privados. Este foi descrito como um dos fatores de inibição e impossibilidade de acesso a um médico dentista.

Foram criados programas de promoção de saúde oral como é o caso do PNPSO<sup>32</sup>, sendo que, neste âmbito, foi criado o despacho nº12889/2015<sup>50</sup> que prevê o incentivo à aplicação do programa referido anteriormente, restrito apenas a um grupo de indivíduos sob determinadas condições. Mais recente foi a criação do Despacho nº8591-B/2016<sup>41</sup>, também no âmbito do PNPSO<sup>32</sup>, que envolve o mesmo conceito do descrito anteriormente mas através da execução de experiências-piloto.

Atualmente, e depois de tudo o que já foi feito no sentido de melhorar o acesso da população aos cuidados médico-dentários, o Grupo Parlamentar os Verdes apresenta como proposta um Projeto de Lei que visa: (1) universalizar o acesso dos utentes do SNS aos cuidados de saúde oral; (2) que sejam realizadas experiências-piloto em todos os agrupamentos de centros de saúde, no âmbito do PNPSO<sup>32</sup>; (3) que seja garantida a cobertura nacional e permanente da valência de saúde oral nos cuidados primários de saúde, acessível a todos os utentes do SNS, num prazo de 4 anos; (4) promover a contratação de profissionais de saúde oral no âmbito da criação da carreira de médico-dentista no SNS.”

- **PCP**

“Como forma de fortalecer o SNS e garantir o direito constitucional à saúde, o PCP apresenta o Projeto de Lei de Bases da Saúde direcionado a todos os indivíduos. Porém, este Projeto apenas faz referência à saúde geral dos cidadãos sem mencionar medidas específicas na área da saúde oral.”

- **I - Consentimento Informado – Versão Portuguesa**

**Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
Conhecimento dos meios de prevenção da cárie dentária por  
parte dos pais dos utentes pediátricos.**



**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, (nome completo), \_\_\_\_\_, fui informado pela aluna Rita Grão que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar o meu conhecimento sobre a prevenção da cárie dentária em pacientes pediátricos. Será realizado um questionário para avaliação de hábitos, conhecimentos e atitudes relacionados com a cárie dentária, nomeadamente: hábitos de higiene oral, dieta e medidas de prevenção.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato, cumprindo os preceitos do Código de Ética e de Conduta da Universidade Católica Portuguesa, da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de Abril de 2016, relativo à proteção de dados.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer questões e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, na condição de anonimato dos referidos dados, exceto quando por mim autorizados.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do participante no estudo.

Assinatura:\_\_\_\_\_.Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do investigador responsável.

Assinatura:\_\_\_\_\_.Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Mail:

[ritamartinhograo@gmail.com](mailto:ritamartinhograo@gmail.com) (para contacto sobre o estudo e/ou qualquer dúvidas).

- **II - Questionário - Versão Portuguesa**

**Conhecimento dos meios de prevenção da cárie dentária por parte dos pais dos utentes pediátricos.**



**QUESTIONÁRIO**

O meu nome é Rita Grão e sou aluna do 5ºano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu. Neste âmbito, pretendo desenvolver um projeto de investigação que será apresentado no final de 2019 com o tema “Conhecimento dos meios de prevenção da cárie dentária por parte dos pais dos utentes pediátricos” e, para isso, criei um questionário para recolha de informação. Para tal, peço a sua colaboração para o preenchimento do questionário, que deve ser feito individualmente. As respostas são confidenciais, servindo apenas para tratamento estatístico. Agradeço que preencha todo o questionário e que assinale a(s) resposta(s) certa(s). Para qualquer dúvida ou interesse sobre este trabalho, por favor contacte-me diretamente ou via email em [ritamartinhograo@gmail.com](mailto:ritamartinhograo@gmail.com).

Agradeço desde já a sua participação.

