

A CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA: INFLUÊNCIA DA LITERACIA DOS RESPONSÁVEIS NA SAÚDE ORAL DAS CRIANÇAS

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

Por: Mariana Isabel Amaral dos Santos

Viseu, 2022



CATOLICA
FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

A CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA: INFLUÊNCIA DA LITERACIA DOS RESPONSÁVEIS NA SAÚDE ORAL DAS CRIANÇAS

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

Por: Mariana Isabel Amaral dos Santos

Orientador: Professora Doutora Mariana Pinheiro Torres de Seabra
Co-Orientador: Professora Doutora Andreia Sofia de Paiva Figueiredo

Viseu, 2022



CATOLICA
FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

Epígrafe

- “1. Surround yourself with people whose eyes light up when they see
you coming
2. Slowly is the fastest way to get where you want to be
3. The top of the mountain is the bottom of the next, so keep climbing.”

Andre de Shields



Dedicatória

Ao meu avó "Tó", pelo seu eterno sorriso.



CATOLICA
FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Mariana Seabra, por toda a ajuda, pela disponibilidade, motivação, apoio e persistência ao longo da elaboração desta dissertação.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, por toda a ajuda, paciência, compreensão e disponibilidade.

A todos os funcionários da faculdade que sempre estiveram disponíveis a ajudar no que pudessem.

Aos meus pais, por terem sempre acreditado em mim, por fazerem de tudo para me verem feliz e fazerem de mim uma melhor pessoa. Devo-vos tudo.

À minha irmã, a minha companheira de vida. O meu melhor presente.

À minha família, pelo brilho nos olhos.

À Catarina e à Bárbara por terem sido umas amigas de todas as horas. Pela fiel amizade ao longo deste percurso

Ao Zé e ao Pedro, pela paciência, amizade e todo o carinho guardado durante estes 5 anos.

À Margarida, pelo ombro amigo.

A todos os meus amigos que fizeram deste percurso inesquecível.

Resumo

Introdução: O conhecimento insuficiente sobre os hábitos de higiene por parte dos responsáveis das crianças irá gerar uma carência a nível de higiene oral e dos hábitos dessas mesmas crianças. É essencial informar e sensibilizar os pais sobre quais serão os melhores hábitos quer de higiene oral pediátrica quer no âmbito geral de saúde das crianças.

Materiais e Métodos: Foi realizado um inquérito a 100 responsáveis dos pacientes de odontopediatria da Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, durante o período de setembro de 2021 e maio de 2022. Os resultados foram analisados com o programa SPSS versão 28 para Windows.

Resultados: Face à amostra que conseguimos obter (79,0%) dos pais eram do género feminino, de idades compreendidas entre 25-40 anos (54,0%) e tinham habilitações literárias ao nível do 10º-12º ano. (44%). Em 80% dos casos foi a mãe que respondeu ao questionário. Em relação aos bebés/crianças, a maioria era do género feminino (58%) de idade superior a 6 anos (47%). Em relação à escovagem, os progenitores com o ensino superior escovam significativamente mais os dentes após o pequeno-almoço ($p=0,018$) e ainda, escovam também de forma estatisticamente significativa mais os dentes antes de ir dormir ($p=0,008$). No que diz respeito a Cárie Precoce de Infância, apenas 43% dos pais sabe da sua existência. No que concerne aos hábitos das crianças, uma alta percentagem não usa chupeta atualmente (90%) e mais de metade usou no passado (62%).

Conclusão: A literacia dos pais impacta de forma significativa os seus cuidados de higiene oral e que as mulheres apresentam melhores hábitos de higiene oral que os homens, facto que seria expectável, relativamente ao que conhecemos da literatura.

Palavras-Chave: “Literacia”; “Grávida”; “Consulta odontopediátrica”; “Hábitos de higiene oral”; “Medicação”; “Higiene Oral”; “Cárie precoce de infância”;



CATOLICA
FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

Abstract

Introduction: Insufficient knowledge about hygiene habits on the part of those responsible for the children will generate a lack of oral hygiene and habits of these same children. It is essential to inform and make parents aware of what the best habits are, both in pediatric oral hygiene and in the general health of their children.

Materials and Methods: A survey was conducted on 100 caregivers of pediatric dentistry patients at the University Clinic of the College Dental Medicine at Universidade Católica Portuguesa during the time between September 2021 and May 2022. The results were analyzed with SPSS version 28 for Windows.

Results: In the sample we were able to obtain (79.0%) of the parents were female, aged 25-40 years old (54.0%), and had 10th-12th grade education (44%). In 80% of the cases it was the mother who answered the questionnaire. Regarding infants/children, the majority were female (58%) and over 6 years old (47%). Regarding brushing, parents with higher education brushed their teeth significantly more after breakfast ($p=0.018$) and also brushed statistically significantly more before going to bed ($p=0.008$).

Regarding Early Childhood Caries, only 43% of the parents know of its existence. Regarding the children's habits, a high percentage does not use a pacifier currently (90%) and more than half used one in the past (62%).

Conclusion: Parents' literacy significantly impacts their oral hygiene care and that women have better oral hygiene habits than men, which is to be expected, relative to what we know from the literature.

Keywords: "Literacy"; "Pregnancy"; "Pediatric dental consultation"; "Oral hygiene habits"; "Medication"; "Oral hygiene"; "Early childhood caries"

Abreviaturas

AAPD- American Academy of Pediatric Dentistry

PNPSO- Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

CPI- Cárie Precoce de Infância

FMD-UCP- Faculdade Medicina dentária da Universidade Católica Portuguesa

OMD- Ordem dos Médico Dentistas

DGS- Direção Geral de Saúde

Índice

Introdução	3
1.1.1. A Grávida	3
1.1.2. Consulta Odontopediátrica	4
1.1.3. Higiene Oral	7
1.1.4. Flúor	8
1.1.5. Cárie Precoce de Infância (CPI)	8
1.1.6. Alimentação	9
1.1.7. Medicação	10
1.1.8. Hábitos	11
1.2. Literacia em Saúde Oral.....	11
1.3. Objetivos do Estudo	12
Materiais e Métodos	17
1.4. Variáveis.....	18
1.5. Critérios de Inclusão e Exclusão	18
1.6. Análise estatística.....	19
Resultados	23
1. Caracterização da amostra.....	23
2. Hábitos de Higiene Oral.....	24
2.1. Hábitos da Criança	33
2.2. Hábitos de Higiene Oral da Criança.....	35
Discussão dos Resultados.....	41
1. Caracterização da amostra.....	41
1.1. Idades	41
2.3. Residência	42
2.4. Habilitações Académicas	42
2.5. Gravidez	44
2.6. Cárie Precoce de Infância	44
2.7. Hábitos de Higiene Oral	46
2.8. Rotina da Higiene Oral	47
2.9. Hábitos da criança	50
2.10. Medicação	51
2.11. Alimentação.....	51
3. Limitações do estudo	52
Conclusões	55
Bibliografia	59
VII- Anexos	67
Anexo 1:.....	69
Anexo 2:.....	76

Índice de tabelas

Tabela I: Recomendações sobre a frequência de escovagem dos dentes, material utilizado, responsável pela a execução e dentífrico fluoretado (6).....	7
Tabela II Caracterização Sociodemográfica.....	23
Tabela III: Escovagem de dentes	24
Tabela IV: Comparação de escovagem e género.....	26
Tabela V: Comparação de escovagem com a escolaridade	27
Tabela VI: Método de Higiene oral	28
Tabela VII: Visitas ao médico dentista.....	29
Tabela VIII: História Clínica de extrações	30
Tabela IX: História clínica de lesões de cárie.....	30
Tabela X: Visitas ao médico dentista durante a gravidez	31
Tabela XI: Cárie Precoce de Infância	31
Tabela XII: Informação de como realizar a Higiene oral	32
Tabela XIII: Importância dentição	33
Tabela XIV: Hábitos.....	34
Tabela XV: Alimentação ao adormecer	34
Tabela XVI: Alimentação durante a noite	35
Tabela XVII: Hábitos de higiene oral	36
Tabela XVIII: Rotina de higiene oral	36
Tabela XIX: Após a toma de medicação, escova os dentes?	36
Tabela XX: Quantidade de flúor.....	37
Tabela XXI: Métodos de escovagem.....	37
Tabela XXII: Visitas ao Médico Dentista.....	38
Tabela XXIII: Histórico clínico	39



Índice de gráficos

Figura 1: Escovagem de dentes	25
-------------------------------------	----



CATOLICA
FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA

VISEU



CATOLICA
FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

Introdução



CATOLICA
FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

Introdução

Os progenitores ou responsáveis pelo bebé/criança têm um papel importante nos hábitos quotidianos para uma boa saúde oral, desde o momento da gravidez até à adolescência.

Os pais são o exemplo para os filhos e os seus reguladores. Durante a pandemia, os cuidados de saúde oral passaram a ser unicamente da responsabilidade dos pais. Visto que a higienização na escola deixou de ser realizada, como por exemplo, as escovagens durante a hora do almoço e os bochechos quinzenais deixaram de ser feitos. É necessário que os pais tenham consciência do que devem ensinar e transmitir aos seus filhos para desenvolverem uma dentição saudável. Para que isto aconteça, os pais devem ser advertidos, ensinados e incentivados a prestar os melhores cuidados, sendo-lhes ensinado a forma mais correta e conscienciosa de os implementar. Os erros quer de higiene oral quer alimentares devem ser corrigidos para que se possam criar bons hábitos que são muito importantes para toda a sua vida.

A odontopediatria é uma especialidade da medicina dentária que disponibiliza tratamentos preventivos e terapêuticos à saúde oral das grávidas, crianças, adolescentes. Como é uma especialidade que compreende diferentes faixas etárias, a odontopediatria engloba saúde oral na grávida, prevenção de cárie, hábitos de higiene da criança, hábitos orais, entre outros. ⁽¹⁾

1.1.1. A Grávida

A educação preventiva sobre a higiene oral deve iniciar-se no período da gravidez. Este período é crucial tanto para a higiene oral da grávida como também para uma boa saúde oral do recém-nascido/bebé. ⁽²⁾

O tratamento na grávida deve ser feito sempre que necessário.⁽³⁾ Existem vários aspetos importantes na consulta da grávida, entre os quais as semanas de gestação, sangramento gengival, dores, vômitos, problemas alimentares e a última visita ao médico dentista.

