



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS
MÉDICOS PEDIATRAS EM RELAÇÃO À SAÚDE ORAL

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

Por:
Telma Filipa Nunes da Silva Moreira

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS
MÉDICOS PEDIATRAS EM RELAÇÃO À SAÚDE ORAL

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

Por:

Telma Filipa Nunes da Silva Moreira

Orientadora: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Coorientadora: Professora Doutora Mariana Seabra

Viseu, 2018

*“Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.”*

Fernando Pessoa

Divulgação dos resultados

Publicações em reuniões científicas sob a forma de póster:

1) Conhecimentos dos médicos pediatras relativamente à transmissão vertical da cárie dentária

Moreira T.¹, Alves J.¹, Figueiredo A.², Seabra M.²

¹Aluna do 5º ano do MIMD do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

²Docente da unidade curricular de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

XIII Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Universidade Católica Portuguesa (Viseu), 11 e 12 de Maio de 2018.

2) Prescrição de medicamentos líquidos pediátricos- atitudes e práticas dos médicos pediatras

Moreira T.¹, Alves J.¹, Figueiredo A.², Seabra M.²

¹Aluna do 5º ano do MIMD do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

²Docente da unidade curricular de Odontopediatria do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu

Resumo da apresentação científica de investigação submetida ao XXVII Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas.

Agradecimentos

À minha dedicada orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, pela sua dedicação, disponibilidade e motivação ao longo destes meses de trabalho. Obrigada por todo o apoio que me deu!

À minha coorientadora, Professora Doutora Mariana Seabra, pela sua disponibilidade em ajudar e pelo incentivo dado que me permitiu melhorar, cada vez mais, o meu trabalho.

Aos meus pais, por toda a dedicação e apoio dados ao longo destes cinco anos. A vós, dedico esta tese!

Ao meu companheiro de todas as horas, Lutenio Junior, por ser incansável. Obrigada por acreditares em mim e pela força que me deste em momentos menos bons!

À Ana, pela amizade longa e verdadeira. Obrigada por teres sempre as palavras certas nas horas certas, que me encorajaram a fazer sempre mais e melhor!

Aos meus companheiros de tese, “Esquadrão da Chupeta”, por toda a ajuda e incentivo que me deram ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus “miguxos”: Ana Margarida, Mário, Joana, Rafaela e Pedro, por todos os momentos felizes que passamos juntos ao longo destes cinco anos. Um agradecimento especial também a ti, Andreia, pelo companheirismo ao longo desta jornada!

A todas as médicas pediatras pela ajuda na elaboração e divulgação do questionário aplicado. O vosso contributo foi o motor de arranque para o desenvolvimento desta investigação!

Por fim, a todos os clínicos que se disponibilizaram para responder ao meu questionário. A vossa colaboração foi imprescindível para a realização desta investigação. Este estudo foi feito por vós e para vós!

Resumo

A infância é o período de vida predileto para dar início a hábitos saudáveis, nomeadamente no que diz respeito à saúde oral. De facto, a saúde oral desempenha um papel preponderante na manutenção da saúde geral das crianças. Deste modo, surge a necessidade de avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras acerca da saúde oral, uma vez que o doente pediátrico visita, mais frequentemente, estes clínicos, em detrimento do médico dentista, especialmente nos primeiros anos de vida.

Realizou-se um questionário anónimo a 118 médicos pediatras, distribuído eletronicamente, e passível de ser respondido de 17 de Outubro a 2 de Dezembro de 2017. Os resultados foram analisados estatisticamente no SPSS (versão 23 ®) para Windows 7, constatando-se que 91,5% (n=108) dos clínicos refere que observa, por rotina, a cavidade oral e os dentes do doente pediátrico. Face aos medicamentos líquidos pediátricos, apesar da maioria dos médicos pediatras considerar que pode haver ou há relação comprovada entre lesões de cárie dentária e a sacarose, presente nos xaropes, quando tomados cronicamente, apenas 50,8% (n=60) recomenda visitas periódicas ao médico dentista, sendo que os clínicos que exercem há cinco ou mais anos (p-value=0,006) apresentam mais esta preocupação. Relativamente ao diagnóstico e encaminhamento de doentes com lesões de cárie dentária, 72,9% (n=86) dos clínicos não encaminha pacientes com lesões iniciais de cárie dentária (lesão de mancha branca) para o médico dentista. Além disso, a maior percentagem (59,3%, n=70) considera que a cárie dentária não é uma patologia transmissível de forma vertical, sendo esta resposta mais evidente (p-value=0,007) nos clínicos que exercem há menos de cinco anos (73,1%). No que concerne a hábitos deletérios, a maioria dos médicos pediatras (49,5%, n=50) considera que a sucção da chupeta deve ser cessada aos 24 meses de idade, sendo esta preferível em detrimento da sucção digital (73%, n=73). Esta opinião é ainda mais notória (p-value= 0,022) nos médicos que exercem há cinco ou mais anos (87,8%).

Em suma, conclui-se que, embora os médicos pediatras apresentem boas práticas no que concerne à observação dentária das crianças, verificaram-se algumas lacunas que requerem atenção.

Palavras-chave: “crianças”, “cárie dentária”, “hábitos orais”, “médicos pediatras”,
“medicamentos líquidos pediátricos”

Abstract

Childhood is the main life period to initiate health care habits, especially what concerns oral health. In fact, oral health plays a major role in maintaining the overall health of children. Thus, there is a need to evaluate pediatricians knowledge, attitudes and practices of about oral health, since pediatric patients visit these clinicians more often than dentists, especially in the first years of their lives.

An anonymous questionnaire distributed electronically to 118 pediatricians and was answered from October 17 to December 2, 2017. The results were analyzed statistically in SPSS (version 23 ®) for Windows 7. 91.5% of clinicians routinely observe the pediatric patient oral cavity; although most pediatricians consider that a proven relationship between dental caries lesions and sucrose present in syrups exists or might exist, when taken chronically, only 50,8% of them recommend their patients to visit the dentist regularly. Furthermore, clinicians who have been working for longer periods of time (p -value=0,006) are more concerned about these issues. Regarding the diagnosis and referral of patients with dental caries, 72.9% of the clinicians do not refer patients with dental caries initial lesions (white spot lesions) to the dentist. Moreover, the highest percentage (59.3%) consider that dental caries is not transmissible from mother to child. This response was more evident (p -value = 0.007) in clinicians who have been practicing for five years or less (73.1%). As to deleterious habits are concerned, most pediatricians (49.5%) believe that pacifier sucking should be stopped at 24 months of age, which is preferable to digital suction (73%). This opinion is even more noticeable (p -value = 0.022) in pediatricians who have been exercising for five or more years (87.8%).

In conclusion, although pediatricians present good practices regarding dental observation of children, there have been some gaps that require the best attention.

Key-words: “children”, “dental carie”; “oral habits”, “pediatricians”; “pediatric liquid medicines”

Índice

| | |
|---|------|
| Divulgação dos resultados | vii |
| Resumo | xi |
| Abstract..... | xiii |
| Índice | xv |
| I- Introdução | 1 |
| 1. Cárie precoce de infância | 4 |
| 1.1- Definição e estadios da cárie dentária | 4 |
| 1.2. Estratégias preventivas..... | 6 |
| 1.2.1. Visita da grávida e do bebé ao médico dentista | 6 |
| 1.2.2. Higiene oral | 7 |
| 1.2.3. Dieta alimentar | 9 |
| 1.2.4. Consultas de acompanhamento infantil..... | 10 |
| 2. Medicamentos líquidos pediátricos | 11 |
| 3. Hábitos orais | 12 |
| 3.1. Hábitos de sucção não nutritivos | 12 |
| 3.2. Respiração oral | 13 |
| 3.3. Deglutição atípica | 13 |
| 4. Traumatismos dentários..... | 14 |
| 5. Anquiloglossia | 16 |
| 6. Objetivos..... | 17 |
| II- Materiais e Métodos | 19 |
| III- Resultados | 25 |
| IV- Discussão dos Resultados | 57 |
| V- Conclusões | 77 |
| VI- Bibliografia | 85 |
| VII -Anexos | 91 |

I- Introdução

A saúde oral é parte integrante da saúde geral das crianças. Como tal, esta deve ser preservada ao máximo, através de cuidados preventivos e curativos. A odontopediatria é a área da medicina dentária responsável por prestar cuidados médico-dentários preventivos e terapêuticos a crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais. (1) Efetivamente, a odontopediatria está relacionada com várias outras áreas da medicina geral: ginecologia/ obstetrícia, medicina geral e familiar, pediatria e otorrinolaringologia.

A gravidez é o período predileto para a prevenção e aquisição de novos hábitos para promover a saúde da gestante e do futuro bebé. Neste sentido, os médicos ginecologistas/obstetras assumem um papel importante na desmistificação de alguns mitos relativos à saúde oral nas grávidas, incentivando-as a visitar o médico dentista, quer para realizarem tratamentos para a manutenção da saúde oral da própria, quer para terem a oportunidade de serem aconselhadas relativamente aos cuidados de saúde oral do futuro filho, previamente ao nascimento do mesmo. (2)

Por outro lado, os médicos pediatras e de medicina geral e familiar estabelecem uma estreita relação com o doente pediátrico, o que implica um contacto íntimo com o crescimento e a saúde geral das crianças/adolescentes. Por este motivo, estes profissionais, enquanto promotores da saúde geral, devem assumir um papel preventivo quer da cárie precoce de infância, através do aconselhamento relativamente à dieta alimentar e aos cuidados de higiene oral, quer das maloclusões dentárias, através do aconselhamento relativamente a hábitos deletérios. (3) Estes hábitos, idealmente, devem ser avaliados por uma equipa multidisciplinar, que engloba médicos dentistas, médicos pediatras/medicina geral e familiar e terapeutas miofuncionais. Efetivamente, os terapeutas miofuncionais desempenham um papel fundamental na reeducação da musculatura perioral e da língua, contribuindo, deste modo, para a interceção de hábitos orais deletérios. (4) Concomitantemente, algumas patologias do foro respiratório (hipertrofia adenoidea, por exemplo) podem contribuir para o aparecimento de maloclusões, uma vez que promovem uma posição baixa da língua. Neste sentido, a odontopediatria deve unir esforços com otorrinolaringologia/pediatria para seja instituída uma terapêutica multidisciplinar e, desta forma, seja tratada, eficazmente, quer a patologia respiratória, quer a patologia dentária consequente. (5)

De um modo geral, os médicos pediatras valorizam a saúde oral, tendo percepção do papel crucial que assumem na prevenção de doenças orais e na educação para a saúde oral do doente pediátrico. (6) Contudo, alguns estudos indicam um conhecimento limitado destes profissionais acerca desta temática, especialmente no que toca ao aconselhamento de visitas precoces ao médico dentista, ou seja, na altura da erupção dos primeiros dentes. (3)

Assim, torna-se fundamental a inclusão da saúde oral na prática clínica diária dos médicos pediatras. Além disso, é importante sensibilizar estes clínicos relativamente à importância das visitas precoces da criança ao médico dentista, para que esta se adapte, o quanto antes, ao meio envolvente da consulta de medicina dentária. (5)

1. Cárie precoce de infância

1.1- Definição e estadios da cárie dentária

A cárie dentária é um problema de saúde pública, quer em países desenvolvidos, quer em países em desenvolvimento. Esta tem tomado proporções epidémicas nos países em desenvolvimento. (6)

A cárie precoce de infância (CPI) é a doença infecciosa crónica mais comum nas crianças. (7) Esta é caracterizada como a presença de um ou mais dentes cariados, perdidos por cárie ou restaurados em crianças com idade igual ou inferior a setenta e um meses. Dos três aos cinco anos, a existência de um ou mais dentes cariados, perdidos por cárie ou obturados nas superfícies lisas dos dentes anteriores decíduos maxilares ou dentes cariados, perdidos ou obturados em quatro faces (aos três anos), 5 faces (aos quatro anos) ou 6 faces (aos cinco anos), são indicativos de cárie precoce de infância severa. (6)

Ao longo do tempo, a terminologia desta patologia foi sofrendo alterações. De facto, esta já foi designada como “cárie de biberão” e “cárie rampante”. (8) Atualmente, o termo mais aceite é “cárie precoce de infância”, atendendo à sua natureza multifatorial, uma vez que não é causada, exclusivamente, por métodos inadequados de alimentação. (9)

A etiologia da cárie precoce de infância, como já foi referido, é multifatorial, estando centrada na associação entre a microflora oral e a dieta rica em açúcares. De facto, as bactérias cariogénicas utilizam os açúcares provenientes da dieta para criar um biofilme que adere à superfície dentária, comumente designado por placa bacteriana. Os ácidos

produzidos pela fermentação dos carboidratos, por parte destes microrganismos, reduzem o pH do biofilme dentário, promovendo a desmineralização do esmalte. (5) A ingestão de líquidos no biberão durante o período noturno também predispõe ao desenvolvimento de cárie precoce de infância. (6)

O principal microorganismo cariogénico é o *Streptococcus mutans*. A colonização desta bactéria na cavidade oral pode ocorrer em idades muito precoces. O principal veículo de transmissão de *Streptococcus mutans* é a saliva dos cuidadores primários, designadamente das mães. (10)

A cárie precoce de infância surge, nos estádios iniciais, como uma lesão de mancha branca. Se não for tratada, evolui para lesões de cárie cavitadas mais extensas e destrutivas. De um modo geral, esta apresenta uma evolução característica: os incisivos superiores decíduos são os primeiros dentes a ser afetados, seguidos dos molares e caninos temporários. (6) Os incisivos mandibulares são os últimos dentes a ser afetados, derivado da proteção salivar fornecida pela proximidade do ducto excretor das glândulas sublinguais. (7)

Efetivamente, a saúde oral afeta as crianças quer fisicamente quer psicologicamente. A cárie dentária, especialmente em estadios avançados, provoca dor e desconforto. Esta condição dolorosa leva à dificuldade alimentar, de fala e alterações do sono. Perante estas situações, a criança poderá apresentar deficiências nutricionais, influenciando de forma deletéria o aumento ponderal de peso e o crescimento desta. Além disso, as cáries dentárias não controladas podem interferir com a aceitação de transplante de órgãos e causar infeção no caso de existência de uma válvula cardíaca defeituosa. Ademais, as crianças com cáries em estadios avançados apresentam dificuldades de aprendizagem e de socialização, uma vez que é dificultada a normal interação com o grupo de pares. (9)

O diagnóstico de cárie dentária baseia-se, essencialmente, na inspeção visual e observação radiográfica dos tecidos dentários. De forma a orientar o diagnóstico e estadiamento de cáries dentárias entre médicos dentistas, existem diferentes métodos, baseados na inspeção clínica, que classificam a evolução desta. (11) Klein e Palmer, em 1937, propuseram o índice CPOD (dentição permanente) e ceod (dentição decídua) como indicador de saúde oral. De facto, este indicador representa um índice de cárie dentária, que permite calcular uma média de número total de dentes perdidos por cárie dentária, obturados e cariados, num grupo de indivíduos. Para tal, classificam-se as peças dentárias

de 0 a 9 na dentição permanente e de A a G na dentição decídua. Posteriormente, realiza-se a soma do número de dentes perdidos por cárie, cariados e restaurados, dando, assim, origem ao valor do índice CPOD/ceod. (12) O ICDAS II (Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cáries) é um outro sistema utilizado para diagnóstico e classificação de cárie dentária. Este método apresenta um código constituído por dois dígitos. O primeiro dígito, que assume valores de 0 a 9, classifica o dente questão relativamente à presença ou ausência de restauração; sendo que, no caso de possuir restauração, classifica o tipo de restauração existente. O segundo dígito, de 0 a 6, classifica relativamente à presença/ausência de cárie dentária; nos casos em que está presente, classifica a mesma, de acordo com a sua progressão. Assim sendo, as lesões cariosas iniciam-se com o aparecimento de uma mancha branca/ castanha no esmalte (valores de 1 e 2). Se não forem intervencionadas, evoluem progressivamente, formando cavidades com dentina exposta, podendo levar à completa destruição da peça dentária. (11)

Além disso, a cárie dentária pode ser classificado de acordo com a sua atividade. Clinicamente, uma cárie num estadio inicial ativa caracteriza-se por uma mancha branca/amarelada com perda de brilho e rugosa à passagem da sonda periodontal. Uma cárie cavitada ativa apresenta dentina amolecida, de cor amarelada. Por outro lado, as lesões cariosas inativas apresentam-se, num estadio inicial, como uma mancha branca, castanha ou preta brilhante. As lesões inativas mais avançadas caracterizam-se por apresentar uma cavitação brilhante, com dentina endurecida. (11,13)

Assim, o estadiamento e caracterização da atividade da cárie dentária é fulcral para a elaboração de um plano de tratamento em medicina dentária. Por outro lado, é de extrema importância que os médicos de medicina geral e familiar e pediatras saibam diagnosticar, clinicamente, lesões iniciais de cárie dentária, para que reencaminhem as crianças e jovens para o médico dentista ou médico estomatologista, numa fase em que é mais fácil quer a colaboração, quer a parte técnica do procedimento.

1.2. Estratégias preventivas

1.2.1. Visita da grávida e do bebé ao médico dentista

O período perinatal é definido como o intervalo de tempo entre as 20 a 28 semanas de gestação até às quatro semanas após o nascimento do bebé. Este é um período privilegiado para sensibilizar e a aconselhar a grávida/ recém mãe, quer no que diz

respeito à dieta alimentar, quer relativamente aos cuidados de higiene oral desta e do bebé. (14) Além disso, nesta consulta, é crucial dar destaque ao carácter de transmissibilidade da cárie dentária. Efetivamente, o primeiro veículo de transmissão de *Streptococcus mutans* aos bebés/ crianças é a saliva da mãe/ cuidador primário. (15) Assim sendo, os cuidadores da criança devem praticar uma boa higiene oral, não devem provar a comida que será dada à criança, nem limpar a chupeta com a sua própria boca. (15,16) Caso se verifique, aquando da consulta, que a grávida necessita de tratamentos médico-dentários, estes não deverão ser adiados. É sabido que estes tratamentos são seguros durante toda a gravidez, sendo que, idealmente, tratamentos eletivos devem ser realizados durante o segundo trimestre. (14)

No que concerne à visita do bebé no médico dentista, a Associação Americana de Odontopediatria (AAPD) aconselha que a primeira visita deverá realizar-se até aos doze meses de idade. Nesta primeira consulta, a criança tem a oportunidade de se familiarizar com o ambiente da consulta de medicina dentária. Além disso, deve ser avaliado o risco de desenvolvimento de cárie dentária e estabelecido um plano preventivo para o bebé em questão. Por fim, é dado aconselhamento aos pais relativamente à higienização da cavidade oral do bebé, dieta alimentar e precauções a ter com a instalação de hábitos de sucção não nutritivos (sucção digital e da chupeta, interposição lingual, bruxismo, entre outros). (17,18)

1.2.2. Higiene oral

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) e a AAPD, a higienização da cavidade oral deve começar logo após a erupção do primeiro dente, por volta dos 6 meses de idade. Para tal, dos seis meses até aos três anos de idade, a higienização deve ser feita com recurso a uma gaze, dedeira ou escova macia, utilizando uma pasta fluoretada com 1000-1500 ppm (mg/l) de flúor. A quantidade de pasta deve ser semelhante ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da criança. (17) Relativamente à frequência da higienização, esta deve ser feita duas vezes por dia, sendo uma obrigatoriamente antes de deitar. (19)

Na faixa etária dos três aos seis anos, período do desenvolvimento em que as crianças estão recetivas à criação de hábitos e rotinas, deve-se reforçar a importância da escovagem dos dentes. A escovagem deve ser feita com uma escova macia ou média e um dentífrico com teor de flúor 1000/1500 ppm (mg/l). Tal como supracitado, a higienização deve ser feita duas vezes por dia, sendo uma obrigatoriamente antes de

deitar. (17) Por outro lado, a DGS aconselha, também, que as crianças que frequentam jardins-de-infância realizem uma das escovagens diárias no estabelecimento de educação, de forma a incitar bons hábitos de saúde e consciencializar a criança da importância da saúde e cuidados orais. (19)

A partir dos seis anos de idade, a escovagem deverá ser efetuada pela criança, sendo que é aconselhável a supervisão parental até aos oito anos de idade. (19,17) A higienização deverá ser feita com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l) de teor de fluoretos, com uma quantidade aproximada de um centímetro. Aquando do 1º ciclo do ensino básico, a DGS recomenda que as crianças façam uma das escovagens na escola, orientada pelos professores. Por fim, todas as crianças que frequentam o 1º ciclo devem fazer bochechos quinzenais com fluoreto de sódio a 0,12%. (19)

A escovagem deverá demorar entre dois a três minutos, para que haja uma remoção eficaz da placa bacteriana. A criança/adolescente deverá inclinar a escova 45 graus e fazer movimentos circulares, de forma a limpar o sulco gengival. Todas as superfícies dentárias deverão ser corretamente higienizadas, terminando com a limpeza da língua. (19)

Relativamente à utilização de fio dentário, este deverá ser utilizado a partir do momento em que há contactos interproximais entre os dentes da criança, o que acontece normalmente por volta dos vinte e quatro meses de idade. A higienização, com recurso ao fio dentário, deverá ser realizado pelos cuidadores primários, até que a criança apresente destreza manual suficiente para o fazer de forma autónoma. (19) Os passa-fios são, também, elementos eficazes na remoção da placa bacteriana dos espaços interdentários. Pela maior facilidade de utilização, estes poderão ser um importante aliado na higienização dos espaços interproximais das crianças. (20)

No que concerne à utilização de flúor, está provado que este reduz a prevalência de cárie dentária, através do seu efeito na redução da desmineralização dentária, indução da remineralização e inibição de enzimas bacterianas. (17,21) Atualmente, defende-se que a ação deste é tópica e pós-eruptiva, devendo-se utilizar um dentífrico com um teor de flúor de 1000-1500 ppm (mg/l), para se obter este efeito preventivo. O flúor com ação sistémica assume uma importância muito menor. Além disso, os comprimidos ou gotas com aporte de flúor, podem causar toxicidade aguda e/ou crónica. A toxicidade crónica (fluorose dentária) é marcadamente mais frequente, abarcando crianças que ingeriram flúor

até aos três anos de idade. (21) Assim, a DGS considera que os suplementos sistémicos de flúor devem ser prescritos após os três anos de idade, e apenas a crianças que apresentem um elevado risco de cárie dentária. Nestes casos, a dose recomendada é um comprimido de 0,25mg de flúor, uma vez por dia. (19)

Concluindo, as consultas de acompanhamento infantil constituem um excelente momento para serem fornecidas instruções de higiene oral, quer aos pais, quer ao paciente pediátrico. (17)

1.2.3. Dieta alimentar

A obesidade infantil e juvenil é uma problemática do século XXI. De acordo com os resultados do mais recente estudo divulgado pela Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil (APCOI), constatou-se que 28,5% das crianças portuguesas com idades compreendidas entre os dois e os dez anos têm excesso de peso, das quais 12,7% são obesas. Efetivamente, grande parte deste número será obeso na idade adulta, o que propicia o aparecimento de diabetes tipo 2 e AVC. (22)

De facto, uma dieta alimentar equilibrada é um dos principais aliados no combate da obesidade infantil e da cárie precoce de infância. Efetivamente, até aos seis meses de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o leite materno seja a única fonte de alimentação, dado que apresenta propriedades nutricionais excelentes. Contudo, há que ter em conta que uma amamentação prolongada (mais do que 12 meses), associado ao consumo de carboidratos, pode contribuir para o aparecimento de cárie dentária. (18)

Um número considerável de crianças em idade pré-escolar e escolar consome *snack's* e bebidas açucaradas. Efetivamente, é sabido que o consumo de açúcar e gorduras em excesso são a causa *major* da obesidade. Além disso, a ingestão de sacarose, especialmente fora das refeições e/ou várias vezes ao dia contribui para o aparecimento de cárie dentária. (23) Neste sentido, a AAPD considera que as crianças e jovens devem-se alimentar à base de vegetais, fruta, leguminosas, peixe, carne magra e pouca gordura saturada e trans. Segundo a OMS, o açúcar deverá corresponder a menos de 10% do consumo total de energia, sendo que, as crianças dos quatro aos oito anos deverão consumir, no máximo, 16g de açúcar diário. (24)

