



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

O impacto da intervenção comunitária na literacia em saúde oral de comunidades apoiadas pela Cáritas Diocesana de Viseu

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

Por:

Inês Miguel Mesquita Coelho

Viseu, 2023



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

O impacto da intervenção comunitária na literacia em saúde oral de comunidades apoiadas pela Cáritas Diocesana de Viseu

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

Por:

Inês Miguel Mesquita Coelho

Orientador: Professor Doutor Nélio Jorge Veiga

Coorientadora: Professora Doutora Maria José Correia

Viseu, 2023

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas...
Que já têm a forma do nosso corpo...
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos
mesmos lugares...”

É o tempo da travessia...
E se não ousarmos fazê-la...
Teremos ficado...para sempre...
À margem de nós mesmos...”

Fernando Pessoa

Dedico este trabalho aos meus avôs, minha fonte de inspiração. Apesar de já não estarem fisicamente entre nós, continuam sempre presentes em cada romper da autora e em cada pôr-do-sol. A vossa presença manifesta-se no meu dia a dia, levando-me a ser cada vez mais capaz de alcançar os meus objetivos e ser uma melhor pessoa e profissional.

AGRADECIMENTOS

Muitos feixes de luz foram necessários para iluminar esta caminhada de procura de conhecimentos. Precisaria de um espaço inesgotável para redigir toda a minha gratidão a todos que de alguma forma contribuíram para esta construção. Aqueles nomes que aqui não estiverem registados, certamente estão a ocupar da mesma forma um espaço no meu coração.

Ao Professores Doutor Nélio Jorge Veiga e à Professora Doutora Maria José Correia, por ter aceitado serem meus Orientadores, pela compreensão e apoio, pela disponibilidade para ouvir, pelo grande incentivo, em todas as oportunidades em que conversámos. Estes fizeram-me ver que é preciso procurar força em algum lugar e lutar, que é necessário superar as dificuldades para se ir mais além.

A todos as pessoas que aceitaram participar neste estudo, sem as quais, o mesmo não teria sido exequível.

Aos meus pais, por terem, mesmo com sacrifício, compreendido as minhas ausências e acompanhado esta minha caminhada; pelo amor que sempre me dão e pela compreensão dos meus momentos divididos entre ser estudante e filha. Agradeço-lhes infinitamente por tudo.

Ao meu namorado, companheiro de todas as horas. Caminhámos sempre lado a lado e tivemos alguns momentos de desânimo, mas a vontade de queremos ir mais além superou. O companheirismo, carinho e amor foram ingredientes cruciais para continuarmos hoje e amanhã.

A todos vós, obrigada.

RESUMO

Objetivos: Caracterizar a saúde oral de famílias acompanhadas pela Cáritas Diocesana de Viseu.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo epidemiológico observacional, quantitativo descritivo, correlacional e transversal. O instrumento de recolha de dados é constituído por caracterização da saúde oral, condições sociodemográficas e comportamentos relacionados com a saúde oral, questionário de recolha de dados unificado, contendo o critério do *Internacional Caries Detection and Assessment System* (ICDAS), o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) e o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14). A amostra é constituída por 40 pessoas que integram a rede de apoio social da Cáritas de Portugal do Distrito de Viseu.

Resultados: 62,5% da amostra possuía biofilme e 55,0% apresentava “Alta” experiência de cárie. Quanto ao perfil de impacto da saúde oral (OHIP), registou-se um valor médio entre 4,95 pontos (Desvantagem) e 6,75 pontos (Dor física), sendo o valor médio global de 38,73 pontos, médias mais elevadas no domínio “Dor física” (média=6,75±2,71) e no domínio “Desconforto psicológico” (média=5,78±2,81), sugerindo que é nestes domínios que os participantes revelaram pior QdVRSO. Diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com experiência de cárie “Alta” ($p>0,05$) quer no Domínio - Criança (OM=24,36), quer no total da ECOHIS (OM=24,57), onde foram estes a revelarem uma pontuação mais elevada, bem como pontuaram mais no Domínio - Família (OM=23,61). Diferenças estatisticamente significativas entre a experiência de cárie, o score global e os domínios da OHIP ($p<0,05$) e no OHIP total, com scores mais elevados para os participantes com “Alta” experiência de cárie.

Conclusão: Estes resultados sugerem a necessidade de haver uma maior proximidade dos médicos dentistas em relação às comunidades mais vulneráveis sendo esta uma estratégia para capacitar as pessoas e dotá-las de conhecimentos focados na literacia em saúde oral.

Palavras-chave: Saúde oral; Literacia em saúde oral; Famílias vulneráveis; Cáritas Viseu.

ABSTRACT

Objectives: To characterize the oral health of families monitored by Cáritas Diocesana de Viseu.

Materials and Methods: An observational, quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional epidemiological study was carried out. The data collection instrument consisted of a characterization of oral health, sociodemographic conditions and behaviours related to oral health, a unified data collection questionnaire containing the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) criteria, the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) and the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). The sample consisted of 40 people who were part of the Cáritas de Portugal social support network in the Viseu district.

Results: 62.5% of the sample had biofilm and 55.0% had "High" caries experience. As for the oral health impact profile (OHIP), the average score was between 4.95 points (Disadvantage) and 6.75 points (Physical pain), with an overall average score of 38.73 points, with higher averages in the "Physical pain" domain (average=6.75±2.71) and the "Psychological discomfort" domain (average=5.78±2.81), suggesting that it was in these domains that the participants showed the worst OHRQoL. Statistically significant differences between participants with "High" caries experience ($p>0.05$) both in the Child domain (OM=24.36) and in the total ECOHIS (OM=24.57), where they scored higher, as well as scoring higher in the Family domain (OM=23.61). Statistically significant differences between caries experience, the overall score and the OHIP domains ($p>0.05$) and in the total OHIP, with higher scores for participants with "High" caries experience.

Conclusion: These results suggest that dentists need to be closer to the most vulnerable communities, as this is a strategy to empower people and give them knowledge towards oral health literacy.

Keywords: Oral health; Oral health literacy; Vulnerable families; Cáritas Viseu.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	19
2. MATERIAL E MÉTODOS	27
2.1 POPULAÇÃO-ALVO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	29
2.2 RECOLHA DOS DADOS.....	29
2.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	30
2.4 VARÁVEIS DO ESTUDO	31
2.5 ANALISE ESTATÍSTICA	32
2.6 QUESTÕES ÉTICAS	32
3. RESULTADOS	33
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	35
3.2. DIAGNÓSTICO DE CÁRIE DENTÁRIA	35
3.3. IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA	38
3.4. PERFIL DE IMPACTO DA SAÚDE ORAL (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE - OHIP).....	38
3.5. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E OS DOMÍNIOS DA ECOHIS	39
ECOHIS.....	40
3.6 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, O SCORE GLOBAL E OS DOMÍNIOS DA OHIP.....	40
4. DISCUSSÃO	43
5. CONCLUSÕES	51
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
7. ANEXOS	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos participantes	35
Tabela 2 – Score dos critérios do ICDAS nos dentes dos participantes	36
Tabela 3 – Resultados da presença de biofilme e experiência de cárie	38
Tabela 4 – Estatísticas relativas ao score global e dos domínios da ECOHIS	38
Tabela 5 – Estatísticas relativas ao score global e dos domínios da OHIP	39
Tabela 6 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e os domínios da ECOHIS	40
Tabela 7 – Relação entre as variáveis sociodemográficas, o score global e os domínios da OHIP	41

