



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### PERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL DAS CRIANÇAS PELOS PAIS

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

Por:

Ana Filipe Baptista Carvalho

Viseu, 2017





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### PERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL DAS CRIANÇAS PELOS PAIS

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

Por:

Ana Filipe Baptista Carvalho

Orientador: Professor Doutor Nélio Jorge Veiga

Viseu, 2017



*“Nothing in life is to be feared, it is only to be understood. Now is the time to understand more, so that we may fear less.”*

**Marie Curie**



## Agradecimentos

Ao Professor Doutor Nélio Veiga, por me ter proporcionado as condições necessárias para a elaboração da minha Monografia, e também pela sua simpatia e disponibilidade demonstrada ao longo de todo o curso.

À minha Família, em particular aos meus Pais, Maria do Rosário Carvalho e Miguel Carvalho e aos meus irmãos, Teresa e António e à minha tia, avó e avô por todo apoio, esforços, inspiração e força que me deram ao longo de todo o curso.

Aos amigos, em especial à Iryna, a melhor parceira de guerra, binómica, confidente e amiga. À Catarina, pelas imensas gargalhadas, partidas e por sempre ter uma palavra de conforto e de encorajamento quando mais precisava. E à Carolina, pela amizade e companhia.

Às escolas que me permitiram a realização deste estudo.

À Universidade Católica Portuguesa e a todos os seus docentes e funcionários que contribuíram para a minha aprendizagem, tanto pessoal como académica.

À cidade de Viseu, que durante cinco anos foi a minha segunda casa.



## Resumo

**Introdução:** O descuido da higiene oral pode levar à perda dentária precoce, dor, desconforto e, conseqüentemente, um grande investimento monetário para reparar os danos causados no sistema estomatognático.

**Objetivos:** Caracterização da percepção da saúde oral e hábitos de higiene oral dos filhos, pelos seus próprios pais, e a criação de uma escala para classificação da percepção da saúde oral dos filhos pelos pais.

**Métodos:** Foi realizado um estudo epidemiológico observacional transversal. A população deste estudo foi constituída por 422 pais cujos filhos têm entre cinco e onze anos de idade e que frequentam escolas nos distritos de Viseu e de Lisboa. A recolha de dados foi conseguida através da aplicação de um questionário autoaplicado para a caracterização da saúde oral das crianças pelos pais, baseado na escala de classificação da percepção dos comportamentos de saúde oral dos filhos pelos pais.

**Resultados:** 51,9% dos pais classificou a saúde oral dos filhos como “Boa”, sendo que 70,3% não utiliza fio dentário, 49,3% só utiliza a escova dentária para a higienização oral e 13,6% nunca foi ao médico dentista. Após a aplicação da escala criada, verificámos que 54,8% da amostra considera que os comportamentos de saúde oral apresentados pelos seus filhos são insuficientes, 40,3% intermédias/suficientes e apenas 4,8% considera que os seus filhos apresentam bons comportamentos de saúde oral.

**Conclusão:** A saúde oral é um fator determinante para a uma boa qualidade de vida. O presente estudo permitiu a constituição de uma escala de classificação da percepção da saúde oral dos filhos pelos seus pais, o que permitirá facilitar, em estudos futuros, a comparação de diferentes amostras comunitárias. Com a aplicação da presente escala, verificámos que a maioria dos pais tem a clara percepção de que os comportamentos de saúde oral dos seus filhos não são os mais adequados e indicados.

**Palavras-chave:** Saúde oral, crianças, escala.

## Abstract

**Introduction:** Neglecting oral hygiene can lead to early tooth loss, pain, discomfort and, consequently, a great monetary investment to repair the damage caused in the stomatognathic system.

**Aims:** Characterization of oral health perception and oral hygiene habits of the children by their own parents and the creation of a scale to classify children's oral health perception by their parents.

**Methods:** A cross-sectional observational epidemiological study was performed. The population of this study consisted of 422 parents whose children are between five and eleven years of age and who attend schools in the districts of Viseu and Lisbon. The Data collection was achieved through the application of a self-administered questionnaire for the characterization of the oral health of the children by the parents, based on the classification scale of the perception of the oral health behaviors of the children by the parents.

**Results:** 51,9% of the parents classified their children's oral health as "Good", 70,3% did not use dental floss, 49,3% only use toothbrush for oral hygiene, 13,6% never went to the dentist. Analyzing the sample included in the present study, we verified after applying the scale created that 54,8% of the sample considered that the oral health behaviors presented by their children were insufficient, 40,3% intermediate / sufficient and only 4,8% considered that their children have good oral health behaviors.

**Conclusion:** Oral health is a determining factor for a good quality of life. The present study allowed the constitution of a classification scale of the oral health perception of the children by their parents, which will facilitate, in future studies, to compare different community samples. With the application of this scale, we find that most parents have a clear perception that their children's oral health behaviors are not the most appropriate and indicated.

**Keywords:** Oral health, children, scale.

# Índice Geral

Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Índice de gráficos .....	xii
Índice de tabelas .....	xiii
Acrónimos e siglas .....	xv
1. Introdução.....	3
1.1. Patologia mais comum na cavidade oral.....	3
1.2. Estratégias de prevenção para uma boa saúde oral.....	4
1.2.1. Escovagem dos dentes.....	5
1.2.2. Selante de fissuras .....	6
1.2.3. Cheque-dentista.....	7
1.3. Papel dos pais/encarregados de educação .....	7
2. Objetivos.....	13
3. Materiais e métodos.....	17
3.1. Tipo de estudo .....	17
3.2. Amostra.....	17
3.3. Recolha de dados .....	17
3.4. Variáveis estudadas .....	17
3.4.1. Caracterização da amostra .....	17
3.4.2. Saúde oral da criança .....	19
3.4.3. Saúde oral dos pais/ encarregados de educação .....	21
3.5. Análise estatística .....	22
3.6. Procedimentos éticos e legais.....	22
4. Resultados.....	25
4.1. Caracterização da amostra .....	25
4.2. Saúde oral da criança .....	27

4.3.	Saúde oral dos pais/encarregados de educação .....	31
4.4.	Situação profissional dos pais e a percepção da saúde oral dos filhos	34
4.5.	Situação profissional dos pais e a utilização do cheque-dentista.....	34
4.6.	Habilitações literárias dos pais e a percepção da saúde oral dos filhos	35
4.7.	Habilitações literárias dos pais e a ajuda aos filhos .....	36
4.8.	Constituição da escala para avaliação da percepção da saúde oral das crianças pelos pais.....	37
5.	Discussão .....	51
5.1.	Caracterização da percepção da saúde oral e hábitos de higiene oral dos filhos pelos seus próprios pais .....	51
5.1.1.	Avaliação dos comportamentos de saúde oral (SO) das crianças...	51
5.1.2.	Avaliação dos comportamentos de saúde oral dos pais .....	53
5.2.	Criação de uma escala para classificação da percepção da saúde oral dos filhos pelos pais.....	54
5.3.	Limitações do estudo .....	55
6.	Conclusão.....	59
7.	Referências bibliográficas.....	63
8.	Anexos.....	73
8.1.	Anexo I – Consentimento informado aos encarregados de educação	73
8.2.	Anexo II – Questionário aos encarregados de educação.....	75

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Caracterização da amostra quanto ao género.....	25
Gráfico 2. Nível de escolaridade e situação profissional dos pais/encarregados de educação.....	26
Gráfico 3. Descrição do estado da saúde oral dos filhos/educando.....	27
Gráfico 4. Utilização de fio dentário por parte das crianças.....	29
Gráfico 5. Utilização do cheque-dentista.....	30
Gráfico 6. Ajuda na realização da higiene oral dos filhos.....	32
Gráfico 7. Conhecimento sobre o que é o selante de fissuras.....	33

## Índice de tabelas

Tabela 1. Associação entre a situação profissional dos pais e a sua percepção sobre a saúde oral dos filhos.....	34
Tabela 2. Associação entre a situação profissional dos pais e a utilização do cheque-dentista.....	35
Tabela 3. Associação entre as habilitações literárias dos pais e a percepção da saúde oral dos filhos. ....	36
Tabela 4. Associação entre as habilitações literárias dos pais e a ajuda aos filhos durante a higienização da cavidade oral. ....	36
Tabela 5. Associação entre as diferentes classificações possíveis do estado da saúde oral das crianças e respetivas cotações. ....	41
Tabela 6. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas ao esquecimento da realização da higienização oral pelas crianças e respetivas cotações.....	41
Tabela 7. Associação entre as diferentes classificações relativamente ao tempo que a criança demora a fazer a higiene oral e as respetivas cotações. ....	42
Tabela 8. Associação entre as diferentes classificações relativas à frequência da realização da higiene oral pelas crianças e respetivas cotações. ....	42
Tabela 9. Associação entre as diferentes formas possíveis de efetuar a higiene oral das crianças e respetivas cotações.....	43
Tabela 10. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas à utilização do fio dentário pelas crianças e respetivas cotações. ....	43
Tabela 11. Associação entre as diferentes opções relativas à escovagem dentária após o almoço, na escola, pelas crianças e respetivas cotações. ....	44
Tabela 12. Associação entre a utilização de outros produtos para a higiene oral para além da pasta e da escova de dentes pelas crianças e respetivas cotações. ....	44

Tabela 13. Associação entre a ida ou não da criança a consultas de medicina dentária e respetivas cotações.....	44
Tabela 14. Associação entre a ida ou não da criança a consultas de medicina dentária, nos últimos 12 meses, e respetivas cotações. ....	45
Tabela 15. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas a queixas de odontalgia pelas crianças, nos últimos 12 meses, e respetivas cotações. ...	45
Tabela 16. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas à existência de hemorragias gengivais durante a escovagem nas crianças, nos últimos 12 meses, e respetivas cotações. ....	46
Tabela 17. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas à existência de inflamação gengival nas crianças, nos últimos 12 meses, e respetivas cotações.....	46

## Acrónimos e siglas

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

SNS – Sistema Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

SO – Saúde Oral

## **INTRODUÇÃO**



# 1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), *“Oral health is essential to general health and quality of life. It is a state of being free from mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral infection and sores, periodontal (gum) disease, tooth decay, tooth loss, and other diseases and disorders that limit an individual’s capacity in biting, chewing, smiling, speaking, and psychosocial wellbeing.”*<sup>1</sup>

O descuido da higiene oral pode levar à perda dentária precoce, dor, desconforto e, conseqüentemente, a um grande investimento monetário para reparar os danos causados no sistema estomatognático, quer sejam de origem mastigatória, fonética ou estética<sup>2</sup>.

Posto isto, é de grande interesse uma correta intervenção na educação, na sensibilização e na motivação junto das crianças, dos pais e das grávidas, uma vez que estes grupos são os mais recetivos à aprendizagem, quer por parte dos professores quer por parte dos profissionais de saúde<sup>2</sup>.

## 1.1. Patologia mais comum na cavidade oral

Para a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), a cárie dentária é *“uma doença que afecta quase 90 por cento da população. É provocada pela acção de determinadas bactérias que podem originar a destruição parcial ou total do dente. A presença dessas bactérias na boca, associada a uma alimentação inadequada e a uma higiene oral deficiente, facilita o aparecimento de cáries. Em situações extremas, a cárie dentária pode originar infecções de extensão variável e que podem ter graves repercussões na saúde geral do indivíduo.”*<sup>3</sup>

Esta patologia é a infeção oral mais comum, podendo afetar tanto a dentição primária como a dentição definitiva. Pode levar à perda precoce de peças dentárias, dores, desconforto, lesão nos dentes permanentes, baixa autoestima, faltas escolares e/ou desatenção, bem como relutância em falar, sorrir ou brincar; e também à não ingestão dos nutrientes necessários, devido às dores. A cárie dentária pode ainda representar um risco para a saúde em geral,

podendo esta ser o ponto de partida de infeções que coloquem a vida em risco 4-11.

Sabe-se que a cárie é uma das doenças infecciosas mais comuns entre as crianças, chegando a afetar cerca de 60% a 90% da população estudantil, quer em países desenvolvidos quer em países em desenvolvimento <sup>11-15</sup>.

As crianças com menos de dez anos não são autónomas no que diz respeito à realização da higiene oral, estando, por isso, muito dependentes dos pais/encarregados de educação para a correta realização da mesma, o que faz com que estes desempenhem um papel marcante na prevenção primária da cárie <sup>10,12</sup>. A relação do médico dentista com os cuidadores das crianças é, assim, essencial, uma vez que permite alertar para a importância da prevenção desta doença, devendo ser explicadas quais as medidas a tomar e quais as possíveis consequências do aparecimento desta patologia infecciosa.

Em Portugal, a prevalência de cárie dentária em crianças entre os seis e os doze anos tem vindo a diminuir. Para esta melhoria terá contribuído a distribuição do cheque-dentista a crianças com sete, dez e treze anos, assim como a grávidas e a idosos. Foram também determinantes as campanhas de promoção e de sensibilização para uma boa saúde oral, a par da adoção de uma alimentação menos cariogénica e das medidas de prevenção de cáries, aplicadas pelo médico dentista, como a utilização de selantes de fissuras. Por outro lado, importa atender ao grau de habilitações literárias dos encarregados de educação das crianças ou dos seus cuidadores e ainda à utilização de dentífricos com flúor, entre outros <sup>16-27</sup>.

## **1.2. Estratégias de prevenção para uma boa saúde oral**

A prevenção, a instrução e a motivação para uma boa saúde oral desempenham um papel fundamental, quando se pretende prevenir o aparecimento de doenças na cavidade oral.

Neste contexto, o *“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) tem como objetivos a redução da incidência e da prevalência das*

*doenças orais nas crianças e jovens, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais.”* <sup>28</sup>

Deste modo, ao longo dos anos, o PNPSO foi alvo de alterações, nomeadamente, em relação a determinados grupos de indivíduos, dos quais se destacam as grávidas e os idosos, aos quais foi alargado em 2008; bem como aos doentes infetados por HIV/sida (que foram englobados no PNPSO em 2010); e também a nível da intervenção precoce do cancro oral, que passou a ser abrangida em 2014 <sup>28,29</sup>.