No que concerne à ingestão de líquidos, a partir do primeiro ano de vida, a água é a bebida de eleição. No que diz respeito aos sumos naturais, a sua ingestão é

desaconselhada a crianças com menos de um ano. A partir dessa altura, as crianças/adolescentes que bebam sumos, nunca o devem fazer antes de ir dormir. (25) Os cuidadores da criança não devem colocar leite ou qualquer outro líquido açucarado no biberão, especialmente no período noturno, dado que neste período existe menor fluxo salivar e menos movimentos de auto-limpeza dos dentes. Caso seja necessário, este apenas deverá conter água. (9,25)

Em suma, o consumo de “alimentos açucarados” devem ser regrados e, se possível, após as refeições principais. (5) Além disso, o médico pediatra deve reforçar a importância de cessar a sucção noturna do biberão e destacar o papel de uma alimentação equilibrada na manutenção da saúde geral e oral, uma vez que a infância é o período predileto para dar início a hábitos alimentares saudáveis. (23)

1.2.4. Consultas de acompanhamento infantil

A promoção da saúde oral do doente pediátrico requer uma interação multidisciplinar entre os profissionais de saúde que lidam com este. (26) Efetivamente, o médico pediatra assume um papel fundamental na prevenção de patologias orais na criança. Kressin *et al.* demonstraram que os médicos pediatras com competências em saúde oral podem reduzir a incidência da cárie precoce de infância até 77%. (27)

O médico assistente que acompanha o crescimento do doente pediátrico tem ao seu dispor o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Este documento é emitido pelo Ministério da Saúde, destinando-se a registar informações importantes relativamente à saúde da criança/adolescente. Este é entregue na maternidade, aquando do nascimento da criança, e deve acompanhar o paciente pediátrico em todos os serviços de saúde até este completar dezoito anos. (28)

O Boletim de Saúde Infantil e Juvenil apresenta sugestões de temas a abordar e parâmetros a examinar na consulta tais como: peso, perímetro cefálico, estatura, entre outros. Concomitantemente, em todas as consultas médicas, desde os seis meses até aos dezoito anos, o conteúdo programático deste boletim prevê que o médico pediatria/medicina geral e familiar aborde a saúde e higiene oral durante a consulta. Por outro lado, é preconizado que os clínicos observem, com regularidade, a cavidade oral da criança/adolescente, com o intuito de deteção precoce de cárie dentária. (28)

Além disso, o médico deve registrar a observação clínica da cavidade oral realizada aos 3, 4, 5-6, 8 e 10, 12-13 e 15-18 anos, na secção “Registo do estado dos dentes e das gengivas” do boletim de saúde infantil e juvenil. Assim sendo, este teu ao seu dispor três colunas: “Cárie dentária”, “Gengivite” e “Placa bacteriana”, nas quais indica a presença e número de dentes cariados, a inflamação gengival e a presença de placa bacteriana, respetivamente (Figura 3). Caso uma criança apresente alguma cárie dentária é automaticamente considerada como paciente de alto risco, devendo ser encaminhada para um especialista. (28)

Registo do Estado dos Dentes e das gengivas

Para os profissionais:

A partir da consulta dos 3 anos, registem as informações referentes ao estado de saúde oral. Se for detetado algum dente com cárie dentária a criança ou jovem passa a ser considerada de alto risco.

| Consulta | Data | Cárie dentária | | Gengivite | | Placa bacteriana | |
|----------|------|------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------|--|
| 3 anos | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | |
| | | Sim <input type="checkbox"/> | N.º de dentes temporários ___ | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> |
| 4 anos | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | |
| | | Sim <input type="checkbox"/> | N.º de dentes temporários ___ | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> |
| 5 anos | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | |
| | | Sim <input type="checkbox"/> | N.º de dentes temporários ___ | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> |
| 6/7 anos | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | |
| | | Sim <input type="checkbox"/> | N.º de dentes definitivos ___ N.º de dentes temporários ___ | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> |
| 8 anos | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | | Não <input type="checkbox"/> | |
| | | Sim <input type="checkbox"/> | N.º de dentes definitivos ___ N.º de dentes temporários ___ | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Generalizada <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> |

Figura 1: Secção do “Registo dos dentes e das gengivas” do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, adaptado de (28).

2. Medicamentos líquidos pediátricos

As formas farmacêuticas orais mais comumente utilizadas no tratamento de crianças são as soluções, suspensões e xaropes ou formas efervescentes.(29) Efetivamente, grande parte destes medicamentos líquidos, com o intuito de melhorar o seu sabor, possuem sacarose e/ou outros açúcares na sua constituição. (30) Assim sendo,

as crianças com patologia crónica ou aguda recorrente, estão constantemente expostas ao açúcar dos fármacos, aumentando o risco de desenvolvimento de cárie dentária. (23) Além disso, estes fármacos apresentam ácidos na sua constituição, que conferem um pH baixo aos mesmos, potenciando a ocorrência de cárie e à erosão dentária. (31) Acresce o facto de, não raras vezes, estes fármacos serem administrados durante a noite, período no qual existe menor fluxo salivar e menos movimentos de auto-limpeza. Concomitantemente, a administração no horário noturno, leva a que não se efetue uma higienização adequada, agravando o risco de cárie dentária subjacente à ingestão destes xaropes. (30)

Posto isto, o médico pediatra, aquando da prescrição de medicamentos líquidos pediátricos, assume um papel preponderante na educação para a saúde oral, através da recomendação da higienização da cavidade oral após a toma destes fármacos. (32)

3. Hábitos orais

Os hábitos caracterizam-se pela exibição de um comportamento fixo ou constante, estabelecido através da repetição frequente do mesmo, por períodos maiores do que seis meses. As crianças, ao longo do seu crescimento, podem desenvolver hábitos orais parafuncionais como os hábitos de sucção não nutritivos (sucção digital e da chupeta), respiração oral, deglutição atípica, entre outros. (33)

3.1. Hábitos de sucção não nutritivos

A instalação de hábitos de sucção não nutritivos é comum nos primeiros anos de vida, sendo considerados reflexos normais em bebés e crianças pequenas, uma vez que transmitem segurança e conforto. (34,35)

De acordo com a AAP (Academia Americana de Pediatria) a chupeta deverá ser introduzida após o primeiro mês de vida, para garantir que a amamentação já esteja bem estabelecida. É consensual que a utilização da mesma até aos seis meses apresente benefícios na prevenção da morte súbita infantil e otites médias. Contudo, a AAPD preconiza que a cessação da sucção da chupeta, deverá ser feita, idealmente, antes dos 36 meses, uma vez que a persistência deste hábito pode provocar efeitos indesejáveis, tais como infecções na cavidade oral do bebé por *Candida albicans* e *Staphylococcus*, maloclusões dentárias, entre outros. (36) De facto, é sabido que a utilização da chupeta

poderá estar associada a maloclusões tais como a mordida aberta, mordida cruzada posterior e overjet aumentado.

A sucção digital é, também, um hábito frequente em crianças e bebês. Inicia-se muitas vezes na vida intra-uterina, sendo considerado, inicialmente, um hábito fisiológico. Quando este hábito se mantém, poderá tornar-se parafuncional, afetando o crescimento facial e podendo levar ao aparecimento de maloclusões dentárias. (37) Para além do problema dentário, a sucção digital pode originar malformações digitais tais como: rotação e/ou hiperextensão dos dedos succionados. Quando este hábito é retirado precocemente, geralmente as deformidades do dedo são revertidas, contudo, caso este hábito persista, poderá ser necessário uma intervenção cirúrgica para correção destas malformações. (38) Assim, assumimos que a sucção da chupeta é preferível em detrimento da sucção digital, uma vez que, além do hábito ser mais facilmente interrompido, este não apresenta consequências nefastas nos dedos da criança. (34)

3.2. Respiração oral

A respiração oral tem uma etiologia multifatorial, podendo ser causada quer por uma predisposição anatómica, quer como consequência de hábitos orais deletérios. No que toca à predisposição anatómica, as amígdalas e adenóides hipertrofiadas, desvios do septo nasal, asma, rinite alérgica e sinusite podem promover uma respiração predominantemente oral no doente pediátrico. (39,40)

Efetivamente, os hábitos orais interferem com o crescimento crânio-facial, podendo levar a alterações funcionais e anatómicas que, conseqüentemente, originam um padrão facial típico denominado de fâcies adenoidea. Esta é caracterizada pela presença de narinas estreitas, lábio superior curto, boca permanentemente aberta, olheiras, padrão de crescimento vertical, arco maxilar comprimido, e, conseqüentemente, mordida cruzada posterior. (33)

Assim, é fundamental uma colaboração estreita entre médicos dentistas generalistas, odontopediatras, pediatras, otorrinolaringologistas e terapeutas miofuncionais para o sucesso da terapêutica nesta situação clínica. (41)

3.3. Deglutição atípica

A deglutição infantil caracteriza-se pelo reflexo de sucção- deglutição, no qual a língua está situada entre as arcadas dentárias e permanece, normalmente, até aos 18-24

meses de idade. Após esta idade, há a passagem para a deglutição adulta, que é caracterizada pela mastigação com os dentes posteriores e a união dos lábios. Quando a deglutição infantil é mantida após a erupção dos dentes anteriores, pode tornar-se patológica, denominando-se deglutição atípica, podendo promover alterações na fala, lábio superior hipotônico e maloclusões dentárias (mordida aberta anterior, protrusão dos dentes antero-superiores, entre outras). (33,42)

4. Traumatismos dentários

Os traumatismos na região oral são frequentes em crianças e jovens. Estima-se que até aos catorze anos de idade, aproximadamente 30% das crianças experienciem pelo menos um episódio de traumatismo dentário. Os traumatismos dentários podem ser categorizados em dois grupos: fraturas dentárias e do osso alveolar (Tabela 1) e lesões de luxação (Tabela 2). (43) De entre as fraturas dentárias e do osso alveolar, a fratura do osso alveolar é uma das situações mais graves, sendo, muitas vezes, motivo de reencaminhamento para o hospital.

Tabela 1: Fraturas dentárias e do osso alveolar, adaptado de (44).













| | |
|--|--|
| <p>Fratura de esmalte</p>  | <p>Fratura corono-radicular</p>  |
| <p>Fratura de esmalte e dentina</p>  | <p>Fratura radicular</p>  |
| <p>Fratura coronária com exposição pulpar</p>  | <p>Fratura alveolar</p>  |

Tabela 2: Lesões de luxação, adaptado de (44).

| | |
|---|---|
| <p>Concussão</p>  | <p>Luxação intrusiva</p>  |
| <p>Subluxação</p>  | <p>Luxação lateral</p>  |
| <p>Luxação extrusiva</p>  | <p>Avulsão</p>  |

De entre as lesões de luxação, a avulsão dentária é condição mais grave, uma vez que a peça dentária sai completamente do alvéolo. No caso de se tratar da avulsão de um dente decíduo, a re-implantação do mesmo é contra-indicada, quer pelo risco de lesar o gérmen do dente permanente, quer pela alta probabilidade de necrose, reabsorção radicular externa e anquilose do dente re-implantado. Nos casos em que a criança não apresenta o dente avulsionado consigo, é fundamental realizar uma radiografia para despistar uma luxação intrusiva. Posto isto, e caso se trate efetivamente de uma avulsão dentária, o médico pediatra deve encaminhar o para o médico dentista/ estomatologista para que seja avaliado a necessidade e o tipo de reabilitação da peça dentária perdida, de modo a prevenir perdas de espaço e hábitos orais aberrantes consequentes. (45)

No caso de se tratar de avulsão de um dente permanente, o tratamento de eleição é a re-implantação dentária. De facto, há que ter em conta que o tempo passado e o meio de armazenamento da peça dentária desde a avulsão da mesma é um fator fundamental no sucesso desta terapêutica. Deste modo, o dente avulsionado deve ser transportado, idealmente, num recipiente com solução balanceada de Hank's (HBSS) ou leite, para preservar as células do ligamento periodontal. Concomitantemente, o dente avulsionado deve ser re-implantado até 60 minutos após a avulsão do mesmo, sendo que o prognóstico é mais favorável caso a re-implantação seja realizada nos primeiros 15 minutos. Por fim, após a re-implantação do dente avulsionado, o médico assistente deve encaminhar o

doente pediátrico para um médico dentista/ estomatologista, para que seja realizada uma contenção flexível e avaliada a necessidade de tratamento endodôntico radical do dente em causa. (46,47)

Sumariando, os médicos pediatras devem aconselhar os cuidadores primários relativamente à prevenção de traumatismos dentários, nomeadamente através da utilização de protetores bucais na prática desportiva das crianças. Por outro lado, é essencial fomentar uma relação estreita com os médicos dentistas/ odontopediatras, de modo a facilitar o encaminhamento do doente pediátrico após um episódio de traumatismo dentário. (43)

5. Anquiloglossia

A anquiloglossia é uma anomalia congénita da língua caracterizada pela existência de um freio lingual curto e/ou espesso, podendo, desta forma, afetar a mobilidade da mesma. (48) Efetivamente, há uma grande controvérsia entre autores relativamente à definição desta condição, à significância clínica da mesma e à necessidade de intervenção cirúrgica. Neste sentido, Hazelbaker *et al.* criaram um método que auxilia no diagnóstico e avaliação da necessidade de intervenção cirúrgica da anquiloglossia. Este método é baseado em critérios funcionais, entre os quais: a lateralização, levantamento e extensão da língua, peristaltismo e, por outro lado, critérios de aparência visual, entre os quais: elasticidade do freio lingual, aparência da língua quando está elevada e local de inserção do freio na língua. (49)

Em idades precoces, a anquiloglossia pode causar dificuldades na amamentação. Caso esta condição se mantenha com o avançar da idade da criança, as sequelas podem incluir dificuldades na correta articulação das palavras e dificuldades de deglutição. (50) De facto, quando estamos perante uma anquiloglossia severa, o tratamento cirúrgico (frenotomia/frenectomia) deve ser realizado o mais rápido possível, quer pela maior facilidade do procedimento em idades precoces, quer pela prevenção de futuros problemas associados a esta patologia. Em situações de anquiloglossia ligeira, alguns autores sugerem que pode resolver-se espontaneamente com o crescimento. (51)

6. Objetivos

Os médicos pediatras estão intimamente ligados ao acompanhamento do crescimento e saúde geral das crianças. Neste sentido, estes profissionais devem motivar os doentes pediátricos para uma boa higiene oral e hábitos alimentares corretos, bem como incentivar a visita precoce ao médico dentista. Por outro lado, tendo em consideração esta relação próxima e frequente entre o médico pediatra e a criança, é crucial que estes profissionais saibam diagnosticar, precocemente, lesões de cárie dentária e alterações a nível oclusal na criança/adolescente para que seja possível, o quanto antes, interceção destas patologias pelo médico dentista.

Objetivo geral:

Avaliar os conhecimentos, práticas e atitudes dos médicos pediatras em relação à saúde oral nas crianças.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra de médicos pediatras participantes no estudo;
2. Perceber qual a percentagem de clínicos que verifica o estado dentário das crianças;
3. Conhecer a opinião dos médicos pediatras relativamente à idade para dar início a visitas no médico dentista, bem como desde que altura consideram que deve ser feita a higiene oral;
4. Avaliar se os médicos pediatras seguem as recomendações da Direção Geral de Saúde no âmbito do PNPSO (Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral), nomeadamente no que diz respeito ao conteúdo em flúor das pastas dentífricas a recomendar a crianças de 1 e 6 anos e à prescrição de flúor sistémico;
5. Conhecer a opinião dos clínicos relativamente ao consumo de sacarose em idades pediátricas;
6. Perceber se os médicos pediatras prescrevem, quando possível, formulações de medicamentos líquidos pediátricos sem açúcar;
7. Avaliar os conhecimentos dos clínicos relativamente às propriedades físico-químicas dos medicamentos líquidos pediátricos;
8. Compreender a perceção dos médicos pediatras relativamente à relação entre a toma crónica de medicamentos líquidos pediátricos e a suscetibilidade à cárie

- dentária nas crianças e perceber se aconselham estes doentes a irem, com mais regularidade ao médico dentista;
9. Perceber se estes profissionais apresentam medidas preventivas para a cárie dentária, motivando e instruindo para a higiene oral, em especial após a toma de xarope;
 10. Avaliar os conhecimentos dos médicos pediatras acerca do diagnóstico e prevenção de cárie dentária em idades precoces;
 11. Conhecer a opinião dos clínicos relativamente a hábitos de sucção não nutritivos, nomeadamente, a chupeta e o dedo, bem como, compreender se fazem algum tipo de aconselhamento aos pais/ cuidadores primários relativamente às características da chupeta;
 12. Avaliar os conhecimentos dos pediatras relativamente ao diagnóstico de maloclusões, tais como: mordida aberta anterior, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior;
 13. Sensibilizar os clínicos para a importância do diagnóstico precoce de cárie dentária e má oclusões dentárias, no sentido de encaminharem a criança/adolescente ao médico dentista numa fase inicial destas patologias;
 14. Analisar a percentagem de clínicos que observa o padrão respiratório e de deglutição do paciente pediátrico, bem como, avaliar os conhecimentos destes acerca da relação entre cárie dentária e respiração oral;
 15. Compreender a conduta dos clínicos em relação a traumatismos dentários e à anquiloglossia;
 16. Comparar as respostas obtidas neste estudo pelos médicos pediatras com as respostas obtidas em dois estudos realizados em odontopediatria no ano 2015/2016 e 2016/2017, intitulados “ Medicamentos pediátricos e cárie dentária: atitudes e perceções dos médicos de Medicina Geral e Familiar e “ Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos obstetras/ ginecologistas e médicos de medicina de Medicina Geral e Familiar sobre saúde oral nas grávidas”.

II- Materiais e Métodos

1. Caracterização do Estudo

O presente estudo é do tipo descritivo observacional transversal, realizado através da aplicação de questionários formulados a uma amostra de médicos pediatras e internos da especialidade de pediatria a nível nacional, para avaliar especificamente os seus conhecimentos, práticas e atitudes em relação à saúde oral na criança/adolescente.

2. Caracterização da amostra

A população-alvo para o desenvolvimento da pesquisa foram médicos pediatras, bem como internos desta especialidade a nível nacional, que se disponibilizaram para responder a um questionário de carácter anónimo acerca dos seus conhecimentos, atitudes e práticas em relação à saúde oral. Todas as respostas foram incluídas, constituindo uma amostra de conveniência.

3. Recolha de dados

Para a realização deste estudo, formulou-se um questionário anónimo (Anexo I), distribuído eletronicamente, passível de ser respondido de 17 de Outubro a 2 de Dezembro de 2017. Além disso, foi disponibilizado pelo método tradicional (em papel) no serviço de pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. O questionário, realizado pela autora da dissertação, com o auxílio das orientadoras, foi submetido a um protocolo de validação por três peritos, com sugestões de melhorias, considerando, ainda, o consentimento do clínico.

O questionário foi disponibilizado *online* através da plataforma JotForm®.

O questionário foi dividido em sete grupos distintos:

1º Grupo: Caracterização da amostra: Dados pessoais dos clínicos, direcionado para a aquisição de dados sociodemográficos. Nesta secção fazem parte perguntas que incluem o género, idade, número de anos de prática clínica, o tipo de instituição onde exerce pediatria e a quantidade e de doentes pediátricos que veem por semana.

2º Grupo: Prevenção: Este setor pretende avaliar as recomendações dos clínicos relativamente a hábitos de higiene oral. Para além disto, as perguntas que constituem esta parte do questionário visam compreender a perceção dos médicos pediatras relativamente

à quantidade de flúor em pastas dentífricas, recomendado a crianças de 1 e 6 anos, respetivamente.

3º Grupo: Sacarose: Práticas dos médicos pediatras relativamente ao aconselhamento/desaconselhamento de sacarose em idades pediátricas, bem como, recomendações acerca dos horários para ingestão de substâncias açucaradas.

4º Grupo: Medicamentos líquidos pediátricos: As questões presentes neste grupo destinam-se à avaliação dos conhecimentos dos clínicos acerca das características e do potencial cariogénico dos medicamentos líquidos pediátricos. Por outro lado, este setor permite perceber se o médico pediatra fornece informações aos seus pacientes pediátricos direcionadas para a manutenção da sua saúde oral.

5º Grupo: Cárie dentária: Este setor permite avaliar os conhecimentos dos pediatras no que concerne ao diagnóstico de cárie dentária, através da perceção de situações em que estes consideram justificável encaminhar para o médico dentista. Além disso, são avaliados os conhecimentos destes profissionais acerca da transmissão vertical da cárie dentária.

6º Grupo: Hábitos orais e maloclusões dentárias: Este setor permite avaliar, por um lado, os conselhos dos médicos pediatras relativamente ao uso e características da chupeta e, por outro lado, perceber se os médicos pediatras avaliam o padrão de respiração e deglutição do doente pediátrico, bem como compreender a perceção destes relativamente à relação entre suscetibilidade à cárie dentária e respiração oral; por último, pretende-se avaliar a capacidade dos mesmos em diagnosticar alterações oclusais no doente pediátrico.

7º Grupo: Avulsão dentária e anquiloglossia: Neste setor foram avaliadas as práticas dos médicos pediatras relativamente a casos de avulsão dentária e anquiloglossia.

Para a distribuição do questionário recorreu-se à publicação do mesmo na rede social Facebook, acedidas por internos de pediatria. As referidas páginas são:

-IEF's pediatria 2017;

-IEF's pediatria 2016;

-IEF's pediatria 2015;

-Internos de pediatria.

Concomitantemente, o questionário foi divulgado através de *mailing lists* de médicos pediatras a nível nacional.

Por último, o questionário foi distribuído pelo método tradicional (em papel) no serviço de pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e do Centro Hospitalar do Tâmega E Sousa.

4. Análise estatística

Os dados obtidos foram agrupados em MS Excel® previamente à análise estatística. Os resultados foram analisados estatisticamente através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 23®) para Windows 7. Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva adequada a cada variável, recorrendo à análise de frequências absolutas e relativas.

Em todos os testes estatísticos utilizados, o nível de significância (α) usado foi de 5%, isto é, $\alpha = 0,05$. A análise das associações das variáveis qualitativas foi efetuada através do teste qui-quadrado. O teste do qui-quadrado pressupõe, na sua utilização, que as frequências esperadas sejam superiores a 1 e que, no máximo, 20% sejam inferiores a 5. Existe evidência estatística que as variáveis estão relacionadas quando o valor de p associado ao teste é inferior ao nível de significância determinado, ou seja, quando o $p < 0,05$.

Nos casos em que não foi possível utilizar o teste qui-quadrado, recorreu-se ao teste de correção de continuidade (amostra >40) e ao teste de Fisher (amostra <40), válidos para tabelas 2x2.

A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer. Este corresponde a uma medida de associação entre duas variáveis, medidas numa escala categórica, que assume valores entre 0 e 1. Efetivamente, o valor 0 indica ausência de relação, valores próximos de zero correspondem a associações fracas e valores próximos de 1 representam associações fortes.

Na secção dos resultados foram apenas incluídas as variáveis cruzadas que apresentaram uma relação estatisticamente significativas.

III- Resultados

1. Caracterização da amostra de médicos pediatras

Do total da amostra obtida, constituída por 118 participantes, 103 (87,3%) correspondem ao género feminino e 15 (12,7%) pertencem ao género masculino.

No que toca à distribuição etária, como consta na Tabela 3, a maior parte dos participantes apresenta idade inferior a 30 anos (36,4%), seguindo-se a faixa etária entre os 31 e 35 anos, com uma representação percentual de 20,3%. Os médicos com idades compreendidas entre os 46 e os 50 anos correspondem à percentagem mais baixa de respostas (3,4%).