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

Dp - Desvio padrão

ECOHIS - *Early Childhood Oral Health Impact Scale*

et al.- e outros autores

ICDAS - *Caries Detection and Assessment System*

Máx.- Máximo

Min. - Mínimo

N/n - Frequência; número

OHIP-14 - *Oral Health Impact Profile-14*

OM - Ordenação Média

p - Valor de significância

PNPSO - Programa Nacional Promoção da Saúde Oral

QdVRSO - Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*®

I. INTRODUÇÃO

A saúde oral é reconhecida como uma componente essencial da saúde global e da qualidade de vida das pessoas. Uma pobre saúde oral pode aumentar os riscos associados a doenças crônicas. Para além disso, tem repercussões sociais e económicas. As pessoas com baixos rendimentos têm o dobro da probabilidade de sofrer de doenças orais e têm necessidades de saúde oral não satisfeitas (1). Como preconiza o Programa Nacional Promoção da Saúde Oral 2021-2025 [PNPSO] (2), a saúde oral “contribui positivamente para o bem-estar físico, mental e social permitindo o usufruto pleno das oportunidades que a vida proporciona, com destaque para o relacionamento com os outros, falar, comer, sem entraves causados pela dor, desconforto, constrangimentos ou embaraços. É possível e desejável manter dentes e gengivas saudáveis durante toda a vida”. Para o alcançar, “as medidas preventivas, incluindo os cuidados básicos de saúde oral, vão sendo implementadas ao longo da vida e estão ao alcance de todos porque são simples de concretizar, económicas e muito eficazes” (2).

O PNPSO 2021-2025 tem dois eixos estratégicos primordiais: “a prevenção e o diagnóstico e tratamento das doenças orais”, objetivando, sobretudo, a promoção da “saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e tendência para a universalidade, melhorando o estado de saúde oral da população através da redução das doenças orais, as quais são altamente vulneráveis às medidas de prevenção” (2).

As intervenções de promoção da saúde oral têm tido um sucesso limitado no alcance de famílias mais desfavorecidas, resultando em desigualdades persistentes ao nível da saúde oral (3). Tendo em conta estes pressupostos, Balasooriyan *et al.* (3) realizaram um estudo qualitativo para conhecer as perspetivas de profissionais de saúde sobre a saúde oral de crianças desfavorecidas em termos socioeconómicos, as suas perceções sobre os papéis e responsabilidades e oportunidades para a implementação de estratégias de promoção da saúde oral infantil. Participaram 38 profissionais de diferentes domínios (assistente social, enfermeiros e médicos de cuidados de saúde primários e médicos dentistas de cuidados de saúde primário e do setor privado) que trabalhavam num bairro de famílias desfavorecidas em Amesterdão, tendo sido entrevistados em *focus* grupo. Os resultados indicam que estavam ausentes os principais pilares para a

manutenção da saúde oral, nomeadamente a ausência de uma alimentação saudável, falta de higiene oral e do reforço da resistência dentária. O não cumprimento das regras de higiene oral por parte das crianças era reflexo do mau comportamento dos pais, o baixo nível parental de literacia em saúde oral, atitude negativa dos pais, luta diária da família para garantir as condições mínimas de vida. Os participantes relatam a necessidade de responsabilizar os pais pela melhoria da saúde oral das crianças, mas reconhecem que a vida vulnerável destas famílias e a falta de apoio social são barreiras importantes que têm de ser ultrapassadas. Reconhecem o seu papel na promoção da saúde oral infantil, tendo os médicos dentistas sublinhado a necessidade de mais colaboração intersetorial, bem como a necessidade de existir uma ampla estratégia educativa de promoção de saúde oral centrada na criança, nos pais e na sociedade, diagnosticando-se as suas reais necessidades e, assim, proceder-se à intensificação de seções de sensibilização junto das comunidades mais desfavorecidas, objetivando a redução das taxas de doenças orais desta população, promoção progressiva da sua capacitação ao nível de literacia e promoção da saúde, como forma de prevenção das doenças orais ao longo do seu ciclo de vida (3). Estas evidências vão ao encontro dos objetivos do PNPSO 2021-2025 português (2), que sublinha também a necessidade de ampliar e otimizar a “capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde às necessidades de saúde oral da população” e “promover a universalidade e a equidade, dando prioridade aos grupos mais vulneráveis”.

A cárie dentária é a doença infantil evitável mais comum em todo o mundo. Milhões de crianças pequenas apresentam cáries com uma prevalência variável estimada em 48%, levando a impactos significativos na qualidade de vida de uma criança e a uma elevada carga para as famílias e sociedade (4). Este problema de saúde oral está mais presente e de forma desproporcionada nos grupos desfavorecidos e representa uma doença oral resultante das desigualdades socioeconómicas e de saúde (5). Em muitos países, incluindo Portugal, as crianças e jovens que vivem em bairros desfavorecidos têm um risco acrescido de cárie dentária, cuja prevalência de cárie entre as crianças de 5 anos de famílias de baixa condição socioeconómica ronda os 74%. Os níveis de cárie na primeira infância são preditivos dos níveis de cárie mais tarde na vida e com provável impacto negativo na saúde global (4, 5). Por conseguinte, é importante promover uma boa saúde oral e a

adoção de comportamentos saudáveis desde cedo, pois um comportamento saudável transforma-se num hábito. A baixa literacia em saúde oral leva a uma diminuição na adoção de hábitos diários de saúde oral adequados. Uma boa comunicação entre o paciente e médico dentista permitirá também um aumento do nível de literacia em saúde oral. As pessoas com baixa literacia em saúde oral, como, por exemplo, as minorias étnicas, as comunidades mais vulneráveis economicamente, os idosos e as pessoas com necessidades especiais, têm normalmente um maior risco de doença (6). A melhoria dos níveis de literacia em saúde oral na comunidade pode aumentar com a aplicação de estratégias de promoção da saúde oral (6). Abordar as persistentes desigualdades na saúde oral, implica reconhecer cada vez mais a importância dos determinantes sociais e económicos, tais como o rendimento familiar, o nível de escolaridade, estatuto de emprego, habitação, apoio social e estado de saúde (7). Este reconhecimento leva ao desenvolvimento de intervenções baseadas na comunidade, ou seja, educação em saúde oral e desenvolvimento de programas com elevado potencial para promover intervenções de promoção da saúde oral das comunidades que vivem em circunstâncias socioeconómicas desfavorecidas (8).

Como forma de obter ganhos em saúde, as instituições de apoio social que desenvolvido estratégias no que se refere à inclusão social e resultante melhoria da qualidade de vida das comunidades mais desfavorecidas, atuando através de programas de prevenção em conformidade com as reais necessidades das comunidades ajudadas, o que se constitui como uma estratégia de grande importância para a avaliação do seu *status* de saúde oral e aumento das intervenções (7, 8). Neste âmbito, o do PNPSO 2021-2025 português (2) assume como objetivos a construção de “parcerias com os municípios para o desenvolvimento de iniciativas e projetos promotores da saúde oral, em linha com os Planos Locais de Saúde”, proceder à partilha de “*boas práticas na área da saúde oral*”, *divulgação das “experiências e resultados que traduzam ganhos efetivos”*, garantir “*um diagnóstico precoce e encaminhamento célere perante a presença de lesões orais suspeitas de malignidade ou potencialmente malignas*”, bem como proceder à monitorização e avaliação das ações desenvolvidas, através do recurso a “*indicadores de qualidade que traduzam ganhos em saúde*”.