### **1.2.1. Escovagem dos dentes**

Uma escovagem dentária correta é fundamental para o controlo da placa bacteriana, sendo que esta pode ser feita através da utilização de uma escova manual ou com uma escova elétrica.

A escolha de escova dentária adequada é igualmente importante, devendo a cabeça da escova ser pequena e as cerdas macias. Como motivação adicional, também se pode adquirir escovas dentárias com animações alusivas a desenhos animados.

É ainda possível adquirir escovas de dentes que se adaptam mais facilmente à anatomia da mão, caso o indivíduo tenha algum tipo de restrição motora e, por isso, apresente alguma dificuldade em pegar na escova de dentes.

A escovagem dentária deve ser efetuada, pelo menos, duas vezes por dia, com a duração de dois a três minutos, devendo ser acompanhada da higienização da língua e das gengivas. Quanto à frequência das escovagens, o ideal é realizar a higiene oral depois de cada refeição, sendo que uma delas deve ser efetuada antes de se deitar, de forma a não ocorrer a ingestão de alimentos posteriormente à realização da higiene oral. Devem também ser utilizadas pastas dentífricas com níveis de flúor adequados à idade das crianças, caso seja a situação <sup>30,31</sup>.

Atualmente, tem vindo a verificar-se que as escovas elétricas permitem uma remoção mais eficaz da placa bacteriana. Estas têm facilitado a realização da higiene oral de indivíduos que precisem da supervisão de cuidadores, como sucede com as crianças e os idosos; e revelam-se vantajosas para pessoas com elevado risco de cárie dentária <sup>32,33</sup>.

A correta escovagem dentária é fulcral, mas não é suficiente, uma vez que são apenas abrangidas as faces oclusais, linguais/palatinas e vestibulares das peças dentárias, não higienizando as zonas interproximais. Desta forma, para a remoção da placa bacteriana das zonas a que a escova não chega, a escovagem deve ser coadjuvada pela utilização do escovilhão – especialmente útil quando existem diastemas interdentários, durante o tratamento ortodôntico ou espaços negros provocados pela perda óssea associada à periodontite – ou do fio dentário, os quais podem ser utilizados desde que se tenha a destreza manual e a autonomia necessárias, sobretudo a partir dos oito aos dez anos de idade, pelo que, até esta fase do crescimento, deve ser feito pelos pais <sup>32,32,35</sup>.

### **1.2.2. Selante de fissuras**

Os selantes são usados, há quase cinquenta anos, como forma de prevenção do aparecimento de cáries oclusais ou do seu desenvolvimento, desde que a lesão cariada não seja cavitada aquando da colocação do mesmo. Estes podem ser usados tanto na dentição permanente como na dentição primária, devendo serem colocados nas zonas onde o dente é mais irregular, de modo a prevenir a acumulação de bactérias cariogénicas <sup>31,36,37</sup>.

A erupção da dentição permanente começa por volta dos seis anos de idade, sendo o primeiro molar definitivo, normalmente, o primeiro dente a erupcionar <sup>38</sup>.

Os locais mais suscetíveis a infeção por cárie são os sulcos dos primeiros molares permanentes e, se estas lesões não forem tratadas, pode levar à perda precoce destes dentes, o que poderá ter como consequências, uma mastigação deficiente, alterações fonéticas e má oclusão, entre outras <sup>39-41</sup>.

Dada a importância do primeiro molar permanente, e uma vez que este é o primeiro dente a erupcionar, é de maior interesse fazer o possível para que este se mantenha saudável durante o máximo tempo possível, pelo que não devem ser poupados esforços para a sua preservação.

### **1.2.3. Cheque-dentista**

O cheque-dentista faz parte do PNPSO, estando prevista a entrega do mesmo nos seguintes casos <sup>29,42</sup>:

- crianças e jovens com 7, 10 e 13 anos de idade, e jovens até aos 18 anos que pertençam ao PNPSO e que tenham usufruído deste programa até aos 16 anos de idade;
- crianças com menos de sete anos e com lesões cáries;
- crianças e adolescentes de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos, com cáries dentárias;
- grávidas seguidas no SNS;
- idosos que sejam beneficiários do complemento solidário para idosos; e
- utentes infetados com o vírus do HIV/sida.

Este tem, assim, sido utilizado como medida de prevenção e de promoção da saúde oral, com principal importância e especial preocupação junto das crianças, dos jovens e das grávidas, dado estes grupos estarem mais recetivos a novos ensinamentos e sugestões. Note-se, neste âmbito, o papel crucial do cheque-dentista no tratamento de doenças orais, como a cárie dentária.

## **1.3. Papel dos pais/encarregados de educação**

As pessoas responsáveis pelas crianças têm o dever de assegurar a correta higienização oral dos filhos/crianças, enquanto estes não são capazes de o fazer, o que faz com que os pais/encarregados de educação tenham uma grande influência no que diz respeito à aquisição de uma atitude positiva sobre a higiene oral e à forma como esta deve ser executada <sup>10,43-45</sup>. Para que esta

ação seja o mais eficaz possível, uma boa relação pais-médico dentista é imprescindível para esclarecer os primeiros de qualquer dúvida que possa existir em relação à saúde oral do filho, bem como para alertar para a importância de uma alimentação equilibrada não cariogénica, a par do reforço da importância da manutenção de uma boa saúde oral através da prevenção e do tratamento precoce das doenças da cavidade oral <sup>46-48</sup>.

É preciso atender à forma como os pais falam sobre o médico dentista nos seus lares. Se as crianças pensarem que os pais sofreram durante a consulta e que o tratamento foi doloroso, isto pode contribuir para que tenham medo de ir ao médico dentista. Isso dificulta o trabalho dos profissionais de saúde oral, na medida em que a criança não colabora durante o tratamento nem na aquisição de comportamentos mais corretos quanto aos cuidados a ter para a sua saúde oral <sup>49</sup>.

A maioria da população portuguesa não recorre ao dentista na devida regularidade, por achar que não necessita ou por não ter condições financeiras que o permitam<sup>50</sup>.

Vários estudos têm demonstrado que o estado da saúde oral é influenciado pela situação socioeconómica das famílias <sup>51</sup>. Os agregados familiares que vivem em situações financeiramente mais precárias recorrem com menor frequência ao médico dentista, o que faz com que tenham uma maior probabilidade de má saúde oral e de apresentarem, entre outras patologias, um maior número de cáries <sup>50, 52-57</sup>.

Segundo o *Barómetro Nacional de Saúde Oral de 2015*, a maioria dos portugueses (97,4%) afirmou lavar os dentes duas ou mais vezes por dia. Por sua vez, 51,5% utilizava elixir e apenas 29,1% utilizava fio dentário. As limpezas, as consultas de rotina e as consultas de ortodontia representaram os motivos de maior frequência de consultas da área da saúde oral. A maioria referiu já ter sentido dor (60,5%) ou desconforto (51,2%) dentário. Nesse quadro, 27,5% referiu ainda, relativamente aos últimos 12 meses, ter dor de dentes ou nas gengivas. A maior parte reconheceu a procura destes cuidados de saúde como uma forma de cuidar dos dentes e da saúde em geral, sendo que 29,4% assumiu ter medo de ir ao médico dentista. A maioria da população (61,0%) não sabe da

disponibilização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) relativamente aos serviços de Medicina Dentária <sup>50</sup>.

As crianças motivadas e que contam com o supervisionamento dos pais quando estão a lavar os dentes têm menos probabilidade de apresentarem cáries. Considerando o estudo efetuado por Castilho *et al.*, apenas 68% dos pais supervisiona a lavagem dos dentes das crianças e só 32% dos pais lava os dentes dos filhos <sup>53</sup>.

Vários estudos referem ainda que, quanto maior o grau académico dos responsáveis pelas crianças, maior é a preocupação das mesmas pela sua higiene oral <sup>53</sup>.



## **OBJETIVOS**



## **2. Objetivos**

Os objetivos definidos para este estudo são:

- a caracterização da perceção da saúde oral e hábitos de higiene oral dos filhos pelos seus próprios pais; e
- a criação de uma escala para classificação da perceção da saúde oral dos filhos pelos pais, aplicáveis na população portuguesa.



## **MATERIAIS E MÉTODOS**



## **3. Materiais e métodos**

### **3.1. Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional transversal que pretendeu avaliar o conhecimento dos pais/tutores/encarregados de educação sobre a saúde oral e os hábitos de higiene oral dos filhos.

### **3.2. Amostra**

A população deste estudo foi constituída por 422 pais/encarregados de educação cujos filhos/educandos estão inseridos numa faixa etária compreendida entre os cinco e os onze anos de idade e que frequentam escolas nos distritos de Viseu (a Escola Primária Santo Estevão, em Viseu, e a Escola Básica de Vouzela) e de Lisboa (a Escola Básica Marqueses de Távora e a Escola Básica do Castelo).

### **3.3. Recolha de dados**

A recolha de dados foi conseguida através da aplicação de um questionário autoaplicado aos pais/encarregados de educação sobre a perceção da saúde oral dos seus filhos/educandos, previamente autorizado pelas direções dos agrupamentos das escolas onde este foi aplicado e, mais tarde, pelos encarregados de educação que também participaram neste estudo.

### **3.4. Variáveis estudadas**

#### **3.4.1. Caracterização da amostra**

De forma a avaliar o ambiente sociodemográfico em que as crianças estavam inseridas, foram considerados, como variáveis, o género da criança, a idade, o peso, a altura, a área de residência, as habilitações literárias dos

pais/encarregados de educação, a profissão dos pais, o estado civil dos pais, a situação profissional em que se encontravam os pais, e com quem viviam os elementos que compunham o agregado familiar.

**Género:** Masculino e feminino.

**Idade:** Para a constituição desta amostra, foram questionados encarregados de educação com filhos em idade escolar compreendida entre os cinco e os 11 anos de idade.

**Área de residência:** A informação relativa à residência foi obtida através da resposta a uma questão que indagava se residiam numa aldeia, numa vila ou na cidade.

**Estado civil dos pais:** De forma a aferir esta variável, os encarregados de educação foram distribuídos entre solteiros, casados, juntos (ou em união de facto), divorciados ou viúvos.

**Habilitações literárias dos pais:** Para caracterizar esta variável, foi realizada uma divisão em oito níveis. O primeiro nível englobou os encarregados de educação que não completaram quatro anos de escolaridade. O segundo nível diz respeito aos que têm entre quatro e seis anos de escolaridade. O terceiro envolve os que têm entre sete e nove anos de escolaridade. Já o quarto nível está relacionado com os que têm entre dez e doze anos de escolaridade, enquanto o quinto nível corresponde aos que completaram o bacharelato. Por fim, o sexto, o sétimo e o oitavo níveis atendem, respectivamente, aos que são licenciados, aos que têm o grau de mestre e aos doutorados.

**Profissão do pai e da mãe:** Os pais foram questionados sobre a sua corrente (atual) profissão.

**Situação profissional dos pais:** Para avaliar esta informação, os pais foram questionados sobre a sua situação laboral, respondendo se se encontravam empregados, desempregados ou aposentados.

**Com quem vive a criança:** Relativamente a esta pergunta, os encarregados de educação foram questionados sobre se as crianças viviam com

os pais, com a mãe, com os irmãos, com os tios, com os avós, com os primos ou outros, em que podem ser incluídos, por exemplo, padrastos/madrastas.

### **3.4.2. Saúde oral da criança**

Para avaliar o grau de conhecimento dos encarregados de educação sobre a saúde oral da criança, foram realizadas perguntas referentes ao estado da saúde oral do educando, nomeadamente, se este se esquece de fazer a sua higiene oral, indagando acerca da frequência com que a faz e como a faz, ou se algum profissional de saúde o ensinou. O mesmo questionário incidu também na utilização (ou não) do fio dentário, procurando também saber se escova os dentes na escola depois do almoço, se utiliza algo mais para além da pasta e da escova de dentes, se alguma vez foi ao médico dentista e sobre qual o motivo, se já utilizou o cheque-dentista, se tem medo do médico dentista, se colocou selantes de fissuras e se já teve odontalgias, sangramentos gengivais após escovagem ou edema gengival.

**Como descreve a saúde oral do seu filho(a):** A esta questão, os pais podiam responder se era “muito boa”, “boa”, “razoável”, “fraca” ou “muito fraca”.

**Frequência com que a criança faz a sua higiene oral:** Esta informação foi obtida com a questão: “Habitualmente, o seu filho(a) costuma esquecer-se de fazer a sua higiene oral?” Neste caso, os pais podiam responder: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” ou “muito frequentemente”.

**Duração da higiene oral:** Para avaliar esta variável, os pais selecionaram as opções relativas ao tempo que os filhos demoravam: “menos de 1 minuto”, “1 minuto”, “2 minutos” ou “3 minutos ou mais”.

**Quando realiza a higiene oral:** No que concerne a esta pergunta, os responsáveis pela criança optaram entre “quando se levanta”, “após o pequeno-almoço”, “após o almoço”, “após o lanche”, “após o jantar” e “antes de jantar”.

**Modo de escovagem:** Os pais podiam escolher entre as possibilidades: “escova as gengivas, dentes e língua”, “escova os dentes e a língua”, “escova os dentes e as gengivas” ou “escova apenas os dentes”.

**Como aprendeu a escovar os dentes:** Para aferir a propósito desta variável, os pais foram questionados sobre se algum profissional de saúde tinha ensinado aos filhos a técnica correta da lavagem dos dentes.

**Utilização do fio dentário por parte da criança:** Os encarregados de educação podiam responder “não”, “sim, às vezes”, “sim, diariamente” ou “não sei o que é o fio dentário”.

**Tipo de escova:** Esta variável pretende avaliar se as crianças lavam os dentes com escovas manuais, elétricas ou se não escovam os dentes.