Tabela 3: Distribuição da idade dos participantes

| | Frequência | Percentagem |
|---------------------|-------------------|--------------------|
| < 30 anos | 43 | 36,4 |
| 31 – 35 anos | 24 | 20,3 |
| 36 – 40 anos | 18 | 15,3 |
| 41 – 45 anos | 8 | 6,8 |
| 46 – 50 anos | 4 | 3,4 |
| >50 anos | 21 | 17,8 |
| Total | 118 | 100,0 |

Relativamente ao tempo de exercício da profissão, infere-se, com base na Tabela 4, que 67% dos participantes (n=79) exercem pediatria há menos de 10 anos.

Tabela 4: Distribuição do tempo de exercício de pediatria

| | Frequência | Percentagem |
|---------------------|-------------------|--------------------|
| <5 anos | 52 | 44,1 |
| 5 – 10 anos | 27 | 22,9 |
| 11 – 25 anos | 21 | 17,8 |
| >25 anos | 18 | 15,3 |
| Total | 118 | 100,0 |

A respeito do tipo de instituição onde exercem pediatria, os participantes dividem-se naqueles que exercem em instituições públicas (n=57), em instituições privadas (n=7) e nos que exercem, simultaneamente, em instituições públicas e privadas (n=54)

A grande maioria dos inquiridos observa, por semana, mais de 25 doentes pediátricos (n=107), seguindo-se dos que veem de 10-25 e dos que observam menos de 10, tal como consta na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição do número de doentes pediátricos observados, em média, por semana.

| | Frequência | Percentagem |
|----------------|-------------------|--------------------|
| <10 | 2 | 1,7 |
| 10 – 25 | 9 | 7,6 |
| >25 | 107 | 90,7 |
| Total | 118 | 100,0 |

2. Prevenção

Quando questionados acerca da observação do estado dentário do doente pediátrico, aquando da consulta (pergunta 6 do questionário em anexo), 91,5% (n=108) dos clínicos afirmam ter essa preocupação.

No que concerne à recomendação de visitas periódicas no médico dentista (pergunta 7 e 7.1 do questionário em anexo), 94,1% (n=111) dos médicos pediatras referem que aconselham a criança/adolescente a visitar, regularmente, estes profissionais. Tal como se pode observar na Tabela 6, 61,1% dos clínicos recomendam esta visita depois dos dois anos de idade ou no caso de a criança apresentar cáries dentárias.

Tabela 6: Distribuição da faixa etária na qual os médicos pediatras consideram que se deverá dar início a visitas no médico dentista.

| | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------|--------------------|
| Primeiros dentes/ 6 meses | 15 | 12,7 |
|]6- 24[meses | 21 | 17,8 |
| [24-72[meses | 52 | 44,1 |
| >= 72 meses | 12 | 10,2 |
| Quando apresenta cáries dentárias | 8 | 6,8 |
| Ausência de resposta | 10 | 8,5 |
| Total | 118 | 100,0 |

Em relação à idade recomendada para dar início à higienização da cavidade oral do bebê (pergunta 8 do questionário em anexo), a maioria dos médicos pediatras (66,9%, n=79), consideram que esta deverá começar na altura do nascimento dos primeiros dentes, tal como se observa na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição da idade recomendada para dar início à higienização da cavidade oral do bebê

| | Frequência | Percentagem |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|
| Nascimento | 10 | 8,5 |
| [1;6[meses | 10 | 8,5 |
| [6;12]meses | 14 | 11,9 |
| >= 24 meses | 4 | 3,4 |
| Primeiros dentes | 79 | 66,9 |
| Ausência de resposta | 1 | 0,8 |
| Total | 118 | 100,0 |

Relativamente à pasta dentífrica indicada para uma criança de um ano e seis anos de idade (pergunta 9 e 10 do questionário em anexo), a maioria dos clínicos aconselham uma pasta com um teor de flúor de 1000-1500 ppm (mg/l), tal como consta no Gráfico 1. No caso de uma criança de um ano de idade a percentagem é de 73,9% (n=85). No caso de se tratar de uma criança com seis anos de idade, 87,3% (n=103) dos médicos aconselham pastas fluoretadas com 1000-1500 ppm (mg/l) de teor de flúor. Ainda assim, 12,2% dos participantes consideram que, numa criança de um ano de idade, é indicado higienizar a cavidade oral desta com recurso a pastas sem flúor.

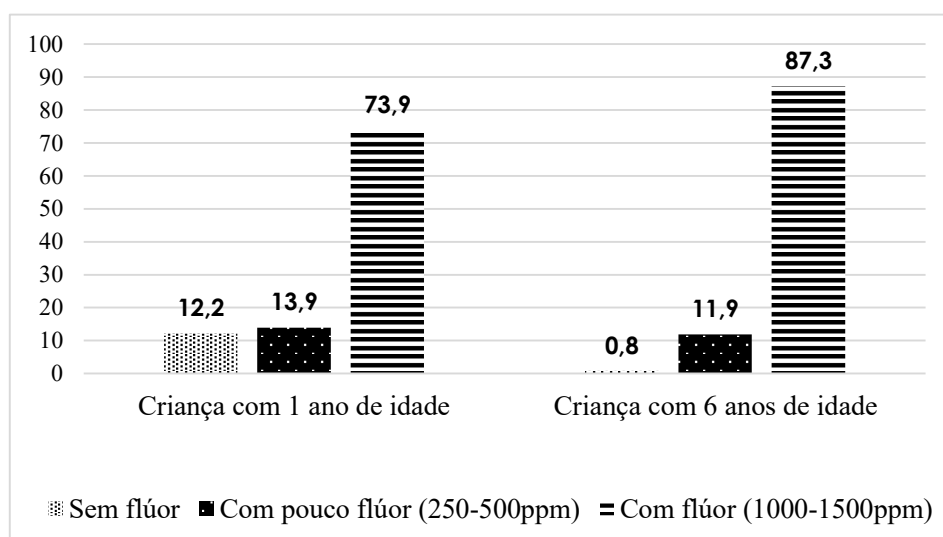


Gráfico 1: Distribuição do teor de flúor na pasta dentífrica recomendado a crianças de um e seis anos de idade (%).

Em relação à prescrição de flúor sistémico (pergunta 11 e 11.1 do questionário em anexo), a maioria dos clínicos (82,9%, n=97) não prescreve, por rotina, estes suplementos. Dos que prescrevem, e tal como consta no Gráfico 2, 23,8% (n=5) fá-lo quando se depara com uma criança de dois anos da idade com lesões de cárie dentária. Com a mesma representação percentual (23,8%), afirmam fazê-lo quer seja em crianças de dois anos, quer seja em crianças de seis anos, desde que apresentem lesões de cárie dentária.

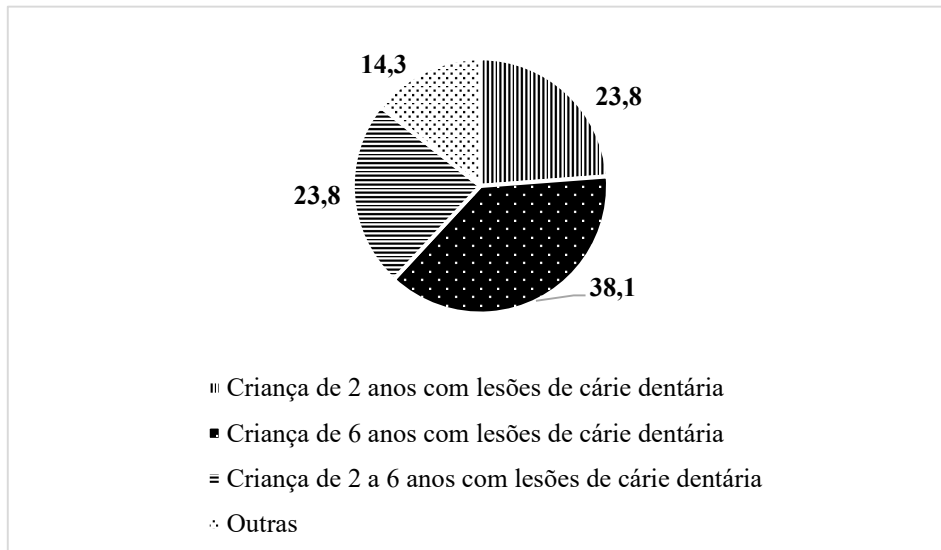


Gráfico 2: Distribuição das situações clínicas em que os médicos pediatras prescrevem flúor sistémico (%).

3. Conselhos dos médicos pediatras relativamente à dieta alimentar

Do total da amostra analisada, 33,1% (n=39) dos médicos pediatras aconselham os pais a eliminar, por completo, a sacarose da dieta alimentar da criança. Ademais, dos que não aconselham a eliminar completamente, 38,0% (n=30) indicam um horário específico para ingestão de alimentos/ bebidas açucaradas. Como consta no Gráfico 3, a maioria dos clínicos que aconselham um horário específico para ingestão de “alimentos/bebidas açucaradas” (48,3%) preconiza que esta seja feita após as refeições principais. Ainda assim, uma percentagem considerável (37,9%) de médicos pediatras aconselha os doentes pediátricos a consumir sacarose fora das refeições principais (horário não aconselhado).

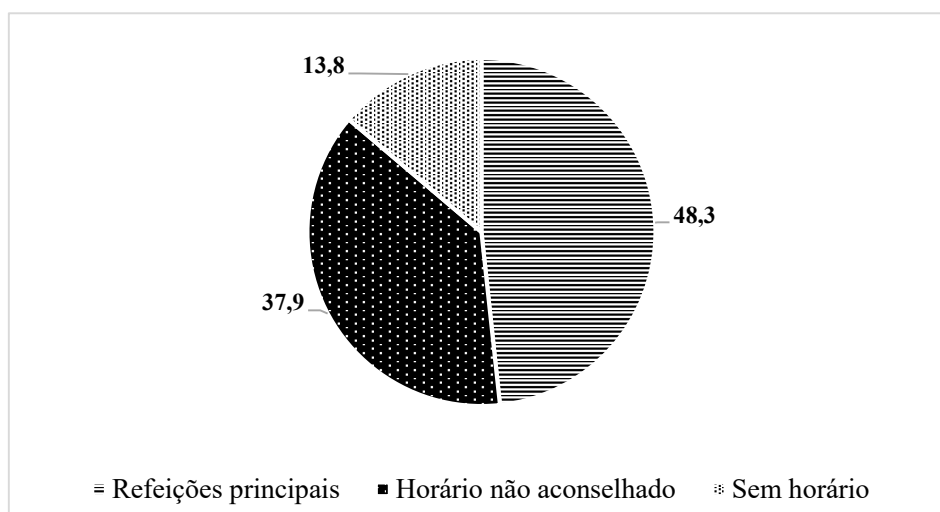


Gráfico 3: Distribuição do horário, aconselhado pelos médicos pediatras, para consumo de “alimentos e bebidas açucaradas” (%).

Por fim, relativamente à colocação de substâncias açucaradas na chupeta e/ou biberão da criança (pergunta 12.2 do questionário em anexo), 96,6% (n=114) dos clínicos afirma alertar os pais para os malefícios desta prática.

4. Medicamentos líquidos pediátricos

A maioria dos participantes, 61% (n=72) prescrevem medicamentos líquidos pediátricos livres de sacarose, quando estes estão disponíveis no mercado.

Como é possível inferir no Gráfico 4, a maioria dos clínicos (65,3%, n=76) considera que a sacarose é a substância presente nos medicamentos líquidos pediátricos, e que lhes confere um sabor mais atrativo, seguindo-se os que acreditam ser os substitutos do açúcar e, por fim, a glicose. Todavia, 26,3% (n=31) dos médicos pediatras não têm conhecimento da substância responsável por melhorar o sabor dos xaropes ou não quis responder à questão apresentada.

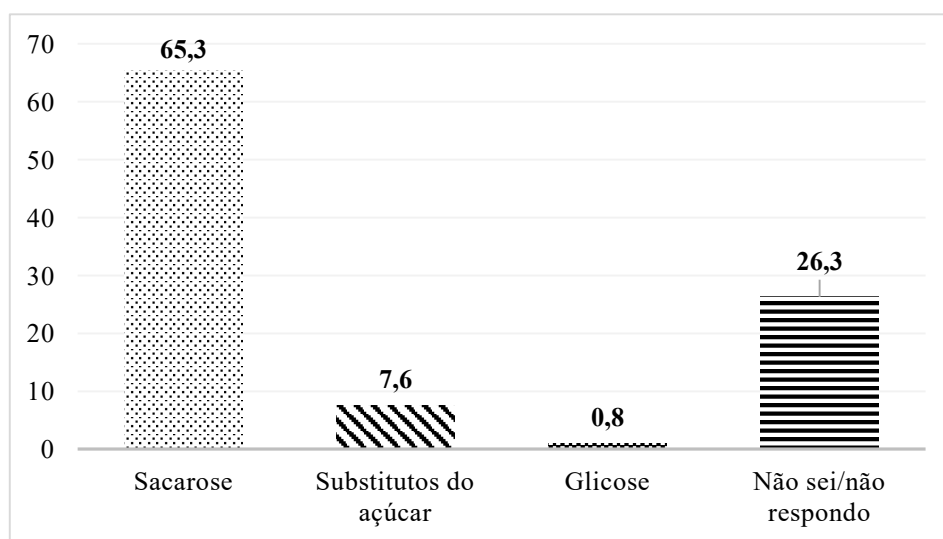


Gráfico 4: Distribuição do conhecimento da substância, presente nos xaropes pediátricos e que lhes confere um sabor mais atrativo (%).

Relativamente à perceção do pH dos xaropes (pergunta 15 do questionário em anexo), infere-se, com base no Gráfico 5, que a maioria dos médicos pediatras (69,5%, n=82) não sabe qual o pH dos medicamentos líquidos pediátricos ou não responde à questão apresentada. De entre os que respondem, 20,3% (n=24) considera que os medicamentos líquidos pediátricos apresentam pH ácido, seguindo-se os que consideram que é básico e neutro, em percentagens iguais.

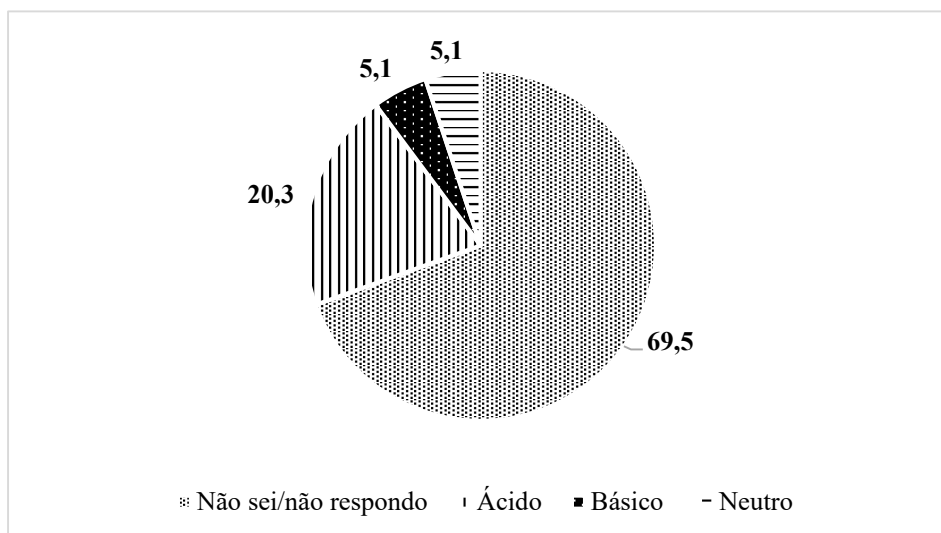


Gráfico 5: Distribuição da percepção do pH dos medicamentos líquidos pediátricos (%).

No que concerne à opinião dos clínicos acerca da relação entre a sacarose presente nos xaropes, quando tomados por longos períodos de tempo, e o surgimento de lesões de cárie dentária (pergunta 16 do questionário em anexo), é possível inferir, através do gráfico 6, que a maior percentagem (62,7%, n=74) considera que pode haver relação entre estas variáveis. Uma percentagem menor, 27,1% (n=31) considera que há relação comprovada.

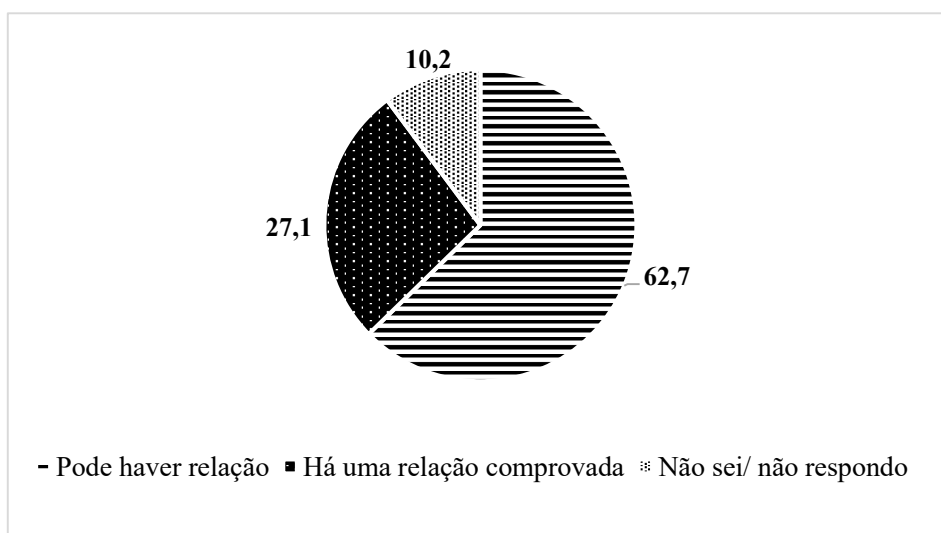


Gráfico 6: Distribuição da opinião dos clínicos relativamente à relação entre a sacarose presente nos xaropes, quando tomados por longos períodos de tempo, e o surgimento de lesões de cárie dentária (%).

Em relação ao horário aconselhado para toma de xaropes pediátricos (pergunta 18 do questionário em anexo), a maioria dos clínicos (67,8%, n=80) recomenda que sejam tomados às refeições, caso seja possível. Uma menor percentagem (14,4%, n=17) não aconselha qualquer horário específico para a toma destes fármacos, tal como consta no Gráfico 7.

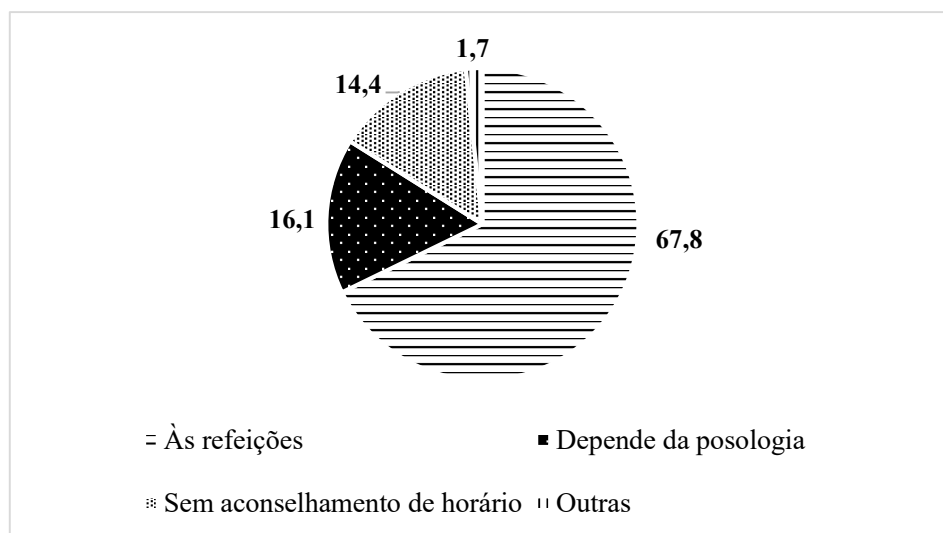


Gráfico 7: Distribuição do horário aconselhado pelos médicos pediatras para toma de xaropes pediátricos (%).

Relativamente aos cuidados de manutenção da saúde oral, em casos de tomas crónicas ou agudas recorrentes de medicamentos líquidos pediátricos (pergunta 17 e 19 do questionário em anexo), a amostra analisada divide-se no que diz respeito ao aconselhamento de visitas periódicas no médico dentista e à motivação para a higiene oral, após toma do xarope. Como consta na Tabela 8, relativa ao alerta para a importância de consultas periódicas no médico dentista, em tomas de xarope durante longos períodos de tempo, 50,8% (n=60) dos médicos pediatras inquiridos faz esta recomendação.

Tabela 8: Distribuição do aconselhamento, aquando da prescrição de xaropes durante longos períodos de tempo, relativamente à importância de *check-ups* periódicos no médico dentista.

| | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Sim | 60 | 50,8 |
| Não | 58 | 49,2 |
| Total | 118 | 100,0 |

Segundo a Tabela 9, relativa à motivação para a higiene oral após toma de xaropes, deduz-se que 51,7% (n=61) dos médicos pediatras motivam para a higiene oral, após a toma de medicamentos líquidos pediátricos.

Tabela 9: Distribuição da motivação e instrução para a higiene oral, particularmente após toma de xarope.

| | Frequência | Porcentagem |
|--------------|-------------------|--------------------|
| Sim | 61 | 51,7 |
| Não | 57 | 48,3 |
| Total | 118 | 100,0 |

5. Cárie dentária

Seguem abaixo as imagens presentes no setor “cárie dentária” do questionário realizado aos médicos pediatras. Estas foram colocadas nesta secção da monografia com o intuito de facilitar a leitura e compreensão dos resultados apresentados.

5.1. Diagnóstico de lesões de cárie dentária



Figura 2: Lesões iniciais de cárie dentária



Figura 3: Cárie ativa cavitada



Figura 4: Lesões de cárie num estadio avançado

Relativamente ao encaminhamento de pacientes que apresentam lesões iniciais de cárie (Figura 2) para o médico dentista, a maioria dos clínicos (72,9%, n=86) refere que não encaminha, enquanto 27,1% (n=32) o faz. No que toca ao encaminhamento de crianças com lesões de cáries ativas cavitadas, tal como se observa na Figura 3, a maioria

dos médicos (86,4%, n=102) fá-lo, contra 13,6% (n=16) que não encaminha. A respeito de pacientes com lesões de cárie num estadio avançado, semelhante à Figura 4, 88,1% (n=104) dos clínicos encaminham para o médico dentista. Por fim, verificou-se que 24,6% (n=29) dos participantes encaminham as três situações ilustradas.

5.2. Transmissão vertical de cárie dentária

No que toca à opinião dos clínicos acerca da transmissão de cárie dentária entre mãe e filho (pergunta 20.1 do questionário em anexo), a maioria dos médicos pediatras (59,3%, n=70) consideram que esta não é transmissível. Contudo, 64,6% (n=31) dos que têm opinião contrária, fornecem conselhos ao responsável da criança no sentido de evitar a transmissão desta doença. No que concerne aos conselhos dados (pergunta 20.1.1 do questionário em anexo), a maior parte dos médicos pediatras aconselha o responsável da criança a não partilhar chupetas ou talheres entre a cavidade oral do bebé/ criança e a do(a) próprio(a). Por outro lado, 33,3% (n=9) dos clínicos motiva o(a) responsável para uma correta higiene oral deste(a) e aconselha a visitar, periodicamente, o médico dentista.

6. Hábitos de sucção e maloclusões dentárias

6.1. Hábitos de sucção não nutritivos: sucção digital e da chupeta

Relativamente à sucção de chupeta (pergunta 21 e 21.1 do questionário em anexo), 14,4% (n=17) dos clínicos desaconselha, por completo, esta prática. Tal como consta no Gráfico 8, dos restantes médicos pediatras, a maioria (49,5%, n=50) considera que este hábito deve ser cessado aos dois anos de idade, seguindo-se os que afirmam que a criança deverá deixar de utilizar a chupeta antes desta idade.