Uma das entidades, a nível nacional, que contribui para o desenvolvimento

humano holístico e para a defesa do bem-comum é a Cáritas, que intervém para a obtenção de uma sociedade mais justa. A rede Cáritas é formada, em Portugal, por vinte Cáritas Diocesanas, unidas na Cáritas Portuguesa, e múltiplos grupos locais que atuam em proximidade, nas paróquias e comunidades. Este trabalho em rede permite-lhe uma maior capacidade de ver e ouvir todo o território nacional. Contam com a colaboração de profissionais de várias áreas e de um vasto conjunto de voluntários para poder articular as suas ações humanitárias às diversas necessidades das comunidades mais desfavorecidas que a procuram (9). Fazendo parte dessa rede, a Cáritas Diocesana de Viseu assume-se como uma instituição oficial da Igreja Católica, cuja missão é a promoção e o trabalho de ação social na Diocese, objetivando reduzir os problemas, as desigualdades e as injustiças sociais das pessoas mais vulneráveis, que se encontram em situação de pobreza e de exclusão social.

Assim, a realização de uma investigação sobre as necessidades orais dessa população, estar-se-á a obter informações profícuas acerca da prevalência das doenças orais, do impacto que as mesmas têm na saúde oral e na qualidade de vida das pessoas ajudadas pela Cáritas Diocesana de Viseu, sobre os seus hábitos orais diários e respetivas necessidades de tratamentos. Tais evidências assumem-se como um contributo para a definição de estratégias mais concretas para ajudar a resolver os problemas orais e implementar ações que potenciem mais literacia em saúde oral, em parceria com a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica e a Cáritas Diocesana de Viseu.

Objetivos

O principal objetivo deste estudo é caracterizar a saúde oral de famílias acompanhadas pela Cáritas Diocesana de Viseu.

Os objetivos específicos deste estudo consistem em:

- Avaliar a saúde oral através do exame clínico e visual da amostra em estudo;
- Analisar o impacto na qualidade de vida na criança e na família, através do instrumento *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS);
- Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o impacto na qualidade de vida na criança e na família, através do instrumento *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS);
- Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o perfil de Impacto da Saúde Oral, através do *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14).

II. MATERIAL E MÉTODOS

De forma a alcançarem-se os objetivos delineados, realizou-se um estudo epidemiológico observacional, quantitativo descritivo, correlacional e transversal.

2.1 POPULAÇÃO-ALVO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A população-alvo deste estudo foram famílias com condições socioeconómicas mais desfavorecidas e que integram a rede de apoio social da Cáritas de Portugal do Distrito de Viseu. Assim, a amostra ficou constituída por 40 participantes com idades compreendidas entre um mínimo de 4 e o máximo de 65 anos. Importa referir que os pais das crianças e os restantes participantes assinaram o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação, em conformidade com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Como critérios de inclusão consideram-se: aceitar participar no estudo, possibilidade de realizar o exame clínico e visual, ter a capacidade de entender as perguntas a serem realizadas, integrar a rede e apoio social da Cáritas de Portugal do Distrito de Viseu.

2.2 RECOLHA DOS DADOS

A recolha de dados foi efetuada com a aplicação de vários instrumentos (Anexo B), nomeadamente: caracterização sociodemográfica, comportamentos relacionados com a saúde oral, com a aplicação de um questionário de recolha de dados unificado, contendo o critério do *Internacional Caries Detection and Assessment System* (ICDAS), o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) e o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14). Este processo ocorreu em três momentos de recolha nas associações da Cáritas em Viseu: no 21 de dezembro de 2022 fomos à associação da Cáritas no Bairro da Balsa para uma ação desensibilização/educação oral, onde não houve recolha de dados, mas uma interação com as crianças presentes; no dia 15 de fevereiro de 2023, no mesmo bairro, ocorreu a aplicação de questionários e rastreio oral; no dia 29 de março de 2023, no Bairro da Paradinha, foram aplicados os questionários e realizado o respetivo

rastreio oral, sem tempo para sensibilização, à semelhança do que foi feito no Bairro da Balsa, devido ao elevado número de pessoas para observação.

2.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para caracterização da saúde oral, condições sociodemográficas e comportamentos relacionados com a saúde oral, aplicou-se um questionário de recolha de dados unificado, contendo o critério do *Internacional Caries Detection and Assessment System* (ICDAS), o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) e o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14).

De modo a poder-se avaliar o impacto na saúde oral nos aspetos da vida pessoal e social, recorreu-se aos seguintes instrumentos de recolha de dados: *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS), que consiste num instrumento com 13 questões, usado para avaliar a QdVRSO em crianças e adolescentes, cuja administração é realizada aos pais/cuidador principal, 9 dos seus itens permitem avaliar o impacto dos problemas orais nas crianças e 4 o seu impacto na família das crianças. Trata-se de uma escala de tipo Likert, com 6 opções de resposta: 0= “Nunca”, 1= “Quase nunca”, 2= “Ocasionalmente” 3= “Frequentemente”, 4= “Muito frequentemente” e 5= “Não sei”. Como sugerido na versão original, as respostas “Não sei” devem ser consideradas como “valores omissos”, o que implica a exclusão dos participantes que tenham mais de dois valores omissos na dimensão relativa ao impacto da criança e mais de um item na dimensão do impacto na família. Esta situação não ocorreu no presente estudo. A pontuação total do ECOHIS é obtida com a soma de todas as pontuações de cada item, cujo resultado pode variar entre 0 e 52. É igualmente viável calcular os valores de cada uma das dimensões, com a secção referente à criança a possuir um somatório entre o 0 e 36 pontos e a secção alusiva à família a variar entre 0 e 16 pontos. Assim, um valor mais baixo sugere uma maior percepção dos pais/cuidador principal em relação à QdVRSO da criança, ou seja, indica uma melhor QdVRSO (9).

Foram também avaliados os cuidados de higiene na melhoria da QdVRSO tendo por base o perfil de Impacto da Saúde Oral, o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14), o qual é constituído por sete subdomínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica e deficiência.

Verificar-se-á a percepção das mães acerca da sua própria percepção acerca da sua capacidade de fazer as crianças escovarem os dentes duas vezes por dia. As questões são organizadas para que os participantes assinalem, numa escala tipo de Likert com cinco categorias de resposta, com que frequência experienciam cada um dos problemas, num período de referência, de 12 meses, com categorias de resposta e cotações equivalentes a: Quase sempre=4; Algumas vezes=3; Poucas vezes=2; Raramente=1; Nunca=0. É identificado como “mais frequentemente utilizado o método aditivo na obtenção da pontuação final no OHIP-14”, dado que possibilita avaliar a gravidade do impacto (11, 12). Assim sendo, as pontuações do OHIP-14, para o presente estudo, foram calculadas através do método aditivo, ou seja, quanto mais elevadas forem as pontuações, mais pobre é a QdVRSO (11, 12).

Foi realizado ainda o diagnóstico de cárie dentária através do ICDAS (*International Caries Detection and Assessment System*), tendo em conta os scores dos critérios (13, 14, 15):

- Score 0: Nenhuma ou sutil alteração na translucidez do esmalte após secagem de 5s;
- Score 1: Opacidade dificilmente visível na superfície húmida, mas notável após secagem. Mancha escurecida somente no fundo do sulco ou fissura;
- Score 2: Opacidade visível sem secagem. Mancha escurecida no fundo do sulco ou fissura, porém avançando pelas vertentes;
- Score 3: Cavitação localizada em esmalte opaco ou pigmentado;
- Score 4: Sombreamento da dentina subjacente;
- Score 5: Cavitação em esmalte opaco ou pigmentado com exposição da dentina subjacente;
- Score 6: Cavitação em esmalte opaco ou pigmentado com exposição da dentina subjacente, envolvendo mais da metade da superfície.

2.4 VARÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis independentes (sociodemográficas) em estudo foram: idade, presença de biofilme e experiência de cárie e o critério do *Internacional Caries*

Detection and Assessment System (ICDAS). Como variáveis dependentes: o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) e o *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14).