**Escovagem dos dentes na escola:** Esta pergunta visa perceber se as crianças lavam (ou não) os dentes, na escola.

**Produtos utilizados para a higiene oral:** Para avaliar este parâmetro, não foram discriminadas quaisquer tipo de marcas. Neste caso, apenas se pretende saber se, para além da escovagem dos dentes, são utilizados colutórios, fio dentário ou flúor.

**Visita ao médico dentista:** Este parâmetro pretende avaliar se a criança já teve alguma consulta com o médico dentista.

**Consultou o dentista nos últimos 12 meses e qual o motivo:** Esta pergunta pretende aferir se a criança realizou consultas no âmbito da Medicina Dentária e qual o motivo das mesmas.

**Utilização do cheque-dentista:** Este parâmetro permite aferir sobre a utilização do cheque-dentista, sendo importante salientar que muitas das crianças participantes no estudo ainda não tinham atingido a faixa etária em que se recebe o primeiro cheque-dentista.

**Medo:** Esta variável pretende averiguar a existência de medo por parte das crianças em relação ao médico dentista, sendo que a esta questão os pais podiam responder “não”, “sim, um pouco” ou “sim, muito”.

**Selantes de fissuras:** Com esta questão, pretende-se averiguar se os pais sabem se já foram colocados, aos filhos, selantes de fissuras.

**Odontalgia:** Este parâmetro procura quantificar a frequência em que a criança se queixa de dor de dentes. À pergunta “Nos últimos 12 meses, o seu

filho(a) queixou-se de dor de dentes?”, os pais podiam responder “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” ou “muito frequentemente”.

**Hemorragia gengival:** Esta variável permite avaliar a possível presença de uma doença gengival/periodontal. À pergunta “Nos últimos 12 meses, as gengivas do seu filho(a) sangraram durante a escovagem dos dentes?”, os pais podiam responder “não”, “sim, às vezes”, “sim, quase sempre” ou “sim, sempre”.

**Edema gengival:** Esta variável permite avaliar a possível existência de uma doença gengival/periodontal. Para aferir a frequência deste acontecimento nos últimos 12 meses, o responsável pela criança podia responder “não”, “sim, às vezes”, “sim, quase sempre” ou “sim, sempre”.

### **3.4.3. Saúde oral dos pais/ encarregados de educação**

Neste estudo, foram ainda avaliados alguns parâmetros da saúde oral dos pais/encarregados de educação. Entre eles estão a forma como descrevem a sua saúde oral, se costumam ajudar os filhos(as) a escovar os dentes, quanto tempo demoram a realizar a sua higiene oral, com que frequência a fazem e como a fazem, se recorrem à utilização do fio dentário, se já foram ao dentista, se o fizeram no último ano e qual o motivo e, por fim, se sabem o que é o selante de fissuras.

**Como descreve a sua saúde oral:** Acerca desta questão, os pais podiam responder se era “muito boa”, “boa”, “razoável”, “fraca” ou “muito fraca”.

**Ajuda o filho a realizar a sua higiene oral:** Esta informação foi obtida com a pergunta “Costuma ajudar o seu filho a escovar os dentes?”, à qual os pais selecionaram “não” ou “sim”.

**Duração da higiene oral:** Para avaliar esta variável os pais disseram se os seus filhos demoravam “menos de 1 minuto”, “1 minuto”, “2 minutos” ou “3 minutos ou mais”.

**Quando realiza a higiene oral:** A respeito desta pergunta, os responsáveis pela criança podiam responder “quando se levanta”, “após o

pequeno-almoço”, “após o almoço”, “após o lanche”, “após o jantar” e “antes de jantar”.

**Modo de escovagem:** os pais podiam escolher entre “escova as gengivas, dentes e língua”, “escova os dentes e a língua”, “escova os dentes e as gengivas” ou “escova apenas os dentes”.

**Utilização do fio dentário:** Os encarregados de educação podiam responder “não”, “sim, às vezes”, “sim, diariamente” ou “não sei o que é o fio dentário”.

**Consulta de Medicina Dentária:** Este parâmetro pretende avaliar se o encarregado de educação já frequentou alguma consulta de Medicina Dentária.

**Consultou o Dentista nos últimos 12 meses e qual o motivo:** Esta pergunta permite aferir se o progenitor realizou consultas da área da Medicina Dentária e qual o motivo das mesmas.

**Selantes de fissuras:** Com esta questão, pretende-se averiguar se os pais sabem o que é o selante de fissuras.

### **3.5. Análise estatística**

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 23.0, em que foram determinadas prevalências apresentadas em percentagens. A comparação de proporções foi realizada através do teste Qui-quadrado. Seguidamente, com recurso às questões aplicadas no questionário, procedeu-se à elaboração de uma escala para a avaliação da perceção dos comportamentos de saúde oral dos filhos pelos seus próprios pais.

### **3.6. Procedimentos éticos e legais**

A recolha de dados para este estudo consistiu apenas no preenchimento do questionário pelos encarregados de educação, tendo sido garantido, pela equipa de investigação, o anonimato dos dados recolhidos, os quais se destinaram unicamente à realização desta pesquisa.

## **RESULTADOS**

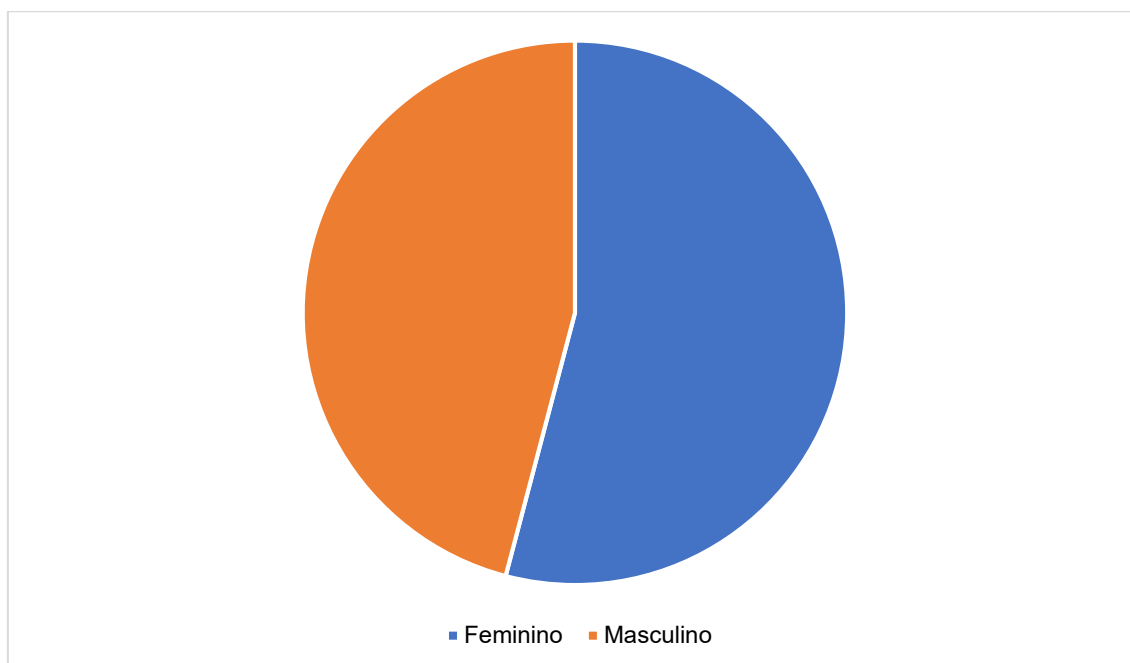


## 4. Resultados

### 4.1. Caracterização da amostra

Da amostra total, 422 participantes no presente estudo, 45,9% (n=190) dos indivíduos são encarregados de educação de crianças do sexo masculino e 54,1% (n=224) são encarregados de educação de crianças do sexo feminino.

Gráfico 1. Caracterização da amostra quanto ao género.



Relativamente à idade das crianças que participaram neste estudo, verificou-se que a maior parte das crianças – 21,9% (n=91) – tem seis ou oito anos, 16,1% (n=67) tem sete anos, 15,9% (n=66) tem nove anos, 12,3% (n=51) tem dez anos, 11,5% (n=48) tem onze anos e 0,5% (n=2) tem cinco anos.

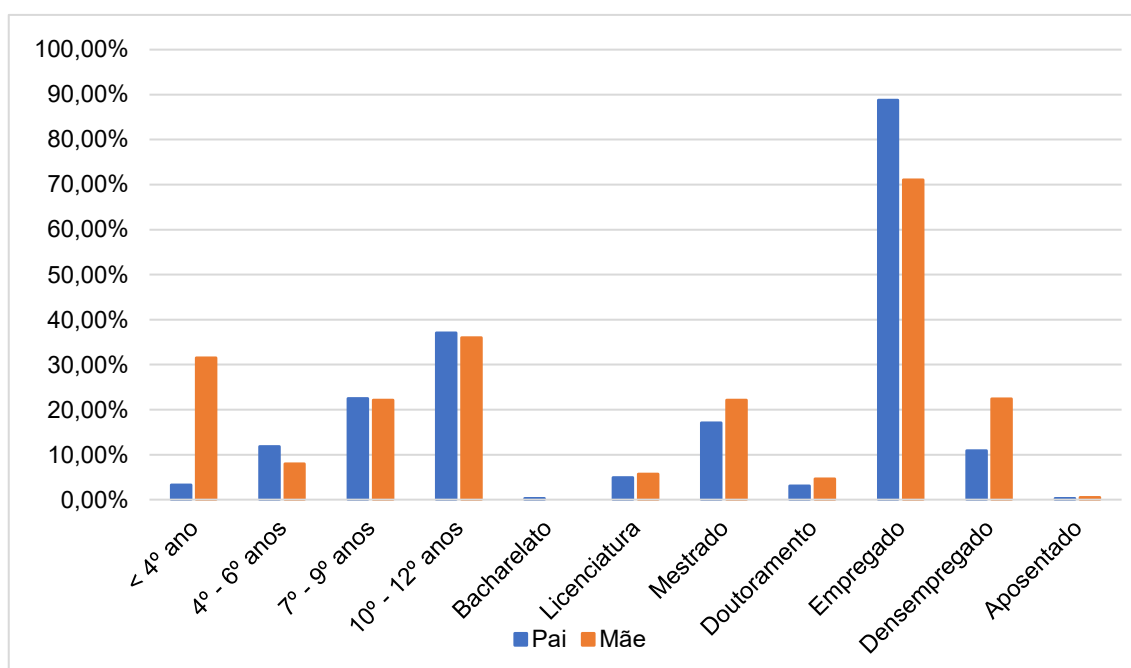
Quanto ao local de residência, verificou-se que 76,1% (n=318) das crianças vive em meio urbano (juntou-se as variáveis “cidade” e “vila” para avaliar este parâmetro) e 23,9% (n=100) habita em meio rural.

No que diz respeito às habilitações literárias dos encarregados de educação que são do sexo masculino, 3,3% (n=13) não completou o quarto ano de escolaridade; 11,8% (n=46) tem entre o quarto e o sexto anos de

escolaridade; 22,5% (n=88) tem certificados de habilitações literárias entre o sétimo e o nono anos de escolaridade, a maioria tem entre o décimo e o décimo segundo anos de escolaridade, 37,1% (n=145); a minoria tem o grau de bacharel, 0,3% (n=1); 4,9% (n=19) é licenciada; 17,1% (n=67) tem o grau de mestre; e 3,1% (n=12) tem o grau de doutor. Quanto aos encarregados de educação do sexo feminino: 31,5% (n=6) não completou o quarto ano de escolaridade; 8,0% (n=31) tem entre o quarto e o sexto anos de escolaridade; 22,1% (n=86) tem certificados de habilitações literárias entre o sétimo e o nono anos de escolaridade; a maioria tem entre o décimo e o décimo segundo anos de escolaridade, 36,0% (n=140); nenhum encarregado de educação tem o grau de bacharel 0% (n=0); 5,7% (n=22) é licenciada; 22,1% (n=86) tem o grau de mestre; e 4,6% (n=18) é doutorada.

Quanto à situação profissional dos encarregados de educação do sexo masculino, foi possível verificar que a maioria dos indivíduos se apresenta empregada, 88,8% (n=349), estando desempregada 10,9% (n=43) e apenas 0,3% (n=1) aposentada. Nos encarregados de educação do sexo feminino, foi possível verificar que a maioria também se apresenta empregada, 71,1% (n=309), 22,4% (n=90) está desempregada e apenas 0,5% (n=2) é aposentada.

**Gráfico 2. Nível de escolaridade e situação profissional dos pais/encarregados de educação.**

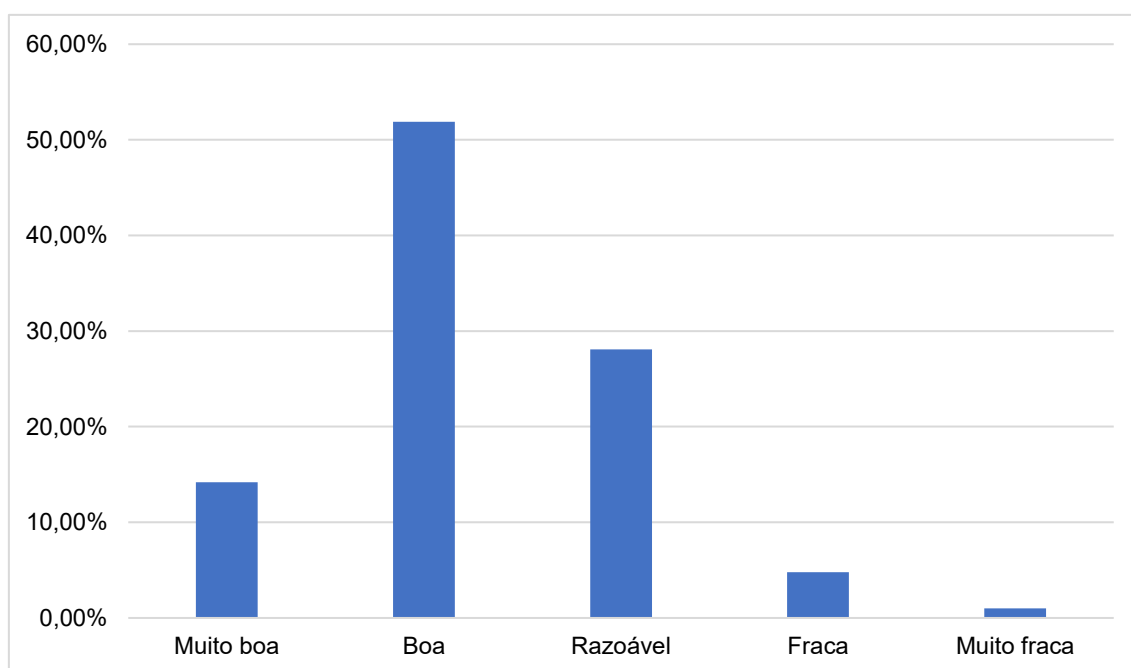


Quanto à questão que visava saber com quem as crianças viviam, a maioria referiu viver com o pai – 79,8 % (n=332) –, com a mãe – 95,7% (n=398) – e com os irmãos – 60,3% (n=251). Apenas 4,3% (n=18) vive com os tios, 9,6% (n=40) vive com os avós, enquanto 1,7% (n=7) habita com os primos e 2,9% (n=12) reside com outras pessoas, a exemplo do padrasto, da madrasta e dos respectivos filhos.