No que diz respeito ao aconselhamento das características da chupeta (pergunta 21.1.2 e 21.1.3 do questionário em anexo), 67,8% (n=80) dos clínicos fornece conselhos aos pais neste âmbito. Neste sentido, a maioria dos médicos pediatras fornecem recomendações a respeito da forma da chupeta (82,3%, n=65), seguindo-se o tamanho da tetina (69,6%, n=55) e, por fim, da constituição da mesma (51,9%, n=41).

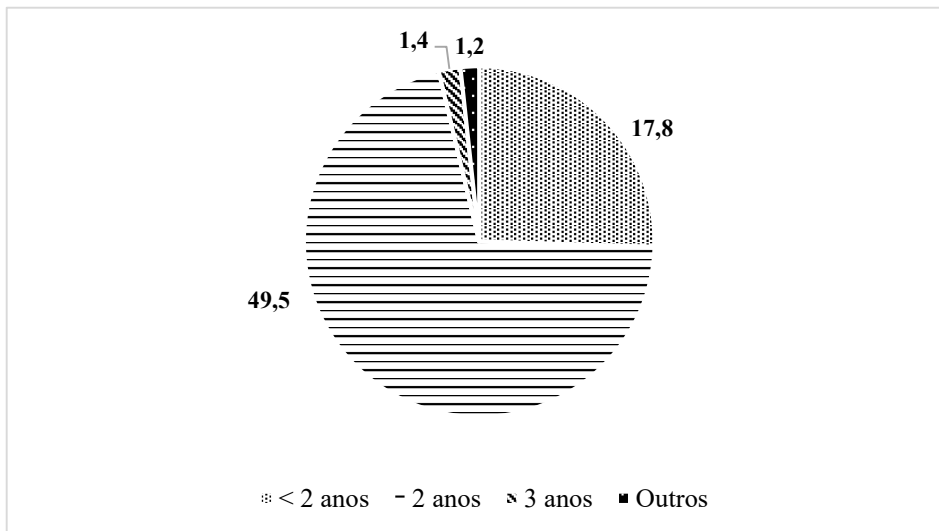


Gráfico 8: Distribuição da opinião dos clínicos acerca da idade limite para sucção de chupeta (%).

Quando questionados acerca da influência da sucção do dedo e da chupeta na cavidade oral (pergunta 22 e 22.1 do questionário em anexo), 84,7% (n=100) dos inquiridos considera que estes hábitos têm influências distintas. Como consta no Gráfico 9, a maioria dos clínicos (73%, n=73) refere que a sucção do dedo apresenta mais malefícios, comparativamente à sucção da chupeta.

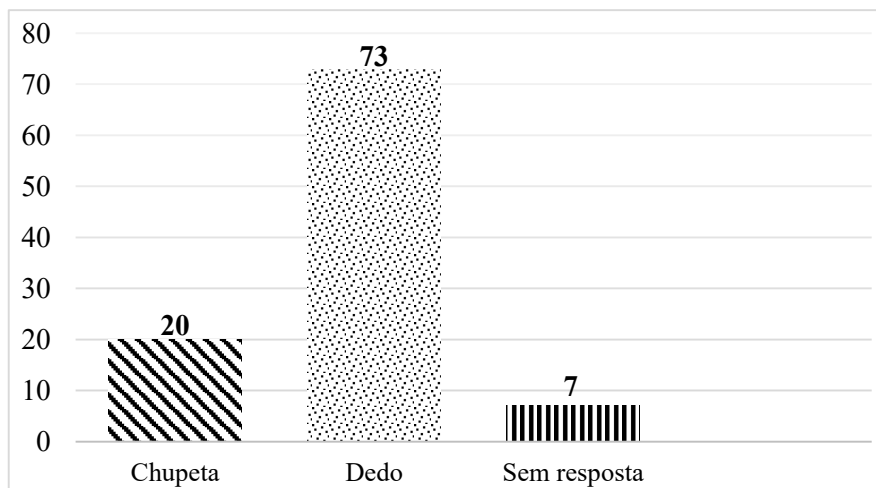


Gráfico 9: Distribuição do hábito que, segundo os clínicos, apresenta mais malefícios na cavidade oral da criança (%).

6.2. Diagnóstico de maloclusões dentárias

À semelhança do que foi efetuado na secção 5.1. dos resultados “Diagnóstico de lesões de cárie dentária”, seguem, abaixo, as imagens presentes no questionário realizado aos médicos pediatras, relativas ao diagnóstico de maloclusões dentárias. Uma vez mais, foram colocadas neste setor da monografia, com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados apresentados.



Figura 5: Oclusão normal.



Figura 6: Mordida cruzada anterior.



Figura 7: Mordida cruzada posterior.



Figura 8: Mordida aberta anterior.

Segundo o gráfico 10, a maioria dos médicos pediatras referencia a criança/adolescente para o médico dentista quando esta apresenta mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior e mordida aberta. A maior percentagem (91,5%, n=108) corresponde à mordida aberta anterior, seguindo-se a mordida cruzada posterior (84,7%, n=100) e, por fim, a mordida cruzada anterior (58,5%, n=69).

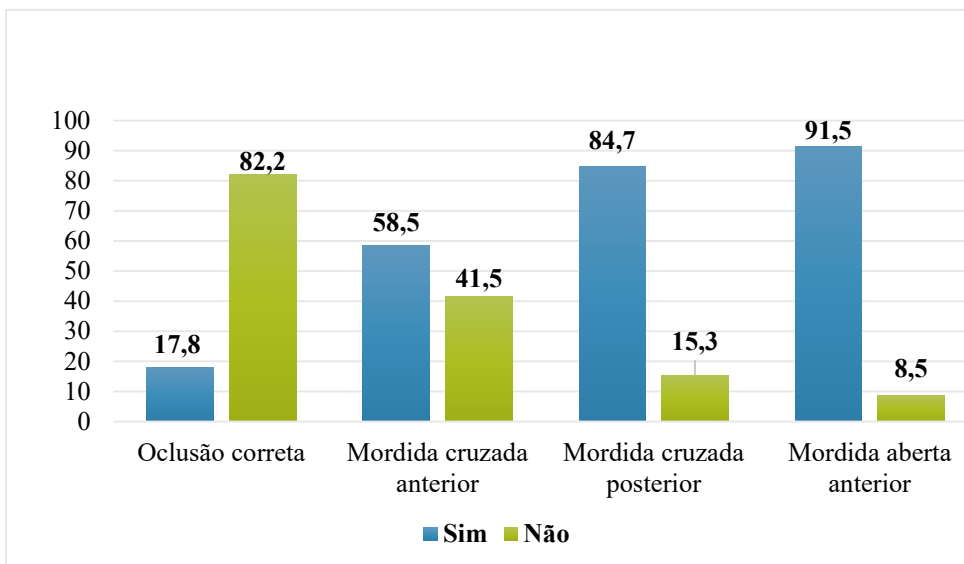


Gráfico 10: Distribuição das situações em que os clínicos encaminham o doente pediátrico para o médico dentista, por considerarem que existe malocclusão dentária (%).

6.3. Respiração oral e deglutição atípica



Figura 9: Fácies adenoidea.

Quando questionados acerca da presença de anomalia respiratória, com base no padrão facial da criança representada na Figura 9 (pergunta 24 do questionário em anexo), 99,2% (n=117) dos pediatras considera que a criança ilustrada apresenta um tipo facial sugestivo de patologia respiratória. Relativamente à fácies típica representada nesta imagem (pergunta 24.1 do questionário em anexo), a maioria dos participantes referem que está representado um caso típico de fácies adenoideia (83,9%, n=99). Por outro lado, 12,7% (n=15) dos inquiridos indicaram uma patologia concreta do trato respiratório:

hipertrofia adenoidea ou síndrome da apneia obstrutiva do sono, como resposta à questão apresentada.

No que toca à observação do padrão de respiração e deglutição do doente pediátrico (pergunta 25 do questionário em anexo), a maior percentagem (89,8%, n=106) refere verificar a respiração e deglutição da criança/adolescente, de forma rotineira.

Relativamente à relação entre respiração oral e suscetibilidade à cárie dentária (pergunta 26 do questionário em anexo), metade da amostra analisada considera que há uma relação comprovada entre respiração oral e suscetibilidade à cárie dentária, seguindo-se dos que acreditam que pode haver relação (38,1%, n=45) e dos que não sabem ou não quiseram responder à questão apresentada (11,9%, n=14).

7. Avulsão dentária e anquiloglossia

Tal como consta no Gráfico 11, a grande maioria dos médicos pediatras, quando se depara com um caso de avulsão dentária, encaminha o doente pediátrico para o médico dentista ou médico estomatologista. Ainda assim, 11% (n=13) dos clínicos, perante este caso clínico, re-implantam o dente avulsionado.

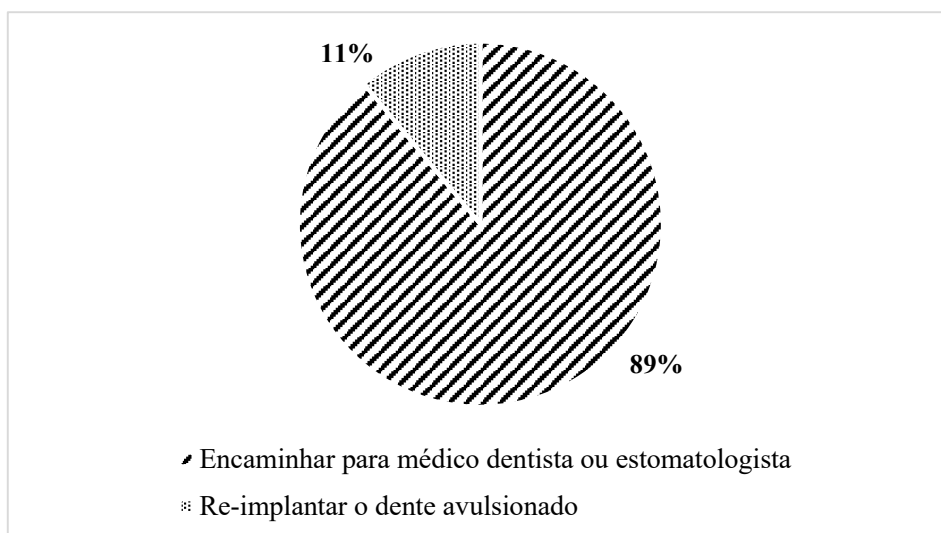


Gráfico 11: Distribuição da atitude clínica dos médicos pediatras, perante casos de avulsão dentária (%).

Os clínicos que re-implantam dentes avulsionados foram questionados, tendo como exemplo as Figuras 10 e 11, relativamente à sua atitude clínica perante uma avulsão dentária num doente de três anos de idade e num doente de treze anos de idade (pergunta 27.1 do questionário em anexo).

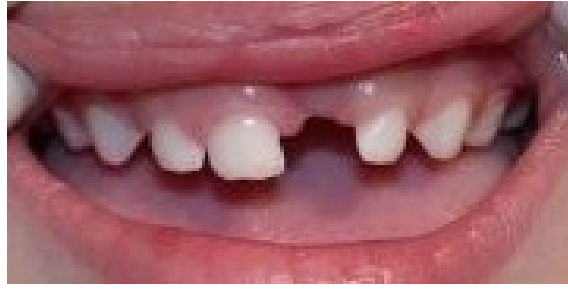


Figura 10: Avulsão dentária num doente de três anos de idade.



Figura 11: Avulsão dentária num doente com treze anos de idade.

Constatou-se que 46,2% (n=6) dos médicos afirmam que re-implantam o dente avulsionado num doente com 3 anos de idade (Figura 9). Relativamente a uma avulsão dentária num doente com 13 anos de idade (Figura 10), 84,6% (n=11) dos clínicos consideram que a re-implantação do dente avulsionado é a atitude a tomar.



Figura 12: Freio lingual curto

Quando questionados acerca da frenetomia do freio lingual, num caso de anquiloglossia grave, semelhante ao da Figura 12 (pergunta 28 do questionário em anexo), 97,5% (n=115) dos clínicos recomenda que esta deve ser feita. Uma minoria (2,5%, n=3) tem opinião contrária.

8. Cruzamento de variáveis estatisticamente significativas

Correlação entre o género do médico pediatra e o facto de aconselharem a eliminar a sacarose da dieta alimentar das crianças

A distribuição do aconselhamento relativamente à eliminação da sacarose da dieta alimentar das crianças, de acordo com o género dos médicos pediatras foi analisada. Não se pode usar o teste qui-quadrado, e como é uma tabela 2x2, com uma amostra grande (n=118), usa-se o teste de Correção de Continuidade, cujo p-value=0,037 <0,05. Logo, as variáveis são significativamente relacionadas.

Há uma tendência mais evidente nos homens (60,0%=9/15) para que aconselhem a eliminar a sacarose da dieta alimentar das crianças, comparativamente com as mulheres (29,1%=30/103). No entanto, é de salvaguardar que existem poucos homens na amostra.

Correlação entre o género do médico pediatra e o encaminhamento de um paciente com lesões iniciais de cárie dentária (mancha branca) para o médico dentista

A distribuição do encaminhamento de um paciente com lesões iniciais de cárie (mancha branca) para o médico dentista, de acordo com o género foi analisada.

Não se pode usar o teste qui-quadrado, e como é uma tabela 2x2, com uma amostra grande (n=118), usa-se o teste da Correção de continuidade, cujo p-value=0,033 <0,05. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Há tendência para as mulheres encaminharem muito menos um doente pediátrico com lesões iniciais de cárie dentária para o médico dentista (24/103= 23,3%), em relação aos clínicos do género masculino (8/15= 53,3%).

Correlação entre o género do médico pediatra e os conselhos, dados aos pais, no sentido de evitar a transmissão de cárie dentária de mãe para filho

A distribuição dos conselhos, dados aos pais, no sentido de evitar a transmissão de cárie dentária de mãe para filho, de acordo com o género, é visível na Tabela 10.

Não se pode utilizar o teste qui-quadrado, e como se trata de uma tabela 2x2, com uma amostra pequena (n=27), utilizou-se o Teste Exato de Fisher, cujo p-value= 0,029 <0,05. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Constatou-se existir uma maior tendência para os médicos do género masculino (100%= 3/3) aconselharam a mãe a realizar uma boa higiene oral e a visitar o médico dentista periodicamente, comparativamente com as do género feminino (25,0% = 6/24). A maioria das médicas pediatras (75,0% = 18/24) aconselha os responsáveis pela criança a não partilhar talheres ou chupetas entre a sua cavidade oral e a do bebé.

Tabela 10: Distribuição dos conselhos, dados aos pais, no sentido de evitar a transmissão de cárie dentária de mãe para filho, de acordo com o género

| | Não partilhar talheres/chupetas | Higiene oral/ visitas MD | Total |
|-------------------------|--|---------------------------------|--------------|
| Género feminino | 18 | 6 | 24 |
| Género masculino | 0 | 3 | 3 |
| Total | 18 | 9 | 27 |

Correlação entre o género dos médicos pediatras e o desaconselhamento, por completo, da utilização de chupeta

A distribuição do desaconselhamento da utilização de chupeta, de acordo com o género, foi analisado. Não se pode utilizar o teste qui-quadrado, e como se trata de uma tabela 2x2, com uma amostra grande (n=118), recorreu-se ao teste de Correção de Continuidade, cujo p-value= 0,001 <0,05. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Observou-se uma tendência no género feminino para não desaconselhar, por completo, o uso de chupeta (90,3% = 93/103). Os médicos pediatras do género masculino dividem-se neste item, dado que 46,7% (7/15) dos homens desaconselha este hábito.

Correlação entre a idade dos médicos pediatras e a prescrição de flúor sistémico

A distribuição da prescrição de flúor sistémico, de acordo com a idade dos médicos pediatras, foi analisada recorrendo ao teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,007 < 0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 25% (0,25).

Em todas as faixas etárias há uma tendência para não prescrever flúor sistémico. No entanto, os médicos com idade superior a 35 anos de idade prescrevem mais (28,0% = 14/50), comparativamente com os de idade igual ou inferior a 35 anos (8,9% = 6/67).

Correlação entre a idade dos médicos pediatras e o facto de aconselharem um horário para ingestão de alimentos e bebidas açucaradas

A distribuição do aconselhamento de horário para ingestão de alimentos e bebidas açucaradas foi analisado, através do teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 41,7% (0,417), o que indicava uma relação moderada forte.

Verifica-se uma tendência nos médicos com idade igual ou inferior a 35 anos, para não aconselharem um horário específico para ingestão de sacarose (78,7% = 37/47). No grupo de clínicos com idade superior a 35 anos, esta tendência inverte-se, uma vez que 62,5% (20/32) fazem esta recomendação.

Correlação entre a idade dos médicos pediatras e o horário aconselhado ao doente pediátrico para ingestão de sacarose

A distribuição do horário aconselhado ao doente pediátrico para ingestão de sacarose, de acordo com a idade dos médicos pediatras, foi analisada através do teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,004 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,262 (26,2%).

Existe tendência, em todas as idades, para a recomendação de ingestão de sacarose fora das refeições principais/ não aconselhamento de horário específico. Contudo, essa

tendência é mais notória nos clínicos com idade igual ou inferior a 35 anos (95,5% = 64/67), comparativamente com os de idade superior a 35 anos (78,4% = 40/51).

Correlação entre a idade dos médicos pediatras e a prescrição de formulações livres de sacarose

A distribuição da prescrição de formulações livres de sacarose, de acordo com a idade dos médicos pediatras foi analisada, através do teste qui-quadrado, cujo p-value= 0,009 <0,05. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,241 (24,1%).

Verifica-se uma tendência mais acentuada, nos médicos pediatras com idade superior a 35 anos, para prescreverem formulações livres de sacarose (74,5% = 38/51), comparativamente aos médicos mais jovens (50,7%= 34/67).

Correlação entre o tempo de exercício de pediatria e a prescrição de formulações livres de sacarose

A distribuição da prescrição de formulações livres de sacarose, de acordo com o tempo de exercício de pediatria é visível na Tabela 11.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo p-value =0,003 <0,05, logo, as variáveis estão relacionadas de forma significativa. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,271 (27,1%).

Tendencialmente, os médicos pediatras que exercem há cinco ou mais anos, prescrevem formulações livres de sacarose (72,7%= 48/66). Pelo contrário, a tendência nos médicos que exercem há menos de cinco anos, é para não prescreverem formulações livres de sacarose, ainda que estejam presentes no mercado (53,8% = 28/52).

Tabela 11: Distribuição da prescrição de formulações livres de sacarose, de acordo com o tempo de exercício de pediatria.

| | Prescreve formulações livres de sacarose? | | |
|--------------|---|-----|-------|
| | Sim | Não | Total |
| <5 Anos | 24 | 28 | 52 |
| >= 5 Anos | 48 | 18 | 66 |
| Total | 72 | 46 | 118 |

Correlação entre tempo de exercício de pediatria e o alerta para a importância de *check-ups* periódicos no médico dentista, em crianças que tomam xaropes durante longos períodos de tempo

A distribuição do alerta para a importância de *check-ups* periódicos no médico dentista, em crianças que tomam xaropes durante longos períodos de tempo, de acordo com o tempo de exercício de pediatria é observável na Tabela 12.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,006 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,254 (25,4%).

Os clínicos que exercem há cinco ou mais anos apresentam tendência para recomendar visitas periódicas no médico dentista, em crianças que tomam xaropes cronicamente (62,1% = 41/66). Pelo contrário, verifica-se uma tendência, nos médicos que exercem há menos de cinco anos, para não alertar para a importância de *check-ups* periódicos no médico dentista (63,5% = 33/52).

Tabela 12: Distribuição do alerta para a importância de *check-ups* periódicos no médico dentista, em crianças que tomam xaropes durante longos períodos de tempo, de acordo com o tempo de exercício de pediatria.

| | Recomenda <i>check-ups</i> periódicos no médico dentista? | | |
|---------------------|--|------------|--------------|
| | Sim | Não | Total |
| <5 Anos | 19 | 33 | 52 |
| >= 5 Anos | 41 | 25 | 66 |
| Total | 60 | 58 | 118 |

Correlação entre o tempo de exercício de pediatria e a opinião dos médicos pediatras relativamente à transmissão de cárie entre mãe e filho

A distribuição da opinião dos médicos pediatras relativamente à transmissão de cárie entre mãe e filho, de acordo com o tempo de exercício, é visível na Tabela 13.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,007 < 0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,249 (24,9%).

Constatou-se que, tendencialmente, quem tem menos tempo de exercício (menos de cinco anos) considera que a cárie dentária não é transmissível entre mãe e filho (73,1% = 38/52). Em oposição, existe tendência, nos médicos pediatras que exercem há cinco ou mais anos, para concordarem com o conceito de transmissão vertical de cárie dentária (51,5% = 34/66).

Tabela 13: Distribuição da opinião dos médicos pediatras relativamente à transmissão de cárie entre mãe e filho, de acordo com o tempo de exercício.

| | A cárie dentária é transmissível de mãe para filho? | | |
|---------------------|--|------------|--------------|
| | Sim | Não | Total |
| <5 Anos | 14 | 38 | 52 |
| >= 5 Anos | 34 | 32 | 66 |
| Total | 48 | 70 | 118 |

Correlação entre o tempo de exercício de pediatria e o conhecimento da substância, presente nos xaropes pediátricos, e que lhes confere um sabor mais atrativo

A distribuição do conhecimento da substância, presente nos xaropes pediátricos, e que lhes confere um sabor mais atrativo, de acordo com o tempo de exercício, foi analisado através do teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,048 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,182 (18,2%).

Efetivamente, na amostra constatou-se uma tendência, independentemente da idade, para os clínicos considerarem a sacarose como sendo a substância que é adicionada aos xaropes pediátricos (65,3% = 77/118), comparativamente aos que respondem que é a glicose, substitutos do açúcar ou os que não sabem responder (34,7% = 41/118). Ademais, esta tendência é mais acentuada nos participantes que exercem há menos de cinco anos (75,0% = 39/52), em comparação com os que exercem há mais tempo (57,6% = 38/66).

Correlação entre o tempo de exercício de pediatria e a opinião dos clínicos sobre a sucção digital e da chupeta

A distribuição da opinião dos clínicos sobre a sucção digital e da chupeta, de acordo com o tempo de exercício destes foi analisada. Pode usar-se o teste qui-quadrado, que originou um $p\text{-value} = 0,022 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação, dada pelo coeficiente de Cramer, é 0,238 (23,8%).

Tendencialmente, os médicos pediatras consideram que a sucção digital é pior do que a sucção da chupeta. Esta tendência é mais evidente no grupo de clínicos que exercem há cinco ou mais anos, no qual 87,8% (43/49) afirma que a sucção digital apresenta mais malefícios, comparativamente aos que exercem há menos de cinco anos (68,2% = 30/44).

Correlação entre o local onde exercem pediatria e a opinião dos médicos pediatras relativamente à idade limite de uso da chupeta

A distribuição da opinião dos médicos pediatras relativamente à idade limite de uso da chupeta de acordo com o local onde exercem pediatria, foi analisado, através do

teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,027 <0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,203 (20,3%).

Na amostra analisada, verificou-se, como tendência, os médicos considerarem como faixa etária “limite” de uso de chupeta entre os dois e os três anos de idade. Esta tendência é mais acentuada no grupo de clínicos de trabalho no setor privado ou, simultaneamente, em instituições públicas e privadas, com uma percentagem de 91,8% (56/61), comparativamente aos que trabalham apenas em instituições públicas (77,2%= 44/57). Dos clínicos que exercem apenas em instituições públicas, 22,8% (13/57) considera que este hábito deve ser cessado antes dos dois anos de idade.

Correlação entre o local onde exercem pediatria e a opinião dos clínicos relativamente aos malefícios da sucção digital e da chupeta

A distribuição da opinião dos clínicos, relativamente aos malefícios da sucção digital e da chupeta, de acordo com o local onde exercem pediatria, foi analisada, através do teste qui-quadrado, que originou um $p\text{-value}=0,044 <0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,209 (20,9%).