Durante gravidez, um dos sintomas mais comuns durante o primeiro trimestre são náuseas e vômitos. O ácido proveniente do vômito pode causar

desmineralização e erosão do esmalte, além disso, se estiver associado a uma fraca rotina de higiene oral poderá aumentar o risco de cárie dentária.

No segundo trimestre de gestação e no pico do oitavo mês, também é comum alguns sinais de gengivite, tais como, sangramento, vermelhidão e inchaço. Ainda, um controlo deficiente da placa bacteriana acompanhado com as alterações hormonais pode conduzir ao desenvolvimento do granuloma piogénico. Esta lesão vascular, pode aparecer como um nódulo gengival no segundo ou terceiro trimestre de gravidez. Esta lesão tanto pode regredir no pós-parto como pode ser necessário a excisão cirúrgica.

Em suma, é muito importante a motivação e informação das grávidas sobre todos os cuidados relacionados com a sua saúde oral e a do bebé. ⁽³⁾

1.1.2. Consulta Odontopediátrica

A frequência de intervenção do médico dentista, depende das necessidades de cada criança. Assim como em cada faixa etária, cada criança individualmente tem necessidades de desenvolvimento distintas que devem ser abordadas em intervalos específicos e com uma avaliação abrangente. Além disso, uma visita ao dentista precoce pode estabelecer uma educação sobre a saúde oral preventiva. ⁽⁴⁾

É recomendado que a primeira visita ao médico dentista seja, a partir do nascimento do primeiro dente, ou seja, por volta dos 6 meses de idade. ⁽⁴⁾

Os componentes de um exame oral abrangente incluem a avaliação de:

- Saúde/ crescimento geral da criança;
- Dor;
- Exame extra-oral dos tecidos moles;
- Exame intra-oral dos tecidos duros e moles;
- Articulação temporomandibular;
- Higiene oral e saúde periodontal;
- Desenvolvimento da oclusão;
- Risco de cáries;
- Comportamento da criança;

O intervalo entre cada consulta, deve ser baseado nas necessidades individuais de cada criança e a sua suscetibilidade para a doença. ⁽⁴⁾

Recomendações preventivas por idades, segundo a AAPD: ⁽⁴⁾

6 a 12 meses

- Registrar a história clínica e exame clínico ;
- Determinar o risco de desenvolvimento de cáries;
- Proporcionar aconselhamento de higiene oral aos pais, incluindo as implicações da saúde oral do cuidador;
- Remover placa bacteriana supra e/ou subgingival que possa existir;
- Avaliar a utilização de flúor tópico e sistémico da criança, incluindo o tipo de fórmula infantil usado ou a quantidade de flúor usada na pasta dentífrica. Caso seja necessário, informar os pais de qual será a melhor opção;
- Avaliar os métodos de alimentação, incluindo o uso de biberão ou amamentação e, caso seja necessário, fornecer o aconselhamento necessário;
- Proporcionar aconselhamento sobre os hábitos não nutritivos, como o uso de chupeta, ou sucção digital;
- Fornecer o tratamento necessário e/ou encaminhamento apropriado em caso de alguma patologia oral;
- Consultar o médico pediatra, caso seja necessário;
- Definir intervalo para reavaliação periódica;

12 a 24 meses

- Repetir os procedimentos realizados de 6 a 12 meses de idade a cada seis meses, ou então, tendo em conta a necessidade de cada criança ou a sua suscetibilidade para a doença;
- Avaliar a adequação das práticas de alimentação, incluindo, o uso de biberão, amamentação ou copos específicos para a criança. Caso seja necessário, fornecer o aconselhamento devido;
- Rever a utilização de flúor do paciente e, caso seja necessário, fornecer o aconselhamento necessário;

- Proporcionar tratamentos tópicos com flúor a cada seis meses ou tendo em conta as necessidades da criança;

2 a 6 anos

- Repetir os procedimentos realizados dos 12 aos 24 meses de idade a cada seis meses, ou tendo em conta as necessidades da criança;
- Proporcionar tratamentos de selante de fissuras para dentes decíduos e permanentes suscetíveis à cárie;
- Proporcionar tratamento ou encaminhamento, caso seja necessário, sobre intervenção de má-oclusões tendo em conta as necessidades do paciente;
- Proporcionar aconselhamento e/ou tratamento sobre hábitos nocivos e patologias orais;
- Avaliar o desenvolvimento da fala e proporcionar o encaminhamento necessário;

6 a 12 anos

- Repetir os procedimentos realizados dos 2 aos 6 anos de idade, a cada seis meses, ou tendo em conta as necessidades da criança;
- Proporcionar aconselhamento sobre o abuso de substâncias, como por exemplo, fumo de tabaco ou drogas, e/ou encaminhamento para psicólogos caso seja necessário;
- Aconselhamento sobre piercing intra-oral;

12 anos

- Repetir os procedimentos realizados dos 6 aos 12 anos de idade a cada seis meses, ou tendo em conta as necessidades da criança;
- Durante o final da adolescência, avaliar a presença, a posição e o desenvolvimento dos terceiros molares, considerando a sua extração, caso haja probabilidade de patologia associada;

- Na idade determinada, encaminhar o paciente para um médico dentista generalista para continuar os cuidados de higiene oral;

1.1.3. Higiene Oral

Segundo o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), é aconselhado a escovagem de dentes com um dentífrico fluoretado que deve conter 1000-1500 ppm, no mínimo, 2x por dia, sendo a escovagem à noite imprescindível. Tal como pode ser observado na tabela em baixo, este hábito deve ser implementado desde a erupção do primeiro dente decíduo, no entanto, o uso de fio dentário ou escovilhões deve ser integrado a partir dos 9-10 anos de idade para a eliminação de placa bacteriana.^{(5) (6)}

É igualmente aconselhado realizar a escovagem a nível escolar, após as refeições. ⁽⁶⁾

Tabela I: Recomendações sobre a frequência de escovagem dos dentes, material utilizado, responsável pela a execução e dentífrico fluoretado ⁽⁶⁾

Idade	Regularidade da escovagem dos dentes	Material usado na escovagem dos dentes	Realização da escovagem dos dentes	Dentífrico Fluoretado
0-3 anos	No mínimo 2x/ dia (obrigatoriamente antes de deitar)	Gaze, dedeira previamente antes da erupção do 1º dente; Escova macia de tamanho pequeno	Pais/ cuidadores	1000-1500 ppm quantidade semelhante ao tamanho de uma bago de arroz
3-6 anos	No mínimo 2x/ dia (Obrigatoriamente antes de deitar)	Escova macia de tamanho apropriado à boca da criança	Pais/cuidadores e/ou criança sob a supervisão se já adquiriu destreza manual para tal	1000-1500 ppm quantidade semelhante ao tamanho de uma ervilha
Mais de 6 anos	No mínimo 2x/dia (Obrigatoriamente antes de deitar)	Escova macia ou média	Pais/cuidadores e/ou criança/adolescente	1000-1500 ppm

tamanho sob supervisão se
apropriado à já adquiriu destreza
boca da manual para tal
criança ou
do jovem

Fonte: Adaptado de PNSO ⁽⁶⁾

1.1.4. Flúor

A utilização dos fluoretos tem uma ação preventiva e terapêutica de forma tópica. ⁽⁶⁾

O flúor têm uma ação protetora contra a cárie. Quando aplicado o flúor tópico, baixos níveis de flúor na placa bacteriana e na saliva inibem a desmineralização do esmalte saudável e aumentam a remineralização de esmalte desmineralizado. O flúor é libertado quando existe uma diminuição do valor de pH devido à produção de ácido e assim torna-se disponível para remineralizar o esmalte ou então afetar o metabolismo bacteriano. ⁽⁷⁾

É importante referir que flúor ingerido, como em águas fluoretadas e suplementos dietéticos, podem contribuir para efeitos tópicos em dentes erupcionados. No entanto, suplementos de flúor também são eficazes na redução da prevalência de cáries dentárias e devem ser considerados para crianças com alto risco de cárie. ⁽⁷⁾

É de destacar a importância e a monitorização da escovagem ou do uso de elixir para que seja evitado a ingestão de quantidades excessivas de flúor e realçar que o flúor quando usado apropriadamente, é seguro e efetivo no controlo e prevenção das cáries dentárias. ^(7,8)

1.1.5. Cárie Precoce de Infância (CPI)

A Cárie Precoce de Infância é definida como: “A presença de uma ou mais lesões cariadas (cavitadas ou não), ausência de peça dentária (devido a cárie), ou existência de superfície dentária restaurada em crianças com idade até 71 meses”. ⁽⁹⁾

Inicialmente, a Cárie Precoce de Infância, aparece como uma lesão de mancha branca. De seguida, se continuar sem tratamento, pode progredir para

lesões de cárie cavitadas mais amplas e devastadoras.⁽¹⁰⁾ Normalmente os primeiros dentes a serem afetados, são os incisivos superiores decíduos, logo após a sua erupção. Da mesma forma, o resto da dentição é igualmente afetada. A razão pela qual os incisivos mandibulares são os últimos a ser afetados é devido à proteção salivar dada pela contiguidade do ducto excretor das glândulas sublinguais.⁽¹¹⁾

Se não houver nenhum tipo de intervenção, todos os dentes decíduos acabarão por ser afetados previamente aos 48 meses.⁽⁹⁾

A CPI causa um impacto negativo na vida da criança uma vez que afeta a mastigação, fonética e dificuldade em obter aceitação em grupos escolares. Isto poderá ter um efeito negativo no desenvolvimento social, mental e psicossocial.⁽¹²⁾

Também têm como consequências consultas de urgência, faltas escolares, diminuição na aptidão para a aprendizagem e tratamentos com um custo mais elevado.⁽⁹⁾