## 4.2. Saúde oral da criança

No que diz respeito à descrição do estado da saúde oral dos educandos, 14,2% (n=59) referiu ter uma saúde oral “muito boa”. Porém, a maioria – 51,9% (n=216) – disse apresentar uma “boa” saúde oral, enquanto 28,1% (n=117) declarou ter uma saúde oral “razoável”. Por outro lado, 4,8% (n=20) disse ser “fraca”. E apenas 1,0% (n=4) indicou que a saúde oral dos filhos é “muito fraca”.

**Gráfico 3. Descrição do estado da saúde oral dos filhos/educandos.**



À pergunta que pretendia aferir sobre o esquecimento dos filhos perante a realização da higiene oral, a maioria – 41,7% (n=172) – respondeu que, “às vezes”, se esquecia. A este respeito, 13,8% (n=57) observa que “nunca” se esquecia de realizar a higiene oral. Todavia, 34,2% (n=141) afirma que “raramente” se esquecia, enquanto 7,8% (n=32) admite que “frequentemente” se esquecia. Apenas 2,4% (n=10) assumiu que “muito frequentemente” se esquecia.

Quando questionados sobre o tempo que os filhos demoravam a fazer a higiene oral, 6,5% (n=27) assumiu que demoravam “menos de 1 minuto”. Neste quadro temporal, 26,3% (n=109) disse demorar “1 minuto”. Ainda a este propósito, 22,5% (n=93) demorava “3 ou mais minutos” e a maioria – 44,7% (n=185) – reconheceu demorar “2 minutos”.

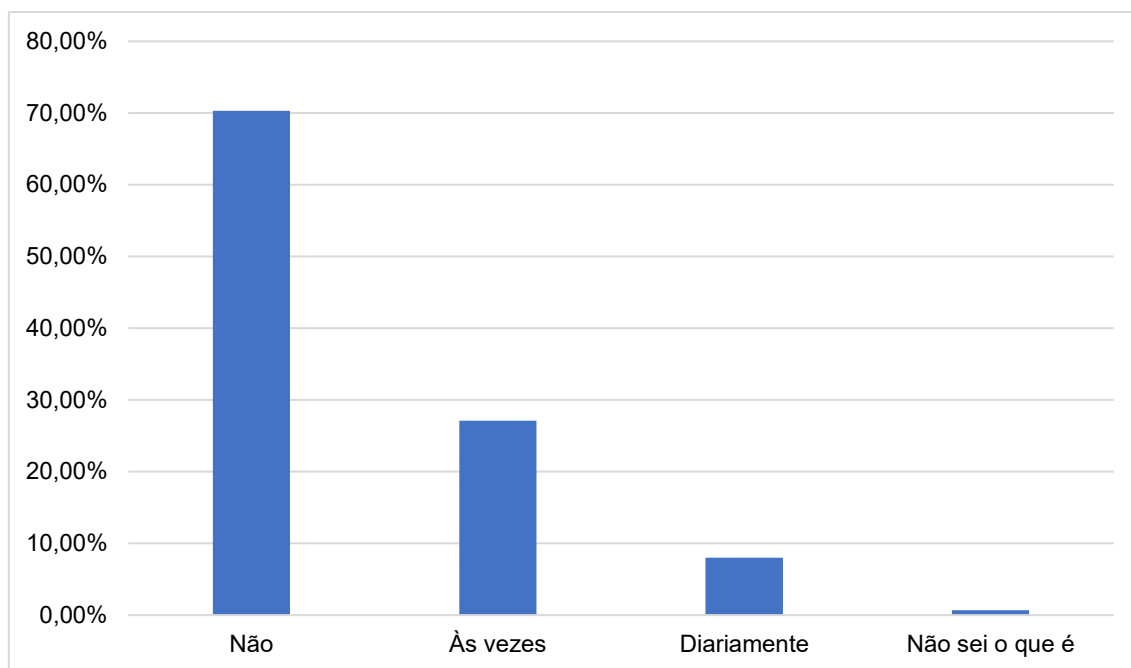
Na frequência da escovagem dos dentes, pode verificar-se que a maioria lava os dentes mais do que uma vez por dia, sendo que 33,0% (n=138) lava os dentes ao levantar, 48,1% (n=201) lava os dentes depois do pequeno-almoço, 20,8% (n=87) lava os dentes ao almoço, 1,4% (n=6) lava os dentes ao lanche, 37,6% (n=157) lava os dentes ao jantar e 66,5% (n=278) lava os dentes antes de se deitar.

Quando questionados sobre a forma como os filhos faziam a higiene oral, a maioria, 38,0% (n=157), referiu “escovar as gengivas, dentes e língua”. No entanto, 27,6% (n=114) “escova dentes e língua”, 19,6% (n=81) “escova apenas os dentes” e a minoria – 14,8% (n=61) – “escova dentes e gengivas”.

Quando questionados sobre se algum profissional de saúde tinha ensinado o educando a realizar a higiene oral, 60,2% (n=251) respondeu positivamente, destes, 60,2% (ou seja, a maioria) referiu ter sido o médico dentista a ensinar a forma mais correta de fazer a higiene oral, tendo ainda sido mencionado que também foram instruídos por higienistas, por enfermeiros, pelo médico de família, por familiares ou na escola.

Em relação à utilização do fio dentário pelos filhos, a maioria – 70,3% (n=293) – mostrou não o utilizar. Neste propósito, 27,1% (n=113) disse utilizar “às vezes”, enquanto 8% (n=1,9) indicou utilizá-lo diariamente. Porém, a minoria, 0,7% (n=3), assumiu não saber o que é o fio dentário.

**Gráfico 4. Utilização de fio dentário por parte das crianças.**



Quanto ao tipo de escova utilizada pelo filho, a maioria, 82,7% (n=345), utiliza a escova manual; 16,8% (n=70) utiliza escova elétrica e a minoria – 0,5% (n=2) – assumiu não utilizar escova de dentes.

A respeito da utilização de escova de dentes na escola, a maioria dos encarregados de educação – 82,7% (n=345) – disse que os filhos “não” utilizavam, 17,3% (n=72) declarou que “sim” e 4,8% (n=20) observou que “não sabiam”.

À pergunta que pretendia aferir se as crianças utilizavam algum produto para além da pasta e escova de dentes para realizar a higiene oral, a maioria, 50,7% (n=209), disse que “sim”. Destes 50,7%, 72,6% (n=154) expôs que utilizava colutórios. E se 33,0% (n=70) utilizava fio dentário, 18,4% (n=39) utilizava flúor.

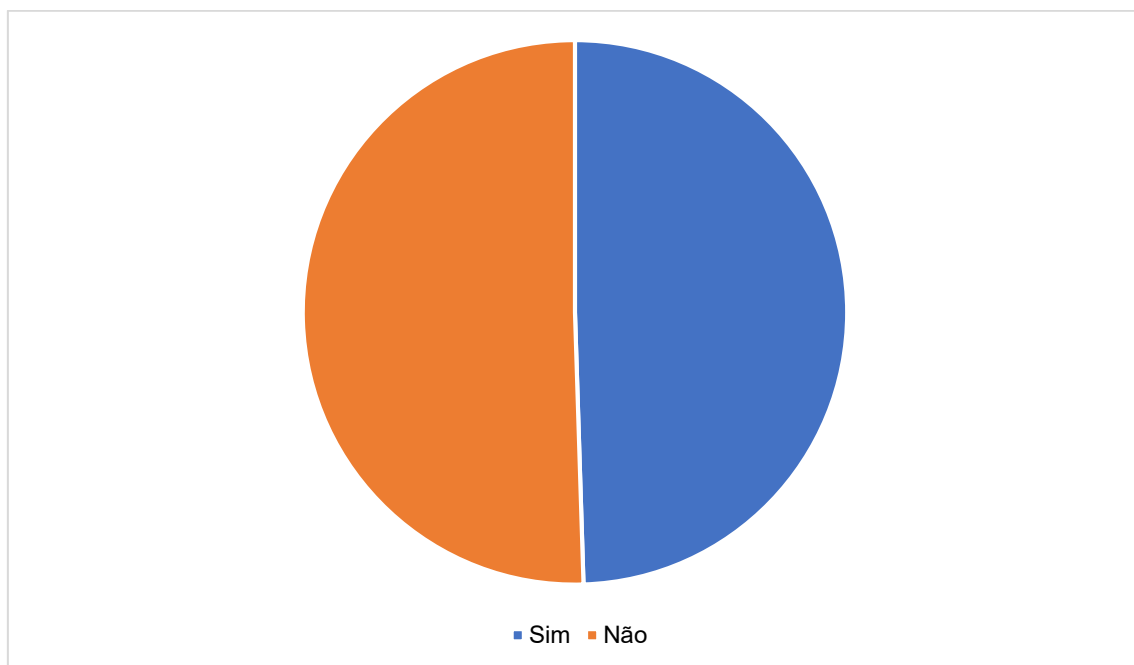
Quando interrogados sobre a presença em consultas de Medicina Dentária, a maioria – 86,4% (n=355) – disse que os filhos já tinham ido ao médico dentista, sendo que 13,6% (n=56) admitiu nunca ter levado os filhos ao médico dentista.

Em relação à questão sobre a frequência de idas a consultas de Medicina Dentária no último ano, a maioria, 85,0% (n=347), disse ter ido ao médico dentista, sendo que destas 347 pessoas algumas referiram ter ido uma vez por

mês. A maioria, 55,9% (n=195), afirmou visitar o médico dentista para consultas de rotina. Ainda neste âmbito, 7,5% (n=26) foi a consulta de odontalgia. E 0,9% (n=3) foi consultada devido a edema, enquanto 42,0% (n=146) destinou-se ao tratamento de lesões cáries e 18,1% (n=63) por outros motivos, como extrações, limpezas, aplicação de flúor e de selantes de fissuras, ortodontia ou mesmo fraturas dentárias.

Em relação à utilização do cheque-dentista – 50,5% (n=206) – respondeu que o filho nunca tinha utilizado, sendo que 49,5% (n=202) disse que já o tinha utilizado.

**Gráfico 5. Utilização do cheque-dentista.**



Quando questionados em relação à possibilidade de o educando ter medo do médico dentista, a maioria, 73,1% (n=296), disse que “não”, 23,7% (n=96) declarou que “sim, um pouco” e a minoria – 3,2% (n=13) – declarou que “sim, muito”.

Quanto à colocação de selantes, a maioria, 46,2% (n=184), indicou que “não”, 43,7% (n=96) disse que “sim”. E a minoria – 10,1% (n=40) – admitiu não saber.

À pergunta sobre se o filho se tinha queixado de “dor de dentes” nos últimos 12 meses, a maioria – 61,9% (n=255) – disse que “nunca” o educando se queixou de dores de dentes. Por seu lado, 21,6% (n=89) notou que “raramente” se queixou, enquanto 14,3% (n=59) indicou que se queixou algumas vezes. Já 1,7% (n=7) respondeu que se queixou “frequentemente” e 0,5% (n=2) evidenciou ter-se queixado de dores “muito frequentemente”.

Em relação à hemorragia gengival dos seus educandos, aquando da escovagem nos últimos 12 meses, a maioria – 71,2% (n=292) – observou não ter hemorragia gengival. Ainda sobre esta situação, 28,3% (n=116) disse que “às vezes” sangrava, enquanto 0,2% (n=1) considerou que sangrava “quase sempre” e 0,2% (n=1) respondeu que sangrava “sempre”.