Na amostra analisada, verifica-se uma tendência para os clínicos considerarem que a sucção digital apresenta mais malefícios em relação à sucção da chupeta. Esta tendência é mais notória no grupo de pediatras que exercem no setor privado ou, simultaneamente, em instituições públicas e privadas, com 86,3% das respostas (44/51).

Correlação entre o número médio de doentes semanais e as recomendações dadas relativamente à idade ideal para dar início à higiene oral do bebé/criança

A distribuição das recomendações dadas, relativamente à idade em que os pais devem começar a higiene oral do bebé/criança, de acordo com o número médio de doentes semanais, é visível na Tabela 14.

Não se pode utilizar o teste qui-quadrado, e como se trata de uma tabela 2x2, com uma amostra grande (n=118), recorreu-se ao teste de correção de continuidade, cujo p-value=0,026 <0,05. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Constatou-se uma tendência mais evidente, nos médicos que vêm mais do que 25 doentes semanais (85,9%=92/107), para aconselharem que seja feita a higiene oral do bebé a partir dos 6 meses de idade (inclusive), comparativamente aos que vêm 25 ou menos doentes por semana (54,5%=6/11). Contudo, é de ressaltar que, na amostra analisada, existem poucos clínicos que observam 25 ou menos doentes por semana.

Tabela 14: Distribuição das recomendações dadas, relativamente à idade em que os pais devem começar a higiene oral do bebé/criança, de acordo com o número médio de doentes semanais

| | [0;6]meses | >= 6 meses/ Primeiros dentes | Total |
|------------------------------------|-------------------|--|--------------|
| <= 25 doentes/semana | 5 | 6 | 11 |
| >25 doentes/semana | 15 | 92 | 107 |
| Total | 20 | 98 | 118 |

Correlação entre o número médio de doentes semanais e a verificação clínica do estado dentário do doente pediátrico

A distribuição da verificação clínica do estado dentária do doente pediátrico, de acordo com o número médio de doentes semanais, foi analisado. Não se pode usar o teste qui-quadrado, e como se trata de uma tabela 2x2 com uma amostra grande (n=118), usa-se o teste de correção de continuidade, cujo p-value= 0,004 <0,05. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Tendencialmente, quem vê mais de 25 pacientes por semana, verifica, de forma rotineira, o estado dentário da criança (94,4%=101/107). Por outro lado, 36,4% (4/11) dos médicos que vêm 25 ou menos doentes por semana, não apresentam esta prática.

Porém, é de salvaguardar que na amostra existem poucos clínicos que vêm menos de 25 pacientes semanais.

Correlação entre o número médio de doentes semanais e a opinião dos clínicos relativamente à transmissibilidade de cárie dentária entre mãe e filho

A distribuição da opinião dos clínicos relativamente à transmissibilidade de cárie dentária entre mãe e filho, de acordo com o número médio de doentes semanais, é observável na Tabela 12.

O testes qui-quadrado não pode ser utilizado, e como se trata de uma tabela 2x2, com uma amostra grande (n=118), recorreu-se ao teste de correção de continuidade, cujo p-value= 0,010 <0,05.

De acordo com a Tabela 15, nenhum clínico que observa 25 ou menos doentes pediátricos semanais considera que a cárie dentária é transmissível de mãe para filho, ao passo que, no grupo dos clínicos que vê mais do que 25 doentes por semana, 44,9% (48/107) crê que a cárie dentária é transmissível de mãe para filho.

Tabela 15: Distribuição da opinião dos clínicos relativamente à transmissão de cárie dentária entre mãe e filho, de acordo com o número médio de doentes semanais

| | A cárie dentária é transmissível de mãe para filho? | | |
|------------------------------------|--|------------|--------------|
| | Sim | Não | Total |
| <= 25 doentes/semana | 0 | 11 | 11 |
| >25 doentes/semana | 48 | 59 | 107 |
| Total | 48 | 70 | 118 |

Correlação entre a verificação clínica do estado dentário do paciente pediátrico e o encaminhamento de um doente com lesões de cárie dentária num estadio avançado para o médico dentista

A distribuição do encaminhamento de um doente com lesões de cárie dentária num estadio avançado para o médico dentista, de acordo com a verificação do estado dentário foi analisada. O teste qui-quadrado não pode ser utilizado, e como se trata de uma tabela 2x2, com uma amostra grande ($n=118$), recorreu-se ao teste de correção de continuidade, que originou um $p\text{-value}= 0,018 <0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Tendencialmente, os clínicos que observam frequentemente o estado dentário das crianças, perante o caso clínico supracitado, encaminham mais os seus doentes para o médico dentista ($90,7\% = 98/108$), comparativamente com os que observam ocasionalmente ($60,0\% = 6/10$). Contudo, é de ressaltar que a amostra analisada contém poucos clínicos que não observam, por rotina, o estado dentário das crianças.

Correlação entre o teor de flúor da pasta dentífrica aconselhada a crianças de um ano de idade e o encaminhamento de pacientes com lesões de cárie dentária para o médico dentista

A distribuição do encaminhamento de pacientes com lesões de cárie dentária para o médico dentista, de acordo com o teor de flúor da pasta dentífrica aconselhada a crianças de um ano de idade, foi analisada através do teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}= 0,047 <0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é $0,185 (18,5\%)$.

Constatou-se uma tendência para os médicos pediatras, independentemente do teor de flúor que aconselham, não encaminharem as três situações, em simultâneo, de lesões de cárie dentária (Figuras 1, 2 e 3) para o médico dentista. Contudo, essa tendência é mais acentuada no grupo de clínicos que aconselham uma pasta dentífrica com $1000/1500\text{ppm}$ de flúor ($81,2\%=69/85$), comparativamente aos que preconizam que a pasta deverá não conter flúor ou conter $250/500\text{ppm}$ de flúor ($63,3\%=19/30$).

Correlação entre a opinião dos clínicos relativamente à relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária e a prescrição de formulações livres de sacarose

A distribuição da prescrição de formulações livres de sacarose, de acordo com a opinião dos clínicos relativamente à relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária, foi analisada através do teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,049 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, verifica-se que o grupo de clínicos que consideram que há relação comprovada entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária apresenta uma tendência mais acentuada ($78,1\% = 25/32$), para prescreverem formulações livres de sacarose comparativamente ao grupo dos que acreditam que pode haver relação entre estas variáveis ($58,1\% = 43/74$).

Correlação entre a opinião dos clínicos relativamente à relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária e a recomendação de *check-ups* periódicos no médico dentista a crianças que tomam cronicamente xaropes

A distribuição da recomendação de *check-ups* periódicos no médico dentista a crianças que tomam cronicamente xaropes, de acordo com a opinião dos clínicos relativamente à relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária, é visível na Tabela 16.

Pode utilizar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é $0,351 (35,1\%)$, o que indica uma relação moderada.

Constatou-se uma tendência nos clínicos que consideram haver relação comprovada para realizarem essa recomendação ($81,3\% = 26/32$). No grupo de pediatras que consideram que pode existir relação, essa tendência inverte-se, dado que $56,8\% (42/74)$ dos participantes não recomendam revisões no médico dentista, perante esta situação clínica.

Tabela 16: Distribuição da recomendação de *check-ups* periódicos no médico dentista a crianças que tomam cronicamente xaropes, de acordo com a opinião dos clínicos relativamente à relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária

| | Recomenda <i>check-ups</i> periódicos no médico dentista? | | |
|------------------------------|---|-----|-------|
| | Sim | Não | Total |
| Pode haver relação | 32 | 42 | 74 |
| Há relação comprovada | 26 | 6 | 32 |
| Total | 58 | 48 | 106 |

Correlação entre a opinião dos clínicos relativamente à relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária e o encaminhamento de um paciente com lesões iniciais de cárie dentária (mancha branca) para o médico dentista

A distribuição do encaminhamento de um paciente com lesões iniciais de cárie dentária (mancha branca) para o médico dentista, de acordo com a opinião dos clínicos relativamente à relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária foi analisada, através do teste qui-quadrado, cujo $p - \text{value} = 0,044 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,196 (19,6%).

Constatou-se uma tendência, em ambos os grupos, para não encaminharem pacientes com lesões iniciais de cárie dentária para o médico dentista. Contudo, esta tendência é mais evidente no grupo de clínicos que consideram que pode haver relação entre a sacarose e o surgimento de lesões de cárie dentária (78,4%= 58/74), comparativamente aos que crêem que há relação comprovada entre estas duas variáveis (59,4%=19/32).

Correlação entre a opinião dos clínicos acerca da relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária e a percepção destes relativamente à transmissão de cárie dentária de mãe para filho

A distribuição da percepção dos médicos pediatras, relativamente à transmissão de cárie dentária de mãe para filho, de acordo com a opinião destes acerca da relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária, é observável na Tabela 17.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,010 < 0,05$, logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,252 (25,2%).

Há tendência no grupo de médicos que acredita que há relação comprovada entre a sacarose presente nos xaropes e o surgimento de lesões de cárie dentária, para considerarem que a cárie dentária possa ser transmitida de mãe para filho (59,4% = 19/32). No grupo de clínicos que acreditam que pode haver relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária, esta tendência inverte-se, uma vez que 67,6% (50/74) consideram que a cárie dentária não é transmitida de mãe para filho.

Tabela 17: Distribuição da percepção dos médicos pediatras, relativamente à transmissão de cárie dentária de mãe para filho, de acordo com a opinião destes acerca da relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária

| | A cárie dentária é transmissível de mãe para filho? | | |
|-----------------------|---|-----|-------|
| | Sim | Não | Total |
| Pode haver relação | 24 | 50 | 74 |
| Há relação comprovada | 19 | 13 | 32 |
| Total | 43 | 63 | 106 |

Correlação entre o conhecimento da substância presente nos xaropes, e que lhes confere um sabor mais atrativo e a percepção dos clínicos acerca do pH dos xaropes

A distribuição da percepção dos clínicos acerca do pH dos xaropes, de acordo com o conhecimento da substância presente nos xaropes, e que lhes confere um sabor mais atrativo, foi analisado com o teste qui-quadrado, que originou um $p\text{-value} = 0,037 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,192 (19,2%).

Verificou-se uma tendência, em ambos os grupos, para desconhecem o pH dos xaropes ou considerarem que é neutro ou básico. Além disso, essa tendência é mais notória nos médicos que consideram que a substância presente nos xaropes pediátricos é a glicose ou substitutos do açúcar ou que não respondem à questão apresentada, com uma percentagem de respostas de 90,2% (37/41). Dos clínicos que consideram ser a sacarose que confere um sabor mais atrativo nos medicamentos pediátricos, 25,9% (20/77) crê que o pH dos xaropes é ácido.

Correlação entre a prescrição de formulações livres de sacarose e a opinião dos clínicos relativamente à transmissão de cárie dentária de mãe para filho

A distribuição da prescrição de formulações livres de sacarose, de acordo com a opinião dos clínicos relativamente à transmissão de cárie dentária de mãe para filho foi analisada através do teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value} = 0,028 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas. A intensidade da relação é dada pelo coeficiente de Cramer, que é 0,202 (20,2%).

Verificou-se uma tendência mais acentuada, no grupo de clínicos que não prescrevem formulações livres de sacarose, ainda que presentes no mercado, para considerarem que a cárie dentária não se transmite de mãe para filho (71,7% = 33/46). Do grupo de clínicos que prescreve formulações livres de sacarose, quando presentes no mercado, 48,6% (35/72) considera que a cárie dentária pode ser transmitida de mãe para filho.

IV- Discussão dos Resultados

1. Material e Métodos

1.1. Método de investigação

No presente estudo obtiveram-se 118 respostas, número que pode ser considerado satisfatório, dado que se trata de um estudo-piloto e está em conformidade com investigações do mesmo carácter relativamente à dimensão da amostra. (52) Optamos pelo método de distribuição *online* através do uso da ferramenta Jotform®. Efetivamente, esta metodologia permitiu, num curto espaço de tempo, atingir uma amostra alargada de médicos pediatras e internos desta especialidade, de variadas regiões do país. Além disso, pouparam-se os custos inerentes às deslocações. Também outros autores optaram por divulgar os seus estudos desta forma. (3,26,49,53) Contudo, este tipo de divulgação apresenta a desvantagem de excluir os clínicos que não utilizem as redes sociais e o *email* frequentemente e não permitir o contacto direto com os participantes, impossibilitando o esclarecimento de qualquer dúvida. (54)

A ferramenta JotForm®, utilizada para a elaboração do questionário, foi imprescindível no tratamento dos dados e análise estatística, dado que, por ser compatível com o Microsoft Office®, permitiu descarregar diretamente as respostas para uma folha de Excel® e, posteriormente, para o SPSS®. Este processo automático de preenchimento e inserção de dados permitiu, por um lado, uma diminuição do erro associado à transposição manual e, por outro lado, rentabilizar o tempo do investigador.

Excepcionalmente, o questionário foi divulgado pelo método tradicional (em papel) no Centro Hospitalar Tondela-Viseu e no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Devido à facilidade de acesso e comunicação entre a investigadora e as respetivas diretoras clínicas do serviço de pediatria dos referidos hospitais, este método permitiu aumentar a amostra, através do incentivo das mesmas para a resposta ao questionário, aumentando, consequentemente, a força dos resultados.

O objetivo do presente estudo é avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde oral. Esta avaliação foi feita a partir das respostas dos próprios médicos às questões presentes no questionário, devendo ser considerado um viés de resposta. Isto poderá ser mais evidente nas questões relativas a comportamentos e atitudes médicas, nas quais o clínico pode ter tendência a responder de acordo com o

que é mais aceite ou considerado cientificamente mais correto, e não de acordo com a sua prática clínica.

Na sequência dos trabalhos de monografia, realizados para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, que se intitulam “Medicamentos pediátricos e cárie dentária: atitudes e perceções dos médicos de Medicina Geral e Familiar” e “Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos obstetras/ginecologias e médicos de Medicina Geral e Familiar sobre saúde oral nas grávidas”, foi feita uma comparação entre as respostas dos diferentes trabalhos.

2. Resultados

2.1. Caracterização da amostra

A maioria dos médicos pediatras que compõem a amostra pertencem ao género feminino (87,3%, n=103). Este resultado encontra-se de acordo com a estimativa realizada em 2017, dos médicos inscritos na Ordem dos Médicos, de acordo com a especialidade, idade e género (Anexo II), a qual revela que 70,3% (n=1473) dos médicos que exercem pediatria são do género feminino.

Relativamente à distribuição etária na amostra analisada, esta não se encontra em conformidade com a estimativa dos médicos inscritos na Ordem dos Médicos, dado que 60,2% dos médicos inscritos apresenta mais de 50 anos. Neste estudo, apenas 17,8% (n=21) dos participantes tinham mais de 50 anos. A maior taxa de resposta baseou-se na faixa dos menores de 35 anos (56,8%, n=67). Neste sentido, os médicos pediatras que exercem há menos de 5 anos, têm a maior representação percentual (44,1%, n=52). Tal pode dever-se à maior utilização de recursos tecnológicos e internet por parte das camadas mais jovens, bem como a maior disponibilidade para participar em estudos desta natureza.

No que toca ao local de exercício, a maior parte dos participantes exerce em instituições públicas (48,3%), facto que está de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística. Segundo estes dados, o número de médicos pediatras que exercem em instituições públicas (n=1045), é francamente superior, comparativamente com os que exercem em instituições privadas (n=165). (55)

2.2. Prevenção

Os resultados obtidos relativamente à observação, por rotina, da cavidade oral e dos dentes do doente pediátrico são satisfatórios, uma vez que 91,5% (n=108) dos clínicos afirmam ter essa preocupação. Estes resultados, estão em conformidade com as recomendações da Direção Geral de Saúde, que preconizam a observação dentária da criança/adolescente nas consultas de saúde infantil e juvenil. (28)

Em relação à recomendação de visitas no médico dentista, os resultados são, igualmente, satisfatórios, dado que 94,1% (n=111) dos clínicos aconselha o doente pediátrico a visitar, regularmente, este profissional. Contudo, a maioria dos inquiridos (61,1%, n=72), aconselha que a primeira visita seja feita depois dos dois anos de idade ou na presença de cárie dentária. Estes resultados são semelhantes a um outro estudo, realizado na Arábia Sáudita, no qual se constatou que 41,6% dos médicos pediatras inquiridos, recomendavam a primeira visita ao médico dentista após os dois anos de idade. (26) Concomitantemente, Lewis *et al*, verificaram que 50% dos médicos pediatras participantes no estudo dos mesmos, recomendavam, a crianças saudáveis, visitar o médico dentista após os três anos de idade. (56) Ora, os resultados obtidos não vão de encontro ao expectável e desejável. Tal como já foi referido, a Associação Americana de Odontopediatria recomenda que a primeira visita ao médico dentista seja feita até aos doze meses de idade. Esta visita permite que o bebé se familiarize com o ambiente da consulta de medicina dentária e com o próprio profissional. Por outro lado, possibilita a transmissão de informações relativamente à dieta alimentar, aos cuidados higiene oral e hábitos de sucção não nutritivos aos cuidadores da criança, de forma a prevenir maloclusões dentárias e cárie precoce de infância. (14) No que concerne à idade para dar início à higienização da cavidade oral do bebé, a maioria dos participantes (66,9%, n=79) recomendam que esta seja feita a partir do nascimento dos primeiros dentes, o que vai de encontro às *guidelines* da AAPD. Todavia, num estudo realizado em 2017, a pacientes de uma unidade de saúde familiar, constatou-se que 59,2% pais/ cuidadores de crianças dos 0 aos 6 anos não tinham recebido informações de como realizar a higienização da cavidade oral da criança. (57) Este dado demonstra que, apesar da DGS incutir a abordagem da saúde e higiene oral nas consultas de saúde infantil e juvenil, esta temática poderá estar a ser, de alguma forma, negligenciada.

Em relação à percepção dos médicos pediatras quanto à quantidade de flúor a utilizar na pasta dentífrica recomendada a crianças com um ano de idade, 73,9% (n=85) aconselham pastas com 1000-1500 ppm (mg/l) de teor de flúor. Estes resultados são mais satisfatórios comparativamente aos resultados de um estudo, realizado em 2015/2016, a médicos de medicina geral e familiar, no qual apenas 47,7% afirmou recomendar pasta com um teor de flúor de 1000-1500 ppm (mg/l). (58) Ainda assim, 26,1% (n=30) dos participantes do presente estudo aconselham pastas com um teor de flúor de 250-500 ppm (mg/l) ou sem flúor. Este dado não vai de encontro à literatura, dado que não está comprovado o efeito preventivo de pastas dentífricas com menos de 500 ppm (mg/l) de flúor. (59) Às crianças com 6 anos de idade, 87,3% (n=103) dos inquiridos recomendam dentífricos com 1000-1500 ppm (mg/l) de flúor. Este resultado está em conformidade com as normas da Direção Geral de Saúde e da Associação Americana de Odontopediatria, que preconizam que as crianças, a partir da erupção do primeiro dente, devem escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, com um dentífrico fluoretado com um teor de flúor de 1000-1500 ppm (mg/l). A quantidade de pasta dentífrica colocada na escova é o único fator que varia consoante a idade, devendo ser semelhante ao tamanho da unha do 5º dedo da criança até aos seis anos de idade. Após esta idade, a quantidade deverá ser, aproximadamente, um centímetro. (19,60)

A DGS também preconiza que as crianças que frequentam o ensino pré-escolar e o 1º ciclo do ensino básico realizem uma das escovagens diárias no estabelecimento de ensino. (19) A literatura científica a nível nacional é escassa no que toca à avaliação da implementação desta prática nas escolas portuguesas. Contudo, é sabido da existência de algumas iniciativas tais como o projeto Aprender a Ser Saudável e projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE) que promovem a escovagem em ambiente escolar. O projeto Aprender a Ser Saudável, desenvolvido pela organização não-governamental “Mundo a Sorrir”, abarca, atualmente, escolas do 1º ciclo do ensino básico dos concelhos de Cascais e do Porto. No âmbito desta iniciativa, as crianças são incentivadas a escovar os dentes na escola, com supervisão dos professores e/ou auxiliares de educação. As escovas são devidamente identificadas, de modo a prevenir a contaminação cruzada. No relatório de avaliação deste projeto, constatou-se que, ao longo de quatro anos de realização do mesmo, 63% das crianças tinham reduzido a placa bacteriana, em relação à avaliação inicial, sendo essa redução, em média, na ordem dos 38%. No entanto, este relatório refere algumas dificuldades na interação com os professores e na adesão dos

mesmos a projetos desta natureza. Deste modo, é fundamental sensibilizar os profissionais de educação, destacando que não são conhecidos dados científicos que indiquem qualquer prejuízo para a saúde oral nas crianças que escovam os dentes em ambiente escolar. (61)

A maioria dos médicos pediatras (82,2%, n=97) não prescreve suplementos de flúor sistémico. Este resultado é coincidente com outros estudos realizados a médicos pediatras e médicos de medicina geral e familiar. (26,58) Efetivamente, este é um resultado expectável, dado que, atualmente, defende-se que o efeito do flúor é essencialmente tópico e pós eruptivo, através da utilização de pastas dentífricas fluoretadas. Todavia, no grupo de clínicos que prescreve flúor sistémico, 23,8% (n=5) fá-lo quando se depara com crianças de dois anos de idade com lesões de cárie dentária. Este resultado não vai de encontro às normas do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, que recomendam a utilização destes suplementos apenas em crianças com elevado risco de cárie dentária, após os três anos de idade. (19)

2.3. Recomendações dos médicos pediatras relativamente à dieta alimentar

A maioria dos clínicos (66,9%, n=79) não aconselha a eliminar a sacarose, por completo, da dieta alimentar das crianças. Destes, apenas 38,0% (n=30) aconselham um horário para o doente pediátrico ingerir bebidas/“alimentos açucarados”, sendo que a maior percentagem (48,3%, n=14) recomenda que este consumo seja feito depois das refeições principais. Ainda assim, uma percentagem considerável (37,9%, n=11) recomenda o consumo de “alimentos açucarados” fora das refeições principais. Este resultado não vai de encontro à literatura, dado que Robert Stephan demonstrou, em 1940, que, após o consumo de sacarose, existe uma queda abrupta do pH na cavidade oral. Nos casos em que o pH desce até atingir o valor crítico (pH=5,5) o esmalte começa a ser desmineralizado, estando suscetível ao desenvolvimento e progressão da cárie dentária. (62) Assim, o consumo de açúcares várias vezes ao dia promove um aumento do número de picos de desmineralização, amplificando, deste modo, a probabilidade de aparecimento de cárie dentária. Relativamente à colocação de substâncias açucaradas na chupeta e/ou biberão da criança, a grande maioria dos clínicos (96,6%, n=114) alerta os pais para os malefícios desta prática. Este resultado vai de encontro ao desejável e expectável, uma vez que a colocação de substâncias açucaradas, especialmente no período noturno, pode contribuir para o aparecimento e desenvolvimento de cárie precoce

de infância. (9) Desta forma, os médicos pediatras devem alertar os cuidadores primários para os malefícios do consumo de sacarose, especialmente várias vezes ao dia e/ou fora das refeições principais. (6,24)

2.4. Medicamentos líquidos pediátricos

A maior percentagem de participantes (61,0%, n=72) prescrevem Brufen sem açúcar®, em detrimento de fármacos com o mesmo princípio ativo e que contêm açúcares na sua constituição. Este resultado é mais satisfatório em comparação com as respostas dadas pelos médicos de medicina geral e familiar no estudo realizado em 2015/2016, no qual 44,9% dos clínicos afirmaram prescrever Brufen sem açúcar®, caso o mesmo estivesse disponível no mercado. (58) É essencial que este fármaco seja mais divulgado perante a comunidade médica, de forma a sensibilizar os prescritores relativamente aos benefícios dos fármacos sem açúcares, quer na diminuição da cárie dentária associada aos mesmos, quer a nível da saúde geral. É também importante a devida rotulação destes medicamentos, à semelhança do que se verifica em França, Espanha e Alemanha. Nestes países o rótulo “Tooth Friendly” é utilizado para promover e destacar medicamentos sem açúcar, chupetas ortodônticas, entre outros produtos benéficos para a saúde oral.