Todos os tipos de cáries, estão associados à interação microbiana cariogénica, carboidratos fermentáveis e à susceptibilidade dos dentes.⁽¹²⁾

Em relação aos microrganismos cariogénicos, as principais bactérias encontradas na cárie precoce de infância são a *Streptococcus mutans* e a *Streptococcus sobrinus*. Estas bactérias vão consumir e metabolizar os carboidratos como a sacarose, frutose, glucose e produzir ácido láctico. Este ácido vai diminuir o pH intra-oral, o que causará a desmineralização dentária.⁽¹²⁾

Atualmente, a melhor solução para reduzir o risco de CPI, inclui escovar os dentes duas vezes por dia com pastas fluoretadas e a aplicação de verniz de flúor.⁽⁹⁾⁽¹³⁾ Estabelecer consultas de rotina quando erupciona o primeiro dente da criança é imperativo para que seja possível implementar hábitos preventivos e tratamentos precoces antes que a doença avançada se estabeleça.⁽¹⁴⁾

1.1.6. Alimentação

Estabelecer uma dieta saudável desde cedo é muito importante para ajudar a prevenir futuros problemas relacionados com a dieta e doenças crónicas e para que haja um bom crescimento e desenvolvimento da criança.⁽¹⁵⁾

Este período é importante, visto até aos 2 anos de idade é a fase de máxima suscetibilidade às interferências ambientais e a nutricionais, chamando este período de “janela dos primeiros 1000 dias”.⁽¹⁶⁾

Nos primeiros meses de vida, o leite materno é o alimento ideal para responder a todas as necessidades do bebé, de modo a potencializar ao máximo o seu crescimento. Todavia, é necessário ter em consideração a amamentação além dos 6 meses de idade devido à ingestão de carboidratos que poderá ajudar ao surgimento da cárie dentária. No entanto, depois dos 6 meses, o leite materno já não é suficiente para cumprir todas as necessidades do bebé, sendo necessário, incluir outros alimentos gradualmente. Contudo segundo a Organização Mundial de Saúde, o sal e o açúcar não devem ser introduzidos nesta fase da alimentação.^(16,17)

No que diz respeito ao consumo de líquidos, depois do primeiro ano de vida, a água é a bebida de predileção. Em relação aos sumos naturais, crianças com menos de um ano não é aconselhada a sua ingestão. Depois dessa fase, a ingestão de sumos nunca deverá ser feita antes de ir dormir.⁽¹⁸⁾ Assim como, os pais da criança não devem pôr leite ou colocar outras substâncias que contenham açúcar no biberão, particularmente, na fase noturna, visto que neste espaço de tempo existe menos fluxo salivar.^(18,19)

1.1.7. Medicação

As formas farmacêuticas líquidas são as mais recomendadas para crianças. Normalmente, são adicionadas a estas formas farmacêuticas um agente tampão para manter a estabilidade química e assim manter a sua tonicidade e a sua conformidade fisiológica.⁽²⁰⁾

Também com a finalidade de aprimorar o sabor da medicação é adicionada altos níveis de sacarose, frutose e glucose. A adição destes açúcares, juntamente com a frequência, tempo de administração ou a toma antes de dormir, podem contribuir para um aumento da cárie dentária, devido ao baixo fluxo salivar.^(20,21)

1.1.8. Hábitos

Os hábitos mais prevalentes nas crianças são a sucção digital e o uso de chupeta. O hábito de uso de chupeta é mais fácil de parar do que os hábitos de digitação, visto que a chupeta pode ser descontinuada gradualmente ou completamente retirada acompanhada de uma explicação à criança, enquanto que, este tipo de controlo não é possível com a sucção digital, o que pode fazer uma grande diferença no grau de adesão do paciente para eliminar os dois tipos de hábitos.

Este tipo de hábitos, podem aplicar forças negativas nos dentes e nas estruturas dento-alveolares. Hábitos de frequência, duração ou intensidade podem estar associados a deformações dento-alveolares ou esqueléticas, como o aumento do *overjet*, redução do *overbite*, mordida aberta, mordida cruzada posterior ou aumento da altura facial. A duração da força é mais importante que a sua magnitude, a pressão de repouso dos lábios, bochecha e língua tem um maior impacto na posição dos dentes, pois essas forças são mantidas na maior parte do tempo. ⁽²³⁾

Dada a necessidade fisiológica e psicológica de sucção no primeiro ano de vida, não é prudente recomendar a eliminação do hábito antes dos 12 a 24 meses de idade, no entanto, utilização de chupeta ou de hábitos digitais por mais de 48 meses estão associados a efeitos prejudiciais na oclusão de dentição decídua e após 60 meses na dentição definitiva. Por este motivo, é importante a orientação antecipada aos pais durante a visita ao médico dentista para a cessação de hábitos não nutritivos até aos 36 meses de idade. ⁽²²⁾

1.2. Literacia em Saúde Oral

A literacia em saúde oral pode ser definida como a capacidade pela qual os indivíduos percebem informação em relação à saúde oral. ⁽²⁴⁾

Indivíduos com baixa literacia em saúde oral estão mais propensos a baixos níveis de conhecimento e de compreensão. Assim como também mais associados a uma história clínica de lesões de cáries, poucas idas ao médico

dentista ou de consultas desmarcadas, e também, de um baixo nível de qualidade de vida. ⁽²⁵⁾

A saúde de um indivíduo é a consequência das decisões que toma sobre a mesma, que irão ser influenciadas pela literacia em saúde, modeladas pelos fatores sociodemográficos. ⁽²⁴⁾

A chave para a comunicação em literacia oral é uma mensagem em saúde oral básica que inclua etiologia da cárie dentária, da doença periodontal, dieta, o consumo de açúcares, escovagem de dentes, uso de flúor e o uso de serviços dentários. O conceito de literacia oral vai permitir a população entender e aplicar estes conceitos. ⁽²⁶⁾

Grávidas com uma baixa literacia poderão não perceber a importância de manter uma boa saúde oral durante a gravidez e podem não estar conscientes que uma má saúde oral poderá estar associada a efeitos negativos na própria gravidez assim como na saúde oral do recém-nascido. Além do mais, pais com baixa literacia também poderão não entender a importância da aplicação de flúor ou a aplicação de selantes na prevenção de cáries. ⁽²⁵⁾

Quanto mais cedo os pais forem advertidos e ensinados em relação à sua higiene oral e à do seu filho, maior é a probabilidade de procurar o melhor atendimento para o mesmo. Intervenções educacionais deveriam também melhorar as habilidades no que toca à higiene oral e também reconhecer um problema quando existem e são assintomáticos, especialmente, quando certas crianças estão mais predispostas a ter doenças orais. ⁽²⁷⁾ Ou seja, é importante explorar a perceção dos pais em relação à literacia em saúde oral dado que esta pode afetar a saúde oral da criança ao longo da sua vida. ⁽²⁸⁾

1.3. Objetivos do Estudo

O objetivo geral deste trabalho é a descrição da literacia dos responsáveis dos pacientes pediátricos atendidos na consulta de odontopediatria da Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, para que sejam adquiridos conhecimentos

aos responsáveis dos bebés/crianças para que possuam uma melhor higiene oral.

Como objetivos específicos, propomos o seguinte:

- a) Caracterizar a higiene oral do responsável do paciente pediátrico;
- b) Estimar o histórico de extrações dentárias e de dentes cariados do responsável do paciente pediátrico;
- c) Aferir a ida ao médico dentista durante a gravidez;
- d) Descrever a literacia dos responsáveis sobre a higiene oral do paciente pediátrico;
- e) Analisar a ingestão de alimentos cariogénicos do paciente pediátrico, ingestão noturna e o uso de medicação relacionado com o risco de cárie
- f) Conhecer os hábitos não nutritivos do paciente pediátrico
- g) Averiguar a higiene oral do paciente pediátrico e quem é responsável pela mesma
- h) Inquirir o histórico de dentes cariados e de extrações do paciente pediátrico.

Como hipóteses a testar, apresentamos:

HO: Não existe relação entre a literacia, os bons hábitos dos pais e a saúde oral dos filhos

H1: A saúde oral dos pais estará correlacionada com a do seu filho

H2: A população da consulta de odontopediatria da clínica dentária UCP apresenta bons hábitos de higiene oral, alimentares e não apresenta hábitos succionais.



CATOLICA
FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA

VISEU



II- Materiais e Métodos



Materiais e Métodos

1.1. Caracterização do Estudo

O presente estudo é do tipo descritivo transversal, realizados através de questionários (anexo 1) efetuados aos pais dos pacientes de odontopediatria da Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (Clínica Dentária Universitária da FMD-UCP), com o intuito de aferir os conhecimentos, comportamentos e hábitos no que se refere à saúde oral da criança/bebé.

1.2. Caracterização da Amostra

A população-alvo para a realização deste estudo foram os pais dos pacientes de odontopediatria que possibilitaram as suas respostas a um inquérito sobre os seus conhecimentos, comportamentos e hábitos em relação à saúde oral da criança/bebé.

1.3. Recolha de dados

O inquérito foi realizado presencialmente através da plataforma Google Forms aos pais dos pacientes que compareceram à consulta de odontopediatria da Clínica Dentária da FMD-UCP. Foram recolhidos 100 inquéritos durante o período de setembro de 2021 a maio de 2022.

O inquérito foi dividido em duas partes: a primeira avalia vários temas acerca do responsável que acompanha o paciente odontopediátrico à Clínica Universitária da FMD-UCP e a segunda que avalia vários conteúdos acerca do bebé/crianças. Na primeira parte do inquérito foram avaliados vários dados, tais como: identificação do responsável, hábitos de higiene oral do responsável, o seu histórico de visitas ao médico dentista incluindo extrações dentárias e dentes cariados, acompanhamento na gravidez pelo médico dentista; literacia sobre a cárie precoce de infância, atribuição de importância aos dentes decíduos do

paciente. Na segunda parte do inquérito, contemplava vários dados a serem avaliados, tais como: identificação do bebé/ criança, o tipo de alimentação que realiza, hábitos de sucção, hábitos de higiene, hábitos aquando da toma de medicamentos líquidos, histórico de extrações e histórico de lesões de cárie.