Com os melhores cumprimentos,  
Rita Martinho Grão

Viseu, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

## 1ª PARTE

1. Género da criança:
  - Feminino
  - Masculino
  
2. Idade da criança: \_\_\_\_ anos.
  
3. Com quem vive a criança?
  - Pais
  - Mãe
  - Pai
  - Outro: \_\_\_\_\_.
  
4. A criança tem irmãos?
  - 0
  - 1
  - 2
  - 3 ou mais
  
5. Qual é a sua idade? \_\_\_\_ anos.
  
6. Qual é a sua profissão? \_\_\_\_\_.
  
7. Quais são as suas habilitações literárias?
  - Ensino Primário
  - Ensino Básico
  - Ensino Secundário
  - Licenciatura

**8.** Qual é o seu rendimento mensal?

- Menos de 500€
- Entre 500 e 1000€
- Entre 1000 e 1500€
- Entre 1500 e 2000€
- Mais de 2000€

## 2ª PARTE

1. Quantas vezes é que a criança escova os dentes por dia?

- Nenhuma/Esquece com frequência
- 2 vezes
- 1 vez
- 3 vezes ou mais

2. Quando é que a criança escova os dentes?

- Manhã
- Tarde
- Noite

3. Quem ajuda a criança a escovar os dentes?

- Mãe
- Pai
- Cuidador
- Ninguém, a criança escova sozinha

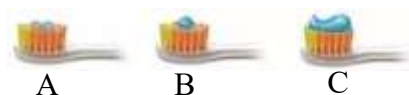
4. O que é que a criança utiliza na hora de escovar os dentes?

- Escova dos dentes manual
- Escova dos dentes elétrica
- Fio dentário
- Elixir
- Outro: \_\_\_\_\_.

5. A criança escova os dentes com pasta de dentes com flúor?

- Sim
- Não
- Não Sei

6. Qual a quantidade de pasta utilizada pela criança?



- A
- B
- C

7. A criança tem ou já teve alguma cárie (dente estragado)?

- Sim
- Não
- Não Sei

(Se respondeu **Não/Não Sei** avance para a **Pergunta 11**)

8. Procurou ajuda para o tratamento da cárie da criança?

- Sim
- Não
- Não Sei

9. Alguma vez se sentiu culpado/a pelos problemas de dentes da criança?

- Sim
- Não
- Não Sei

10. Acha que poderia ter evitado os problemas de dentes da criança?

- Sim
- Não
- Não Sei

**11.** Qual é a sua maior preocupação em relação aos dentes da criança?

- Ter dentes bonitos
- Ter boa saúde
- Não ter infeção
- Mastigar bem
- Não ter dor de dentes
- Outra:\_\_\_\_\_.

**12.** A criança come ou bebe muitas vezes alimentos doces?

- Sim
- Não
- Não Sei

(Se respondeu **Não/Não Sei** avance para a **Pergunta 16**)

**13.** Que tipo de alimentos doces são esses?

- Bebidas: sumos, refrigerantes
- Chocolates ou outros doces não pegajosos
- Gomas, sugos ou outros doces pegajosos

**14.** Quantas vezes é que come ou bebe coisas doces?

- 1-2 vezes por semana
- 3-5 vezes por semana
- 6 ou mais vezes por semana
- Raramente
- Nunca

**15.** Em que altura do dia costuma comer ou beber coisas doces?

- Durante as refeições
- Entre refeições
- Em qualquer altura
- Antes de dormir

**16.** Acha que a cárie dentária pode afetar a saúde geral da criança?

- Sim
- Não
- Não Sei

**17.** Quanto o/a preocupa a cárie dentária na criança?

- Nada
- Pouco
- Muito

**18.** Na sua opinião, o que causa a cárie dentária?

- Doces
- Tártaro
- Dentes fracos
- Medicamentos
- Todas as anteriores
- Nenhuma das anteriores

**19.** O que acha que pode acontecer se a cárie dentária não for tratada?

- Dor
- Problemas a comer e dormir
- Alterações de desenvolvimento e crescimento
- Perda de dentes
- Infecção oral
- Todas as anteriores
- Nenhuma das anteriores