Sabe-se que a toma de medicamentos líquidos pediátricos fora das refeições e/ou várias vezes ao dia, aumenta o número de exposições à sacarose presente nos mesmos, aumentando o risco de desenvolver cárie dentária. (63,64) No presente estudo, 67,8% (n=80) dos médicos pediatras afirmaram recomendar a toma destes fármacos após as refeições principais. Este resultado é mais satisfatório, em comparação com o estudo supracitado, realizado a médicos de medicina geral e familiar, no qual aproximadamente metade da amostra (56,1%, n=60), afirmou ter esta preocupação. (58) Uma possível explicação para esta percentagem não ser mais elevada, é o facto de alguns fármacos terem uma posologia recomendada que poderá ser incompatível com a toma do mesmo sempre após as refeições principais. Tal como já foi referido, é especialmente importante, se possível, estes fármacos não serem administrados durante a noite, dado que a maioria das vezes não se efetua uma higienização da cavidade oral após a toma do xarope, agravando o risco de cárie subjacente à ingestão do mesmo. Neste sentido, os supositórios, em crianças pequenas, são uma excelente alternativa à toma de medicamentos líquidos pediátricos, especialmente no período noturno.

Relativamente às características físico-químicas dos medicamentos líquidos pediátricos, 65,3% (n=76) dos médicos pediatras participantes consideram ser a sacarose a substância adicionada aos xaropes, e que lhes conferem um sabor mais atrativo, o que vai de encontro à realidade, tendo em conta as características vantajosas que a mesma apresenta. (54,55) Este resultado está em conformidade com as respostas obtidas no estudo realizado aos médicos de medicina geral e familiar. (58) Contudo, num outro estudo, 73,3% dos clínicos inquiridos afirmaram que os substitutos de açúcar são a substância adicionada aos medicamentos líquidos pediátricos. (63) Deste modo, constatou-se uma discrepância nas respostas obtidas em diversos estudos, o que poderá indicar falta de informação coesa relativamente a esta temática. Além disso, é sabido que estes fármacos apresentam ácidos na sua constituição, conferindo um pH baixo aos mesmos. Consequentemente, em tomas crónicas ou agudas recorrentes, podem promover a erosão dentária. (31) No que toca à perceção dos médicos pediatras relativamente ao pH destes fármacos, apenas 20,3% (n=24) considerou ser ácido. A maior percentagem (69,5%, n=82) não sabe ou não quis responder à questão apresentada. No estudo realizado a médicos de medicina geral e familiar, esta percentagem foi ainda mais notória, dado que 81,3% dos clínicos não souberam ou não quiseram responder a esta questão. (58)

Em conformidade com estudos anteriores, apesar da maioria dos médicos (89,8%, n=106) saberem que há ou pode haver relação entre a sacarose, e o surgimento de lesões de cárie dentária em crianças que tomam cronicamente xaropes, apenas 51,7% (n=61), ou seja, aproximadamente metade da amostra, instrui e motiva para a higiene oral, após toma do fármaco. (56) Concomitantemente, apenas 50,8% (n=60) dos clínicos recomendam a estes doentes pediátricos visitas periódicas no médico dentista. No estudo realizado a médicos de medicina geral e familiar esta percentagem é ainda mais elevada, uma vez que se verificou que a grande maioria (73,8%, n=79) não alertava para a importância de realizar exames dentários periodicamente. (58) Estes resultados estão igualmente em conformidade com outro estudo, realizado através de uma entrevista a pais/cuidadores primários de crianças entre os 0 e os 6 anos, no qual constatou-se que nenhum pai/cuidador primário realizava a higiene oral do bebé/criança após toma de medicamentos líquidos pediátricos. (57)

Uma possível justificação para que os médicos pediatras, embora conscientes do potencial cariogénico dos medicamentos líquidos pediátricos, apenas aproximadamente metade dos mesmos motivarem e instruírem para a higiene oral, bem como

recomendarem *check-ups* periódicos no médico dentista, é a limitação temporal, devido a um elevado número de consultas, por dia. Por outro lado, o facto de não abordarem a saúde e higiene oral na formação pré graduada, faz com que os mesmos desconheçam os fatores de risco para o desenvolvimento de cárie dentária, bem como as medidas preventivas para evitar a mesma. (65)

2.5. Cárie dentária

A maioria dos médicos pediatras que participaram neste estudo, quando deparados com um doente pediátrico com lesões iniciais de cárie dentária (lesões de mancha branca), referiram não encaminhar o mesmo para o médico dentista (72,9%, n=86). Este resultado poderá demonstrar falta de conhecimentos no diagnóstico clínico da cárie dentária num estadio inicial, à semelhança do que foi constatado noutros estudos realizados anteriormente no Recife e no Líbano. (66,67) Este hiato poderá dever-se à “falta de treino” dos mesmos no diagnóstico de cárie dentária, uma vez que esta temática não é abordada na formação pré graduada destes profissionais. Além disso, os consultórios pediátricos não dispõem de spray de ar, sonda e luz adequada para um diagnóstico claro de patologias dentárias. Atualmente, sabe-se que o desenvolvimento e progressão da cárie dentária é um processo dinâmico, caracterizado por fases de desmineralização e remineralização. A remineralização de lesões de cárie num estadio inicial pode ser obtida através da aplicação de flúor tópico (gel, vernizes, pastas fluoretadas). (68) Por este motivo, o médico pediatra deve aconselhar visitas ao médico dentista, com uma periodicidade de seis meses, para que possam ser detetadas, intercetadas e tratadas lesões iniciais de cárie dentária. A respeito do encaminhamento de pacientes com lesões de cárie num estadio mais avançado, ativas e cavitadas, os resultados provaram ser mais satisfatórios, com uma percentagem de encaminhamento de 86,4% (n=102) e 88,1% (n=104), respetivamente. Este tipo de lesões, por serem mais extensas, frequentemente de cor acastanhada e cavitadas, com manifesta falta de tecido mineral dentário, já são de mais fácil diagnóstico. Estes casos são facilmente identificados e encaminhados para a consulta de Medicina Dentária.

Relativamente à transmissibilidade da cárie dentária, é sabido que o principal veículo de transmissão de *Streptococcus mutans* é a saliva dos cuidadores primários, designadamente das mães. (10) Contudo, no presente estudo, a maioria dos participantes (59,3%, n=70) acredita que a cárie dentária não é uma patologia transmissível. Num outro

estudo, realizado a médicos pediatras no Recife, os resultados são mais satisfatórios, uma vez que 59,9% dos inquiridos consideram que a cárie dentária é transmissível de mãe para filho. (67) Todavia, no nosso estudo, dos que concordam com o conceito de transmissão vertical de cárie dentária, 64,6% (n=31) dos clínicos fornecem conselhos aos cuidadores primários, no sentido de evitar a transmissão desta patologia. Deste modo, a maioria dos médicos aconselha a não partilhar chupetas/talheres, ao passo que 33,3% (n=9) dos clínicos motivam o cuidador primário a visitar o médico dentista e a ter cuidados com a sua saúde oral. Efetivamente, estes conselhos apresentam uma importância elevada na educação para a saúde oral dos pais/cuidadores primários.

O médico pediatra, pelo seu contacto frequente com a criança/adolescente, assume um papel fundamental na prevenção da cárie dentária, não só através de conselhos para evitar a transmissão da mesma, mas também no diagnóstico e encaminhamento de pacientes com lesões de cárie dentária para o médico dentista.

2.6. Hábitos orais e maloclusões dentárias

A maioria dos médicos pediatras (85,6%, n=101) não restringem, por completo, o uso de chupeta. Efetivamente, todos os clínicos afirmaram que este hábito deve ser cessado antes dos 36 meses de idade, sendo que a maior percentagem (49,5%, n=50) considera que este deve ser cessado antes dos 24 meses de idade. Estes resultados estão em conformidade com um estudo anterior no qual se verificou, através de uma entrevista realizada a 111 pais/cuidadores primários de crianças entre os 0 e os 6 anos, que todos os participantes consideravam os 36 meses como idade limite para sucção da chupeta. (69) Com efeito, estes resultados são francamente positivos, uma vez que está provado cientificamente que a probabilidade de existência de maloclusão e a gravidade da mesma está diretamente relacionado com a duração do hábito. (70) Deste modo, a AAPD preconiza a cessação deste hábito antes dos 36 meses, de modo a prevenir futuras maloclusões dentárias. (34)

No que concerne ao aconselhamento acerca das características das chupetas, 67,8% (n=80) dos clínicos afirmaram ter esta preocupação. A maioria destes (82,3%, n=65) aconselha relativamente à forma da chupeta, 69,6% (n=55) no que diz respeito ao tamanho da tetina e apenas 51,9% (n=41) acerca da constituição da mesma. Efetivamente, o aconselhamento dos médicos pediatras nesta temática é fulcral, nomeadamente no que diz respeito à forma da chupeta, uma vez que é sabido que as chupetas convencionais

podem causar maloclusões (mordida aberta anterior e overjet) mais severas, comparativamente com o uso das chupetas ortodônticas. (71) Em concomitância, estes resultados são similares aos resultados obtidos no estudo supracitado, no qual 83,3% dos pais/cuidadores primários afirmaram que o bebé/criança usou/usava chupeta com tetina recortada (ortodôntica), o que demonstra um aconselhamento satisfatório por parte dos cuidadores de saúde primários. Os conselhos acerca do tamanho da chupeta são igualmente importantes, dado que as chupetas de menor espessura, altura e largura têm menor probabilidade de causar danos na oclusão da criança. (69)

Quando questionados acerca dos malefícios na cavidade oral causados pela sucção digital e da chupeta, a maioria dos clínicos (73%, n=73) consideram que a sucção do dedo é pior. Este resultado está em conformidade com os resultados do estudo acima referido, no qual se constatou de 87,1% dos pais/cuidadores primários consideravam que a sucção digital apresentava mais malefícios. (69) De facto, estes resultados vão de encontro à literatura, uma vez que é consensual que a sucção da chupeta é preferível à sucção digital, quer pela maior facilidade em retirar este hábito (o dedo é intrínseco), quer pelo facto de não causar deformidades nos dedos da criança. (34)

No que toca ao diagnóstico e encaminhamento de pacientes com maloclusões dentárias, 91,5% (n=108) dos clínicos, perante um caso clínico de uma criança com mordida aberta anterior (pergunta 23 do questionário em anexo), afirmaram encaminhar a mesma para o médico dentista; relativamente à mordida cruzada posterior, 84,7% (n=100) dos médicos afirmaram encaminhar. Estes resultados são semelhantes a um outro estudo, realizado a médicos pediatras do Hospital de Almada, Hospital de Santa Maria e Hospital Garcia da Orta, no qual, perante casos clínicos de mordida cruzada posterior e mordida aberta anterior, a grande maioria (78,9% e 100%, respetivamente) consideraram estar perante uma maloclusão, que necessitava de ser intercetada por odontopediatras ou ortodontistas. Relativamente à mordida cruzada anterior, os resultados do estudo supracitado foram mais satisfatórios do que os da presente investigação, uma vez que 97,4% identificou a maloclusão, ao passo que, no nosso estudo aproximadamente metade da amostra (58,5%, n=69) a considerou como tal. (72) Além disso, é de ressaltar que, em ambos os estudos, a maloclusão de mais fácil diagnóstico foi a mordida aberta anterior. Relativamente à mordida cruzada posterior e à mordida cruzada anterior, verificou-se que no nosso estudo os médicos pediatras diagnosticaram mais facilmente a mordida cruzada posterior, ao passo que, no estudo supracitado os clínicos diagnosticaram com maior

facilidade a mordida cruzada anterior. Esta discrepância poderá demonstrar alguma falta de informação coesa entre profissionais de saúde, no que diz respeito a esta temática.

Quando questionados acerca da presença de anomalia respiratória, com base no padrão facial da criança representada na imagem da pergunta 24 do questionário em anexo, 99,2% (n=117) dos médicos consideraram que o tipo facial ilustrado era sugestivo de patologia respiratória, dos quais 83,9% referiram que estava representado um caso típico de fácies adenoidea. Relativamente à observação do padrão de respiração e deglutição do doente pediátrico, a grande maioria (89,8%, n=106) afirmaram ter esta preocupação. Estes resultados vão de encontro ao expectável e desejável, uma vez que a observação rotineira do padrão de respiração e deglutição permite detetar, precocemente, quer anomalias respiratórias, quer anomalias funcionais/anatómicas do sistema estomatognático, permitindo que estas sejam intercetadas numa fase inicial. Por outro lado, os conhecimentos dos médicos pediatras relativamente à fácies típica dos respiradores orais mostraram-se satisfatórios. Por último, 88,1% (n=109) dos participantes consideram que há ou pode haver relação entre respiração oral e suscetibilidade à cárie dentária. Este resultado vai de encontro ao expectável, uma vez que as crianças com padrão de respiração oral, em especial as asmáticas, medicadas com corticóides inalatórios, apresentam um risco acrescido de desenvolvimento de cárie e erosão dentária, quer pelo menor fluxo salivar, quer pelo efeito destes fármacos na diminuição do pH da cavidade oral. Além disso, os elevados níveis de fósforo e cálcio na saliva destes doentes, aumentam a incidência de cálculos dentários, o que, em conjunto com o aumento dos níveis de IgE na gengiva, contribuem para a inflamação gengival e halitose. (40,73)

2.7. Avulsão dentária e anquiloglossia

A maior percentagem de participantes (89%, n=105), perante um caso de avulsão dentária, encaminham o doente pediátrico, de imediato, para o médico dentista ou médico estomatologista. Este resultado poderá demonstrar que os médicos pediatras não se sentem preparados para esta atuação clínica, possivelmente por falta de formação nesta temática. Em conformidade, um estudo anterior, realizado em Brasília, demonstrou que apenas 18% dos médicos pediatras inquiridos, receberam informação da atuação clínica num caso de avulsão dentária. (74) Ainda assim, na nossa investigação, 46,2% (n=6) dos clínicos que re-implantam dentes avulsionados apresentam esta conduta numa criança de

três anos de idade, ou seja, re-implantam dentes decíduos. Esta prática não vai de encontro ao conhecimento científico atual e às *guidelines* do IADT (Associação Internacional de Traumatismos Dentários), que preconizam que um dente decíduo não deverá ser re-implantado, quer pelo risco de lesão do gérmen do dente permanente sucessor, quer pelo risco de anquilose, necrose e reabsorção radicular externa do dente re-implantado. (44)

Deste modo, é fundamental a sensibilização dos médicos pediatras e atualização de conhecimentos dos mesmos, de modo a que estes se sintam mais confiantes na re-implantação de um dente avulsionado, nos casos em que este procedimento é indicado. Efetivamente, o facto de encaminharem para o médico dentista/estomatologista poderá levar a perdas de tempo, dado que grande parte dos hospitais em Portugal não dispõem do serviço de estomatologia. Além do mais, o facto de esta especialidade não possuir serviço de urgência permanente, pode comprometer o atendimento destes pacientes, levando, muitas das vezes, à perda definitiva do dente avulsionado. Efetivamente, é sabido que o tempo passado desde a avulsão dentária é um fator *major* no sucesso da re-implantação dentária, dado que após 60 minutos fora do alvéolo praticamente todas as células do ligamento periodontal estão inviáveis. (46)

Por fim, quando questionados acerca da frenotomia/frenectomia num caso de anquiloglossia grave, 97,5% (n=115) dos clínicos recomendam que esta seja feita. Estes resultados vão de encontro ao desejável, dado que em situações de anquiloglossia grave, a frenotomia deve ser feita o mais precocemente possível, de modo a evitar futuros problemas na amamentação, deglutição e fala da criança. (51)

2.8. Discussão das variáveis com significância estatística

Na amostra, há uma tendência para que as médicas não aconselhem a eliminar a sacarose, por completo, da dieta alimentar das crianças (70,9%=73/103). Verifica-se, ainda, uma tendência mais notória no género feminino para não encaminharem pacientes com lesões iniciais de cárie dentária para o médico dentista (76,7%=79/103). Os resultados obtidos podem ser explicados pelo facto de, na amostra do presente estudo, à semelhança do que se observa noutros estudos, o género feminino ser largamente mais expressivo, comparativamente com o género masculino, influenciando, deste modo, a significância no cruzamento de resultados. (58) Relativamente ao aconselhamento no sentido de evitar a transmissão vertical da cárie dentária, verificou-se, também, uma discrepância entre géneros. A maioria das médicas pediatras (75,0%=18/24) aconselha os

cuidadores primários a não partilhar talheres ou chupetas entre a sua cavidade oral e a do bebé, ao passo que os clínicos do género masculino apresentam tendência para motivar a mãe/cuidador primário a visitar o médico dentista e a ter cuidados com a higiene oral (100%=3/3). Em conformidade, observou-se uma tendência no género feminino para não desaconselhar por completo a utilização da chupeta (90,3%=93/1039). Estes resultados poderão ser justificados pelo facto de, provavelmente, muitas das médicas pediatras participantes serem mães e, dessa forma, apresentarem mais preocupação no sentido de evitar a transmissão vertical de cárie dentária, aquando da alimentação/ cuidado do bebé. Concomitantemente, a possível experiência das mesmas na perceção do efeito calmante da sucção da chupeta, especialmente em estados de enfermidade do bebé, poderá explicar esta discrepância de resultados entre géneros.

Relativamente ao teor de flúor da pasta dentífrica aconselhada a crianças de um ano de idade, tendencialmente, os médicos pediatras que aconselham uma pasta dentífrica com teor de flúor de 1000-1500 ppm (mg/ml) não encaminham os casos clínicos de lesões de cárie dentária (pergunta 20 do questionário em anexo) para o médico dentista (81,2%=69/85). Isto poderá dever-se ao facto de estes considerarem que, ao recomendar pastas fluoretadas com um teor de flúor 1000-1500 ppm (mg/ml), estão a prevenir a cárie dentária e, por este motivo, apresentarem uma menor preocupação relativamente ao encaminhamento dos pacientes com estas lesões. No que concerne à prescrição de flúor sistémico, observou-se uma tendência nos médicos com idade superior a 35 anos para prescreverem mais (28,0%=14/50), comparativamente com os clínicos de idade igual ou inferior a 35 anos (8,9%=6/67). Os resultados obtidos poderão ser explicados à luz da implementação do PNPSO, em 2005, que preconiza que o flúor sistémico está confinado a crianças a partir dos três anos de idade e com alto risco de cárie dentária, ou seja, não deverão ser prescritos, por rotina, a todas as crianças. (19) Anteriormente à implementação deste programa, o flúor sistémico era prescrito a todas as crianças entre os seis meses e os dezoito anos de idade, o que pode justificar a maior taxa de prescrição nos médicos pediatras mais velhos.

Outros resultados demonstram que a maioria dos clínicos com idade superior a 35 anos (62,5%=20/32) recomendam um horário específico para a ingestão de alimentos e bebidas açucaradas. Concomitantemente, existe tendência, em todas as idades, para a recomendação da ingestão de sacarose fora das refeições/ não aconselhamento de horário específico, sendo essa tendência mais notória nos clínicos com idade igual ou inferior a

35 anos (78,4%=40/51). Deste modo, constatou-se que os clínicos mais velhos são os que apresentam melhores práticas na prevenção da cárie dentária, através do aconselhamento relativo à dieta alimentar. Este resultado poderá ser explicado pela experiência profissional dos mesmos, ou seja, pelo maior número de crianças vistas ao longo da sua prática clínica, permitindo perceber o papel fundamental de uma alimentação equilibrada na prevenção, não só da cárie dentária, mas também da obesidade infantil. Efetivamente, a infância é o período ideal para estabelecer hábitos alimentares equilibrados, uma vez que a maior parte das rotinas criadas em idades precoces perduram pela vida fora. Para tal, é fundamental que as crianças, dos seis meses aos três anos de idade, se familiarizem com uma dieta alimentar saudável, através da diversificação alimentar e da exposição repetida aos diferentes sabores e texturas dos alimentos. É particularmente importante que os pais/cuidadores primários deem o exemplo, dado que as crianças estabelecem a maior parte dos hábitos comportamentais por imitação. (75)

Neste estudo verificou-se uma tendência dos clínicos com idade superior a 35 anos e dos que exercem há cinco ou mais anos para prescreverem formulações livres de sacarose, quando as mesmas estão presentes no mercado (74,5%=38/51). Estes resultados não estão em conformidade com os resultados obtidos no estudo realizado a médicos de medicina geral e familiar, no qual se verificou que os clínicos que exerciam há menos de cinco anos, eram os que prescreviam mais formulações isentas de sacarose, o que poderá ser explicado pelo facto do ibuprofeno 40mg/ml, medicamento líquido pediátrico isento de açúcar, ter sido introduzido em Fevereiro de 2012, sendo, deste modo, relativamente recente. (58) Além disso, os clínicos que sabem que há uma relação comprovada entre o consumo de sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária, em tomas prolongadas, são, de igual forma, os que mais prescrevem fármacos isentos de sacarose (78,1%=25/32). Por outro lado, os médicos com mais anos de atividade clínica (> = 5 anos) e os que sabem que há relação comprovada entre o consumo de sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária, são, também, os que mais alertam para a importância de *check-ups* periódicos no médico dentista, em crianças que tomam cronicamente medicamentos líquidos pediátricos. Os resultados obtidos, tal como supracitado, poderão ser explicados pela maior experiência dos mesmos, e deste modo, maior probabilidade de terem observado, na sua prática clínica, lesões de cárie dentária em pacientes que tomam cronicamente estes fármacos, daí apresentarem uma preocupação maior na manutenção da saúde oral destes pacientes. Em concomitância, é

expectável que os clínicos que sabem que há relação entre o consumo de sacarose e o surgimento de lesões de cárie dentária, sejam os que apresentam uma maior preocupação na prescrição de fármacos sem esta substância e na manutenção da saúde oral do doente pediátrico. Além disso, constatou-se uma tendência nos médicos pediatras que sabem que há relação comprovada entre a sacarose, presente nos medicamentos líquidos pediátricos, e o surgimento de lesões de cárie dentária, para encaminharem mais os pacientes com lesões iniciais de cárie dentária para o médico dentista (40,6%= 13/32) e para considerarem que a cárie dentária pode ser transmitida de mãe para filho (59,4%=19/32). Os resultados obtidos demonstram que os médicos pediatras que apresentam conhecimentos mais satisfatórios em relação à etiologia da cárie dentária, são os mesmos que melhor diagnosticam e, conseqüentemente, encaminham pacientes com lesões iniciais de cárie dentária para o médico dentista. No que concerne às características físico-químicas destes fármacos, demonstrou-se que os clínicos com menos tempo de exercício (<5 anos), apresentam uma tendência mais notória para considerar que é a sacarose (75,0%=39/52) a substância adicionada aos xaropes, que lhes confere um sabor mais atrativo. Este resultado poderá ser explicado pelo facto dos médicos mais jovens terem acabado a sua formação académica mais recentemente, tendo, deste modo, alguns conceitos teóricos mais presentes. Além disso, estes também apresentam uma maior disponibilidade para receberem os delegados de informação médica. No que diz respeito ao pH destes fármacos, a maioria dos clínicos desconhecem o valor do pH dos mesmos. Esta tendência é ainda mais evidente nos médicos que consideram que a substância adicionada aos xaropes, e que lhes confere um sabor mais atrativo, é a glicose, os substitutos de açúcar ou não respondem à questão apresentada (90,2%=37/41), comparativamente aos que acreditam que é a sacarose (74,1=57/77). Este resultado está em conformidade com a investigação realizada a médicos de medicina geral e familiar. (58) Efetivamente, este resultado é expectável, dado que os médicos que possuem conhecimentos acerca das propriedades físico-químicas dos medicamentos líquidos pediátricos, sabem as características dos mesmos, quer seja relativamente ao pH, quer seja acerca das substâncias que compõem o mesmo.