1.4. Variáveis

1. Identificação e caracterização sociodemográfica do responsável;
2. Hábitos de higiene do responsável;
3. Literacia sobre higiene oral do responsável;
4. Histórico de extrações e de lesões de cáries do responsável;
5. Identificação e caracterização sociodemográfica do responsável;
6. Hábitos do paciente pediátrico;
7. Momentos do dia da higiene oral do bebé/criança;
8. Hábitos de higiene do bebé/criança;
9. Histórico de extrações e de lesões de cáries do paciente pediátrico;

Podemos encontrar com maior detalhe, as variáveis analisadas em anexo 2.

1.5. Critérios de Inclusão e Exclusão

A) Critérios de Inclusão

- Todos os utentes pediátricos da Clínica Dentária Universitária da FMD-UCP
- Pacientes odontopediátricos que tenham idades compreendidas entre 0-18 anos

B) Critérios de Exclusão:

- Pacientes pediátricos que não queiram participar ou que não tenham conhecimentos para preencher o questionário da consulta odontopediátrica.

1.6. Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o teste de Fisher e o teste de independência do Qui-quadrado. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28 para Windows.





III- Resultados



Resultados

1. Caracterização da amostra

Os dados referem-se a um total de 100 pacientes. 79% do género feminino, de idades compreendidas entre 25-40 anos (54,0%) em 44% dos participantes com habilitações académicas ao nível do 10º-12º ano. 80% dos questionários foi respondido pela mãe. 45% dos participantes reside em cidades e 42% em aldeias.

Tabela II Caracterização Sociodemográfica

Pais	N	%
Género		
Feminino	79	79,0%
Masculino	20	20,0%
Não respondeu	1	1,0%
Idade		
< 25 anos	3	3,0%
25-40 anos	54	54,0%
> 40 anos	42	42,0%
Não respondeu	1	1,0%
Residência		
Aldeia	42	42,0
Cidade	45	45,0
Vila	12	12,0
Não respondeu	1	1,0
Parentesco		
Avós	2	2,0%
Mãe	80	80%
Pai	18	18%
Habilitações académicas		
< 4º ano	6	6,0%
5º - 9º ano	22	22,0%
10º - 12º ano	44	44,0%
Ensino superior	28	28,0%
Bebé/Criança		
Género		
Feminino	58	58,0%

Masculino	39	39,0%
Não respondeu	3	3,0%
Idade		
0-3 anos	6	6,0%
3-6 anos	45	45,0%
> 6 anos	47	47,0%
Não respondeu	2	2,0%
Residência		
Aldeia	39	39,0%
Cidade	45	45,0%
Vila	13	13,0%
Não respondeu	3	3,0%

Quanto às crianças, 58,0% eram do género feminino, com idade entre os 3 e os 6 anos (45,0%).

2. Hábitos de Higiene Oral

Uma percentagem de 88% escovava os dentes. 56% dos pais realizavam de manhã, depois de tomar o pequeno almoço e 65% antes de dormir.

Tabela III: Escovagem de dentes

		Não	Sim	às vezes	Não respondeu
Lava os seus dentes todos os dias?	N	12	88	0	0
	%	12,0%	88,0%	0,0%	0,0%
Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço	N	52	32	14	2
	%	52,0%	32,0%	14,0%	2%
Lava de manhã, depois de tomar o pequeno almoço	N	27	56	14	3
	%	27,0%	57,0%	14,0%	3%
Lava de manhã depois do lanche da manhã?	N	88	9	0	3
	%	88,0%	9,0%	0,0%	3%
Lava depois do almoço	N	52	26	21	1
	%	52,0%	26,0%	21,0%	1%
Lava depois do lanche da tarde?	N	92	4	0	4

	%	92,0%	4,0%	0,0%	4%
Lava depois do jantar	N	52	36	10	2
	%	52,0%	36,0%	10,0%	2%
Lava antes de dormir?	N	22	65	10	3
	%	22,0%	65,0%	10,0%	3%

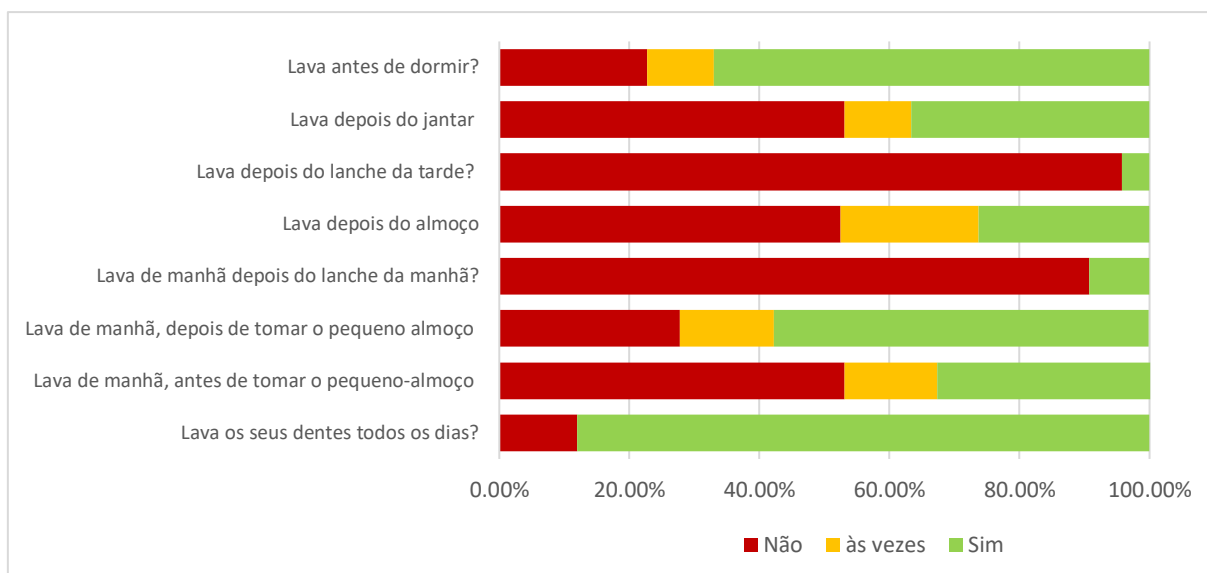


Figura 1: Escovagem de dentes

Há uma percentagem de mães que lavam os dentes depois de jantar (42,9% vs 15%), teste de Fisher, $p = .007$, como pode ser observado na tabela IV.

Tabela IV: Comparação de escovagem e género

	Feminino			Masculino			Sig.
	Não	Sim	Talvez	Não	Sim	Talvez	
Lava os seus dentes todos os dias?	10,1%	89,9%	0,0%	15,0%	85,0%	0,0%	.690
Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço	50,6%	33,8%	15,6%	65,0%	30,0%	5,0%	.411
Lava de manhã, depois de tomar o pequeno almoço	27,6%	57,9%	14,5%	30,0%	60,0%	10,0%	1.000
Lava de manhã depois do lanche da manhã?	89,6%	10,4%	0,0%	95,0%	5,0%	0,0%	.680
Lava depois do almoço	48,7%	26,9%	24,4%	65,0%	25,0%	10,0%	.340
Lava depois do lanche da tarde?	96,0%	4,0%	0,0%	95,0%	5,0%	0,0%	1.000
Lava depois do jantar	45,5%	42,9%	11,7%	85,0%	15,0%	0,0%	.007**
Lava antes de dormir?	25,0%	63,2%	11,8%	15,0%	85,0%	0,0%	.149

Há uma percentagem de 100% de pais com o ensino superior que escovam os dentes todos os dias ($\chi^2 (2) = 6.287, p = .041$).

No entanto, há outra percentagem de pais com o 9º ano ou menos, que indicam que às vezes lavam os dentes antes de tomar o pequeno-almoço ($\chi^2 (4)=14.790, p = .005$), depois de tomar o pequeno-almoço, ($\chi^2 (4) = 11.642, p= .018$.)

Ainda, com o mesmo nível de escolaridade, há pais que afirmam que às vezes lavam os dentes depois de jantar, ($\chi^2 (4) = 15.120, p = .005$) e que às vezes lavam os dentes antes de dormir, ($\chi^2 (4) = 13.258, p = .008$.)

Tabela V: Comparação de escovagem com a escolaridade

	≤ 9º ano			10º - 12º ano			Ens. superior			Sig.
	Não	Sim	Talvez z	Não	Sim	Talvez z	Não	Sim	Talvez z	
Lava os seus dentes todos os dias?	21,4 %	78,6 %	0,0%	13,6 %	86,4 %	0,0%	0,0%	100, 0%	0,0%	.041*
Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço	39,3 %	25,0 %	35,7 %	59,5 %	35,7 %	4,8%	57,1 %	35,7 %	7,1%	.005**
Lava de manhã, depois de tomar o pequeno almoço	18,5 %	48,1 %	33,3 %	32,6 %	58,1 %	9,3%	29,6 %	66,7 %	3,7%	.018*
Lava de manhã depois do lanche da manhã?	96,2 %	3,8%	0,0%	88,4 %	11,6 %	0,0%	89,3 %	10,7 %	0,0%	.619
Lava depois do almoço	67,9 %	10,7 %	21,4 %	55,8 %	25,6 %	18,6 %	32,1 %	42,9 %	25,0 %	.051
Lava depois do lanche da tarde?	100, 0%	0,0%	0,0%	95,3 %	4,7%	0,0%	92,3 %	7,7%	0,0%	.380
Lava depois do jantar	46,4 %	25,0 %	28,6 %	53,5 %	44,2 %	2,3%	59,3 %	37,0 %	3,7%	.005**
Lava antes de dormir?	23,1 %	53,8 %	23,1 %	32,6 %	65,1 %	2,3%	7,1% %	82,1 %	10,7 %	.008**

Para escovar os dentes, uma percentagem de 58,5% usava escova e pasta dentífrica, sendo que 50% colocava uma quantidade inferior ao comprimento da escova e os restantes 50% preenchia todo o comprimento da escova. As dosagens mais usadas eram entre 1000 ppm - 1500 ppm.