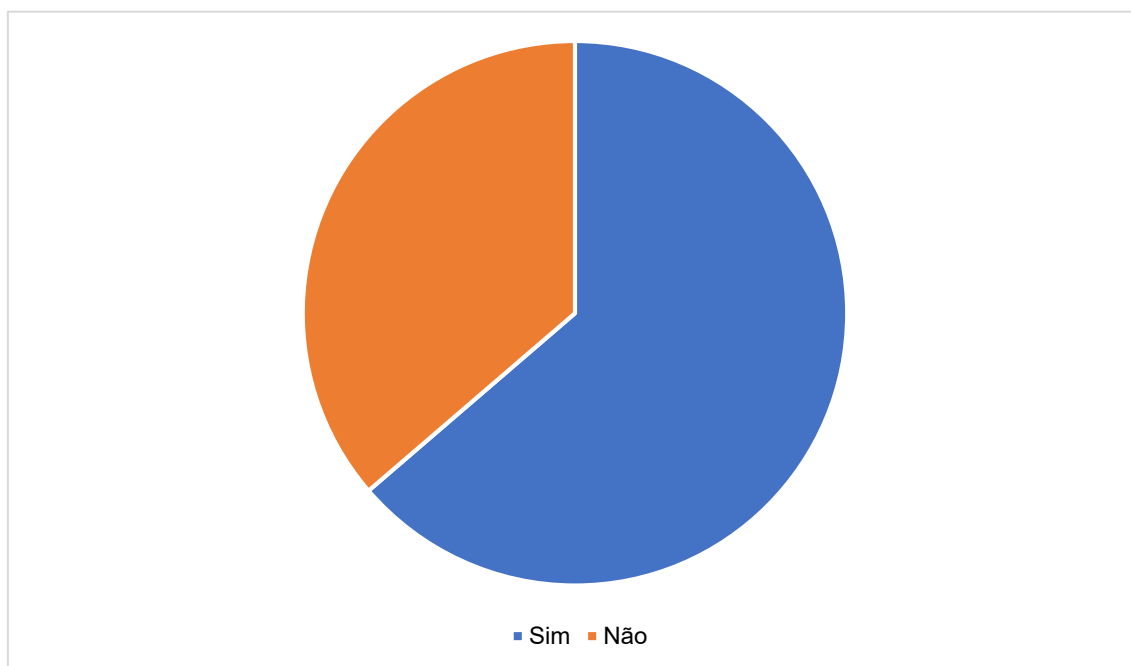
Quanto ao edema gengival dos filhos, aquando da escovagem no último ano, a maioria – 87,4% (n=361) – disse que não tinha edema gengival e 11,9% (n=49) afirmou que “às vezes” tinha inflamação gengival. Neste quadro, 0,2% (n=1) respondeu que tinha inflamação gengival “quase sempre” e 0,5% (n=2) mencionou que tinha «sempre» edema gengival.

### **4.3. Saúde oral dos pais/encarregados de educação**

Quanto à saúde oral dos pais/encarregados de educação/tutores e à forma como estes a autoavaliavam, 7,9% (n=32) considerou ter uma saúde oral “muito boa”. Contudo, a maioria – 47,3% (n=192) – disse apresentar uma “boa” saúde oral; 37,9% (n=154) referiu ter uma saúde oral “razoável” e 5,7% (n=23) declarou ser “fraca”. Apenas 1,2% (n=5) aludiu que a saúde oral é “muito fraca”.

Quanto ao auxílio prestado pelos encarregados de educação às crianças no momento da realização da higiene oral, a maioria – 63,7% (n=254) – reconheceu ajudar o educando, sendo que 36,3% (n=145) assumiu não prestar auxílio.

**Gráfico 6. Ajuda na realização da higiene oral dos filhos.**



Quando questionados sobre o tempo que demoravam a realizar a sua higiene oral, 2,5% (n=10) admite que demoravam “menos de 1 minuto” e 19,2% (n=78) considerou que demoravam “1 minuto”. Por outro lado, 33,5% (n=136) notou que demoravam “3 ou mais minutos” e a maioria – 44,8% (n=182) – reconheceu que demoravam “2 minutos”.

Quanto à frequência com que os encarregados de educação escovam os dentes, constatou-se que a maioria lava os dentes mais do que uma vez por dia, sendo que 47,7% (n=193) lava os dentes ao levantar, 46,9% (n=190) lava os dentes depois do pequeno-almoço, 30,9% (n=125) lava os dentes ao almoço, 2,0% (n=8) lava os dentes ao lanche, 31,9% (n=129) lava os dentes ao jantar e 72,3% (n=293) lava os dentes antes de se deitar.

Quando questionados sobre a forma como faziam a higiene oral, a maioria – 46,9% (n=190) – referiu “escovar as gengivas, dentes e língua”, 24,7% (n=100) “escova dentes e língua”, 15,3% (n=62) “escova dentes e gengivas” e 13,1% (n=53) “escova apenas os dentes”.

Em relação à utilização do fio dentário, a maioria – 46,2% (n=187) – respondeu “não” utilizar, enquanto 40,5% (n=164) afirmou utilizar “às vezes”. Já

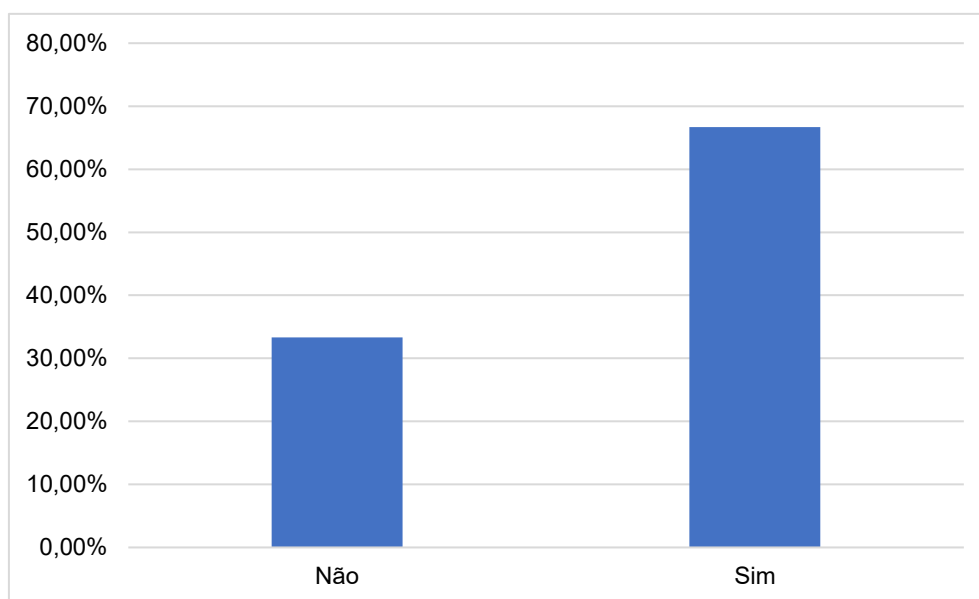
12,6% (n=51) observou utilizar diariamente. Porém, a minoria – 0,7% (n=3) – revelou não saber o que é o fio dentário.

Quando questionados sobre a ida a consultas de Medicina Dentária, a maioria, 94,8% (n=384), disse que já tinha ido ao médico dentista, sendo que 5,2% (n=21) assumiu nunca ter frequentado consultas da especialidade de Medicina Dentária.

Em relação à questão sobre a frequência de idas a consultas de Medicina Dentária nos últimos 12 meses, a maioria, 78,8% (n=315), garantiu ter ido ao médico dentista, sendo que alguns destes indivíduos referiram ter ido uma vez por mês. Destes 78,8%, regista-se que 50,5% (n=160) disse visitar o médico dentista para consultas de rotina, 15,5% (n=59) por odontalgia, 1,9% (n=6) devido a adema, 36,0% (n=114) para tratamento de cáries e 14,8% (n=47) por outros motivos, como extrações, limpezas, ortodontia, fraturas dentárias, colocações de próteses fixas e removíveis, remoção de quistos, endodontias, restaurações ou por problemas na articulação temporomandibular.

Quando questionados sobre o conhecimento acerca do selante de fissuras, a maioria – 66,7% (n=268) – afirmou saber o que era. Contudo, 33,3% (n=134) não sabia do que se tratava.

**Gráfico 7. Conhecimento sobre o que é o selante de fissuras.**



#### 4.4. Situação profissional dos pais e a percepção da saúde oral dos filhos

No que diz respeito à associação entre a situação profissional dos pais/encarregados de educação e a descrição dos próprios em relação à saúde oral dos filhos/educandos (tabela 1), verificou-se que os pais que estão desempregados relatam, com maior frequência, que os seus filhos têm uma saúde oral fraca ou razoável, sendo que a maioria (tanto os empregados como os desempregados) assume que os filhos têm uma boa saúde oral, 45,8% (n=190) e 40,9% (n=18), respetivamente. Pode-se verificar ainda que 0,6% (n=2) dos encarregados de educação que se encontram empregados assumiu que os educandos têm uma saúde oral muito fraca, enquanto nenhum encarregado de educação que se encontre desempregado aludiu a uma muito fraca saúde oral do seu educando.

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um  $p$ -valor = 0,086 > 0,05, pelo que não existem evidências estatísticas que suportem a relação entre a situação profissional dos pais/encarregados de educação e a percepção que estes têm da saúde oral dos filhos/educandos.

Tabela 1. Associação entre a situação profissional dos pais e a sua percepção sobre a saúde oral dos filhos.

	Muito boa (n=58)		Boa (n=208)		Razoável (n=104)		Fraca (n=19)		Muito fraca (n=2)		Total (n=391)		$p$ -valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Empregado</b>	53	15,3	190	54,8	88	25,4	14	4,0	2	0,6	347	100,0	0,086
<b>Desempregado</b>	5	11,4	18	40,9	16	36,4	5	11,4	0	0,0	44	100,0	

#### 4.5. Situação profissional dos pais e a utilização do cheque-dentista

Quanto comparada a situação profissional dos pais com a utilização do cheque-dentista, verificou-se que, para a maioria dos pais que se encontravam empregados – 51,5% (n=176) –, os seus filhos já tinham usufruído do cheque-

dentista. De forma oposta, a maioria – 66,7% (n=28) – das crianças cujos pais estavam desempregados nunca tinha usufruído do cheque-dentista.

No teste do Qui-Quadrado da Independência, obteve-se um  $p = 0,027$ , pelo que existem diferenças estatisticamente significativas relativas à associação entre o local de residência dos pacientes e a situação profissional dos pais/encarregados de educação e a utilização do cheque-dentista.

**Tabela 2. Associação entre a situação profissional dos pais e a utilização do cheque-dentista.**

	Não (n=194)		Sim (n=190)		Total (n=384)		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
<b>Empregado</b>	116	48,5	176	51,5	342	100,0	0,027
<b>Desempregado</b>	28	66,7	14	33,3	42	100,0	

#### **4.6. Habilitações literárias dos pais e a perceção da saúde oral dos filhos**

Para simplificar os cálculos estatísticos, dividiu-se a categoria “habilitações literárias” em dois grupos. O grupo 1 é constituído pelos pais/encarregados de educação que têm habilitações literárias iguais ou inferiores ao ensino básico (até ao nono ano de escolaridade) e o grupo 2 representa os pais/encarregados de educação com habilitações literárias superiores ao ensino básico.

Na tabela 3, relacionam-se as habilitações literárias dos pais/encarregados de educação com a classificação dos mesmos em relação ao seu conhecimento relativamente à saúde oral dos filhos/educandos. Constatase que a maioria dos pais, quer com escolaridade até ao nono ano quer com escolaridade superior ao ensino básico, afirmou que os filhos tinham uma boa saúde oral, 49,0% (n=72) e 55,9% (n=133), respetivamente. Contudo, mais encarregados de educação com um maior grau académico referiram que os educandos tinham uma muito boa saúde oral. Salieta-se ainda que o relato de uma fraca ou muito fraca saúde oral dos filhos foi mais frequente em pais que só estudaram até ao nono ano de escolaridade.

Através da aplicação do teste do Qui-Quadrado da Independência, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas a respeito da associação entre as habilitações literárias dos pais e a percepção da saúde oral dos filhos, dado que  $p = 0,001$ .

**Tabela 3. Associação entre as habilitações literárias dos pais e a percepção da saúde oral dos filhos.**

	Muito boa (n=56)		Boa (n=205)		Razoável (n=103)		Fraca (n=19)		Muito fraca (n=2)		Total (n=391)		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
≤ 9º ano	11	7,5	72	49,0	52	35,4	11	7,5	1	0,7	147	100,0	0,001
> 9º ano	45	18,9	133	55,9	51	21,4	8	3,4	1	0,4	238	100,0	

#### 4.7. Habilitações literárias dos pais e a ajuda aos filhos

Quando relacionadas as habilitações literárias dos pais com existência de ajuda aquando da execução da higiene oral (tabela 4), observou-se que a maioria dos pais ajudava os filhos, quer tenham concluído o ensino básico quer tenham habilitações literárias superiores, 57,6% (n=80) e 68,7% (n=160), respetivamente. Todavia, pôde-se notar que um maior número de pais com habilitações literárias superiores ao ensino básico ajudava os filhos.

Pelo teste do Qui-Quadrado da Independência, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas a respeito da associação entre as habilitações literárias dos pais e a ajuda dos mesmos aos filhos durante a higienização oral, dado que  $p = 0,03$ .

**Tabela 4. Associação entre as habilitações literárias dos pais e a ajuda aos filhos durante a higienização da cavidade oral.**

	Não (n=132)		Sim (n=240)		Total (n=372)		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
≤ 9º ano	59	42,4	80	57,6	139	100,0	0,030
> 9º ano	73	31,3	160	68,7	233	100,0	

#### **4.8. Constituição da escala para avaliação da perceção da saúde oral das crianças pelos pais**

Procedeu-se à realização do processo de constituição de escalas devidamente estruturadas para a perceção dos comportamentos de saúde oral das crianças pelos seus próprios pais. Nesse propósito, foram seleccionadas as seguintes questões/variáveis para inclusão na escala. A estratégia utilizada na construção desta escala sobre a perceção da saúde oral das crianças pelos pais, prende-se com a recolha de dados que foi efetuada com recurso ao questionário autoaplicado aos pais (em anexo):

##### **Como descreve a saúde oral do seu filho(a)?**

- 1  Muito boa
- 2  Boa
- 3  Razoável
- 4  Fraca
- 5  Muito fraca

##### **Habitualmente o seu filho(a) costuma esquecer-se de fazer a higiene oral?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Muito frequentemente</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

##### **Quanto tempo demora o seu filho(a), em média, a fazer a higiene oral?**

- 1  Menos de 1 minuto
- 2  1 minuto
- 3  2 minutos
- 4  3 ou mais minutos

**Quando é que o seu filho(a) faz a higiene oral?**

- 1  Quando se levanta;
- 2  Após o pequeno-almoço;
- 3  Após o almoço;
- 4  Após o lanche;
- 5  Após o jantar;
- 6  Antes de deitar.