**20.** O que acha que pode prevenir a cárie dentária?

- Pasta de dentes com flúor
- Aplicação de flúor pelo dentista
- Suplementos de flúor
- Não comer doces
- Fio dentário
- Pastilhas elásticas sem açúcar
- Todas as anteriores

**21.** Gostaria de receber mais informação sobre a cárie dentária?

- Sim
- Não
- Não Sei

**22.** Como acha que é a limpeza da boca/dos dentes da criança?

- Boa
- Satisfatória
- Má

**23.** Com que idade é que a criança foi pela primeira vez ao dentista?

- Antes do 1º ano de idade
- Entre o 1º e o 3º ano de idade
- Depois do 3º ano de idade

**24.** Quando costuma levar a criança ao dentista?

- Só quando há problemas
- Pelo menos cada 6 meses
- Pelo menos 1 vez por ano

**25.** Acha que são necessárias visitas regulares ao dentista?

- Sim
- Não
- Não Sei

**26.** Por que motivo costuma levar a criança ao dentista?

- Consulta de controlo
- Dor/Cárie
- Para ter dentes bonitos
- Outro:\_\_\_\_\_.

**27.** Acha que é necessário ter cuidado com os dentes de leite?

- Sim
- Não
- Não Sei

**28.** Acha que o flúor é importante para os dentes?

- Sim
- Não
- Não Sei

**29.** Acha que a cárie dentária num dente de leite pode afetar os dentes definitivos?

- Sim
- Não
- Não Sei

**30.** O que acha que se deve fazer se a criança tiver:

**a)** Dente de leite com cárie mas sem dor.

- Tratar
- Não tratar
- Outro:\_\_\_\_\_.

**b)** Dente de leite com cárie e com dor.

- Tratar
- Não tratar
- Outro:\_\_\_\_\_.

- **III - Consentimento Informado – Versão Espanhola**

Tesis del Máster en Odontología – Conocimiento de los medios de prevención de la caries dental por parte de los padres de los pacientes pediátricos.



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, (nombre completo), \_\_\_\_\_,

fui informado por la alumna Rita Grão que el estudio de investigación arriba mencionado está destinado a evaluar mi conocimiento sobre la prevención de la caries dental en pacientes pediátricos. Se realizará un cuestionario para la evaluación de los hábitos, conocimientos y actitudes relacionados con la caries dental, en particular: hábitos de higiene oral, dieta y medidas de prevención. Se me ha garantizado que todos los datos relativos a la identificación de los participantes en el estudio son confidenciales y que se mantendrá el anonimato, cumpliendo los preceptos del Código de Ética y Conducta de la Universidade Católica Portuguesa, la Declaración de Helsinki y la Convención Oviedo, el Reglamento (UE) 2016/79 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de datos.

Sé que puedo elegir participar o tomar la decisión de abandonar en cualquier momento mi participación en el estudio, sin ningún tipo de penalización por este hecho.

Comprendí la información que me fue dada, tuve la oportunidad de hacer preguntas y mis dudas fueron aclaradas.

Doy libremente mi consentimiento a participar en este estudio.

También autorizo la divulgación de los resultados obtenidos en el medio científico, en la condición de anonimato de esos datos, excepto cuando por mí autorizados.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del participante en el estudio.

Firma: \_\_\_\_\_ . Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del investigador responsable.

Firma: \_\_\_\_\_ . Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mail: [ritamartinhograo@gmail.com](mailto:ritamartinhograo@gmail.com) (para contacto sobre el estudio y/o cualquier duda).

- **IV - Questionário - Versão Espanhola**

**Tesis de Máster Integrado en Odontología – Conocimiento de los  
medios de prevención de la caries por parte de los padres de los  
pacientes pediátricos**