Outros resultados demonstram que, tendencialmente, quem tem menos tempo de exercício (< 5 anos) considera que a cárie dentária não é transmissível de forma vertical (73,1%=38/52), ao passo que existe tendência nos médicos pediatras que exercem há cinco ou mais anos, para concordarem com este conceito (51,5%=34/66). Em

concomitância, os clínicos que vêm mais de 25 doentes por semana apresentam uma tendência mais evidente para considerar que a cárie pode ser transmitida de mãe para filho (44,9%=48/107); nenhum clínico que observa 25 ou menos doentes por semana considera que a cárie dentária é transmissível de forma vertical. Efetivamente, seria expectável que os médicos mais jovens estivessem mais alerta e informados nesta temática, e deste modo, tivessem conhecimentos sólidos para realizar recomendações no sentido de prevenir o aparecimento de cárie dentária, à semelhança do que foi constatado no estudo de Eke *et al.*, no qual se verificou que os médicos pediatras que exerciam há menos de cinco anos, faziam mais recomendações às mães para prevenção da cárie dentária (52,5%), comparativamente com os clínicos mais experientes (48,4%). (76) Todavia, a correlação entre as variáveis do estudo supracitado não apresentou significância estatística, o que nos leva a crer na veracidade dos nossos resultados. Deste modo, uma possível explicação para os médicos com mais anos de atividade clínica e que observam mais doentes, por semana, demonstrarem mais conhecimentos nesta temática, poderá ser, uma vez mais, o fator experiência, traduzindo-se num maior número de crianças observadas ao longo da prática clínica, o que poderá ter permitido a constatação de que há interligação entre o estado da cavidade oral dos cuidadores primários e o da cavidade oral do bebé/criança. De facto, é de extrema importância a sensibilização destes profissionais de saúde e a transmissão de conhecimentos acerca da saúde oral na formação pré graduada dos mesmos, de modo a que estes atuem preventivamente, através do aconselhamento dos cuidadores primários acerca desta temática. Por outro lado, verificou-se uma tendência nos clínicos que não prescrevem formulações isentas de sacarose, ainda que as mesmas estejam disponíveis no mercado, para considerarem que a cárie dentária não é transmissível de mãe para filho (71,7%=33/46). Estes resultados demonstram que, possivelmente, os clínicos que não prescrevem formulações isentas de sacarose, não conhecem o potencial cariogénico desta substância, do mesmo modo que desconhecem o carácter de transmissibilidade de cárie dentária.

Nesta investigação demonstrou-se que, tendencialmente, os médicos pediatras que vêm mais de 25 doentes por semana, verificam, de forma rotineira, o estado dentário da criança (94,4%=101/107). Assim, os clínicos que observam mais pacientes, por semana, demonstram uma maior consciencialização da importância da observação do estado dentário dos seus pacientes. Verificou-se, também, que os clínicos que observam, por rotina, o estado dentário do doente pediátrico, encaminham mais frequentemente

crianças/adolescentes com lesões de cárie dentária num estadio avançado (90,7%=98/108) para o médico dentista. Este resultado está de acordo com o expectável, dado que, apenas quem observa clinicamente a cavidade oral pode diagnosticar lesões de cárie dentária, para, posteriormente, encaminhar o doente para um especialista em saúde oral. A nossa investigação permitiu constatar que os clínicos que observam mais de 25 doentes por semana são também os que, tendencialmente, consideram que a higiene oral deve ser realizada ao bebé a partir dos 6 meses (inclusivê), ou seja, na altura do nascimento dos primeiros dentes (85,9%=92/107), ao passo que, dos médicos que vêm 25 ou menos doentes semanais, apenas 54,5% (6/11) apresenta esta resposta. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os clínicos que observam mais crianças terem uma maior preocupação em atualizar os seus conhecimentos relativamente à higiene oral das crianças, uma vez que existe maior probabilidade de serem questionados pelos pais acerca desta temática.

Por fim, os médicos pediatras, de um modo geral, consideram que a sucção digital apresenta mais malefícios do que a sucção da chupeta, sendo esta tendência mais evidente nos clínicos que exercem há cinco ou mais anos (87,8%=43/49). Esta tendência é, também, mais notória nos clínicos que exercem em instituições privadas ou, simultaneamente, em instituições públicas e privadas (86,3%=4/51). Tal como foi referido anteriormente, os resultados obtidos podem ser explicados à luz da experiência clínica dos médicos com mais anos de atividade, que podem ter constatado, pelo maior número de crianças observadas ao longo do tempo, a maior dificuldade em retirar o hábito de sucção digital, comparativamente com a sucção da chupeta. (34) Relativamente à idade limite de uso de chupeta, verificou-se que os médicos considerarem que, entre os dois e os três anos de idade, as crianças devem cessar a sucção da chupeta, sendo esta tendência mais notória nos clínicos que exercem no setor privado ou, simultaneamente, em instituições públicas e privadas (91,8%=56/61). Dos clínicos que exercem somente em instituições públicas, 22,8% (13/57) considera que este hábito deve ser cessado antes dos dois anos de idade. Estes resultados podem ser explicados através da maior facilidade dos médicos que exercem em instituições públicas em estabelecer limites aos pais/cuidadores primários. Efetivamente, os cuidadores primários que recorrem ao setor privado, geralmente escolhem o médico pediatra que pretendem que acompanhe o crescimento do bebé/criança. Desta forma, o clínico pode não se sentir tão à vontade para estabelecer limites rígidos com os mesmos.

V- Conclusões

Após todos os objetivos inerentes a este estudo terem sido cumpridos, foi possível alcançar as seguintes conclusões:

- 1) A maioria dos participantes do estudo (n=103) pertencem ao género feminino e apresentam idade inferior a 30 anos (36,4%, n=43). Em conformidade, a maior percentagem exerce a profissão há menos de 10 anos (67,0%, n=79). Relativamente aos doentes pediátricos observados, por semana, a grande maioria (99,7%) vê mais do que 25 doentes semanais. No que toca ao local de exercício de pediatria, os participantes deste estudo exercem fundamentalmente em instituições públicas (n=57) ou, simultaneamente, em instituições públicas e privadas (n=54).
- 2) Constatou-se que 91,5% (n=108) dos clínicos verifica o estado dentário da criança/adolescente, aquando da consulta médica. Estes resultados vão de encontro às normas da Direção Geral de Saúde, que preconizam uma observação periódica do estado dentário do doente pediátrico, para que haja uma deteção precoce de cárie precoce de infância.
- 3) A grande maioria dos médicos pediatras (94,1%, n=111) referem que aconselham a criança/adolescente a visitar, regularmente, o médico dentista. Contudo, quando questionados acerca da idade para dar início a estas visitas, 61,1% (n=72) dos clínicos consideram que deverá ser após os dois anos de idade ou na presença de cárie dentária. Ora, estes resultados não vão de encontro ao desejável, uma vez que, idealmente, o bebé deverá visitar o médico dentista até aos doze meses de idade. Em relação à idade recomendada para dar início à higienização da cavidade oral, a maioria dos médicos (66,9%, n=79), considera que esta deverá começar após a erupção dos primeiros dentes. Isto vai de encontro ao expectável, dado que a AAPD e a DGS preconizam que a higiene da cavidade oral deve começar logo após a erupção do primeiro dente, por volta dos seis meses de idade.
- 4) A maior parte dos clínicos segue as recomendações do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, no que diz respeito ao teor de flúor presente na pasta dentífrica. De facto, 73,9% (n=85) dos pediatras aconselham pastas dentífricas com um teor de flúor de 1000-1500 ppm (mg/l) no caso de se tratar de uma criança de um ano de idade. Em crianças com seis anos de idade, 87,3% (n=103) dos médicos recomendam pastas com teor de flúor de 1000-1500 ppm (mg/l). Relativamente à prescrição de flúor sistémico, a grande maioria (82,2%, n=97)

não o faz. Essa percentagem aumenta para os 91,1% nos clínicos com idade inferior a 35 anos (91,1%). Contudo, dos que prescrevem, 23,8% (n=5) fazem-no quando se deparam com crianças de dois anos com lesões de cárie dentária. Efetivamente, esta prática não vai de encontro às normas atuais da prescrição de flúor sistémico. Atualmente, a DGS preconiza que o flúor por via sistémica só deve ser administrado após os três anos de idade e em crianças com elevado risco de cárie dentária.

- 5) Aproximadamente 1/3 dos clínicos (33,1%, n=39) aconselham a eliminar, por completo, o consumo de sacarose em idades pediátricas. Este aconselhamento é mais notório nos clínicos do género masculino. Dos que não aconselham a eliminar completamente, 38,0% (n=30) recomendam um horário para ingestão de alimentos e bebidas açucaradas, sendo que os médicos com idade igual ou superior a 35 anos apresentam mais essa preocupação. Ainda assim, 37,9% (n=11) dos clínicos recomendam o doente pediátrico a consumir sacarose fora das refeições. Estes resultados não vão de encontro ao expectável, dado que o consumo de sacarose várias vezes ao dia e/ou fora das refeições é um fator *major* no desenvolvimento de cárie dentária. Relativamente ao alerta para os malefícios de colocar substâncias açucaradas no biberão, 96,6% (n=114) dos clínicos afirma ter preocupação.
- 6) A maioria dos médicos pediatras (61,0%, n=72) prescrevem formulações livres de sacarose, quando estas estão presentes do mercado. De salientar que os médicos com idade igual ou superior a 35 anos apresentam mais este cuidado (74,5%). Em conformidade, os clínicos que exercem há cinco ou mais anos, também apresentam, de forma mais notória, esta preocupação (72,7%).
- 7) O conhecimento dos médicos pediatras relativamente às características físico-químicas dos medicamentos líquidos pediátricos apresentou-se limitado em alguns aspetos. A maioria dos clínicos (69,5%, n=82) não sabia qual o pH dos xaropes pediátricos, ou não quis responder à questão apresentada. Relativamente ao conhecimento da substância presente nos xaropes, e que lhes confere um sabor mais atrativo, os resultados foram mais satisfatórios, uma vez que 65,3% dos médicos responderam que a sacarose é a substância adicionada. Este conhecimento é mais notório nos médicos mais jovens (< 35 anos), com uma representação percentual de 75,0%.

- 8) A maioria dos médicos pediatras (89,8%, n=106) consideram que há ou pode haver relação entre a sacarose, presente nos xaropes pediátricos, e o surgimento de lesões de cárie dentária. Neste estudo constatou-se, também, que os clínicos que sabem que há relação comprovada entre estas duas variáveis, têm tendência para prescrever mais formulações livres de sacarose. Contudo, apenas 50,8% (n=60), aproximadamente metade da amostra, dá relevo à importância de *check-ups* periódicos no médico dentista em pacientes que tomam medicamentos líquidos pediátricos de forma crónica ou aguda recorrente. Este resultado demonstra falta de sensibilização dos médicos pediatras para a manutenção da saúde oral em pacientes que tomam xaropes pediátricos durante longos períodos de tempo. Efetivamente, estas crianças apresentam elevado risco de desenvolver cárie dentária e, por esse motivo, devem ser seguidas, periodicamente, no médico dentista.
- 9) Em conformidade com o ponto anterior, apenas 51,7% (n=61) dos clínicos instruem e motivam para a higiene oral, após a toma do xarope pediátrico. Conclui-se que, apesar da maioria saber que há ou pode haver relação entre a sacarose, presente nos xaropes, e o surgimento de lesões de cárie dentária em tomas crónicas, os médicos pediatras não estão sensibilizados para atuar de forma preventiva/ interventiva nesta temática.
- 10) A maioria dos médicos pediatras (72,9%, n=86) não encaminha pacientes com lesões iniciais de cárie dentária (mancha branca) para o médico dentista. Este resultado demonstra, por um lado, falta de conhecimento a nível de diagnóstico da cárie dentária num estadio precoce. Por outro lado, poderá indicar, também, alguma desvalorização por parte dos clínicos por se tratar de uma lesão pouco exuberante. No que toca a lesões de cárie ativa cavitada e lesões avançadas de cárie dentária, os resultados são satisfatórios, dado que 86,4% (n=102) encaminham no caso de se tratar de cárie ativa cavitada e 88,1% (n=104) encaminham pacientes com lesões de cárie num estadio avançado. Em relação à opinião sobre a transmissibilidade de cárie, 54,3% (n=70) dos médicos consideram que esta não é transmissível de mãe para filho. De facto, está provado que o principal veículo de transmissão de cárie dentária é a saliva dos cuidadores primários. Ainda assim, constatou-se que os profissionais que exercem há cinco ou mais anos e os que vêm mais doentes por semana, consideram mais que a cárie dentária é uma patologia transmissível. Sumariando, torna-se fundamental a

sensibilização dos médicos pediatras e atualização de informação científica acerca da saúde oral, para que estes saibam aconselhar os pais/ cuidadores primários a ter alguns cuidados tais como: não partilhar chupetas ou talheres, prevenindo, assim, a transmissão vertical da cárie dentária.

- 11) A grande maioria dos clínicos (85,6%, n=101) não desaconselha, por completo, o uso de chupeta. Todos os médicos consideram que, no máximo, a criança deve utilizar até aos três anos de idade. Estes resultados estão em conformidade com as recomendações da AAPD, que preconizam que o hábito de sucção da chupeta deve ser cessado antes dos 36 meses, de modo a prevenir maloclusões. Além disso, 73,0% (n=103) dos pediatras consideram que a sucção digital apresenta mais malefícios na cavidade oral do que a sucção da chupeta, sendo mais evidente esta opinião nos clínicos que exercem há cinco ou mais anos ou que trabalham no setor privado ou, simultaneamente, em instituições públicas e privadas. Relativamente ao aconselhamento das características da chupeta, 67,8% (n=80) dos clínicos fornecem conselhos aos pais, sendo que a maioria (82,3%, n=65) aconselha a respeito da forma da chupeta.
- 12) Relativamente ao encaminhamento de pacientes com mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior, a grande maioria dos pediatras encaminha estes casos para o médico dentista, com uma representação percentual de encaminhamento de 91,5% (n=108) e 84,7% (n=100), respetivamente. Este resultado demonstra que os clínicos têm uma perceção correta no que toca à existência das maloclusões supracitadas. Perante um caso de mordida cruzada anterior, a percentagem de encaminhamento desce para os 58,5% (n=69). Neste caso concreto, os médicos pediatras demonstraram um conhecimento mais limitado no diagnóstico desta maloclusão.
- 13) Através da divulgação dos resultados obtidos no presente estudo, pretende-se transmitir conhecimentos aos médicos pediatras acerca da saúde oral em idades pediátricas, nomeadamente sobre cárie dentária e maloclusões dentárias. Efetivamente, este estudo demonstrou algumas lacunas no conhecimento dos clínicos em questão relativamente a alguns assuntos, entre os quais, a transmissibilidade de cárie dentária. Por outro lado, constatou-se algum desconhecimento/ despreocupação em relação aos cuidados de manutenção da saúde oral em crianças que tomam, de forma crónica, medicamentos líquidos pediátricos. Neste sentido, pretende-se incentivar estes profissionais a assumirem

um papel ativo na prevenção e diagnóstico precoce de patologias orais. Efetivamente, a saúde oral é parte integrante da saúde geral das crianças/adolescentes. Como tal, esta deve ser preservada ao máximo, através de uma abordagem multidisciplinar, entre médicos dentistas e médicos pediatras/medicina geral e familiar. Assim sendo, este estudo demonstrou ter relevância e interesse na sensibilização dos médicos pediatras para a importância do seu papel como promotores da saúde oral, uma vez que a maior parte das crianças visita com maior frequência o médico pediatra do que o médico dentista.

- 14) A grande maioria dos clínicos (89,8%, n=106) refere que verifica, de forma rotineira, o padrão de respiração e deglutição do doente pediátrico, o que, a ser verdade, é satisfatório, dado que permite a deteção de patologias do foro respiratório, que podem influenciar, de forma direta, a saúde oral. Por outro lado, 88,1% (n=104) considera que há ou pode haver relação entre respiração oral e suscetibilidade à cárie dentária.
- 15) Quando questionados acerca da atitude clínica num caso de avulsão dentária, a maioria dos médicos pediatras (89%, n=105) referiu que encaminha para o médico dentista ou médico estomatologista. Por outro lado, em casos de anquiloglossia grave, 97,5% (n=115) dos clínicos recomendam a frenectomia do freio lingual. Esta atitude está em conformidade com os estudos presentes na literatura, que demonstram que a anquiloglossia grave pode provocar dificuldades na fala, alimentação e recessões gengivais. Como tal, deve ser feita a frenectomia do freio lingual, de modo a que a criança possa estabelecer uma função lingual normal.
- 16) No que toca à perceção do teor de flúor da pasta dentífrica aconselhada a crianças de um ano de idade, os resultados deste estudo são mais satisfatórios comparativamente com os resultados do estudo realizado em 2015/ 2016, intitulado “ Medicamentos pediátricos e cárie dentária: atitudes e perceções dos médicos de Medicina Geral e Familiar”. Efetivamente, 73,3% dos participantes no presente estudo afirmaram aconselhar pasta dentífrica com um teor de flúor de 1000-1500 ppm (mg/l); apenas 47,7% dos médicos de medicina geral e familiar recomendam dentífricos com este teor de flúor. Além do mais, os médicos pediatras participantes demonstraram possuir mais conhecimentos nesta temática, comparativamente com os resultados do estudo realizado em odontopediatria em 2016/2017, intitulado “Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos obstretas/ginecologistas e médicos de medicina geral e familiar”, uma vez

constatou-se que apenas 21% dos médicos obstetras/ ginecologistas e médicos de medicina geral e familiar sabiam as normas da DGS, a respeito do teor de flúor no dentrífico recomendável nas grávidas. Por outro lado, os resultados desta investigação são também mais satisfatórios no que toca à prescrição de medicamentos líquidos pediátricos livres de sacarose, quando estes estão presentes no mercado e à recomendação de *check-ups* periódicos no médico dentista a pacientes que tomam cronicamente xaropes pediátricos. De facto, 61% dos clínicos do presente estudo afirmaram prescrever estas formulações, enquanto que, nos médicos de medicina geral e familiar, a representação percentual foi de 44,9%. No que concerne ao alerta para visitas periódicas no médico dentista, 50,2% dos participantes afirmaram ter essa preocupação, ao passo que, apenas 26,2% dos médicos de medicina geral e familiar fazem esta recomendação.

VI- Bibliografia

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Definitions and scope of pediatric dentistry. 2011;33(6).
2. Cengiz SB. The pregnant patient: considerations for dental management and drug use. *Quintessence Int (Berl)*. 2007;38(3):133-42.
3. Quinonez RB, Kranz AM, Long M, Rozier RG. Care coordination among pediatricians and dentists: a cross-sectional study of opinions of North Carolina dentists. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):33.
4. Saccomanno S, Antonini G, D'Alatri L, D'Angeloantonio M, Fiorita A, Deli R. Case report of patients treated with an orthodontic and myofunctional protocol. *Eur J Paediatr Dent*. 2014;15(1):184-6.
5. Statement P. Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. *Pediatrics*. 2008;122(6):1387-94.
6. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr*. 2017.
7. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. *Int J Dent*. 2011.
8. Ismail a I, Sohn W. A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries. *J Public Health Dent*. 1999;59(3):171-91.
9. Colak H, Dülgergil CT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sc Biol Med*. 2013;4(1):29-38.
10. Lapidattanakul J, Nakano K. Mother-to-child transmission of mutans streptococci. *Future Microbiol*. 2014;9(6):807-23.
11. Dikmen B. Icdas II criteria (international caries detection and assessment system). *J Istanbul Univ Fac Dent*. 2015;49(3):63-72.
12. Leon L. Índice CPO. Guatemala- Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Universidade San Carlos; 2009.
13. Braga MM, Mendes FM, Ekstrand KR. Detection activity assessment and diagnosis of dental caries lesions. *Dent Clin North Am*.2010;54(3):479-93.
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal and Infant Oral Health Care.Clinical Practice Guidelines. 2016;38(6):150-4.
15. Kishi M, Abe A, Kishi K, Ohara-Nemoto Y, Kimura S, Yonemitsu M. Relationship of quantitative salivary levels of *Streptococcus mutans* and *S. sobrinus* in mothers to caries status and colonization of mutans streptococci in plaque in their 2.5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(3):241-9.
16. Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of mutans streptococci. *J Calif Dent Assoc*. 2003;31(2):135-8.
17. American Academy of Pediatrics. Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children. *Pediatrics*. 2014;134(6):1224-9.
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classification, consequences, and preventive strategies. *Oral Health Policies*. 2014;37(6):50-2.
19. Despacho Ministerial nº153/2005 (2ªsérie). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Diário da república nº3.5 de Janeiro de 2005.
20. Blanck M, Mankodi S, Wesley P, Tasket R, Nelson B. Evaluation of the plaque removal efficacy of two commercially available dental floss devices. *J Clin Dent*. 2007;18(1):1-6.
21. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent*. 2013;26(7):87-8.
22. Gidding SS, Dennison B a, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH, et al. Dietary Recommendations for Children and Adolescents : A Guide for Practitioners (American Heart Association). *Pediatrics*. 2006;117(2):544.

23. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Dietary Recommendations for Infants , Children , and Adolescents. *Oral Health Polcies*. 2012; 37(6):15-16.
24. American Academy of pediatrics. Snacks, Sweetened Beverages, Added Sugars, and Schools.Policy statment. 2015;135(3):575–83.
25. Heyman MB, Abrams SA. Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations. *Pediatrics*. 2017;139(6).
26. Sabbagh HJ, El-Kateb M, Al Nowaiser A, Hanno AG, Alamoudi NH. Assessment of Pediatricians Dental Knowledge, Attitude and Behavior in Jeddah, Saudi Arabia. *J Clin Pediatr Dent*. 2011;35(4):371–6.
27. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The Role of the Pediatrician in the Oral Health of Children: A National Survey. *Pediatrics*. 2000;106(6):84–84.
28. Ministério da Saúde. *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil*. 2016.
29. Xavier AFC, Moura EFF, Azevedo WF, Vieira FF, Abreu MHNG, Cavalcanti AL. Erosive and cariogenicity potential of pediatric drugs: Study of physicochemical parameters. *BMC Oral Health*. 2013;13(1).
30. Passos IA, Sampaio FC, Martínez CR, Freitas CHS de M. Sucrose concentration and pH in liquid oral pediatric medicines of long-term use for children. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;27(2):132–7.
31. Nankar M, Walimbe H, Ahmed Bijle MN adee., Kontham U, Kamath A, Muchandi S. Comparative evaluation of cariogenic and erosive potential of commonly prescribed pediatric liquid medicaments: an in vitro study. *J Contemp Dent Pract*. 2014;15(1):20–5.
32. Leite F, Leite C, Correia A, Pinto M. Medicamentos pediátricos e cáries dentárias - Perceções e atitudes de um grupo de tutores pediátricos em Vila Nova de Gaia. Vol. 52, *Ver port estomatol med dent cir maxilofac*. 2011; 52(4):193-9.
33. Passos MM, Frias-Bulhosa J. Hábitos de sucção não nutritivos, respiração bucal, deglutição atípica - Impactos na oclusão dentária. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2010;51(2):121–7.
34. Great T, Ideas S. *Fast Facts American Academy of Pediatric Dentistry 2014*. 2014;
35. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Clinical Practice Guidelines*. 2014; 37(6):253-65.
36. Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician*. 2009;79(8):681–5.
37. Mendes F. *Sucção digital - Implicações no desenvolvimento dentário*. Porto-Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)- Universidade Fernando Pessoa; 2012.
38. Srinivasan J, Hutchinson JW, Burke FD. Finger sucking digital deformities. *J Hand Surg Am*. 2001;26(6):584–8.
39. Branco A, Ferrari GF, Weber SAT. Alterações orofaciais em doenças alérgicas de vias aéreas. *Rev Paul Pediatr*. 2007;25(3):266–70.
40. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Associazione fra abitudini viziate, respirazione orale e malocclusione. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2016;36(5):386–94.
41. Weiler RME, Fisberg M, Barroso AS, Nicolau J, Simi R, Siqueira WL. A study of the influence of mouth-breathing in some parameters of unstimulated and stimulated whole saliva of adolescents. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70(5):799–805.
42. Proffit W, Fields H, Sarver D. *Contemporary Orthodontics*. St Louis: Elsevier; 2007.