20% dos inquiridos encontrava-se informado sobre a quantidade de flúor contido na pasta de dentes. Uma percentagem de 93,0% indica que tem por costume bochechar depois de lavar os dentes, como indica a tabela VI em baixo.

Tabela VI: Método de Higiene oral

Como escova os dentes	N	%
Usa escova e pasta dentífrica	62	58,5
Usa escova, pasta dentífrica e fio dentário/ escovilhão	18	17,0
Usa escova, pasta dentífrica e elixir	16	15,1
Usa escova, pasta dentífrica, fio dentário/escovilhão e elixir	5	4,7
Usa apenas a escova	5	4,7
Quantidade de flúor		
Não sabe	79	79,0
Sabe	20	20,0
Não respondeu	1	1,0
Total	100	100,0
Bochecho com água		
Não	5	5,0
Sim	93	93,0
Não respondeu	2	2,0
Total	100	100,0

Na tabela VII, verificamos que os inquiridos que tinham visitado o seu médico dentista era de 89%. E dos que, tinham visitado, 62.2 % tinha-o feito mais do que 3 vezes. Também podemos verificar que os motivos mais referidos para recorrer ao Médico-dentista eram a rotina (41.3%) e Dentes cariados (28.3%)

Tabela VII: Visitas ao médico dentista

Visitas ao médico dentista	N	%
Não	11	11,0
Sim		
	89	89,0
Total	100	100,0
Quantidade de vezes que visitou o médico dentista		
Duas vezes	16	17,8
Mais do que três vezes	56	62,2
Três vezes	5	5,6
Uma vez	13	14,4
Total	90	100,0
Motivos da ida ao médico dentista		
Cheque dentista da grávida	5	5,4
Dentes cariados	26	28,3
Dor de dentes/gengivas	17	18,5
Outro	6	6,5
Rotina (inclui destartarização)	38	41,3
Total	92	100,0

A cerca de 74% dos pais, já lhes tinha sido extraído algum dente. Destes, 52.1% tinha-lhes sido extraído entre 2 a 4 dentes, como podemos confirmar na tabela VIII. Os motivos mais mencionados para a extração de dentes eram a cárie (46.3%) e a fratura dentária (29.3%).

Tabela VIII: História Clínica de extrações

História clínica de extrações dentárias	N	%
Não	24	24,0
Sim	74	74,0
Não respondeu	2	2,0
Total	100	100,0
História clínica do número de extrações dentárias		
> 4 dentes	16	22,5
1 dente	18	25,4
2 a 4 dentes	37	52,1
Total	71	100,0
Motivo das extrações		
Cárie	38	46,3
Fratura dentária	24	29,3
Outro	20	24,4
Total	82	100,0

A maioria da população (80%) indicaram que já lhes tinha sido tratados dentes cariados.

Uma percentagem de 45% dizem terem tratado mais de 4 dentes, como podemos analisar na tabela IX.

Tabela IX: História clínica de lesões de cárie

História clínica das lesões de cárie	N	%
Não	14	14,
Sim	80	80,0
Não respondeu	6	6,0
Total	100	100,0
História clínica de quantas lesões de cáries	N	%
> 4 dentes	36	45,0
0 sabe	11	13,8
1 dente	9	11,3
2 a 4 dentes	24	30,0
Total	80	100,0

Tabela X: Visitas ao médico dentista durante a gravidez

Visita ao médico dentista durante a gravidez	N	%
Não	34	34,0
Sim	55	55,0
Não respondeu	11	11,0
Total	100	100,0

Informação acerca da higiene oral do bebé	N	%
Não	38	50,0
Sim	38	50,0
Total	76	100,0

Como podemos observar, na tabela XI, 51,0% dos pais afirma ter conhecimento sobre a Cárie Precoce de Infância.

Dos pais que afirmam ter conhecimento sobre a cárie precoce de infância, 43% diz que teve esse conhecimento a partir do médico dentista, como mencionado na tabela de baixo.

Tabela XI: Cárie Precoce de Infância

Conhecimento da Cárie Precoce de Infância	N	%
Não	51	51,0%
Sim	43	43,0%
Não respondeu	6	6,0%
Total	100	100,0

Se sim, quem lhe forneceu essa informação	N	%
Conhece algum caso	1	2,3
Consulta na unidade de saúde familiar	2	4,7
Familiar	3	7,0
Internet/Revistas/ Panfletos	6	14,0
Médico dentista	25	58,1
Médico Pediatra	6	14,0
Total	43	100,0

66% dos pais afirma ter recebido informação de como se deve realizar a higiene oral. Esta informação foi, predominantemente, transmitida pelo médico dentista (57,7%), como podemos analisar na tabela XII. Uma percentagem de 85,0% considera que deve ter um maior cuidado com a higiene oral do seu bebé/criança com o avançar da idade.

Tabela XII: Informação de como realizar a Higiene oral

Recebeu informação de como deve realizar a higiene oral	N	%
Não	28	28,0
Sim	66	66,0
Não respondeu	6	6,0
Total	100	100,0
Se sim, quem lhe forneceu essa informação		
Consulta na Unidade de Saúde Familiar	8	11,3
Familiar	3	4,2
Internet/ Revistas/Panfletos	4	5,6
Médico Dentista	41	57,7
Médico Pediatra	14	19,7
Outro	1	1,4
Cuidado com a higiene oral do seu bebé/criança com o avançar da idade		
Não	13	13,0
Sim	85	85,0%
Não respondeu	2	2,0%
Total	100	100,0

Uma percentagem de 61,0% não atribui uma maior importância à dentição definitiva do que à dentição do bebé/criança sendo uma dentição temporária.

Os motivos considerados como mais válidos para levar o bebé/criança ao Médico-Dentista eram a rotina (73%), dentes cariados (36%) e dor de dentes/gengivas (34%).

Tabela XIII: Importância dentição

Atribuição de maior importância aos dentes definitivos	N	%
Não	61	61,0
Sim	36	36,0
Não respondeu	3	3,0
Total	100	100,0
Motivos para levar o bebé/criança ao médico dentista		
Rotina	73	73
Dor de dentes/ gengivas	34	34
Dente cariado	36	36
Dente escurecido/manchas	17	17
Erupção dentária	13	13
Esclarecer dúvidas sobre a higiene oral	18	18
Dentes aparentemente mal posicionados	18	18
Dificuldade em eliminar o hábito de sucção em chupeta	5	5
Sucção nos dedos	4	4

2.1. Hábitos da Criança

Cerca de 90% dos bebés/crianças não utilizam chupeta, embora 62.0% tenha-a usado no passado. Em 17,0% dos casos era colocado alguma substância na tetina da chupeta, normalmente uma substância médica para alívio da cólica nos primeiros meses de vida do bebé. Podemos comprovar estes dados na seguinte tabela XIV.

Tabela XIV: Hábitos

Utilização de chupeta atualmente	N	%
Não	90	90,0%
Sim	5	5,0%
Não respondeu	5	5,0%
Total	100	100,0
Utilização de chupeta no passado		
Não	30	30,0%
Sim	62	62,0
Não respondeu	8	8,0
Total	100	100,0
Colocação de alguma substância na tetina da chupeta		
Não	65	65,0
Sim	17	17,0
Não respondeu	18	18
Total	100	100,0

Como mencionado na tabela XV, 56% dos bebés não fazem qualquer tipo de alimentação à noite ao adormecer. Dos que fazem, 23% bebem leite.

Dos bebés/crianças que fazem alimentação ao adormecer, 87,9% afirma não usar o biberão para esse fim.

Tabela XV: Alimentação ao adormecer

O bebé/criança faz algum tipo de alimentação à noite ao adormecer?	N	%
Não	56	56,0
Sim	41	41,0
Não respondeu	3	3,0
Total	100	100,0
Se sim, usa biberão para esse fim?		
Não	51	87,9
Sim	7	12,1
Total	58	100,0

Uma percentagem de 7% dos bebés fazem alimentação durante a noite, como podemos verificar na tabela XVI.

Dos bebés/crianças que fazem algum tipo de alimentação durante a noite, 88,5% diz não usar o biberão para esse fim.

Quando o bebé/criança realiza algum tipo de alimentação durante a noite, o horário mais frequente é das 22-24h.

Tabela XVI: Alimentação durante a noite

O bebé/criança faz algum tipo de alimentação durante a noite?	N	%
Não	80	80,0%
Sim	7	7,0%
Não respondeu	13	13,0%
Total	87	100,0
Se sim, usa o biberão para esse fim?		
Não	23	88,5
Sim	3	11,5
Total	26	100,0
A que horário?		
01-03h, 04-06h	1	1,0%
22-24h	3	3,0%
22-24h, 01-03h	1	1,0%
Total	5	100%

2.2. Hábitos de Higiene Oral da Criança

Uma percentagem de 83.0% dos bebés ou crianças escova os dentes todos os dias.

Aquando da escovagem dos dentes, uma percentagem de 83% afirma que é a própria criança que a realiza. Podemos encontrar estes dados na tabela XVII.

Tabela XVII: Hábitos de higiene oral

Se lava os dentes, fá-lo todos os dias?	N	%
Não	12	12,0%
Sim	83	83,0%
Não respondeu	5	5,0%
Total	95	100,0

Quem realiza a higiene oral do bebé/criança	N	%
Mãe	56	56,0%
Bebé/criança	83	83,0%
Pai	44	44,0%

Segundo a tabela XVIII, 74.2% dos bebés/crianças escova os dentes antes de dormir e 34.7% depois do jantar.