**CUESTIONARIO**

Mi nombre es Rita Grão y soy alumna del 5º curso del Máster en Odontología de la Universidad Católica Portuguesa de Viseu. En este contexto, pretendo desarrollar un proyecto de investigación que será presentado en el final de 2019 con el tema “Conocimiento de los medios de prevención de la cáries por parte de los padres de los pacientes pediátricos” y, para eso, he hecho un cuestionario para recogida de información. Dado que en este momento me encuentro en la Universidad Complutense de Madrid, en el marco del programa Erasmus, me gustaria también de recoger información en esta universidad. Para eso, pido su colaboración para rellenar el cuestionario, que debe hacerse individualmente. Las respuestas son confidenciales, sirviendo sólo para tratamiento estadístico. Agradezco que rellene todo el cuestionário y que marque con una cruz la(s) respuesta(s) correcta(s). Para cualquier duda o interés sobre este trabajo, por favor contacte conmigo directamente o por email en [ritamartinhograo@gmail.com](mailto:ritamartinhograo@gmail.com).

Agradezco su atención desde ahora.

Con los mejores saludos,  
Rita Martinho Grão

Madrid, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

## 1ª PARTE

1. Genero del niño:

- Femenino
- Masculino

2. Edad del niño: \_\_\_\_\_ años/meses.

3. ¿Con quién vive el niño?

- Padres
- Madre
- Padre
- Otro: \_\_\_\_\_.

4. ¿El niño tiene hermanos?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou más

5. ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_ años.

6. ¿Cuál es su profesión? \_\_\_\_\_.

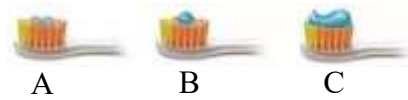
7. ¿Cuales son sus estúdios?

- Estudis básicos
- Estudios medios
- Estudios superiores

## 2ª PARTE

1. Cuantas veces al día el niño se cepilla los dientes?
  - Ninguna / Se olvida muchas veces
  - 1 vez
  - 2 veces
  - 3 veces o más
2. Cuándo el niño se cepilla los dientes?
  - Mañana
  - Tarde
  - Noche
3. ¿Quién ayuda al niño a cepillarse los dientes?
  - Madre
  - Padre
  - Cuidador
  - Nadie, el niño se cepilla solo
4. De las opciones de abajo escoja las usadas por el niño a la hora de cepillarse los dientes.
  - Cepillo manual
  - Cepillo eléctrico
  - Seda dental
  - Colutorio
  - Otro:
5. ¿El niño se cepilla los dientes con pasta de dientes con flúor?
  - Sí
  - No
  - No sé

6. ¿Cuál es la cantidad de pasta de dientes utilizada?



- A
- B
- C

7. ¿El niño tiene o ha tenido alguna caries?

- Sí
- No
- No sé

(Si respondió **No/No sé** vaya a la **Pregunta 11**)

8. ¿Buscó tratamiento para la caries del niño?

- Sí
- No
- No sé

9. ¿Alguna vez se sintió culpable de los problemas de los dientes del niño?

- Sí
- No
- No sé

10. Cree que podría haber evitado los problemas de dientes del niño?

- Sí
- No
- No sé

11. ¿Cuál es su mayor preocupación relativamente a los dientes del niño?

- Tener dientes bonitos
- Masticar bien
- Tener buena salud
- No tener dolor de dientes
- No tener infección
- Otra: \_\_\_\_\_.

12. ¿Su hijo/a come/bebe muchas veces alimentos azucarados?

- Sí
- No
- No sé

(Si respondió **No/No sé** vaya a la **Pregunta 16**)

13. ¿Qué tipo de alimentos azucarados son esos?

- Bebidas: zumos, refrescos
- Chocolates o otros dulces no pegajosos
- Gomas, caramelos o otros dulces pegajosos

14. ¿Cuántas veces al día come/bebe cosas dulces?