43. Keels MA. Management of Dental Trauma in a Primary Care Setting. *Pediatrics*. 2014;133(2):466–76.
44. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT-54227-1-P pd., Robertson A, Diangelis AJ, Andersson L, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol*. 2012;28(3):174–82.
45. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):377–85.
46. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, DiAngelis AJ, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):369–76
47. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, DiAngelis AJ, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012;28(2):88–96.
48. Aytés LB, Gay Escoda C. *Tratado de Cirurgia Bucal Tomo I*. España: Ergon S.A.; 2003.
49. Xavier M. Anquiloglossia em pacientes pediátricos. Lisboa- Dissertação (Mestre em Medicina Dentária)-Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2014.
50. Kupietzky A, Botzer E. Ankyloglossia in the infant and young child: clinical suggestions for diagnosis and management. *Pediatr Dent*. 2005;27(1):40–6.
51. Francis DO, Chinnadurai S, Morad A, Epstein RA, Kohanim S, Krishnaswami S, et al. Treatments for Ankyloglossia and Ankyloglossia With Concomitant Lip-Tie. *AHRQ Comp Eff Rev*. 2015;15(149).
52. Neves BG, Pierro VS, Maia LC. Pediatricians' perceptions of the use of sweetened medications related to oral health. *J Clin Pediatr Dent*. 2007;32(2):133–8.
53. Gundersen D, Bhagavatula P, Pruszyński JE, Okunseri C. Dental students' perceptions of self-efficacy and cultural competence with school-based programs. *J Dent Educ*. 2012;76(9):1175–82.
54. Terrível J, Rodrigues AT, Ferreira M, Roque F, Odete a B, Herdeiro T, et al. Conhecimento dos médicos relativo à prescrição de antibióticos e à resistência microbiana: estudo piloto de comparação de questionário online vs papel. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2013;3(3):93–8.
55. Estatística INE. *Estatísticas da Saúde*. 2015;Edição 2017.
56. Lewis CW, Boulter S, Keels MA, Krol DM, Mouradian WE, O'Connor KG, et al. Oral Health and Pediatricians: Results of a National Survey. *Acad Pediatr*. 2009;9(6):457–61.
57. Baptista ACS. *Consulta dos 0 aos 6 anos- Análise de pacientes de uma unidade de saúde familiar*. Viseu- Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Universidade Católica Portuguesa; 2017.
58. Monteiro D. *Medicamentos pediátricos e cárie dentária: atitudes e percepções dos médicos de medicina geral e familiar*. Viseu- Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)-Universidade Católica Portuguesa; 2016.
59. Walsh T, Worthington H V, Glenny A-M, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;
60. American Academy of Pediatric Dentistry. *Guideline On Infant Oral Health Care*. *Pediatr Dent*. 2014;37(6):146–50.

61. Implementação de Escovagem Dentária em Escolas Básicas Avaliação de um projeto de 4 anos. Lisboa- Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Nova de Lisboa;2017.
62. Bowen WH. The Stephan Curve revisited. *Odontology*. 2013;101(1):2–8.
63. Nirmala SVSG, Nuvvula S, Popuri V, Veluru S, Chilamakuri S, Minor Babu M. Oral health concerns with sweetened medicaments: Pediatricians' acuity. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015;5(1):35.
64. Babu KLG, Doddamani GM, Naik LRK, Jagadeesh KN. Pediatric liquid medicaments - Are they cariogenic? An in vitro study. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2014;4(2):108–12.
65. Walimbe H, Nadeem Ahmed Bijle M, Nankar M, Kontham U, Bendgude V, Kamath A, et al. Knowledge, attitude and practice of paediatricians toward long-term liquid medicaments associated oral health. *J Int Oral Health*. 2015;7(1):36–9.
66. Nassif N, Noueiri B, Bacho R, Kassak K. Awareness of Lebanese Pediatricians regarding Children's Oral Health. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2017;10(1):82–8.
67. Balaban R, Aguiar CM, Da Silva Araújo AC, Dias Filho EBR. Knowledge of paediatricians regarding child oral health. *Int J Paediatr Dent*. 2012;22(4):286–91.
68. Lenzi TL, Montagner AF, Soares FZM, De Oliveira Rocha R. Are topical fluorides effective for treating incipient carious lesions? A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. 2016;147(2):84–91.
69. Vilaça MB. Hábitos em odontopediatria: uso de chupeta. Viseu- Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)- Universidade Católica Portuguesa; 2017.
70. Doğramacı EJ, Rossi-Fedele G. Establishing the association between nonnutritive sucking behavior and malocclusions: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. 2016;147(12):926–934..
71. Lima AA dos SJ, Alves CMC, Ribeiro CCC, Pereira ALP, da Silva AAM, Silva LFG e., et al. Effects of conventional and orthodontic pacifiers on the dental occlusion of children aged 24–36 months old. *Int J Paediatr Dent*. 2017;27(2):108–19.
72. Vaz M. Percepção da necessidade de tratamento ortodôntico precoce por médicos pediatras. Lisboa- Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)- Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2017.
73. Thomas MS, Parolia A, Kundabala M, Vikram M. Asthma and oral health: A review. *Aust Dent J*. 2010;55(2):128–33.
74. Frujeri M. Avulsão Dentária: Efeito Da Informação Na Mudança De Comportamento Em Diferentes Grupos profissionais. Brasília- Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Universidade de Brasília; 2006.
75. Mura Paroche M, Caton SJ, Vereijken CMJL, Weenen H, Houston-Price C. How Infants and Young Children Learn About Food: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017 .
76. Eke CB, Akaji EA, Ukoha OM, Muoneke VU, Ikefuna AN, Onwuasigwe CN. Paediatricians' perception about oral healthcare of children in Nigeria. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):1–7.

VII -Anexos

Anexo I:

Questionário dirigido aos médicos pediatras: “Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde oral”.

Prezado(a) colega,

A equipa docente de Odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa, Dr.^a Andreia Figueiredo e Dr.^a Mariana Seabra, e a aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Telma Moreira, encontram-se a realizar um estudo acerca dos conhecimentos e práticas dos Médicos Pediatras em relação à saúde oral, para obtenção de grau mestre em medicina dentária da referida.

Neste sentido, solicitamos a colaboração e empenho do(a) colega no sentido de análise e preenchimento deste questionário anónimo. O seu contributo é essencial.

Agradecemos, desde já, a sua preciosa colaboração.

I. Identificação

1. Género
 - Masculino
 - Feminino

2. Idade
 - <30 anos
 - 31 a 35 anos
 - 36 a 40 anos
 - 41 a 45 anos
 - 46 a 50 anos
 - >50 anos

3. Há quanto tempo exerce Pediatria?
 - <5 anos
 - 5-10 anos
 - 11-25 anos
 - >25 anos

4. Exerce Pediatria:
 - Em instituições públicas
 - Em instituições privadas
 - Em instituições públicas + privadas

5. Quantos doentes pediátricos vê, em média, por semana:
 - <10
 - 10-25
 - >25

II. Higiene oral

6. Nas consultas do âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, verifica clinicamente, o estado dentário da criança?
- Sim
 - Não
 - Às vezes
7. Recomenda visitas periódicas da criança/adolescente ao Médico Dentista?
- Sim
 - Não
- 7.1- Se **sim**, a partir de que idade recomenda? _____
8. Recomenda que os pais realizem a higiene oral da criança desde que altura?

9. Quando questionado acerca da pasta dentífrica a utilizar numa criança de **1 ano**, o que aconselha?
- Sem flúor
 - Com pouco flúor (250-500 ppm)
 - Com flúor (1000-1500 ppm)
 - Não recomenda escovar
10. Quando questionado acerca da pasta dentífrica a utilizar numa criança de **6 anos**, o que aconselha?
- Sem flúor
 - Com pouco flúor (250-500 ppm)
 - Com flúor (1000-1500 ppm)
11. Prescreve flúor sistémico?
- Sim
 - Não
 - Às vezes
- 11.1- Se **sim**, em qual/quais das seguintes situações:
- Criança de 2 anos, com lesões de cárie
 - Criança de 2 anos, sem lesões de cárie
 - Criança de 6 anos, com lesões cárie
 - Criança de 6 anos, sem lesões cárie

III. Alimentação

12. Aconselha os pais a eliminar a sacarose, por completo, da dieta alimentar das crianças?

- Sim
- Não

12.1- Se **não**, aconselha algum horário específico para a ingestão de alimentos/ bebidas açucaradas?

- Sim. Qual? _____
- Não

12.2- Alerta os pais no sentido de não colocar substâncias açucaradas no biberão/ chupeta da criança?

- Sim
- Não

IV. Medicação

13. Tem o cuidado, aquando da prescrição, de escolher formulações livres de sacarose (quando existam)?

- Sim
- Não

14. Qual das seguintes opções considera ser a substância que está presente nos xaropes pediátricos e que lhes confere um sabor mais atrativo?

- Sacarose
- Glicose
- Substitutos dos açúcares
- Não sei/ não respondo

15. Se fosse questionado acerca do pH dos xaropes, diria que:

- É ácido
- É neutro
- É básico
- Não sei/ não respondo

16. Qual a relação que supõe existir entre a sacarose presente nos xaropes, quando tomados por longos períodos de tempo, e o surgimento de lesões de cárie dentária nas crianças?

- Não há relação
- Pode haver relação
- Há uma relação comprovada
- Não sei/ não respondo

17. Quando prescreve xaropes a crianças durante longos períodos de tempo tem o cuidado de chamar a atenção para a importância de *check-ups* periódicos no médico dentista?
- Sim
 - Não
18. Relativamente às horas de toma dos xaropes, se for possível, aconselha que sejam tomados:
- Às refeições
 - No intervalo das refeições
 - Ao deitar
 - Outra _____
 - Não aconselho horas
19. Costuma motivar e instruir para a higiene oral, em particular após a toma do xarope?
- Sim
 - Não

V- Cárie

20. Indique em que situações encaminharia ao Médico Dentista por entender que estão presentes lesões de cárie dentária:



20. 1. Considera que a cárie dentária é transmissível entre mãe e filho?
- Sim
 - Não

20.1.1- Se sim, fornece conselhos às mães neste âmbito?

- Sim. Quais? _____
- Não

VI- Hábitos

21. Desaconselha, por completo, a utilização de chupeta?

- Sim
- Não

21.1- Se **não**, até que idade entende ser aceitável o uso de chupeta? _____

21.1.2-Fornece algum conselho aos pais acerca das características da chupeta?

- Sim
- Não

21.1.3- Se **sim**, dá conselhos relativamente:

- À forma da chupeta (Anatómica ou Convencional)
- À constituição da chupeta
- Ao tamanho da tetina
- Outro

22. Para si, succionar a chupeta ou o dedo tem a mesma influência?

- Sim
- Não

22.1- Se não, qual dos hábitos é pior? _____

23. Indique em que situações encaminharia para o Médico Dentista, por considerar existir desalinhamento dentário:



24. Relativamente à imagem seguinte, considera que o padrão facial da criança sugere alguma anomalia do padrão respiratório da mesma?



- Sim
- Não
- Não sei/ não respondo

24.1- Se **sim**, qual é a *facies* típica representada a imagem? _____

25. Por rotina, observa o padrão de respiração e deglutição do doente pediátrico?

- Sim
- Não

26. Qual a relação que supõe existir entre respiração oral e suscetibilidade à cárie dentária?

- Não há relação
- Pode haver relação
- Há uma relação comprovada
- Não sei/ não respondo

VII- Traumatismos/ Patologia Oral

27. Por rotina, perante um caso de avulsão dentária:

- Encaminha o doente para o Médico Dentista/ Médico Estomatologista
- Re-implanta o dente avulsionado
- Outro _____

27.1- Se re-implanta o dente, atente nas imagens que se seguem:

A) Doente com 3 anos de idade



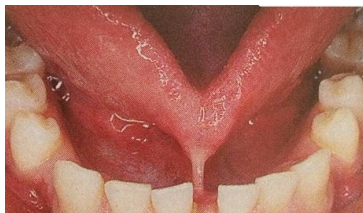
B) Doente com 13 anos de idade



Em que caso (s) entende que a re-implantação do dente é a atitude a tomar:

- No caso descrito em A
- No caso descrito em B
- Em ambos os casos
- Em nenhum dos casos
- Não sei/não respondo

28. Perante um caso de anquiloglossia grave semelhante ao da imagem representada abaixo, recomenda fazer frenectomia/ frenuloplastia do freio lingual?



- Sim
- Não

Anexo II

Estimativa dos médicos inscritos na Ordem dos Médicos, de acordo com a especialidade, idade e género, 2018.

| ESPECIALIDADE | <31 | | 31/35 | | 36/40 | | 41/45 | | 46/50 | | 51/55 | | 56/60 | | 61/65 | | >65 | | TOTAL | |
|---|-----|---|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|------|-----|-----|-------|------|
| | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | 0 | 0 | 9 | 7 | 11 | 10 | 12 | 11 | 13 | 14 | 20 | 11 | 47 | 14 | 29 | 35 | 34 | 21 | 179 | 105 |
| ANESTESIOLOGIA | 2 | 1 | 154 | 97 | 190 | 71 | 167 | 71 | 92 | 41 | 148 | 57 | 182 | 78 | 149 | 77 | 252 | 183 | 1295 | 636 |
| CARDIOLOGIA | 0 | 0 | 22 | 29 | 43 | 58 | 41 | 38 | 22 | 45 | 50 | 61 | 32 | 83 | 21 | 94 | 40 | 258 | 281 | 666 |
| CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA | 0 | 0 | 11 | 2 | 9 | 0 | 6 | 0 | 4 | 1 | 3 | 0 | 1 | 4 | 5 | 4 | 7 | 12 | 46 | 23 |
| CIRURGIA GERAL | 0 | 0 | 42 | 27 | 67 | 78 | 85 | 89 | 57 | 84 | 71 | 110 | 69 | 168 | 44 | 182 | 38 | 512 | 473 | 1250 |
| CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA | 0 | 0 | 3 | 5 | 2 | 12 | 4 | 5 | 1 | 6 | 2 | 12 | 0 | 13 | 1 | 19 | 3 | 48 | 16 | 120 |
| CIRURGIA MAXILO-FACIAL | 0 | 0 | 3 | 5 | 4 | 1 | 4 | 5 | 0 | 6 | 0 | 6 | 2 | 7 | 4 | 20 | 3 | 36 | 20 | 86 |
| CIRURGIA PEDIÁTRICA | 0 | 0 | 7 | 0 | 9 | 3 | 9 | 3 | 4 | 4 | 6 | 8 | 6 | 3 | 6 | 15 | 11 | 36 | 58 | 72 |
| CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA E | 0 | 0 | 11 | 13 | 9 | 17 | 5 | 11 | 5 | 18 | 10 | 25 | 7 | 17 | 1 | 19 | 2 | 40 | 34 | 127 |
| ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR | 0 | 0 | 4 | 16 | 7 | 16 | 6 | 14 | 5 | 17 | 4 | 18 | 5 | 17 | 4 | 18 | 5 | 56 | 70 | 185 |
| MEDICINA GERAL E FAMILIAR | 41 | 8 | 436 | 159 | 372 | 140 | 296 | 106 | 254 | 112 | 189 | 91 | 493 | 285 | 1587 | 1124 | 532 | 645 | 4200 | 2674 |
| DIAGNÓSTICO POR IMAGEM | 0 | 0 | 18 | 11 | 37 | 16 | 23 | 10 | 28 | 11 | 22 | 19 | 24 | 13 | 30 | 23 | 32 | 72 | 214 | 175 |
| DOENÇAS INFECIOSAS | 0 | 0 | 15 | 9 | 15 | 8 | 16 | 6 | 7 | 2 | 11 | 5 | 15 | 10 | 7 | 24 | 7 | 23 | 95 | 83 |
| ENDOCRINOLOGIA-NUTRIÇÃO | 0 | 0 | 22 | 8 | 24 | 5 | 16 | 7 | 13 | 2 | 21 | 11 | 14 | 9 | 24 | 15 | 23 | 43 | 147 | 102 |
| EFOTOMATOLOGIA | 0 | 0 | 7 | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 12 | 12 | 47 | 63 | 43 | 107 | 43 | 245 | 155 | 441 |
| FARMACOLOGIA CLÍNICA | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 6 | 2 | 10 | 0 | 4 | 0 | 16 | 5 | 42 |
| GINECOLOGIA-OBSTETRICIA | 0 | 0 | 84 | 15 | 137 | 29 | 74 | 23 | 64 | 24 | 175 | 48 | 349 | 88 | 134 | 121 | 271 | 288 | 1108 | 636 |
| IMUNO-HEMATOLOGIA | 0 | 0 | 7 | 3 | 6 | 0 | 12 | 2 | 13 | 3 | 31 | 12 | 40 | 14 | 43 | 15 | 30 | 15 | 182 | 64 |
| NEFROLOGIA CLÍNICA | 0 | 0 | 25 | 7 | 18 | 6 | 18 | 3 | 14 | 5 | 18 | 9 | 15 | 6 | 15 | 12 | 37 | 41 | 160 | 89 |
| IMUNO-ALERGIOLOGIA | 0 | 0 | 13 | 3 | 22 | 9 | 29 | 5 | 11 | 4 | 17 | 4 | 15 | 5 | 7 | 8 | 32 | 50 | 146 | 88 |
| MEDICINA DESPORTIVA | 0 | 1 | 2 | 5 | 2 | 7 | 2 | 3 | 1 | 4 | 5 | 11 | 2 | 20 | 2 | 24 | 1 | 32 | 14 | 107 |
| MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO | 0 | 0 | 36 | 31 | 44 | 34 | 38 | 19 | 26 | 12 | 54 | 26 | 88 | 33 | 56 | 46 | 74 | 65 | 395 | 265 |
| MEDICINA INTERNA | 0 | 0 | 168 | 89 | 207 | 109 | 203 | 99 | 126 | 79 | 171 | 99 | 221 | 190 | 139 | 168 | 125 | 383 | 1360 | 1216 |
| MEDICINA LEGAL | 1 | 1 | 11 | 5 | 6 | 6 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 2 | 10 | 10 | 8 | 11 | 4 | 16 | 51 | 60 |
| MEDICINA NUCLEAR | 1 | 0 | 2 | 11 | 5 | 4 | 9 | 2 | 6 | 0 | 8 | 3 | 4 | 3 | 6 | 5 | 4 | 9 | 45 | 39 |
| MEDICINA DO TRABALHO | 1 | 0 | 18 | 9 | 10 | 13 | 19 | 19 | 31 | 26 | 31 | 31 | 138 | 105 | 122 | 233 | 49 | 195 | 419 | 631 |
| MEDICINA TROPICAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NEFROLOGIA | 0 | 0 | 22 | 17 | 33 | 19 | 21 | 13 | 20 | 7 | 26 | 14 | 6 | 23 | 12 | 38 | 10 | 44 | 150 | 175 |
| NEUROCIQUIATRIA | 0 | 0 | 3 | 10 | 9 | 17 | 7 | 17 | 3 | 15 | 6 | 25 | 4 | 20 | 2 | 18 | 3 | 55 | 37 | 177 |
| NEUROLOGIA | 1 | 1 | 38 | 23 | 28 | 31 | 28 | 18 | 15 | 12 | 15 | 8 | 7 | 7 | 6 | 8 | 4 | 19 | 88 | 86 |
| OPHTALMOLOGIA | 5 | 5 | 75 | 45 | 42 | 68 | 42 | 23 | 27 | 50 | 50 | 55 | 48 | 84 | 44 | 119 | 59 | 227 | 392 | 676 |
| ONCOLOGIA MÉDICA | 0 | 0 | 44 | 17 | 38 | 6 | 26 | 9 | 18 | 8 | 8 | 9 | 19 | 21 | 22 | 21 | 24 | 53 | 199 | 144 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 0 | 0 | 37 | 27 | 25 | 31 | 33 | 29 | 17 | 21 | 19 | 48 | 30 | 51 | 15 | 81 | 10 | 181 | 186 | 469 |
| OTOPEDIATRIA | 0 | 0 | 16 | 99 | 26 | 113 | 16 | 80 | 7 | 44 | 18 | 115 | 26 | 153 | 6 | 182 | 6 | 316 | 120 | 1052 |
| PAATOLOGIA CLÍNICA | 0 | 1 | 6 | 4 | 18 | 11 | 21 | 11 | 24 | 8 | 16 | 20 | 113 | 43 | 101 | 37 | 175 | 117 | 514 | 252 |
| PEDIATRIA | 1 | 0 | 159 | 22 | 252 | 47 | 190 | 31 | 112 | 20 | 180 | 54 | 162 | 63 | 131 | 103 | 286 | 283 | 1473 | 623 |
| PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA | 0 | 0 | 20 | 4 | 13 | 4 | 20 | 3 | 21 | 1 | 12 | 5 | 17 | 6 | 14 | 5 | 32 | 12 | 149 | 40 |
| PSIQUIATRIA | 0 | 0 | 35 | 13 | 45 | 13 | 55 | 22 | 21 | 10 | 44 | 19 | 50 | 35 | 44 | 53 | 68 | 107 | 363 | 272 |
| RADIOLOGIA | 0 | 0 | 45 | 42 | 59 | 44 | 67 | 32 | 27 | 21 | 44 | 45 | 90 | 73 | 86 | 95 | 128 | 226 | 560 | 578 |
| RADIOLOGIA INTERVENÇÃO | 1 | 0 | 19 | 23 | 53 | 40 | 49 | 41 | 34 | 41 | 80 | 72 | 78 | 91 | 52 | 82 | 40 | 164 | 425 | 554 |
| REUMATOLOGIA | 0 | 0 | 15 | 8 | 17 | 10 | 5 | 8 | 6 | 5 | 14 | 2 | 19 | 6 | 4 | 3 | 19 | 11 | 180 | 53 |
| SAÚDE PÚBLICA | 0 | 0 | 17 | 7 | 18 | 9 | 18 | 6 | 14 | 5 | 9 | 9 | 8 | 8 | 5 | 14 | 6 | 18 | 95 | 76 |
| UROLOGIA | 0 | 0 | 6 | 31 | 6 | 48 | 0 | 45 | 0 | 86 | 0 | 48 | 88 | 46 | 83 | 69 | 57 | 83 | 285 | 239 |
| F. E. G. / NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 0 | 6 | 5 | 4 | 42 | 1 | 42 | 1 | 135 | 20 | 417 |
| GENÉTICA MÉDICA | 0 | 0 | 3 | 1 | 5 | 3 | 6 | 4 | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 | 5 | 4 | 6 | 3 | 24 | 45 | 62 |
| HIDROLOGIA MÉDICA | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 9 | 6 | 38 | 26 | 77 |
| MEDICINA FARMACÉUTICA | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 3 | 7 | 8 | 10 | 33 | 4 | 32 | 30 | 77 |
| NEUROFISIOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 13 | 24 | 9 | 4 | 6 | 44 | 56 |
| MEDICINA INTENSIVA | 0 | 0 | 4 | 3 | 21 | 21 | 34 | 22 | 16 | 27 | 28 | 21 | 5 | 2 | 5 | 4 | 6 | 3 | 24 | 12 |
| EMERGENCIA MÉDICA | 0 | 0 | 19 | 18 | 27 | 24 | 38 | 33 | 59 | 52 | 57 | 43 | 55 | 58 | 22 | 36 | 6 | 12 | 283 | 276 |
| GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 6 | 7 | 4 | 10 | 10 | 32 | 35 | 76 | 106 | 115 | 166 | 77 | 180 | 319 | 508 |
| GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 6 | 1 | 1 | 0 | 2 | 6 | 0 | 5 | 13 | 12 |
| ONCOLOGIA PEDIÁTRICA | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 | 1 | 5 | 4 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 11 | 11 |