Tabela XVIII: Rotina de higiene oral

	Não	Sim	Sempre	às vezes
Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço?	63,9%	0,0%	20,6%	15,5%
Lava de manhã, depois de tomar o pequeno-almoço?	65,2%	0,0%	0,0%	34,8%
Lava de manhã, depois do lanche da manhã?	94,7%	0,0%	2,1%	3,2%
Lava depois do almoço?	78,1%	0,0%	12,5%	9,4%
Lava depois do lanche da tarde?	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lava depois do jantar?	54,7%	0,0%	34,7%	10,5%
Lava antes de dormir?	17,5%	0,0%	74,2%	8,2%

Uma percentagem de 62% dos encarregados de educação afirmam que quando o bebé/criança toma medicamentos (xarope) durante a noite, não lhes lavam os dentes a seguir.

Tabela XIX: Após a toma de medicação, escova os dentes?

	N	%
Não	62	62,0
Sim	18	18,0
Nunca tomou	14	14,0
Não respondeu	6	6
Total	100	100

Uma percentagem de **73%** indica não saber qual a quantidade de flúor que a pasta dentífrica contém. Os que sabem, 14% indicam que contém entre 1000-1500ppm.

Como podemos observar na tabela XX, 59,0% dos pais indica que coloca aproximadamente o tamanho da unha do dedo mindinho do bebé/criança de pasta dentífrica na escova.

Tabela XX: Quantidade de flúor

Sabe a quantidade de flúor que contem a pasta?	N	%
Não	73	73,0
Sim	24	24,0
Não respondeu	3	3,0
Total	100	100,0

Quantidade de pasta que coloca na escova	N	%
Aproximadamente o tamanho da unha do dedo mindinho do bebé/criança	59	59,0%
Preenche todo o comprimento da escova	36	36,0
Não respondeu	5	5
Total	95	100,0

Quando questionados sobre o bochecho com água após escovar, cerca de 86% afirma que o bebé/criança bochecha com água após escovar. Como podemos verificar na tabela em baixo, 79% dos inquiridos escova os dentes do bebé/criança com uma escova e pasta dentífrica

Tabela XXI: Métodos de escovagem

Bochecha com água após escovar os dentes	N	%
Não	11	11,0
Sim	86	86,0
Não respondeu	3	3,0
Total	100	100

Como escova os dentes do bebé/criança	N	%
Escova	18	18,0
fio/ escovilhão	6	6,0
Uma escova e pasta dentífrica	79	79,0
Elixir	10	10,0

Uma percentagem de 78,0% diz que o bebé/criança já visitou o médico-dentista, como está descrito na tabela XXII. Uma percentagem de 33% mais de três vezes.

Os principais motivos tinham sido por rotina (45.1%) ou dentes cariados (25.4%).

Tabela XXII: Visitas ao Médico Dentista

O bebé/criança já visitou o médico dentista?	N	%
Não	19	19,0
Sim	78	78,0
Não respondeu	3	3
Total	100	100
Motivos da ida ao médico dentista		
Dentes escurecidos/manchas	7	5,7
Dentes cariados	31	25,4
Rotina	55	45,1
Traumatismos dentários	5	4,1
Dor de dentes/gengivas	8	6,6
Extrações dentárias (devido à permanência de dentes decíduos)	6	4,9
Outro	10	8,2
A que idade pretende levar o bebé/criança ao Médico Dentista	N	%
> 6 anos	3	3,0
0 não sabe	6	6,0
0-3 anos	1	1,0
4-6 anos	5	5,0
Apenas quando tiver algum problema	3	3,0

Relativamente aos que ainda não tinham visitado o médico-dentista, a maioria dos pais afirmam não saber quando levar o bebé/criança ao médico dentista

A percentagem das crianças que já tinham sido tratados dentes cariados era de 50%. Por norma, 1 dente, como está representado nas seguintes tabelas.

As crianças a quem já tinha sido extraído um dente era uma percentagem de 19,0%, sendo que o principal motivo da extração era por atraso na erupção do dente permanente.

Tabela XXIII: Histórico clínico

Histórico clínico de lesões de cáries	N	%
Não	31	31,0
Sim	50	50,0
Não respondeu	19	19
Total	100	100,0
Histórico clínico do número de lesões de cáries		
> 4 dentes	10	10,0
0 sabe	1	1,0
1 dente	17	17,0
> 4 dentes	10	10,0
Histórico clínico de extrações dentárias	N	%
Não	63	63,0
Sim	19	19,0
Não respondeu	18	18
Total	100	100,0



IV- Discussão dos Resultados

Discussão dos Resultados

1. Caracterização da amostra

O presente estudo dispôs de uma amostra de 100 pacientes . Em relação às crianças, 58% eram do género feminino. No que diz respeito aos pais, como era expectável, a maioria era do género feminino (79.0%). Comparando com outro estudo realizado por *Brega et al.*, também verificamos uma percentagem elevada de 97% que eram do género feminino. ⁽²⁹⁾ Estes dados indicam-nos que são as mulheres mais presentes no que diz respeito ao cuidado da higiene oral das crianças, visto que, o género feminino tem um particular relevo e um papel fundamental na saúde oral do bebé/criança. ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾ De facto, podemos comprovar este dado, tendo em conta que no nosso estudo, 80% dos casos era a mãe que acompanhava com mais frequência o bebé/criança ao médico dentista.

A presença e a literacia da mãe são fatores importantes a serem avaliados, tendo em conta que, por exemplo, um estudo realizado nos Estados Unidos demonstra-nos que lesões de cáries não tratadas e um alto nível de *S. mutans* presente na saliva aumenta o risco de CPI na criança. ⁽³¹⁾ Segundo *Dagon et al.*, no seu estudo, indica-nos, que dois terços das mães, normalmente que provam a comida do bebé/criança desde a colher do mesmo para verificar se está a uma temperatura correta, é um exemplo, em que poderá haver transmissão de *S. mutans* e aumentar, assim, o risco de cárie como dito anteriormente. ⁽³²⁾ De acordo com um estudo realizado em África, o conhecimento das mães sobre os hábitos de higiene oral do filho está diretamente relacionado à frequência com que a criança escova os dentes. ⁽³³⁾

1.1. Idades

No nosso estudo, as idades dos cuidadores estão compreendidas entre os 25-40 anos numa amostra de 54.0%, enquanto que as idades das crianças estão compreendidas entre os maiores de 6 anos com uma percentagem de 47% e dos 3-6 anos com uma percentagem de 45.0%. Similar aos nossos dados, um

estudo realizado por *Naidu et. al*, indica-nos que a maior parte dos pais tem idades entre os 25-44 anos e os bebés/crianças entre 3-5 anos de idade. Estes dados são indicativos de um grupo jovem, o que vai de encontro a um grupo de bebés/crianças no grupo pré-escolar. ⁽³⁴⁾ Neste período pré-escolar/escolar, definir bons hábitos de saúde oral e alimentares, é diretamente influenciado pelo conhecimento dos pais. De novo, *Dagon et al.* refere-nos que hábitos estabelecidos nestas idades terão impacto não só na saúde oral atual da criança como também na saúde oral dos mesmos indivíduos quando forem adultos. ⁽³²⁾

2.3. Residência

Na nossa amostra, 45.5% dos inquiridos reside numa cidade enquanto uma percentagem muito idêntica de 42.4% reside numa aldeia. Estes dados sociodemográficos como a área de residência são importantes de serem analisados, dado que, são fatores identificáveis como potenciais de baixo conhecimento em literacia. ⁽³⁵⁾

Um estudo feito na China, realizado por *Zhu et al.* indicam que pais/crianças que vivem em zonas rurais, realizam menos vezes a sua higiene oral do que aqueles que vivem em zonas urbanas. Segundo o estudo referido anteriormente, este facto poderá ser devido ao facto que em zonas urbanas há uma maior tendência a assumir um estilo de vida mais moderno assim como também um nível mais alto socioeconómico. ⁽³⁶⁾

2.4. Habilitações Académicas

Segundo o presente estudo, 44% tinha habilitações académicas ao nível do 10º-12º ano. Este resultado não está em conformidade com o Boletim Estatístico realizado em 2021, que nos indica que apenas 21,9 % das mulheres tem o ensino secundário. ⁽³⁷⁾ Este dado é importante, tendo em conta que está comprovado por vários estudos que existe um vínculo entre o estado socioeconómico e cultural com a saúde oral da população ^{(38)(39) (35)}

O nível de educação é importante, já que as crenças, atitudes, anos de escolaridade e comportamentos de saúde dos cuidadores influenciam os comportamentos e a saúde das crianças sob os seus cuidados. ^{(39) (40)(35) (10)}

No presente estudo, podemos comprovar que há uma grande percentagem de pais com o ensino superior que lavam os dentes todos os dias. Enquanto que cuidadores com o 9º ano ou menos, afirmam que só às vezes é que escovam os dentes tanto antes como depois de tomar o pequeno almoço e que, só às vezes, escovam os dentes depois de jantar como antes de ir dormir. Além do mais, os pais com ensino superior não lavam os dentes de manhã antes de tomar o pequeno-almoço ($p=0,005$), mas sim realizam a sua higiene oral corretamente após essa mesma refeição ($p=0,018$).