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a colheita de dados, procedeu-se à análise de todos os questionários no intuito de se eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Seguidamente procedeu-se à codificação e tabulação com recurso ao programa de análise estatística de dados IBM - *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS), versão 27.0, de modo a preparar o tratamento estatístico. Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Em relação à estatística descritiva determinou-se: frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão_Dp, mínimo_Min. e máximo_Máx.). Antes de se efetuar a análise estatística propriamente dita, procedeu-se ao exame prévio dos dados, onde se verificou a existência de desvios relativamente à normalidade das distribuições de algumas variáveis em estudo (Teste de Kolmogorov-Smirnov). Esta constatação conduz ao não preenchimento dos requisitos para a aplicação de testes paramétricos, pelo que foram utilizados os seguintes testes não-paramétricos: Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis. Em todos os testes utilizou-se o nível de significância $p < 0,05$.

2.6 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto com o número 204 teve parecer favorável do Conselho de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES UCP) (Anexo C). Como já referido, para se assegurar a participação voluntária e anónima no estudo, foi concedido o consentimento informado livre e esclarecido, implícito no momento da resposta e aplicação do questionário aos participantes (Anexo A).

III. RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Numa amostra de 40 participantes, o mínimo de idades era de 4 anos e o máximo 65 anos, correspondendo-lhe uma média de $16,55 \pm 12,63$ anos, com 35,0% de participantes na faixa etária ≥ 15 anos. Dos restantes 65,0%, metade tem menos de 10 anos e metade entre 11 e 15 anos de idade (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos participantes

Participantes	N=40 (100,0%)			
	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade	16,55 (N)	12,63 %	4	65
≤10 anos	13	32,5		
11-15 anos	13	32,5		
>15 anos	14	35,0		

3.2. DIAGNÓSTICO DE CÁRIE DENTÁRIA

O diagnóstico de cárie dentária foi realizado através do ICDAS (*International Caries Detection and Assessment System*), em conformidade com os scores dos critérios apresentados anteriormente (cf. tabela 3). A análise dos dados permite concluir que os primeiros dentes a erupcionar, nomeadamente, os molares inferiores, são os mais afetados tendo: no dente 36, 5 pessoas com score 5 e 3 pessoas com score 6; no dente 46, temos 8 pessoas com score 5 e 5 pessoas com score 6; no dente 26, 7 pessoas com score 5 e 4 com o score 6; no dente 16, 5 pessoas com o score 5 e 3 pessoas com score 6; no dente 17, temos 5 pessoas com o score 6. Estes são os dentes com números mais relevantes, por isso os que damos mais atenção, pela sequência de erupção, os primeiros molares inferiores são os primeiros a erupcionar, por volta dos 6 anos de idade, logo são os mais danificados, pela função que exercem. A sua principal função é a mastigação e por estarem sujeitos a grandes cargas oclusais durante a mastigação, bem como os primeiros molares superiores, que só erupcionam por volta dos 9-10 anos, mas também são bastante afetados devido a uma higiene deficiente. Estes são dentes com várias funções e entre as suas principais funções são:

1. Mastigação;
2. Suporte da mandíbula;

3. Manutenção da altura facial;
4. Alinhamento dos dentes;
5. Estabilidade da oclusão;

Tabela 2 – Score dos critérios do ICDAS nos dentes dos participantes

ICDAS Dentes/código	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5	Score 6
Incisivo central superior direito (11)			1	1			
Incisivo lateral superior direito (12)					2	1	
Canino superior direito (13)				1			1
Primeiro pré-molar superior direito (14)					2	1	2
Segundo pré-molar superior direito (15)					2	2	2
Primeiro molar superior direito (16)				1	1	5	3
Segundo molar superior direito (17)		1		1			5
Terceiro molar superior direito (18)						1	
Incisivo central superior esquerdo (21)					1		
Incisivo lateral superior esquerdo (22)				1	2		
Canino superior esquerdo (23)					1		2
Primeiro pré-molar superior esquerdo (24)					1	2	1
Segundo pré-molar superior esquerdo (25)						1	2
Primeiro molar superior esquerdo (26)				1	2	7	4
Segundo molar superior esquerdo (27)		1	1		1	1	1
Incisivo lateral inferior esquerdo (32)					1		
Primeiro pré-molar inferior esquerdo (34)						1	2
Segundo pré-molar inferior esquerdo						2	2

(35)							
Primeiro molar inferior esquerdo (36)			2		2	5	3
Segundo molar inferior esquerdo (37)					1	2	3
Segundo pré-molar inferior direito (45)						4	1
Primeiro molar inferior direito (46)					3	8	5
Segundo molar inferior direito (47)			1			2	2
Dentição decidua (2)							
Incisivo central superior direito (51)						1	1
Incisivo lateral superior direito (52)						1	
Primeiro molar superior direito (54)					3	1	
Segundo molar superior direito (55)					2	2	1
Incisivo central superior esquerdo (61)						1	1
Incisivo lateral superior esquerdo (62)						1	
Canino superior esquerdo (63)					1	1	
Primeiro molar superior esquerdo (64)					1	1	
Segundo molar superior esquerdo (65)					1	1	2
Primeiro molar inferior esquerdo (74)					3	2	
Segundo molar inferior esquerdo (75)					2	3	
Canino inferior direito (83)				1			
Primeiro molar inferior direito (84)				2	1	1	
Segundo molar inferior direito (85)				2	1	3	

Registou-se que 62,5% da amostra possuía biofilme e 55,0% apresentava “Alta” experiência de cárie, com os restantes 45,0% a ter “Baixa” experiência (cf. tabela 3).

Tabela 3 – Resultados da presença de biofilme e experiência de cárie

Variáveis	Frequência	
	nº (40)	% (100.0)
Presença de biofilme	Não	15 37,5
	Sim	25 62,5
Experiência de cárie	Baixa	18 45,0
	Alta	22 55,0
Total	40	100.0

3.3. IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA

O valor médio do somatório dos itens da QdVRSO correspondeu $43,53 \pm 14,86$, com o mínimo e o máximo a oscilarem entre 20 e 69, com o valor do somatório da criança ($31,85 \pm 10,78$) a ser o que mais peso teve para o valor total do ECOHIS (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Estatísticas relativas ao score global e dos domínios da ECOHIS

	Min.	Max.	Média	dp
Domínio 1- Criança	15	49	31,85	10,78
Domínio 2 - Família	4	20	11,68	4,71
ECOHIS - Total	20	69	43,53	14,89

3.4. PERFIL DE IMPACTO DA SAÚDE ORAL (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE - OHIP)

Os resultados referentes ao perfil de impacto da saúde oral (OHIP) revelam um valor médio entre 4,95 pontos (Desvantagem) e 6,75 pontos (Dor física), sendo o valor médio global de 38,73 pontos. Como as pontuações do OHIP, para o presente estudo, foram calculadas através do método aditivo, assim, inferiu-se que quanto mais elevadas são as pontuações, mais pobre é a QdVRSO. Por conseguinte, registaram-se médias mais elevadas no domínio “Dor física” (média= $6,75 \pm 2,71$) e no domínio “Desconforto psicológico” (média= $5,78 \pm 2,81$), sugerindo que é nestes domínios que os participantes revelaram pior QdVRSO. O valor mais baixo foi obtido no domínio “Desvantagens” (média= $4,95 \pm 3,13$) e no domínio “Incapacidade

social” (média=5,05±3,10), indicando que é nestes domínios que os participantes revelaram melhor QdVRSO (cf. tabela 5).