- 1-2 veces/semana
- 3-5 veces/semana
- 6 o más veces/semana
- Raramente
- Nunca

- 15.** ¿En qué momento del día suele comer/beber cosas dulces?
- Durante las comidas
  - Entre comidas
  - En cualquier momento
  - Antes de dormir
- 16.** ¿Cree que la caries dental puede afectar la salud general del niño?
- Sí
  - No
  - No sé
- 17.** ¿Cuanto le preocupa la caries en el niño?
- Nada
  - Poco
  - Mucho
- 18.** ¿En su opinión, cuáles son las causas para el desarrollo de la caries dental?
- Dulces
  - Placa
  - Dientes débiles
  - Fármacos
  - Todas las anteriores
  - Ninguna de las anteriores
- 19.** ¿Qué piensa que puede suceder si la caries dental no se trata?
- Dolor
  - Problemas a comer y dormir
  - Alteraciones de desarrollo y crecimiento
  - Pérdida de dientes
  - Infección oral
  - Todas las anteriores
  - Ninguna de las anteriores

**20.** ¿Qué le parece que puede prevenir la caries dental?

- Pasta de dientes con flúor
- Aplicación de flúor en el dentista
- Suplementos de flúor
- No comer dulces
- Seda dental
- Chiclets sin azúcar
- Todas las anteriores

**21.** ¿Usted le gustaría recibir más información sobre la caries dental?

- Sí
- No
- No sé

**22.** ¿Con qué edad el niño fue la primera vez al odontólogo?

- Antes de hacer el 1º año de edad
- Entre el 1º y el 3º año de edad
- Después del 3º año de edad

**23.** ¿Cuándo suele llevar el niño al odontólogo?

- Solo cuándo hay problemas
- Al menos a cada 6 meses
- Al menos 1 vez al año

**24.** ¿Cree que son necesarias consultas regulares al odontólogo?

- Sí
- No
- No sé

**25.** ¿Por qué suele llevar el niño al odontólogo?

- Revisión
- Dolor/Caries
- Para tener dientes bonitos
- Otro:\_\_\_\_\_.

**26.** ¿Cree que es necesario tener cuidado con los dientes de leche?

- Sí
- No
- No sé

**27.** ¿Cree que el flúor es importante para los dientes?

- Sí
- No
- No sé

**28.** ¿Cree que una caries en un diente de leche puede afectar el definitivo?

- Sí
- No
- No sé

**29.** Qué cree que se debe hacer si el niño tiene:

**a)** Diente de leche con caries pero sin dolor.

- Tratar
- Não tratar
- Outro:\_\_\_\_\_.

**b)** Diente de leche con caries y con dolor.

- Tratar
- Não tratar
- Outro:\_\_\_\_\_.

## **8. Anexos**

### Publicações científicas no âmbito da presente dissertação

O presente póster intitulado “Avaliação da Literacia em Saúde Oral dos Pais de Utentes Pediátricos” foi aprovado para apresentação nas XIV Jornadas de Medicina Dentária que decorreram na Universidade Católica Portuguesa de Viseu, nos dias 9, 10 e 11 de maio de 2019. O estudo foi baseado numa amostra reduzida, de acordo com a disponibilidade de dados até ao momento da apresentação.

# Avaliação da Literacia em Saúde Oral dos Pais de Utentes Pediátricos



Bita Grão<sup>1</sup>, M<sup>o</sup> del Rozario Garcillán<sup>2</sup>, Susana Silva<sup>2</sup>, Patricia Correia<sup>3</sup>

1 - Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

[bitamarinho@icis.ucp.pt](mailto:bitamarinho@icis.ucp.pt)

2 - Docente da Universidade Complutense de Madrid; [rgarcilan@odon.ucm.es](mailto:rgarcilan@odon.ucm.es)

3 - Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; [patricia.correia@icis.ucp.pt](mailto:patricia.correia@icis.ucp.pt); [susana\\_silva@hotmail.com](mailto:susana_silva@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

Segundo a *American Academy of Paediatric Dentistry*, a patologia pediátrica com maior prevalência a nível mundial é a cárie precoce de infância (CPI). Trata-se de uma patologia infecciosa, transmissível, de origem multifatorial e com repercussões na saúde em geral.<sup>1,2</sup> Como forma de prevenir esta patologia, a educação de pais/cuidadores e crianças sobre hábitos de vida saudáveis é medida de promoção da saúde na infância e prevenção de doenças do adulto.<sup>3</sup> A escovagem, pelo menos duas vezes ao dia, com pasta fluorada, a redução na quantidade e frequência de consumo de alimentos e bebidas açucaradas constituem bons hábitos de saúde oral que devem ser implementados na primeira infância.<sup>4</sup>