Um estudo realizado no Irão e outro em Hong Kong preconizam que filhos de pais que tem um maior nível de escolaridade e que tem maior nível socioeconómico, tem uma melhor higiene oral e menos cáries. ^(27,33) Segundo *Shaghahian et. al* está também comprovado que o nível de educação da mãe da criança está relacionado com o nível de conhecimento acerca dos hábitos de higiene oral. ⁽²⁷⁾

Se desde o início, os pais não são conhecedores de boas práticas de higiene oral, isto terá efeitos negativos na vida da criança começando pelo desenvolvimento de cáries ou más oclusões. Dado que, está estipulado que nos primeiros anos de vida, os pais/cuidadores, tem um papel fundamental no ensino e em estabelecer bons hábitos de higiene oral assim como na frequência de consumo de açúcar. ⁽³⁵⁾

Está comprovado, por *Brega et al.*, que pais com um baixo nível literário tem uma maior tendência a não ter os comportamentos ideais em relação aos hábitos de higiene oral. Como consequência, podem não dar a devida importância aos problemas dentários dos filhos nem às recomendações sobre higiene oral e mais propensos a ter hábitos que poderão ser prejudiciais à saúde oral da criança. ⁽⁴¹⁾

Em contraste, segundo *Firmino et al.*, pais com um maior nível de escolaridade, poderão ter uma melhor comunicação dentista-paciente, o que poderá ajudar a diminuir a ansiedade tanto do pai como da criança, bem como,

uma maior possibilidade de aceitação do tratamento e o cumprimento de bons hábitos de higiene. ⁽⁴²⁾

2.5. Gravidez

Em relação à ida ao médico dentista durante a gravidez, este estudo, indica-nos que mais de metade, 55,0 %, afirma ter ido. Em 50% dos casos admite que recebeu informação sobre a higiene oral do bebé. Este conhecimento foi, principalmente, transmitido pelo médico dentista (58.1%), e só 14% pelo médico-pediátrica. Podemos considerar este resultado satisfatório, dado que segundo a literatura científica, a grávida deverá realizar todos os procedimentos essenciais para que haja uma boa saúde oral. Além disso, se tiver dentes com lesões de cárie ou doença periodontal, deverá realizar os tratamentos, visto que uma má saúde oral por parte da grávida pode afetar o desenvolvimento da gravidez, à semelhança da saúde geral e oral do recém-nascido. ^{(5) (43) (44)}

Vários autores como *Xiao et al.*, e *Anil et al.*, referem que, crianças que tem baixa probabilidade de vir a desenvolver CPI, a mãe recebeu tratamentos dentários e informações sobre a higiene oral durante a gravidez. ^{(31) (10)} Por este motivo, as consultas da grávida são um bom momento para esclarecer possíveis dúvidas sobre a higiene oral do bebé assim como também explicar a relevância da mesma. ^{(5) (45)}

O momento para esclarecer dúvidas sobre a higiene oral é importante, dado que, se a mãe não souber como prevenir a cárie dentária, também não saberá praticar os melhores métodos de saúde oral para precaver a cárie tanto na criança como também na própria saúde oral. ⁽⁴⁶⁾

2.6. Cárie Precoce de Infância

Em relação à cárie precoce de infância, neste estudo, apenas 43.0% tem conhecimento da existência da mesma. Uma amostra de 58.1% obteve essa informação, a partir, do médico dentista. Não consideramos este dado positivo neste estudo, tendo em conta que a cárie precoce de infância, pode ter

consequências devastadoras para a criança. Entre as quais, dores, sofrimento, problemas em comer e dormir, o que poderá resultar em efeitos negativos tanto para a vida da criança da mesma forma que para vida dos pais. ⁽⁴⁶⁾ Esta patologia poderá ser evitada se os pais estiverem suficientemente bem informados, dado que, as decisões de saúde dos pacientes está, relacionada e influenciada pelo conhecimento dos seus cuidadores. Também é de reforçar que a baixa literacia sobre saúde oral aumenta a probabilidade de transmissão vertical de bactérias cariogénicas da mãe para a criança. Isto pode acontecer quando a mãe já é portadora de lesões de caries que não estão tratadas. ⁽²⁵⁾ A gravidez é o período predileto para alertar a mãe sobre a CPI, dada a preponderância que a saúde oral da mãe e dos comportamentos têm na saúde oral das crianças. ⁽³¹⁾ Estudos realizados por *Çolak et al.* e *Anil et al.* sugerem que a CPI é mais comumente encontrada em crianças que vivem em baixas condições económicas e em que os pais tem um baixo nível educacional, especialmente em mães que não possuem estudos. ⁽⁴⁷⁾⁽¹⁰⁾

Além do mais, também é de referir, com esta patologia podemos comprovar que, uma má literacia em relação à saúde oral, pode provocar resultados negativos na própria saúde oral, do mesmo modo que, daqueles que cuidamos e também estar associado a mais custos. ⁽²⁴⁾ Embora, sejam feitos esforços para controlar a CPI, é necessário ter em conta, o acompanhamento e a ponderação do conhecimento e as atitudes dos pais uma vez que tem um papel significativo no controlo da doença. ⁽³⁰⁾

Ainda neste estudo, a maioria dos inquiridos de 61.0% não atribui maior importância aos seus dentes, sendo uma dentição definitiva que à dentição dos seus filhos, sendo uma dentição temporária. Em comparação com outro estudo, realizado na Clínica Universitária de Kuwait, numa amostra de 300 pais, 88.1% dos participantes considera a dentição decídua importante, enquanto 4.8% considera a dentição definitiva mais importante. ⁽²⁸⁾ Em relação a estes dados, podemos considerar corretos, uma vez que, se os pais considerarem a dentição decídua importante poderão ter o devido cuidado com a mesma.

2.7. Hábitos de Higiene Oral

Analisando os dados descritivos em relação à higiene oral dos pais e da criança, podemos afirmar que uma percentagem mais elevada dos pais escova os dentes todos os dias. Este dado vai de encontro ao resultado que obtivemos das crianças visto que uma percentagem de 83,0% também escova os dentes todos os dias. Podemos considerar estes dados satisfatórios, tendo em conta que, a grande maioria realiza a sua higiene oral todos os dias e, além disso estes hábitos de higiene são transmitidos aos filhos. Segundo o estudo realizado em 2021 pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), refere-nos que os portugueses escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia. ⁽⁴⁸⁾ Contrastando com outro estudo realizado por *Naidu et al.*, uma amostra de 15% não tinha conhecimento que a dentição decídua deveria ser escovada assim que erupcionada. ⁽⁴⁹⁾ Segundo as normas da Direção Geral de Saúde (DGS) é preconizado que, a escovagem deve ser realizada, pelo menos, 2 vezes por dia e deverá ser iniciada aquando a erupção do primeiro dente decíduo. ⁽⁵⁾

Em relação à realização da higiene oral após as refeições, como depois de tomar o pequeno almoço, depois do lanche da manhã, depois do almoço e depois do lanche da tarde, a grande maioria tanto dos pais como das crianças responderam que não escovam os dentes. É recomendado pela DGS que crianças que ainda estão no ensino pré-escolar, assim como no ensino básico, devem realizar a sua higiene oral nas escolas depois das refeições. ⁽⁵⁾

Além disso, também comprovamos que a higiene oral da criança só é realizada quando a dos seus cuidadores também é feita. Posto isto, os pais, como modelos a seguir, devem estimular as crianças a realizar a sua higiene oral da forma mais correta. ⁽³⁰⁾

Já em relação a escovar os dentes depois de jantar ou antes de ir dormir, uma grande maioria afirma escovar os dentes só antes de ir dormir. Podemos considerar estes resultados satisfatórios visto que está recomendado que a escovagem à noite depois de comer é imprescindível. ⁽⁵⁰⁾ Um estudo realizado em Marrocos por *Chala et al.*, conclui que, hábitos de higiene oral, como a

quantidade de vezes que escova os dentes, quando são estabelecidos desde a infância podem prevalecer até à vida adulta. ⁽³⁰⁾

2.8. Rotina da Higiene Oral

Segundo o nosso estudo, a maioria das crianças 79,0%, utiliza uma escova e pasta dentífrica para realizar a sua higiene oral, o que vai de encontro de como os cuidadores realizam a sua higiene, dado que a maioria, 58,5% utiliza a escova e pasta. Ainda no nosso estudo, apenas 17,0% dos pais usa escova, pasta dentífrica e fio dentário/escovilhão e uma minoria de 6% das crianças usam fio/escovilhão. Contrastando com um estudo realizado por *Zhang et al.*, numa amostra de 432 famílias, 19,9% das crianças usa fio dentário enquanto que 28,1% dos pais e 41,8% das mães também utiliza fio dentário após a escovagem.⁽³³⁾ Também o estudo realizado pela OMD 2021, indica-nos que 7,5% da população portuguesa usa fio dentário e 93% usa colutórios. ⁽⁴⁸⁾

Este dado não está em concordância com a literatura, que refere que, a partir dos 9-10 anos de idade deve-se começar a utilizar fio dentário. Além do mais, também está preconizado segundo a DGS, que as crianças em ambiente escolar do ensino básico devem realizar o bochecho quinzenal com flúor. ⁽⁵⁾

Outro dado relevante segundo o nosso estudo, é que, está demonstrado que 59,0 % da amostra coloca aproximadamente o tamanho da unha do dedo mindinho do bebé/criança de pasta na escova. Em comparação com a quantidade de pasta que os cuidadores colocam na escova, podemos afirmar que, 50% coloca uma quantidade inferior ao comprimento da escova. Um outro estudo feito por *Naidu et al.*, também nos indica que numa amostra de 309 pais, uma percentagem de 88.4% de crianças também coloca uma pequena quantidade de pasta na escova dentes. ⁽⁴⁹⁾

Está preconizado que até aos 6 anos de idade, que a quantidade de pasta colocada na escova deverá ser igual à unha do dedo mindinho da criança, enquanto que, a partir dos 6 anos de idade deverá ser aproximadamente de 1 cm. ⁽⁵⁾

Uma percentagem muito elevada de cuidadores de 93.0%, diz bochechar com água após escovar os dentes. Este dado vai de encontro com os dados da criança, visto que também uma percentagem bastante elevada de 86,0% diz também bochechar com água após a escovagem. Este dado informativo é considerado desfavorável, já que não se deve bochechar com água após a escovagem, mas sim só retirar os excessos de pasta para que fique retido o flúor contido na pasta dentífrica. ⁽⁵⁰⁾

Ainda em relação à rotina de higiene oral da criança, 83% dos casos era a própria criança que a realiza a sua higiene oral, enquanto 56% das crianças era a mãe que auxiliava e apenas 44% era o pai que auxiliava. Similar ao nosso estudo, segundo *Al Yahya et al*, 81.1% dos pais só observava e orientava a criança durante a escovagem, 14.1% dos pais só aconselhava e apenas 1.1% dos cuidadores não auxilia os filhos durante a sua rotina oral. ⁽²⁸⁾ Comparando ainda com outro estudo realizado no Hong Kong por *Chan et al.*, uma percentagem de 56% pais indicam que os seus filhos escovam os dentes sem nenhuma supervisão. ⁽⁵¹⁾

Segundo o PNPSO, a escovagem da criança deve ser auxiliada pelos pais. Só após os 6 anos de idade, em que a criança já tiver autonomia suficiente para realizar a sua higiene oral sozinha. ⁽⁵⁾

Em relação à ida ao médico dentista, uma percentagem de 78,0% dos bebés/crianças desta amostra, já tinha visitado o médico dentista. Destes 78,0%, 33% diz já ter visitado mais do que três vezes, com os principais motivos serem rotina ou dentes cariados. No que diz respeito à amostra dos pais, podemos afirmar também que, uma grande parte da amostra, 89% dos inquiridos já visitaram o seu médico dentista, enquanto que, 11% ainda não tinha visitado. De referir que, a amostra que já tinha visitado, tinha-o feito mais do que três vezes (62,2%).