Tabela 5 – Estatísticas relativas ao score global e dos domínios da OHIP

	Min.	Max.	Média	dp
Limitação funcional	2	11	5,38	3,07
Dor física	2	10	6,75	2,71
Desconforto psicológico	2	10	5,78	2,81
Incapacidade física	2	10	5,70	3,31
Incapacidade psicológica	2	10	5,13	3,08
Incapacidade social	2	10	5,05	3,10
Desvantagem	2	10	4,95	3,13
OHIP - Total	18	68	38,73	18,16

3.5. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E OS DOMÍNIOS DA ECOHIS

Constatou-se que a variável idade interferiu estatisticamente no total da ECOHIS ($p < 0,05$), onde o valor de ordenação média mais elevado correspondeu aos participantes com menos idade (<10 anos) (OM=23,69), secundados pelos com mais idade (>15 anos) (OM=23,64). No Domínio - Criança pontuaram mais os participantes com idade superior aos 15 anos (M=24,29) e no Domínio - Família os que possuem idade inferior ou igual aos 10 anos, mas sem relevância estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (cf. tabela 6).

No que se refere à variável presença de biofilme, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$), mas pela análise dos valores de ordenação média, foram os participantes com presença de biofilme que pontuaram mais no Domínio - Criança (OM=21,16) e no total da ECOHIS (OM=20,52), com destaque no Domínio – Família para os que não possuíam presença de biofilme (OM=21,43) (cf. tabela 6).

Apurou-se também diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com experiência de cárie “Alta” ($p > 0,05$) quer no Domínio - Criança (OM=24,36), quer no total da ECOHIS (OM=24,57), onde foram estes a

revelarem uma pontuação mais elevada, bem como pontuaram mais no Domínio - Família (OM=23,61) (cf. tabela 6).

Tabela 6 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e os domínios da ECOHIS

Variáveis	ECOHS Criança	ECOHS Família	ECOHS Total	Teste	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Idade	≤10 anos	22,65	24,46	Kruskal-Wallis	
	11-15 anos	14,27	14,85		
	>15 anos	24,29	22,07		
	(p)	,060	,088		,047
Presença de biofilme	Não	19,40	21,43	Mann-Whitney	
	Sim	21,16	19,94		
	(p)	,644	,693		,989
	Experiência de cárie				
Experiência de cárie	Baixa	15,78	16,69	Mann-Whitney	
	Alta	24,36	23,61		
	(p)	,021	,060		,015

3.6 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIDEMOGRÁFICAS, O SCORE GLOBAL E OS DOMÍNIOS DA OHIP

Apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre a experiência de cárie, o score global e os domínios da OHIP ($p < 0,05$), nomeadamente nos seguintes domínios: Dor física, Incapacidade física, Incapacidade psicológica, Desvantagem e no OHIP total, com scores mais elevados para os participantes com “Alta” experiência de cárie. No global, foram estes os participantes com scores mais elevados em quase todos os domínios da OHIP e no total da mesma, com maior destaque para os participantes com mais idade (OM=24,54), nos que têm presença de biofilme (OM=21,28) e no total da OHIP (OM=24,32) (cf. tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre as variáveis sociodemográficas, o score global e os domínios da OHIP

Variáveis	Limitação funcional	Dor física	Desconforto psicológico	Incapacidade física	Incapacidade psicológica	Incapacidade social	Desvantagem	OHIP - Total	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Idade									Kruskal-Wallis
≤10 anos	21,96	23,38	19,08	23,12	21,19	20,81	21,85	22,42	
11-15 anos	15,92	14,46	18,58	15,23	14,88	18,00	15,23	14,23	
>15 anos	23,39	23,43	23,61	22,96	25,07	22,54	24,14	24,54	
(p)	,208	,072	,459	,120	,061	,582	,106	,056	
Presença de biofilme									Mann-Whitney
Não	21,13	20,67	16,33	19,67	19,60	17,73	17,57	19,20	
Sim	20,12	20,40	23,00	21,00	21,04	22,16	22,26	21,28	
(p)	,788	,944	,079	,716	,695	,234	,203	,585	
Experiência de cárie									Mann-Whitney
Baixa	20,03	15,69	16,97	15,28	16,64	17,19	16,17	15,83	
Alta	20,89	24,43	23,39	24,77	23,66	23,20	24,05	24,32	
(p)	0,562	,017	,082	,008	,050	,097	,028	,022	

IV. DISCUSSÃO

Numa amostra de 40 participantes que integram a rede de apoio social da Cáritas de Portugal do Distrito de Viseu, com um mínimo de idades de 4 anos e o máximo 65 anos, correspondendo-lhe uma média de $16,55 \pm 12,63$ anos, com 35,0% de participantes na faixa etária ≥ 15 anos, constatou-se que 62,5% possuía biofilme e 55,0% apresentava “Alta” experiência de cárie. Estes resultados corroboram evidências anteriores, onde ficou demonstrado que, em amostras de famílias mais desfavorecidas, a maioria possuía “Alta” experiência de cárie (16, 17). Estes estudos revelaram grandes assimetrias sociais no que respeita a indicadores de saúde oral, como o edentulismo, experiência de cárie, doença periodontal e traumatismo. No presente estudo, constatou-se que um valor médio do somatório dos itens da QdVRSO de $43,53 \pm 14,86$, com o mínimo e o máximo a oscilarem entre 20 e 69, como valor do somatório da criança ($31,85 \pm 10,78$) a ser o que mais peso teve para o valor total do ECOHIS. Como sugere a análise da referida escala, um valor mais baixo sugere uma maior perceção dos pais/cuidador principal em relação à QdVRSO da criança, ou seja, indica uma melhor QdVRSO, no caso concreto obteve-se um valor mais baixo no Domínio - Família, ou seja, uma perceção mais significativa da QdVRSO neste âmbito. No seu estudo transversal, Chaffee *et al.* (16) com uma amostra de 456, a prevalência de cáries foi de 39,7%, a pontuação média no ECOHIS foi de $2,0 \pm 3,5$ e 44,3% das mães relataram impacto na QdVRSO (pontuação ECOHIS > 0). O aumento da experiência de cárie infantil foi associado à deterioração da qualidade de vida da criança e da família: os scores da ECOHIS foram 3,0 vezes maiores para as crianças com *status* socioeconómico da família mais baixo ($p > 0,5$). De igual modo, num estudo transversal mais recente, a média das pontuações do ECOHIS foi de $0,52 \pm 0,68$). No Domínio - Criança, a pontuação mais elevada de impacto foi de 20, com o impacto no Domínio – Família mais baixo, ou seja, uma pontuação de 12. Observou-se que as crianças com cáries dentárias tinham um impacto negativo significativo na QdVRSO em comparação com as crianças sem cáries. A análise de regressão bivariada, depois de ajustada, indicou três preditores associados a uma má QdVRSO: ter dois ou mais irmãos, relação (mãe/pai) da criança e ter experiência de cárie dentária “Alta” (18).

Os resultados referentes ao perfil de impacto da saúde oral (OHIP), no presente estudo, revelam um valor médio entre 4,95 pontos (Desvantagem) e 6,75

pontos (Dor física), sendo o valor médio global de 38,73 pontos. Registaram-se médias mais elevadas no domínio “Dor física” (média=6,75±2,71) e no domínio “Desconforto psicológico” (média=5,78±2,81), sugerindo que é nestes domínios que os participantes revelaram pior QdVRSO. O “Global Health Care Policy” da Organização Mundial de Saúde destaca que o conhecimento do impacto de todos os tratamentos médicos e dentários na qualidade de vida dos pacientes deve ser uma prioridade de promoção da saúde no século XXI (19). Estes impactos têm consequências negativas na QdVRSO, como as alterações no bem-estar social e psicológico (19). Os nossos resultados corroboram os encontrados por Tefera et al. (20), tratou-se também de um estudo transversal baseado numa instituição de assistência a famílias carenciadas, na região de Amhara, na Etiópia. Foi incluído um total de 443 participantes, entre os quais, quase metade (46,6%) tinha um estado de higiene oral fraco. A pontuação mediana do OHIP-14 foi de 16, a pontuação mais elevada foi para a Desvantagem, Dor física e Desconforto psicológico. Os resultados do OHIP-14 indicaram uma má QdVRSO.