**Como realiza o seu filho(a) a higiene oral?**

- 1  Escova as gengivas, dentes e língua
- 2  Escova os dentes e a língua
- 3  Escova os dentes e as gengivas
- 4  Escova apenas os dentes

**O seu filho(a) costuma utilizar o fio dentário?**

- 1  Não
- 2  Sim, às vezes
- 3  Sim, diariamente
- 4  Não sei o que é o fio dentário

**O seu filho(a) escova os dentes na escola ao fim do almoço?**

- 1  Não
- 2  Sim
- 3  Não sei

**Além da pasta e da escova, o seu filho(a) usa mais algum produto de higiene oral?**

1  Não

2  Sim

**Alguma vez o seu filho(a) foi consultado(a) por um médico dentista?**

1  Não

2  Sim

**Nos últimos 12 meses, o seu filho(a) foi consultado(a) por um médico dentista?**

1  Não

2  Sim

**Nos últimos 12 meses, o seu filho(a) queixou-se de dor de dentes?**

<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Muito frequentemente</b>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Nos últimos 12 meses, as gengivas do seu filho(a) sangraram durante a escovagem dos dentes?**

1  Não

2  Sim, às vezes

3  Sim, quase sempre

4  Sim, sempre

**Nos últimos 12 meses, alguma vez o seu filho(a) teve as gengivas inflamadas (avermelhadas)?**

- 1  Não
- 2  Sim, às vezes
- 3  Sim, quase sempre
- 4  Sim, sempre

Os dados epidemiológicos nos quais nos baseamos para operacionalizar estas variáveis, assenta nos seguintes critérios empíricos <sup>12-15,31,32,34,48,49,53</sup>:

- a moderada prevalência de doenças orais, nomeadamente cárie dentária, na população infantil;
- a moderada frequência de escovagem, pelo menos, duas vezes/dia;
- a utilização diária muito frequente e deficiente do fio dentário;
- perceção da qualidade da saúde oral das crianças pelos próprios pais e encarregados de educação;
- recurso moderado da criança à consulta ao médico dentista.

**Para todas as variáveis, foi atribuído um índice numérico, conforme se segue:**

- **Como descreve a saúde oral**

Para a obtenção do índice de como descreve a sua saúde oral, utilizámos os seguintes itens: “Muito boa”, “Boa”, “Razoável”, “Fraca” e “Muito fraca” com a atribuição de um “score” (tabela 5) revelando que quanto menor o índice pior a saúde oral da criança:

**Tabela 5. Associação entre as diferentes classificações possíveis do estado da saúde oral das crianças e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Como descreve a saúde oral do seu filho(a)</b>	
Muito boa	4
Boa	3
Razoável	2
Fraca	1
Muito fraca	0

- **Costuma esquecer-se de fazer a higiene oral**

Para a obtenção do índice relativo ao nível da informação sobre higiene oral/saúde oral, utilizámos os seguintes itens: “Nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Frequentemente” e “Muito frequentemente”, com a atribuição de um “score” (tabela 6) revelando que quanto menor o índice pior o nível de saúde oral da criança:

**Tabela 6. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas ao esquecimento da realização da higienização oral pelas crianças e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Esquecimento sobre higiene oral pela criança</b>	
Nunca	4
Raramente	3
Às vezes	2
Frequentemente	1
Muito frequentemente	0

- **Tempo médio de higiene oral**

Com base nas variáveis do questionário “Quanto tempo demora o seu filho(a), em média, a fazer a higiene oral?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico de minutos despendidos na higiene oral, assente nos critérios empíricos que, a seguir, se apresentam (tabela 7):

**Tabela 7. Associação entre as diferentes classificações relativamente ao tempo que a criança demora a fazer a higiene oral e as respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Tempo médio de higiene oral</b>	
≥ 3 minutos	4
2 minutos	3
1 minuto	2
Menos de um minuto	1

- **Realização da higiene oral**

Com base nas variáveis do questionário “Quando é que o seu filho(a) faz a higiene oral?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico da forma como era realizado a higiene oral, com base nos critérios empíricos que, agora, se registam (tabela 8):

**Tabela 8. Associação entre as diferentes classificações relativas à frequência da realização da higiene oral pelas crianças e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Realização da higiene oral</b>	
Três ou mais vezes por dia	3
Duas vezes por dia	2
Uma vez por dia	1
Menos de uma vez por dia	0

- **Forma como é realizada a higiene oral**

Considerando as variáveis do questionário “Como realiza o seu filho(a) a higiene oral?”, foi determinado um índice numérico da forma como era realizada a higiene oral, baseado nos critérios empíricos que, de imediato, se apresentam (tabela 9):

**Tabela 9. Associação entre as diferentes formas possíveis de efetuar a higiene oral das crianças e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Realização da higiene oral</b>	
Escova as gengivas, dentes e língua	3
Escova os dentes e a língua	2
Escova os dentes e gengiva	1
Escova apenas os dentes	0

- **Utilização do fio dentário**

Com base nas variáveis do questionário “O seu filho costuma utilizar o fio dentário?”, realizou-se a determinação de um índice numérico relativo à utilização do fio dentário pela criança, tendo em conta os critérios empíricos que, a seguir, se apresentam (tabela 10):

**Tabela 10. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas à utilização do fio dentário pelas crianças e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Utilização do fio dentário</b>	
Sim, diariamente	2
Sim, às vezes	1
Não	0
Não sei o que é o fio dentário	0

- **Escovagem na escola ao fim do almoço**

Com base nas variáveis do questionário “O seu filho(a) escova os dentes na escola ao fim do almoço?”, concretizou-se a determinação de um índice numérico relativo à perceção deste hábito/comportamento na escola, pelos pais da criança, fundamentado nos critérios empíricos que, agora, se apresentam (tabela 11):

**Tabela 11. Associação entre as diferentes opções relativas à escovagem dentária após o almoço, na escola, pelas crianças e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Escovagem na escola ao fim do almoço</b>	
Sim	1
Não	0
Não sei	0

- **Utilização de produtos de higiene oral**

Com base nas variáveis do questionário “Além da pasta e da escova, o seu filho(a) usa mais algum produto de higiene oral?”, procedeu-se à resolução de um índice numérico relativo à perceção, por parte dos pais, deste hábito/comportamento da criança, baseado nos critérios empíricos seguintes (tabela 12):

**Tabela 12. Associação entre a utilização de outros produtos para a higiene oral para além da pasta e da escova de dentes pelas crianças e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Utilização de outros produtos de higiene oral</b>	
Sim	1
Não	0

- **Consulta ao médico dentista**

Com base nas variáveis do questionário “Alguma vez o seu filho(a) foi consultado(a) por um médico dentista?”, foi determinado um índice numérico relativo à consulta ao médico dentista pela criança, com base nos critérios empíricos que, seguidamente, se apresentam (tabela 13):

**Tabela 13. Associação entre a ida ou não da criança a consultas de medicina dentária e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Consulta ao médico dentista</b>	
Sim	1
Não	0

- **Consulta ao médico dentista nos últimos 12 meses**

Com base nas variáveis do questionário “Nos últimos 12 meses, o seu filho(a) foi consultado(a) por um médico dentista?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo à consulta ao médico dentista pela criança, tendo em conta os critérios empíricos que, a seguir, se apresentam (Tabela 14):

**Tabela 14. Associação entre a ida ou não da criança a consultas de medicina dentária, nos últimos 12 meses, e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Consulta ao médico dentista (últimos 12 meses)</b>	
Sim	1
Não	0

- **Odontalgia**

Com base nas variáveis do questionário “Nos últimos 12 meses, o seu filho(a) queixou-se de dor de dentes?”, foi determinado um índice numérico relativo à queixa de dor dentária pela criança, atendendo aos critérios empíricos seguintes (tabela 15):

**Tabela 15. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas a queixas de odontalgia pelas crianças, nos últimos 12 meses, e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Odontalgia</b>	
Nunca	4
Raramente	3
Às vezes	2
Frequentemente	1
Muito frequentemente	0

- **Hemorragia gengival durante a escovagem**

Com base nas variáveis do questionário “Nos últimos 12 meses as gengivas do seu filho(a) sangraram durante a escovagem dos dentes?”, fez-se a determinação de um índice numérico relativo à hemorragia gengival durante a escovagem pela criança, considerando os critérios empíricos que se seguem (tabela 16):

**Tabela 16. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas à existência de hemorragias gengivais durante a escovagem nas crianças, nos últimos 12 meses, e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Hemorragia gengival durante a escovagem (últimos 12 meses)</b>	
Não	3
Sim, às vezes	2
Sim, quase sempre	1
Sim, sempre	0

- **Inflamação gengival.**

Com base nas variáveis do questionário “Nos últimos 12 meses alguma vez o seu filho(a) teve as gengivas inflamadas (avermelhadas)?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico relativo à presença de inflamação gengival pela criança, ponderado nos critérios empíricos entretanto apresentados (tabela 17):

**Tabela 17. Associação entre as diferentes opções possíveis relativas à existência de inflamação gengival nas crianças, nos últimos 12 meses, e respetivas cotações.**

Variáveis	Cotação
<b>Inflamação gengival (últimos 12 meses)</b>	
Não	3
Sim, às vezes	2
Sim, quase sempre	1
Sim, sempre	0

Do somatório dos índices parcelares das variáveis resulta o valor global da higiene oral, que apresenta um valor mínimo de 12 e um máximo de 33.

De acordo com a tendência de resposta, quanto menor for este índice, menos adequados serão considerados os comportamentos de saúde oral e o nível de higiene oral das crianças, através da perceção dos próprios pais e encarregados de educação. Tendo por base a fórmula Média (M)  $\pm$  0.25 Desvio Padrão (dp) preconizada por Pestana & Gageiro (2004), criaram-se grupos de corte que permitirão a seguinte classificação, referente aos comportamentos de saúde oral em adolescentes:

- insuficiente - ( $\leq$  M-0,25 dp)

- suficiente – ( $> M - 0,25 dp < M + 0,25 dp$ )
- boa - ( $\geq M + 0,25 dp$ )

Pelos dados Skewness e Kurtosis, se os grupos são homogéneos, o mais correto será utilizar (média $\pm$ 0,25 desvio padrão). Contudo, se não se tratarem de grupos homogéneos, podemos utilizar a seguinte fórmula (mediana  $\pm$  0,25 intervalo interquartil).

Pelos cálculos realizados, verificamos que a média = 23,66 e que Dp = 0,17. Assim, obtemos a seguinte classificação para a determinação do nível de comportamento de saúde oral de uma criança cujo pai responda ao questionário colocado, apresentado através dos respetivos percentis obtidos:

- percentil 25 – 21 pontos
- percentil 50 – 24 pontos
- percentil 75 – 26 pontos

Pelos percentis, conseguimos estabelecer os seguintes pontos de corte finais para a classificação dos comportamentos de saúde oral:

- insuficiente – ( $\leq 21,0$ )
- intermédio / suficiente – (21,0 - 26,0)
- bom – ( $\geq 26,0$ )

Analisando a amostra incluída no presente estudo, observamos que:

- 54,8% da amostra estudada considera que os seus próprios filhos apresentam comportamentos de saúde oral inadequados e insuficientes;
- 40,3% diz respeito a comportamentos intermédios/suficientes;
- e apenas 4,8% diz que, após a análise da escala, os seus filhos apresentam bons e adequados comportamentos de saúde oral.



## **DISCUSSÃO**



## **5. Discussão**

### **5.1. Caracterização da percepção da saúde oral e hábitos de higiene oral dos filhos pelos seus próprios pais**

#### **5.1.1. Avaliação dos comportamentos de saúde oral (SO) das crianças**

A maioria dos pais (51,9%) classifica a SO das crianças como sendo boa, dizendo que estas efetuam a higienização oral durante dois minutos (44,7%), escovam os dentes, as gengivas e a língua (38,0%), executam a escovagem dentária, pelo menos, antes ou depois de tomar o pequeno-almoço, e, antes de deitar. A maioria utiliza uma escova manual (82,7%) juntamente com utilização de colutórios, fio dentário ou flúor. Refere-se ainda que a maioria nunca teve dor de dentes.

Embora a maior parte das crianças complemente a escovagem dentária com o bochecho de colutórios, a utilização de fio dentário ou de flúor, uma grande parte dos inquiridos (49,3%) apenas utiliza a escova dentária.

Esta situação pode ser explicada pela falta de motivação, bem como por desconhecimento dos pais em relação à importância de complementar a escovagem com a utilização destes produtos, para um melhor controlo da placa bacteriana <sup>35,36</sup>.

A elevada utilização da escova manual, em vez da escova elétrica, poderá estar relacionada com a grande diferença de preços entre as duas opções e a necessidade de troca periódica da escova dentária ou, até mesmo, com a falta de confiança na maior efetividade da escova elétrica.

No que diz respeito às idas a consultas de Medicina Dentária, nos últimos 12 meses, 85,0% das crianças usufruiu destes serviços para consultas de rotina (55,9%), sendo que também se apresentaram nestas consultas por motivos de dor, edema, tratamento de cáries, cirurgias, ortodontia, limpezas, colocação de selantes, entre outros. Porém, o ideal é a ida de duas ou mais vezes por ano ao médico dentista, atendendo a que a avaliação regular da cavidade oral, por parte do clínico, permite um diagnóstico precoce de possíveis patologias, o que apenas

se verificou em 51,7% das crianças que procuraram esta especialidade nos últimos 12 meses.

Atente-se ainda que alguns pais (13,6%) referiram que o seu filho/a nunca tinha ido a uma consulta desta especialidade. Este facto pode estar relacionado com dificuldades socioeconómicas, com a falta de conhecimento da importância de ir ao médico dentista aquando da erupção da dentição primária, com o medo deste tipo de consultas, em que 3,2% dos pais disse que os seus filhos tinham muito medo. O que, só por si, dificulta a comunicação entre a criança e o seu médico, como também a transmissão de conhecimentos e de conselhos relativamente à importância para a aquisição de comportamentos de favoreçam uma boa saúde oral e que permitam a sua prevenção e manutenção. Ou ainda pelo facto de poderem estar à espera do cheque-dentista, que é atribuído aos sete anos de idade, para fazerem a primeira consulta, uma vez que a amostra deste estudo abrange crianças com idades compreendidas entre os cinco e os onze anos de idade. Neste contexto, 50,5% declarou que o filho nunca o tinha utilizado.