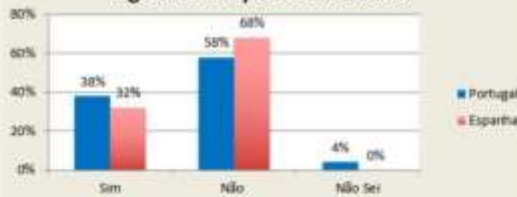
## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, numa amostra de conveniência, através de um questionário baseado na literatura científica atual com os temas: hábitos de higiene oral, dieta e conhecimentos sobre a prevenção da cárie dentária. Foram realizadas duas versões do questionário, em português e outra em castelhano. A versão portuguesa foi aplicada na clínica da Universidade Católica Portuguesa e em clínicas dentárias do país e a versão espanhola foi distribuída na Clínica da Universidade Complutense de Madrid e noutras clínicas locais. O período de recolha decorreu de fevereiro a abril de 2019.

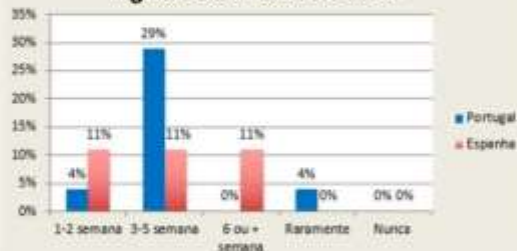
Os resultados foram introduzidos numa base de dados em Excel e procedeu-se a uma análise estatística descritiva dos mesmos.

## RESULTADOS

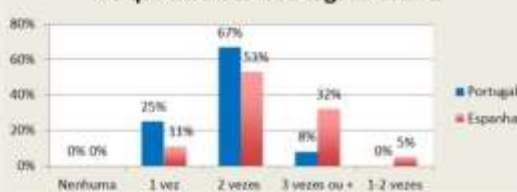
### Ingestão frequente de doces



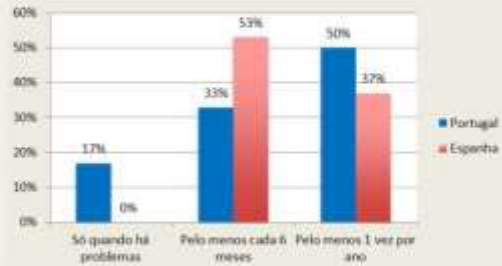
### Ingestão semanal de doces



### Frequência de escovagem diária



### Visitas ao dentista



### Conhecimentos sobre etiologia da cárie



### Conhecimentos sobre medidas preventivas da cárie



## CONCLUSÃO

Em suma, na amostra estudada existe uma consciência generalizada, por parte dos pais portugueses e espanhóis, relativamente à importância da saúde oral dos filhos, notando-se, contudo, um conhecimento ainda lacunar em relação à etiologia e prevenção da cárie dentária, sobretudo na amostra nacional. Este estudo sugere a necessidade de promoção de saúde oral junto dos pais de ambas as comunidades, a fim de incutirem, nos filhos, boas práticas de higiene oral, em idade cada vez mais precoce.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chen HJ, Gao SS, Duangthip C, Li ECM, Chu CH. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. *J Invet Clin Dent*. 2018;1-12.
- Xiao J, Almers H, Kuyoko-Radzemska DT, Billings RJ, Wu TT, Castillo DA, Ruzhalska L, Malmstrom H, Ren Y, Elav E. Prevalence, Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Caries Res*. 2019; 1-12.
- Mo WF, Braegger C, Bronsky J, Conroy C, Donohue M, Eriksen ND, Hojnik I, Hodor J, Indrio F, Laplante A, Mihalach W, Molgaard C, Voss R, Pawlitz M. Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *Zurch Open Respiatory and Archive, University of Zurich*. JPON 2017;6(6):661-696.
- Dunbury JT, Caffery MA, Davies RM, Davies OM. Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention. *Sex*. 2017;74-67.