Constatou-se que a variável idade interferiu estatisticamente no total da ECOHIS ($p < 0,05$), onde o valor de ordenação média mais elevado correspondeu aos participantes com menos idade (OM=23,69), secundados pelos com mais idade (OM=23,64). No Domínio - Criança pontuaram mais os participantes com idade superior aos 15 anos (M=24,29) e no Domínio - Família os que possuem idade inferior ou igual aos 10 anos, mas sem relevância estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Ainda que não se tenham registado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$) em relação à presença de biofilme, apurou-se valores de ordenação média mais elevados nos participantes com a sua presença no Domínio - Criança (OM=21,16) e no total da ECOHIS (OM=20,52), com destaque no Domínio – Família para os que não possuíam presença de biofilme (OM=21,43). Aferiram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com experiência de cárie “Alta” ($p > 0,05$) quer no Domínio - Criança (OM=24,36), quer no total da ECOHIS (OM=24,57), onde foram estes a revelarem uma pontuação mais elevada, bem como pontuaram mais no Domínio - Família (OM=23,61), resultados concordantes com os registados no estudo de Chaffee *et al.* (16).

Apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre a experiência de cárie, o score global e os domínios da OHIP ($p < 0,05$), designadamente nos

domínios: Dor física, Incapacidade física, Incapacidade psicológica, Desvantagem e no OHIP total, com scores mais elevados para os participantes com “Alta” experiência de cárie. No global, foram estes os participantes com scores mais elevados em quase todos os domínios da OHIP e no total da mesma, com maior destaque para os participantes com mais idade (OM=24,54), nos que têm presença de biofilme (OM=21,28) e no total da OHIP (OM=24,32). A literatura disponível sugere que as pessoas que beneficiam de assistência social, por apresentarem uma condição socioeconómica mais baixa relatam um impacto negativo significativo na sua saúde oral, especificamente, as populações vulneráveis têm uma percepção direta da sua pobre saúde oral como contribuindo para a redução da sua qualidade de vida global (21, 22). No seu estudo, os mesmos autores também constaram que as famílias paquistanesas, participantes no seu estudo, mais desfavorecidas e com “Alta” experiência de cárie apresentaram scores mais elevados na globalidade dos domínios da OHIP, independentemente da faixa etária, mas com maior destaque para os participantes com mais idade (21). Por conseguinte, os mesmos autores concluíram que a sensibilização para a saúde oral é fraca na população paquistanesa mais vulnerável socioeconomicamente, principalmente devido à falta de educação para a saúde. Considera-se, deste modo, que existe uma necessidade urgente de sensibilizar as comunidades mais desfavorecidas para o facto de uma pobre saúde oral estar associada a uma pobre saúde geral. Muitas doenças sistémicas têm origem na cavidade oral ou podem ser diagnosticadas numa fase inicial, potenciando mais e melhor qualidade de vida e QdVRSO. As pontuações médias, no seu estudo, variaram entre 0,65 para a Dor física e 2,26 para a Incapacidade psicológica devido a problemas orais no último ano.

No estudo de Veiga *et al.* (23), cujo objetivo geral consistiu, através de uma revisão científica, analisar as estratégias que melhoram a literacia em saúde oral na comunidade, especificamente orientadas para um modelo de aprendizagem de base comunitária centrado nos grupos de risco mais vulneráveis da sociedade, ficou demonstrado que esses grupos sociais apresentam níveis baixos de literacia em saúde, não conseguindo compreender a informação disponível sobre saúde. Por conseguinte, os mesmos autores, mediante tal realidade preocupante, consideram que uma das principais estratégias a ser utilizada para envolver os médicos dentistas numa maior responsabilidade social e no contacto direto com a

comunidade é através da experiência de projetos de aprendizagem na comunidade (23), tal como o que foi desenvolvido no âmbito do presente estudo, através da realização de sessões de sensibilização a pessoas carenciadas. No seu estudo, Veiga *et al.* (23) constataram que a metodologia de *service-learning* promove a aprendizagem dos estudantes de medicina dentária no contexto da comunidade através da aplicação de competências e da compreensão reflexiva dos conteúdos curriculares integrados nas respetivas unidades curriculares, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de um sentido de responsabilidade social, inclusão e benefício social para o futuro. Neste sentido, salientam a necessidade de analisar as perceções de quem recebe o serviço, principalmente os cuidadores e diretores das instituições parceiras, bem como as perceções de quem orienta esta metodologia pedagógica, como os professores das várias unidades curriculares que fazem parte do projeto de aprendizagem em serviço. Tendo como objetivo *major* que os estudantes de medicina dentária tenham a possibilidade de se tornarem clínicos que desenvolvam a sua profissão junto da comunidade e identifiquem as disparidades de saúde oral relacionadas com os atuais determinantes sociais da saúde, tornando-se inteiramente focados na sua responsabilidade social, enquanto profissionais de saúde (23).

Neste contexto, Veiga *et al.* (24) referem que a prevenção da saúde oral deve ser promovida em programas preventivos junto das comunidades, com a finalidade de educar e fomentar literacia em saúde oral, bem como facultar informações para o desenvolvimento de hábitos de higiene oral e estilos de vida saudáveis. Esta é uma emergência sobretudo em comunidades mais desfavorecidas e em contexto escolar, uma vez que, segundo os mesmos autores, a educação em saúde oral possibilita a prevenção de comportamentos saudáveis de higiene oral, em crianças, adolescente, adultos e pessoas idosas. Veiga *et al.* (24) salientam ainda que outra estratégia para a integração da saúde oral nas escolas, no contexto nacional, consiste precisamente na reformulação dos currículos escolares juntamente com as equipas de saúde escolar. Essa integração possibilita definir estratégias de educação em saúde que estimulem a capacidade da escola e da família ao nível da higiene oral das crianças e adolescente e na promoção de uma alimentação saudável. Assim, mencionam que, para haver uma intervenção adequada e uma definição clara das estratégias a implementar na comunidade em geral e em contexto escolar, deve proceder-se a

uma avaliação dos indicadores de saúde oral e ao desenvolvimento de escalas adequadas para avaliar a realidade epidemiológica do ponto de vista clínico e comportamental (24).

Entre as limitações encontradas, a principal consiste na dimensão da amostra e o facto de se tratar de um estudo de natureza transversal. Os estudos prospetivos e longitudinais fornecem evidências mais sólidas. Outra limitação diz respeito ao facto de não ter sido possível, por falta de tempo, fazer sessões de sensibilização, no Bairro de Paradinha, e também ao elevado número de pessoas para observação, demonstrativo da carência desta comunidade. Face a tal, sugere-se a replicação deste estudo com uma amostra mais representativa e com recurso a um estudo longitudinal. Não obstante estas limitações, considera-se que os dados obtidos permitem ter um conhecimento mais efetivo sobre a realidade em estudo, servindo de preâmbulo para o planeamento de futuras intervenções junto destes.

V. CONCLUSÕES

Os resultados encontrados, ao demonstrarem uma prevalência expressiva de participantes com um elevado nível de biofilme e uma elevada experiência de cárie e outras doenças orais, indicam a necessidade de definir estratégias específicas de saúde oral para as populações mais vulneráveis.