Quanto à colocação de selantes, a maioria (46,2%) referiu não os ter colocado. O que, mais uma vez, pode estar relacionado com a não utilização do cheque-dentista por grande parte da amostra, pelo medo das crianças perante estes profissionais. Tal pode resultar na impossibilidade da correta colocação deste material na superfície dentária ou, até mesmo, do facto de alguns dos responsáveis pelas crianças (33,3%) não saberem da sua existência ou não conhecerem as suas funções, como a prevenção da acumulação de bactérias na face oclusal, sendo esta a zona dos dentes onde mais frequentemente se desenvolvem as lesões cariosas <sup>31,36,37</sup>.

Em relação à hemorragia e ao edema gengival, a maioria da amostra admitiu, em ambos, que não apresentava esta sintomatologia. O que é um bom sinal, uma vez que os dois podem estar presentes nas doenças gengivais que, em conjunto com as cáries dentárias, constituem as infeções mais comuns da cavidade oral.

Note-se ainda que 0,5% da amostra notou a presença destes sintomas muito frequentemente. O que pode ser explicado por uma higiene oral pouco

cuidada, pela desvalorização destes sintomas por parte dos pacientes, pela falta de conhecimento ou de controlo pelo médico dentista, que poderá estar associado a dificuldades socioeconómicas.

### **5.1.2. Avaliação dos comportamentos de saúde oral dos pais**

Comparando os resultados obtidos com a aplicação do questionário com os dados revelados pelo *Barómetro Nacional de Saúde Oral de 2015*, verificou-se que a maioria dos pais afirmou lavar os dentes, pelo menos, duas vezes por dia, sendo que a grande maioria, 72,3%, afirmou que uma das vezes era antes de deitar<sup>50</sup>. Foi ainda referido que o grande motivo de ida ao médico dentista, nos últimos meses, era por rotina. Ou seja, para fazer *check-ups* (50,5%), sendo também aludida a procura desta especialidade devido a dor, a cáries, a limpezas, à ortodontia e seus controlos, bem como a extrações dentárias, entre outros motivos, sendo que a maioria dos inquiridos (47,3%) pensa ter uma boa saúde oral.

Todavia, é importante realçar que 48,6% da população inquirida apenas foi a consultas desta especialidade uma vez, nos últimos 12 meses, e que 5,2% dos inquiridos nunca foi ao médico dentista. Isso pode estar relacionado, como vários estudos indicam, com fatores socioeconómicos e com o facto de as pessoas com menos possibilidades financeiras apenas procurarem o dentista quando a sintomatologia já está avançada ou em caso de urgência. Tal obriga o profissional de saúde a optar por medidas terapêuticas mais radicais, como, por exemplo, a extração dentária<sup>50-57</sup>.

No que diz respeito ao auxílio prestado aos filhos durante a realização da higienização oral, a maioria (63,7%) considerou ajudar. Este dado é de elevada importância, uma vez que se trata de crianças com idades compreendidas entre os cinco e os onze anos de idade, o que faz que a maior parte ainda não seja totalmente autónoma no que respeita à correta realização desta tarefa. São exemplos de momentos que devem ser vigiadas – ou, mesmo, realizados pelos cuidadores – a elaboração da escovagem dentária e a utilização do fio dentário, que só deve ser utilizado pelas crianças assim que estas tenham capacidades

motoras para o realizarem autonomamente, sem lesar as gengivas, admitindo que atinjam esta autonomia entre oito e os dez anos.

Contudo, muitos pais confessaram não ajudarem os filhos. Este resultado alerta não só para a importância de reforçar a necessidade de ajuda/controlo desta atividade realizada pelos filhos, como também para a relevância que os pais têm na motivação para a correta elaboração da higienização da cavidade oral, uma vez que poderá evitar/controlar o aparecimento de cáries ou, ainda, permitir o diagnóstico de patologias numa fase inicial <sup>58,59</sup>.

Quanto à forma de higienização da cavidade oral, tal como nas crianças, a maioria dos encarregados de educação (46,9%) afirmou “escovar as gengivas, dentes e língua”, sendo que 13,1% dos inquiridos assumiu “escovar apenas os dentes”. O facto de 13,1% da amostra só escovar os dentes pode explicar-se pela falta de tempo e de compreensão sobre a importância de uma correta higienização de toda a cavidade oral e não só dos dentes.

O fio dentário foi apenas referido como um objeto de higienização diária por 12,6% da amostra. Este dado é preocupante, uma vez que o fio dentário é um dos instrumentos mais utilizados na higienização das zonas interdentárias que, por serem áreas onde as cerdas das escovas não chegam, são mais propícias à acumulação de placa bacteriana, facilitando o aparecimento da cárie dentária. É, assim, essencial alertar, sobretudo através de ações de sensibilização junto dos pais, para a importância da utilização do fio dentário ou do escovilhão, para a correta limpeza das áreas interdentárias.

## **5.2. Criação de uma escala para classificação da percepção da saúde oral dos filhos pelos pais.**

Através dos resultados obtidos neste estudo, constatou-se que as crianças realizavam a higiene oral entre uma a cinco vezes por dia, sendo que 70,3% não utiliza o fio dentário, 77,9% não escova os dentes após o almoço, 49,3% só utiliza a escova dentária para a higienização oral. Neste contexto, 13,6% nunca foi ao médico dentista e 26,9% tem medo, enquanto 38,1% já

sofreu de odontalgia, 28,8% suportou hemorragia gengival e 12,6% teve inflamação gengival.

O presente estudo também permitiu a constituição de uma escala de classificação da percepção da saúde oral dos filhos pelos seus pais, o que facilitará, em estudos futuros, a comparação entre diferentes amostras comunitárias. Com a aplicação desta escala, verificámos que a maioria dos pais têm a clara percepção de que os comportamentos de saúde oral dos seus filhos não são os mais adequados nem os mais indicados. A escala utilizada neste estudo tornou-se essencial para a melhor compreensão da percepção que os pais têm da saúde oral dos filhos e da forma como estes a realizam. A escala permite a comparação entre diversas crianças, possibilitando, deste modo, uma noção mais realista da condição oral das mesmas e da forma como realizam a sua higienização. Com a aplicação da aludida escala, verificou-se que 54,8% da amostra estudada considera que os seus próprios filhos apresentam comportamentos de saúde oral desadequados e insuficientes; 40,3% intermédios/suficientes; e apenas 4,8% julga (após a análise da escala) que os seus filhos apresentam bons e adequados comportamentos de saúde oral.

A análise destes resultados comprometerá o desenvolvimento e a adequação de estratégias de promoção e de prevenção mais adequadas às reais necessidades, como o reforço da importância da utilização do fio dentário, a relevância da ida regular ao médico dentista e a sensibilização dos professores e dos pais para os benefícios que estes têm acarretam, quer no controlo/supervisão da higiene oral quer na promoção da mesma, bem como para a necessidade de um diagnóstico precoce das doenças da cavidade oral, as quais, entre outras consequências, podem levar à perda precoce de peças dentárias ou ao mau funcionamento do sistema estomatognático.

### **5.3. Limitações do estudo**

Constituíram limitações deste estudo a falta de um elemento físico que possibilitasse a auscultação junto dos pais/encarregados de educação acerca dos hábitos dos seus filhos e do estado atual da sua saúde oral. Particularmente,

o facto de este trabalho de investigação ter sido realizado através da resposta a um questionário sem a confirmação clínica dos dados referidos pelos encarregados de educação, além do curto espaço de tempo para a recolha dos dados.

Este estudo deixa aferir uma melhor noção sobre os hábitos de higiene oral das crianças que frequentam o ensino primário, através dos seus pais, bem como a perceção que estes têm sobre o estado da saúde oral dos seus filhos.

Seria interessante que, em próximos estudos, estes indicadores fossem alargados no que concerne ao número da amostra, como também a nível da localização geográfica.

## **CONCLUSÃO**



## 6. Conclusão

A saúde oral (SO) é um fator determinante para a uma boa qualidade de vida. Para isso, é necessária a sensibilização para a importância da prevenção, tendo em vista a manutenção de uma boa saúde oral e o bem-estar geral das pessoas.

Na percepção de que a saúde oral se encontra associada a fatores sociodemográficos na população portuguesa, embora a maioria dos pais tenha classificado a SO dos filhos como “boa”, alegando que realizam a higienização oral duas vezes por dia, continua a ser preciso reforçar – não só junto das crianças, mas também dos pais e dos restantes familiares – a importância dos comportamentos de saúde oral adequados. Só assim se vai conseguir continuar a diminuir o número de pessoas com infeções como a cárie dentária, visto que há crianças que nunca foram a uma consulta de Medicina Dentária e/ou que não complementam a escovagem dentária com a utilização de bochechos de colutórios, de flúor ou do fio dentário.

Através da aplicação da escala, apurámos que, na conjugação de variáveis, afinal, a percepção da saúde oral das crianças pelos seus próprios pais não corresponde ao que foi respondido em determinadas questões no questionário. Pois, consideram que os comportamentos de saúde oral dos seus filhos estão ainda longe do que é considerado adequado.

A criação da escala para a percepção da saúde oral dos filhos, pelos próprios pais e encarregados de educação, é relevante, na medida em que nos indica o nível de conhecimento que os mesmos têm acerca da saúde oral dos seus educandos, permitindo-nos adequar o nosso plano de tratamento e a abordagem mais correta e eficaz para uma sensibilização dos pais perante a saúde oral dos filhos. Importa, pois, a prevenção e o diagnóstico de doenças que afetam a cavidade oral, a exemplo da cárie e das doenças periodontais, o mais cedo possível, de forma a minimizar quaisquer tipos de consequências que possam levar à perda de peças dentárias.

Em jeito de conclusão, é fulcral a implementação de estratégias de educação e a promoção de saúde oral junto de todos os membros do agregado familiar, de modo a garantir melhores índices de saúde oral na comunidade.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## 7. Referências bibliográficas

1. WHO. Oral health. [Online]; 2012 [cited 2017 Janeiro 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>.
2. Vašíčková J, Hollein T, Sigmundová D, Honkala S, Pavelka J, Kalman M. Trends in children's toothbrushing in the Czech Republic from 1994 to 2014: result of the HBSC study. *Cent Eur J Public Health*. 2017 July; 25:57-59.
3. OMD. Cárie e Dentisteria. [Online]; 2017 [cited 2017 Janeiro 27]. Available from: <https://www.omb.pt/publico/carie-dentisteria>.
4. Logan WHG, Kronfeld R. American Academy of Pediatric Dentistry. [Online]; 2017 [cited 2017 Janeiro 27]. Available from: <http://www.aapd.org/>.
5. Coimbra F, Mendes S, Bernardo M. Prevalência e gravidade de cárie dentária numa população infantil de S. Tomé. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2013;54(1):20–26.
6. Silva R, Mendes S, Bernardo M, Barros L. Práticas e conhecimentos de pediatras e médicos de família relativamente à cárie dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2012; 53(3):135–142.
7. Rodrigues AP, Matias F, Ferreira MM. Escovagem de dentes em ambiente escolar e redução do índice de placa bacteriana: avaliação da efetividade de um projeto de saúde oral. *REV PORT SAÚDE PÚBLICA*. 2016; 34(3):244–249.
8. Jürgensen N, Petersen PE. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. *BMC Oral Health*. 2009; 9:29.
9. Costa C, Pereira M, Passadouro R, Spencer B. Higiene oral na criança - boca são, família vigilante? *Acta Med Port*. 2008; 21:467-474.
10. Shaghaghian S, Savadi N, Amin M. Evaluation of parental awareness regarding their child's oral hygiene. *Int J Dent Hygiene*. 2016.
11. Escoffié-Ramirez M, Ávila-Burgos L, Baena-Santillan ES, Aguilar-Ayala F, Lara-Carrillo E, Minaya-Sánchez M, *et al*. Factors Associated with Dental Pain in

Mexican Schoolchildren Aged 6 to 12 Years. *BioMed Research International*. 2017 June.

12. Vermaire JH van Exel NJA. Parental attitudes towards oral health and caries-risk. *Int J Dent Hygiene*. 2017 May; 1-8.

13. Bagramian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *American Journal of Dentistry*. 2009; 21:1

14. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31(1):3-21.

15. Kumar S, Tadakamadla J, Zimmer-Gembeck MJ, Kroon J, Lalloo R, Johnson NW. Parenting practices and children's dental caries experience: A structural equation modelling approach. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 June; 1-7.

16. Amaral A, Melão N. O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Rev. Port. Publica*. 2016; 34(1):53–60.

17. Direção Geral de Saúde. [Online]; 2015 [cited 2017 Janeiro 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-anos-dos-dados.aspx>.

18. George FHM. Direcção-Geral de Saúde: Esclarecimento e retificação da notícia publicada pelo Jornal I, no dia 16 de novembro de 2012, intitulada "Cheques-dentista chegaram a 85,6% das crianças". [Online]; 2016 [cited 2017 Janeiro 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/esclarecimento-e-retificacao-de-noticia-sobre-cheques-dentista.aspx>.

19. Sousa CC, Didio T. Avaliação das práticas de saúde bucal realizadas pelos pais e atividade de cárie das crianças atendidas na clínica infanto-juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS. 2010.