Neste sentido, é essencial que os médicos dentistas, num trabalho em cooperação com outros profissionais de saúde e instituições, estejam mais próximo das comunidades mais vulneráveis. Este contacto direto com a comunidade deve continuar a ser feito através do desenvolvimento de projetos e programas de aprendizagem baseados na comunidade para a educação, de modo que eles próprios adquiram competências ao nível da literacia em saúde oral.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Öcek ZA, Eden E, Yücel U, Çiçeklioglu M. Effects of an oral health program: Community-based education among mothers of young children living in socioeconomically disadvantaged neighborhoods. *J Educ Health Promot.* 2020;9:40.
2. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2021. <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2021/06/PNPSO-MAIO2021.pdf>
3. Balasooriyan, A., Dedding, C., Bonifácio, C.C. *et al.* Professionals' perspectives on how to address persistent oral health inequality among young children: an exploratory multi-stakeholder analysis in a disadvantaged neighbourhood of Amsterdam, the Netherlands. *BMC Oral Health.* 2022; 22, 488: 2-11.
4. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019;394(10194):249-260.
5. Tull K, Gray-Burrows KA, Bhatti A, Owen J, Rutter L, Zoltie T, et al. "Strong Teeth"-a study protocol for an early-phase feasibility trial of a complex oral health intervention delivered by dental teams to parents of young children. *Pilot Feasibility Stud.* 2019; 5:100.
6. Horowitz, A.; Kleinman, D. Oral health literacy: The new imperative to better oral health. *Dent. Clin. N. Am.* 2008; 52: 333–344.
7. Watt RG, Heilmann A, Listl S, Peres MA. London Charter on Oral Health Inequalities. *J Dent Res.* 2016 Mar;95(3):245-7.
8. Skeie MS, Klock KS. Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant - or low socioeconomic backgrounds- do they work? A systematic review. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):20.
9. Cáritas Portuguesa. A nossa identidade. <https://caritas.pt/quem-somos/identidade/>
10. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:6.
11. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.
12. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284-90.
13. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Amaya A, Sen A, Hasson H, et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(3):170-8.
14. Haddad A.E., Correa M.S.N.P., Moreira M. Chronology and sequence of deciduous teeth eruption on children from 0 to 36 months. *Journal of Dental Research.* 1999; Vol. 78,. 2, 1022-1022
15. Kochhar R, Richardson A. The chronology and sequence of eruption of human permanent teeth in Northern Ireland. *Int J Paediatr Dent.* 1998 8(4):243-52.
16. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017; 45(3):216-224.
17. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(5):348-56.
18. Bilal S, Abdulla AM, Andiesta NS, Babar MG, Pau A. Role of family functioning and health-related quality of life in pre-school children with dental caries: a cross-sectional study.

Health Qual Life Outcomes. 2021;19(1):192.

19. Quintão AP, Quintão CCA, Holz IS, Miguel JAM. Oral Health Impact Profile (OHIP)-14 telephone interview reliability to assess oral health-related quality of life (OHRQoL) in orthosurgical patients. *J World Fed Orthod*. 2023; 12(2):72-75.

20. Tefera AT, Girma B, Adane A, Muche A, Ayele TA, Getahun KA, Aniley Z, Ali S, Handebo S. Oral health-related quality of life and oral hygiene status among special need school students in amhara region, Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes*. 2023;21(1):26.

21. Warsi I, Younus A, Rasheed A, Ahmed J, Mahida H, Hashmi R, Qureshi A. Oral health-related quality of life in patients with upper gastrointestinal and hepatic disorders in Pakistan: validation of the Oral Health Impact Profile-14 in the Urdu language. *BDJ Open*. 2018;4:17036

22. Yang C, Huang SS, Moore Simas TA, Silk H, Savageau JA, Russell SL. The MOHIP- 14^{PW} (Modified Oral Health Impact Profile 14-Item Version for Pregnant Women): A Real- World Study of Its Psychometric Properties and Relationship with Patient-Reported Oral Health. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(3):461

23. Veiga NJ, Couto P, Correia P, Mello-Moura ACV, Lopes PC, Correia MJ. Oral Health Strategies: Surveying the Present to Plan the Future of Community-Based Learning. *Healthcare*. 2023; 11, 2646: 2-10.

24. Veiga NJ, Amaral O, Correia MJ, Coelho I. Oral health behaviour perception scale applied among a sample of portuguese adolescents. *J. Oral Res*. 2019; 10(1): 1-9.

VII. ANEXOS

Anexo A



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo ²

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

Título do estudo: Caracterização da saúde oral de famílias acompanhadas pela Caritas Viseu.

Enquadramento: A Saúde Oral tem grande impacto na qualidade e bem-estar das pessoas. Ela está relacionada com a Saúde em geral, mas também com a forma como sorrimos, nos alimentamos e comunicamos com os outros. Conhecer o estado de saúde oral das populações e a sua opinião e perceção de como a saúde oral afeta o seu dia a dia e a sua qualidade de vida é essencial para poder dar resposta adequada a grupos específicos.

Explicação do estudo: Com este estudo pretende-se caracterizar o estado de saúde oral de famílias acompanhadas pela Cáritas Diocesana de Viseu e ainda avaliar qual a perceção que as pessoas têm sobre a sua saúde oral. O estudo envolverá a observação da boca de cada indivíduo, não havendo lugar a nenhum tratamento ou outro procedimento que possa causar dor ou desconforto na pessoa. Os médicos dentistas vão registar o número de cáries e a saúde das gengivas das pessoas, registando também o estado geral da boca de cada um. Também serão realizadas questões, em questionário individual preenchido pelos investigadores e técnicos da Cáritas, sobre o que cada pessoa sente e acha da sua saúde oral. A participação neste estudo é voluntária, ou seja, só participa no estudo se quiser, e não há nenhum prejuízo se não tiver interesse em participar. Mesmo tendo consentido em ter a sua boca avaliada e tendo respondido às questões feitas, pode sempre e a qualquer momento, pedir para ser retirado do estudo, e que os seus dados não sejam usados. Para tal deve contactar o investigador/observador através do número de telefone ou email no fim deste documento. Deve ainda perguntar e esclarecer qualquer assunto que não tenha ficado claro com o observador.

Condições e financiamento: O presente estudo não beneficia de qualquer tipo de financiamento ou conflitos de interesse.

Confidencialidade e anonimato: Os dados são recolhidos garantindo a confidencialidade e anonimato e utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto. Todos os participantes serão identificados por um código numérico apenas, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o mesmo pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos. O participante no estudo poderá retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar e podendo ter acesso e correção aos dados recolhidos pelo participante. O período de recolha de dados será de 1 ano, sendo o período para a guarda da informação recolhida de 5 anos. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a total privacidade dos mesmos.

Contato: nveiga@ucp.pt, 966454933

Viseu, 28 de março de 2022

Nélcio Jorge Veiga (Investigador Principal)

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Data Protection Officer – UCP :

Dra. Frederica Campos de Carvalho Contacto telefónico: +351 217214179

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Consentimento informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob forma de publicação científica, desde que a minha identidade seja mantida confidencial.

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE: ___ / ___ / _____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Nome do participante no estudo.

Assinatura: _____ . Data: ___ / ___ / _____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ . Data: ___ / ___ / _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

ANEXO B

FICHA CLÍNICA/ SOCIODEMOGRÁFICOS

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Data nascimento: / /

EXAME CLÍNICO

Presença de biofilme visível nos incisivos superiores: () sim () não

Índice de cárie ICDAS:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Experiencia de carie : () baixa experiência () alta experiência

Anexo – Perfil de Impacto de Saúde Oral (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE - OHIP-14)

Este questionário pretende-se saber até que ponto as dificuldades com os seus dentes, boca ou prótese dentária causaram problemas na sua vida diária. E a frequência, no último ano, teve cada um dos problemas que a seguir lhe apresentamos. Cada pergunta refere-se a um problema dentário específico. Pense numa pergunta de cada vez e faça círculo na opção de resposta que indica com que frequência teve esse problema no último ano.

1. Dificuldade em pronunciar palavras/frases?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

2. Diminuição da sensibilidade do paladar?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

3. Sensação de dor?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

4. Sensação de desconforto no ato de comer?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

5. Pouco à vontade?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

6. Tensão provocada pela condição oral?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

7. Possível prejuízo na alimentação (deixar de comer) 8. Necessidade de interromper as refeições?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

9. Dificuldade em relaxar?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

10. Vergonha pela condição oral?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

11. Impacto na interação com os outros (menos tolerante)?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

12. Dificuldade em realizar atividades habituais?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

13. Menor satisfação com a vida em geral?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

14. Perceção de incapacidade m desenvolver as suas atividades?

1. Nunca 2. Quase nunca 3. Ocasionalmente 4. Muitas vezes 5. Muito frequentemente 6. Não sei

Baseado em Afonso A, 2014

Anexo – Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)

“Problemas com dentes, boca ou maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das seguintes questões perguntadas pelo entrevistador, por favor, indique no quadro de opções de respostas a que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda a vida da sua criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta.”

Opções de resposta: **1.** Nunca, **2.** Quase nunca, **3.** Ocasionalmente, **4.** Muitas vezes, **5.** Muito frequentemente e **6.** Não sei

1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

2. Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

3. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

5a. Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

5b. Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

6. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?

Nunca Quase nunca Ocasionalmente Muitas vezes Muito frequentemente Não sei

Anexo C



Parecer sobre o projeto nº 204
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2019/2023

Projeto de Investigação Na reunião do dia 4 de maio de 2022 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pelo investigador principal. Após apreciação redige o seguinte parecer.
Título: Caracterização da saúde oral de famílias acompanhadas pela Cáritas Viseu
Investigador Principal: Nélio Jorge Veiga Equipa de investigação: Maria José Serol de Brito Correia, Silvania Vicente Corrêa Viana.
Estudo no âmbito de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, estudo clínico observacional transversal, sem intervenção; o projeto não é financiado, não foi submetido a comissão de ética
Documentos <ul style="list-style-type: none">- Projeto de Investigação.- Formulário CES - UCP- Consentimento informado livre, contactos do investigador; indicação do DPO e seus contactos; explica-se a confidencialidade e o anonimato- Informação escrita para o participante- Cronograma. Setembro de 2021 a julho de 2022; o formulário diz abril de 2022 a julho de 2022. (?)- Questionário Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)- Questionário Perfil de Impacto de Saúde Oral (Oral Health Impact Profile - OHIP-14)- Ficha Clínica - Índice de cárie ICDAS II- Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados. Segue o acordo com o que está em vigor pela Comissão Europeia: "Um médico da comunidade que efetua o tratamento dos dados pessoais dos seus doentes. Neste caso, não é necessário realizar uma AIPD, uma vez que o tratamento efetuado pelos médicos comunitários não é efetuado em grande escala caso o número de doentes seja limitado."- Declaração de conflito de interesse; não há.- Declaração sobre condições de confidencialidade dos dados recolhidos- Declaração do orientador Nélio Veiga.- <i>Curriculum Vitæ</i> de cada um dos intervenientes na investigação.- Declaração de aprovação pelo Conselho Científico- Protocolo de colaboração entre a Cáritas Diocesana de Viseu e a Universidade Católica Portuguesa
Fundamentação teórica <p>A saúde oral tem grande impacto na qualidade e bem-estar das pessoas. Conhecer o estado de saúde oral das populações, a sua opinião e perceção de como ela afeta o seu dia a dia e a sua qualidade de vida, é essencial para poder dar resposta adequada a grupos específicos. O conhecimento dos determinantes que afetam a saúde oral e a qualidade de vida das comunidades, é da maior importância para alavancar a definição de políticas de redução do risco e de promoção da saúde.</p> <p>A Cáritas tem como missão o desenvolvimento humano integral; é uma instituição de apoio social que promove a melhoria da qualidade de vida das comunidades mais desfavorecidas.</p>
Objetivos <p>O estudo pretende caracterizar o estado de saúde oral de famílias acompanhadas pela Cáritas Diocesana de Viseu e avaliar a perceção que as pessoas têm sobre ela. 1) Caracterizar a saúde oral da amostra em estudo. 2) Avaliar a perceção da qualidade de vida associada à saúde oral dos participantes no estudo. 3) Definir as estratégias mais indicadas para resolução dos problemas orais dessa população</p>



Metodologia

Observação intraoral para avaliação do status dentário e periodontal: cáries, gengivas. Para caracterização da saúde oral serão utilizados instrumentos de recolha de dados validados para Portugal, como: International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II) para avaliar cárie dentária, e o Índice Periodontal Comunitário (IPC), através do exame clínico intra-oral. Serão aplicadas as escalas para avaliação da perceção da saúde oral e qualidade de vida: Early Childhood Oral Health Impact Scale (EOHIS) e o Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14).

A participação tem duas fases: os técnicos da Cáritas informarão sobre os objetivos do estudo e o local, dia e hora para a recolha. Para quem tenha demonstrado interesse em participar, os investigadores apresentarão em pormenor o projeto e obterão o consentimento informado. A recolha de dados será concretizada com recurso a vários índices para análise da saúde oral e perceção da qualidade vida, de acordo com a faixa etária, na amostra em estudo.

Participantes

140 famílias: 60 famílias do Bairro da Balsa e 84 pessoas que se encontram em condições socioeconómicas mais desfavorecidas e que integram a rede de apoio da Cáritas de Viseu, que queiram integrar o estudo de forma voluntária. Há menores e pessoas vulneráveis. No caso de indivíduos menores e/ou incapacitados de dar consentimento, serão informados os tutores legais aos quais será solicitado o consentimento

Local: próximo do local de habitação, a definição dos locais de observação será coordenada pela Cáritas Diocesana

Incómodos / Benefícios: Não se prevêem quaisquer riscos ou incómodos para os participantes no estudo; o benefício é conhecer a própria saúde oral, aumentar o nível de literacia em saúde oral, receber recomendações e / ou ser reencaminhados para a consultas de medicina dentária na FMDUCP.

Confidencialidade

Todos os participantes no estudo assinam um consentimento informado, esclarecido e livre. São garantidas a confidencialidade e anonimato; os dados são utilizados exclusivamente pelo investigador principal. Os participantes serão identificados por um código numérico, não havendo a associação dos dados recolhidos com o respetivo sujeito do estudo. O tratamento de dados pessoais será realizado por forma a que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico, informações pessoais dos participantes no estudo sem recurso a informações suplementares.

Estas serão mantidas separadamente para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa identificada ou identificável. Para o tratamento estatístico dos dados, irá manter-se o mesmo pressuposto de codificação por forma a garantir a continuidade do processo de anonimização dos dados recolhidos.

Estiveram presentes na reunião nº 39 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-Presidente: Doutora M^ª Teresa Marques

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutor Pedro Garcia Marques

Doutora Ana Mineiro Zaky

Mestre Ivone Gaspar

Conclusão

Ouvido o Relator e o plenário da reunião de 4 de maio de 2022, realizada por videoconferência, a CES delibera, por unanimidade, emitir **Parecer Favorável**. **Solicita-se, contudo que** as datas do cronograma sejam retificadas.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

Mara de Sousa Freitas

04/05/2022