20. Amorim P. Cárie Dentária em Portugal. Universidade Fernando Pessoa; 2009.

21. Calado R, Ferrera CS, Nogueira P, Melo P. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. *Community Dental Health*. 2017; 34:107–111.
22. Cypriano S, Hoffmann RHS, Sousa MLR, Wada RS. Dental caries experience in 12-year-old schoolchildren in Southeastern Brazil. *J Appl Oral Sci*. 2008; 16(4):286-92.
23. Cury JA, Tenuta LMA, Ribeiro CCC, Paes Leme AF. The Importance of Fluoride Dentifrices to the Current Dental Caries Prevalence in Brazil. *Braz Dent J*. 2004; 15(3): 167-174.
24. Bratthall D, Hiitisel Petersson, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci*. 1996; 104:416-22.
25. Cortelli SC, Cortelli JR, Prado JS, Aquino DR, Jorge AOC. Fatores de risco a cárie e CPOD em crianças com idade escolar. *Cienc Odontol Bras*. 2004 abril/june; 7(2):75-82
26. Lambert MJ, Vanobbergen JSN, Martens LC, De Visschere LMJ. Socioeconomic inequalities in caries experience, care level and dental attendance in primary school children in Belgium: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2017.
27. Almeida CM, Petersen PE, André SJ, Toscano A. Changing oral health status of 6 and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health*. 2003; 20:211–216.
28. DGS. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. [Online].; 2016 [cited 2017 julho 20. Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-promocao-de-saude-oral.aspx>.
29. Lourenço A, Brarros PP. Ordem dos Médicos Dentistas. [Online].; 2016 [cited 2017 Maio 17. Available from: <https://www.omd.pt/docs/2016/cuidadossaudeoral.pdf>.
30. Batista MDE, Valença A. Dentífricos fluretados e sua utilização em crianças. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte. 2004; 40(2):111-206.

31. Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C. Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2009; 40(3):126-32.
32. Løe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal*. 2000; 50:129-139.
33. Hayasaki H, Saitoh I, Nakakura-Ohshima K, Hanasaki M, Nogami Y, Nakajima T, *et al.* Tooth brushing for oral prophylaxis. *Japanese Dental Science Review*. 2014; 50:69—77.
34. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev Port Saúde Pública*. 2013; 31(2):145–152.
35. Zimmer S, Kolbe C, Kaiser G, Krage T, Ommerborn M, Barthe C. Clinical efficacy of flossing versus use of antimicrobial rinses. *J Periodontol*. 2006 August; 77(8):1380-5.
36. Wright JT, Crall JJ, Fontana M, *et al.* Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Use of Pit-and-Fissure Sealants. American Academy of Pediatric Dentistry, American Dental Association. 2016; 38(5):120-36.
37. Hilgert LA, Leal SC, Freire GML, Mulder J, Frencken JE. 3-year survival rates of retained composite resin and ART sealants using two assessment criteria. *Braz. Oral Res*. 2017; 31:35.
38. Logan WHG KR. American Dental Association. [Online]. 2017 [cited 2017 June 27]. Available from: [http://www.aapd.org/media/Policias\\_Guidelines/RS\\_DentGrowthandDev1.pdf](http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/RS_DentGrowthandDev1.pdf).
39. Batchelor PA Sheiham A. Grouping of tooth surfaces by susceptibility to caries: a study in 5-16 year-old children. *BMC Oral Health*. 2004; 4:2.
40. Regra DGS. Promoção da Saúde Oral: Uma experiência de prevenção de cárie num Concelho rural. 2011 Outubro.
41. Schmidt GF. Perda precoce do primeiro molar permanente. Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.

42. Ordem dos Médicos Dentistas. Apresentação do cheque dentista. [Online]. 2017 [cited 2017 May 20]. Available from: <https://www.omd.pt/pnpsso/chequedentista/apresentacao>.
43. Wapniarska K, Bula K, Hilt A. Parent's pro-health awareness concerning oral health of their children. National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene. 2016; 70:59-63.
44. Ji Y, Zhang Y, Wang Y, Chang C. Association between family factors and children's oral health behaviors – a cross-sectional comparative study of permanent resident and migrant children in large cities in China. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016; 44:92–100.
45. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2006; 64:286-292.
46. Paula JS, Leite ICG, Almeida AB, Ambrosano GMB, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012; 10:6.
47. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. American Dental Association. 2015 March; 136:364-372.
48. Silva CM, Basso DF, Locks A. Alimentação na primeira infância: abordagem para a promoção da saúde bucal. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 October-December; 7(4):458-65.
49. Shetty RM, Deoghare A, Rath S, Sarda R, Tamrakar A. Influence of mother's oral health care knowledge on oral health status of their preschool child. *Saudi Journal of Oral Sciences*. 2016; 3:12-6.
50. Marques S, Carvalho R, Ferreira B. Ordem dos Médicos Dentistas. [Online]; 2015 [cited 2017 Agosto 25]. Available from: <https://www.omd.pt/barometro/docs/barometrosaudeoral2015.pdf>.

51. Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014; 12:41.
52. Kumar S, Tadakamadla J, Kroon J, Johnson NW. Impact of parent-related factors on dental caries in the permanent dentition of 6- to 12- year-old children: a systematic review. *Journal of Dentistry*. 2015 December.
53. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr*. 2013; 89(2):116-123.
54. Celeste RK, Fritzell J, Nadanovsky P. The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(6):1111-1120.
55. Hobdell MH, Oliveira ER, Bautista R, Myburgh NG, Lalloo R, Narendran S, Johnson NW. Oral diseases and socio-economic status (SES). *British Dental Journal*. 2003 January; 194: 91–96.
56. Piovesan C, Antunes JLF, Guedes RS, Ardenghi TM. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). *Qual Life Res*. 2010 June; 19: 1359–1366
57. Steele J, Shen J, Tsakos G, Fuller E, Morris S, Watt S, Guarnizo-Herreño C, Wildman J. The Interplay between Socioeconomic Inequalities and Clinical Oral Health. *Journal of dental research*. 2014.
58. Pine CM, McGoldrick PM, Burnside G, Curnow MM, Chesters RK, Nicholson J, Huntington E. An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *International Dental Journal*. 2000; 50:312–323.
59. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*. 2004; 21:102-11.

60. Barnett ML. The rationale for the daily use of an antimicrobial mouthrinse. JADA. 2006 November; 137:16-21.



## **ANEXOS**



## **8. Anexos**

### **8.1. Anexo I – Consentimento informado aos encarregados de educação**

**Trabalho de investigação: “Comportamentos de saúde oral e prevalência de doenças orais na população portuguesa”.**

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

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação intitulado: **“Comportamentos de saúde oral e prevalência de doenças orais na população portuguesa”**.

A recolha de dados para este estudo consistirá apenas no preenchimento do questionário pelos encarregados de educação com o intuito de conhecer os comportamentos de saúde oral das crianças estudadas e do agregado familiar das mesmas.

Será garantido, pela equipa de investigação, o anonimato dos dados recolhidos, os quais se destinam unicamente à realização da referida investigação.

Para autorizar o seu educando a participar no estudo, assine o destacável e depois de assinado deve ser entregue ao professor(a).

A participação neste estudo não implicará qualquer encargo para as crianças e encarregados de educação e não será efetuado nenhum tratamento. Gratos pela sua preciosa colaboração.

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), encarregado de educação do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ (nome completo),

declaro que autorizo que este(a) participe no estudo **“Comportamentos de saúde oral e prevalência de doenças orais na população portuguesa”**.

O Encarregado de educação

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2016  
(assinatura legível)

## 8.2. Anexo II – Questionário aos encarregados de educação

CARACTERIZAÇÃO		
<b>1 – Género da criança</b>		
1 <input type="checkbox"/> Masculino;		
2 <input type="checkbox"/> Feminino.		
<b>2 – Idade: _____Anos</b>		
<b>3 - Atualmente, quanto pesa o seu filho(a)? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> kg</b>		
<b>4 - Atualmente, quanto mede o seu filho(a)? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> cm</b>		
<b>5 – Onde reside a criança?</b>		
1 <input type="checkbox"/> Aldeia;		
2 <input type="checkbox"/> Vila;		
3 <input type="checkbox"/> Cidade.		
<b>6 – Qual o estado civil dos pais?</b>		
1 <input type="checkbox"/> Solteiros;		
2 <input type="checkbox"/> Casados;		
3 <input type="checkbox"/> Juntos;		
4 <input type="checkbox"/> Divorciados;		
5 <input type="checkbox"/> Viúvos(as).		
<b>7 – Quais as habilitações literárias dos pais? (Assinale a mais elevada.)</b>		
	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>
< 4 anos	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
4 – 6 anos	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7 – 9 anos	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10 – 12 anos	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Bacharelato	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Licenciatura	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Mestrado	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Doutoramento	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>8 – Qual a profissão do pai? _____.</b>		
<b>9 – Qual a profissão da mãe? _____.</b>		
<b>10 – Qual a situação profissional dos pais?</b>		
	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>
Empregado	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Desempregado	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Aposentado	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**11 – Com quem mora a criança? (Pode assinalar várias opções.)**

- 1  Pai;
- 2  Mãe;
- 3  Irmãos;
- 4  Tios;
- 5  Avós;
- 6  Primos;
- 7  Outros. Quem? \_\_\_\_\_.

**SAÚDE ORAL DA CRIANÇA**

**1 – Como descreve a saúde oral do seu filho(a)?**

- 1  Muito boa;
- 2  Boa;
- 3  Razoável;
- 4  Fraca;
- 5  Muito fraca.

**2 – Habitualmente o seu filho(a) costuma esquecer-se de fazer a higiene oral?**

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**3 – Quanto tempo demora o seu filho(a), em média, a fazer a higiene oral?**

- 1  Menos de 1 minuto;
- 2  1 minuto;
- 3  2 minutos;
- 4  3 ou mais minutos.

**4 – Quando é que o seu filho(a) faz a higiene oral? (Pode assinalar mais do que uma).**

- 1  Quando se levanta;
- 2  Após o pequeno-almoço;
- 3  Após o almoço;
- 4  Após o lanche;
- 5  Após o jantar;
- 6  Antes de deitar.

**5 – Como realiza o seu filho(a) a higiene oral?**

- 1  Escova as gengivas, dentes e língua;
- 2  Escova os dentes e a língua;
- 3  Escova os dentes e as gengivas;
- 4  Escova apenas os dentes.

**6 – Alguma vez algum profissional de saúde ensinou o seu filho(a) a escovar os dentes?**

- 1  Não;
- 2  Sim. Se sim, quem? \_\_\_\_\_.

**7 – O seu filho(a) costuma utilizar o fio dentário?**

- 1  Não;
- 2  Sim, às vezes;
- 3  Sim, diariamente;
- 4  Não sei o que é o fio dentário.

**8 - Que tipo de escova utiliza o seu filho(a)?**

- 1  Nenhuma;
- 2  Manual;
- 3  Elétrica.

**9 - O seu filho(a) escova os dentes na escola ao fim do almoço?**

- 1  Não;
- 2  Sim;
- 3  Não sei.

**10 - Além da pasta e da escova o seu filho(a) usa mais algum produto de higiene oral?**

- 1  Não;
- 2  Sim. Se respondeu sim, o que utiliza?
  - 3  Colutório (líquido para bochechar);
  - 4  Fio dentário;
  - 5  Fluor.

**11 – Alguma vez o seu filho(a) foi consultado(a) por um médico dentista?**

- 1  Não
- 2  Sim.

**12 – Nos últimos 12 meses o seu filho(a) foi consultado(a) por um médico dentista?**

- 1  Não
- 2  Sim. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

**13 – Qual o motivo da consulta?**

- 1  Rotina;
- 2  Dor de dentes;
- 3  Cara inchada;
- 4  Tratamento de cáries;
- 5  Outro. Qual? \_\_\_\_\_.

**14 – Alguma vez o seu filho(a) utilizou o “cheque-dentista”?**

- 1  Não
- 2  Sim

**15 – O seu filho(a) tem medo de ir à consulta do médico-dentista?**

- 1  Não;
- 2  Sim, um pouco;
- 3  Sim, muito.

**16 – Alguma vez o médico dentista colocou selante de fissuras nos dentes do seu filho(a)?**

- 1  Não;
- 2  Sim;
- 3  Não sei.

**17 – Nos últimos 12 meses, o seu filho(a) queixou-se de dor de dentes?**

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente mente	Muito frequentem ente
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**18 – Nos últimos 12 meses, as gengivas do seu filho(a) sangraram durante a escovagem dos dentes?**

- 1  Não;
- 2  Sim, às vezes;
- 3  Sim, quase sempre;
- 4  Sim, sempre.

**19 – Nos últimos 12 meses, alguma vez o seu filho(a) teve as gengivas inflamadas (avermelhadas)?**

- 1  Não;
- 2  Sim, às vezes;
- 3  Sim, quase sempre;
- 4  Sim, sempre.

## SAÚDE ORAL DOS PAIS

**1 – Como descreve a sua saúde oral?**

- 1  Muito boa;
- 2  Boa;
- 3  Razoável;
- 4  Fraca;
- 5  Muito fraca.

**2 - Costuma ajudar o seu filho(a) a escovar os dentes?**

- 1  Não
- 2  Sim

**3 – Quanto tempo demora, em média, a fazer a sua higiene oral?**

- 1  Menos de 1 minuto;
- 2  1 minuto;
- 3  2 minutos;
- 4  3 ou mais minutos.

**4 – Quando é que faz a higiene oral? (Pode assinala mais do que uma).**

- 1  Quando se levanta;
- 2  Após o pequeno-almoço;
- 3  Após o almoço;
- 4  Após o lanche;
- 5  Após o jantar;
- 6  Antes de deitar.

**5 – Como realiza a sua higiene oral?**

- 1  Escova as gengivas, dentes e língua;
- 2  Escova os dentes e a língua;
- 3  Escova os dentes e as gengivas;
- 4  Escova apenas os dentes.

**6 – Costuma utilizar o fio dentário?**

- 1  Não;
- 2  Sim, às vezes;
- 3  Sim, diariamente;
- 4  Não sei o que é o fio dentário.

**7 – Alguma vez foi consultado(a) por um médico dentista?**

- 1  Não
- 2  Sim.

**8 – Nos últimos 12 meses foi consultado(a) por um médico dentista?**

- 1  Não
- 2  Sim. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_.

**9 – Qual o motivo da consulta?**

- 1  Rotina;
- 2  Dor de dentes;
- 3  Cara inchada;
- 4  Tratamento de cáries;
- 5  Outro. Qual? \_\_\_\_\_.

**10 – Sabe o que é um selante de fissuras aplicado nos dentes pelo médico dentista?**

- 1  Não
- 2  Sim