Segundo *Al Yahya et al.*, no seu estudo, 20% dos pais levaram os seus filhos ao médico dentista apenas uma vez por ano, enquanto 38,5% já os levaram duas vezes ao médico dentista. ⁽²⁸⁾ Contraoando novamente com o estudo da OMD 2021, indica nos que só 10% dos portugueses visitou várias vezes o seu médico dentista e 3.7% nunca visitou o seu médico dentista. ⁽⁴⁸⁾

Podemos considerar, no nosso estudo, que tanto os dados dos cuidadores, como também dos bebés/crianças estão em concordância entre si. Com efeito, as visitas ao médico dentista dos filhos estão relacionadas com a compreensão dos pais em relação à saúde oral. ⁽⁵²⁾

No nosso estudo, segundo os pais, os motivos mais mencionados para acudir ao médico dentista, foram rotina (41.3%) e lesões de cáries (28,3%). Em relação ao estudo da OMD realizado em 2021, indica-nos que 48.5% visitou o seu dentista no âmbito de rotina e 21.4% por motivos de lesões de cáries. ⁽⁴⁸⁾

Voltando ao nosso estudo, em relação aos pacientes odontopediátricos, os motivos mais descritos também foram rotina (45,1%) e dentes cariados (25.4%). Este dado é importante de ser analisado, tendo em conta que, o número de lesões de cáries dos bebés/crianças é refletido na higiene oral dos pais. ⁽²⁸⁾ Este dado indica-nos que o paciente já não vai ao médico dentista só quando sente dor mas também para realizar o seu check-up. Além do mais segundo *Buhr et al.*, este dado também é indicativo na medida que crianças de pais com uma baixa literacia tem mais tendência a ter um maior risco de lesões de cáries. ⁽⁵³⁾

Analisando a amostra de 19,0% em que o bebé/criança nunca visitou o médico dentista, 5% reitera que pretendem levar o filho quando este tenha entre 4 a 6 anos de idade. Um estudo realizado pela AAPD, reitera que cerca de três quartos dos pais americanos não levam os seus filhos ao médico dentista até aos 12 meses por falta de conhecimento à importância de uma visita antecipada ao médico dentista. ⁽⁵⁴⁾

Comparando novamente com o estudo de *Al Yahya et al.*, uma amostra de 23,3%, acredita que o bebé/criança só deverá visitar o médico dentista apenas quando sente algum tipo de dor dentária. ⁽²⁸⁾ Este dado poderá ser justificado pelo facto de haver algumas limitações a nível monetário. ⁽³⁰⁾

Segundo *Douglass et al.*, mais de 30% bebés/crianças de pais com baixo nível social e que não recebem nenhum tratamento dentário até terem 3 anos de idade, quando vão ao médico dentista por esta idade, já são portadoras de lesões de cáries. ⁽⁵⁵⁾

Estes dados não estão em conformidade com literatura científica, já que está preconizado que a primeira ida ao médico dentista deverá ser realizada a partir

do momento em que erupciona o primeiro dente, ou seja, por volta dos 6 meses de idade. ⁽⁵⁶⁾ De acordo com *Dagon et al.*, a primeira visita for, por volta desta idade, menor é a probabilidade de a criança vir a desenvolver cáries. ⁽³²⁾

Segundo a AAPD, uma visita antecipada ao médico dentista e boas práticas de higiene oral, podem diminuir ou ainda inverter o processo de deterioração dos dentes da criança. ⁽⁵⁴⁾

2.9. Hábitos da criança

No presente estudo é indicado que, 90% dos bebés/crianças não usa chupeta. No entanto, 62.0% já usou no passado. Tendo em conta que 90%, atualmente, já não tem o hábito de usar chupeta. De acordo com o estudo realizado por *Pérez-Suárez et al.*, comportamentos não nutritivos de sucção, como é o caso do uso de chupeta, têm uma prevalência de 90% como o hábito mais frequente. ⁽⁵⁷⁾ Ainda outro estudo realizado por *Vilhaça et al.*, indica-nos que uma percentagem de 86% usavam ou já tinha usado chupeta. ⁽⁵⁸⁾

Segundo a evidência científica, a duração do hábito está relacionada com a severidade da má oclusão. Também por este motivo, é importante que tanto os pais como os médicos dentistas saibam a frequência e a duração do hábito. ⁽⁵⁹⁾ ⁽⁶⁰⁾ Além do mais, segundo *Ling et al.*, está comprovado que usar chupeta mais de 6 meses pode reduzir a eficácia mastigatória, e, ainda, o uso de chupeta pode também estar associado ao aumento da prevalência de candidíase oral. ⁽⁶⁰⁾ Complementando esta informação, novamente *Pérez-Suárez et al.*, refere que o uso de chupeta além dos 2 anos de idade, pode provocar uma malformação do maxilar e da arcada dentária. ⁽⁵⁷⁾

Também é de referir que 17% dos casos era colocada uma substância na tetina da chupeta, mais frequentemente, uma substância médica para alívio das cólicas nos primeiros meses de vida. Comparando com outro estudo realizado em Itália, numa amostra de 304 pais de crianças, 2,9% colocava algo doce na chupeta. ⁽⁶¹⁾ Podemos considerar estas percentagens baixas favoráveis, tendo em conta, que está descrito na literatura, a colocação de substâncias na tetina

da chupeta faz com que haja o surgimento e a propagação da cárie precoce de infância. ⁽⁴⁷⁾

2.10. Medicação

Sobre a medicação na criança, 62% dos casos afirmam não escovar os dentes a seguir à toma de medicamentos. Este é um dado preocupante, visto que, a fórmula líquida é a mais aconselhada para as crianças. No entanto, fórmulas líquidas usadas num período superior a três meses, são um fator de risco para o aumento da cárie dentária, erosão dentária ou até mesmo doenças sistémicas como a diabetes. ⁽⁶²⁾ ⁽⁶³⁾ Podemos comprovar este facto num estudo realizado na Índia por *Goyal et al.*, que crianças que consomem fórmulas líquidas são três vezes mais propensas a desenvolver cáries dentárias que aquelas que não tomam, ainda, quando está associado a uma má higiene oral ⁽⁶⁴⁾

Além do mais, medicamentos que contenham sacarose com agente adoçante, também possuem uma alta viscosidade e podem ser facilmente fermentadas pelas bactérias orais cariogénicas. ⁽⁶⁵⁾

A razão pela qual os dentes são afetados pela utilização de fórmulas é devido a que estes possam reduzir o fluxo salivar, assim como também, a capacidade de tamponamento e, por isso, um maior risco de cárie. ⁽⁶⁵⁾ ⁽⁶²⁾

2.11. Alimentação

Em relação à alimentação para adormecer, maioritariamente das crianças não faz nenhum tipo de alimentação à noite para adormecer, no entanto, uma minoria de 23% bebe leite antes de dormir. Desse número, apenas 12.1% usa o biberão para esse fim. Também é de referir que, apenas 7% das crianças/bebé acorda durante a noite para comer, e novamente, 23% quando o faz, bebe leite. Apenas 11.5% utiliza o biberão para esse fim. O horário mais frequente é das 22h-24h com uma percentagem de 3.0%. Em relação ao uso de biberão à noite, outro estudo indica nos que, 26% tem esse hábito. ⁽⁴⁹⁾ Com estas percentagens podemos considerar estes resultados favoráveis visto que é uma minoria. É de referir que, existe um risco associado ao desenvolvimento de lesões de cáries

quando substâncias que contenham açúcar são consumidas à noite. ⁽⁶⁶⁾ No entanto, estudos demonstram que beber leite de vaca tem um potencial mínimo cariogénico devido ao nível de minerais.⁽¹⁰⁾ Um estudo realizado na Andalúcia, por *González et al.*, numa amostra de 112 pais, indicam-nos que 60,7% dos pais tem conhecimento que o uso constante de biberão com leite e alguma substância açucarada pode contribuir para a cpi. ⁽⁶⁷⁾ *Vozza et al.*, no seu estudo indica-nos que 35% da sua amostra coloca uma substância doce no leite. ⁽⁶¹⁾ Este estudo referido anteriormente, vai de encontro à evidência científica que, explica que, dar biberão à criança/bebé durante a noite pode aumentar o risco de cárie precoce de infância, sendo os dentes incisivos mais vulneráveis. ⁽³⁴⁾

3. Limitações do estudo

Neste estudo, foram encontradas algumas limitações, tais como, alguns inquéritos não terem sido respondidos na sua íntegra. Assim como também, o possível viés associado a algumas respostas dos pais aos inquéritos.



V - Conclusões



Conclusões

A partir dos resultados obtidos no presente estudo podemos concluir que são os pais (género masculino) que demonstram ter piores hábitos de higiene oral ($p=0,007$). Esta foi a única relação estatisticamente significativa entre as variáveis género e as outras em que se fizeram os cruzamentos da análise inferencial.

Relativamente à variável escolaridade dos pais, e depois de analisados todos os cruzamentos, obtiveram-se alguns valores com significado estatístico. Os responsáveis com habilitações de ensino superior não lavam os dentes de manhã antes de tomar o pequeno almoço ($p=0,005$), mas antes realizam a sua higiene oral, e corretamente, após essa mesma refeição ($p=0,018$). O mesmo acontece com a escovagem à noite, havendo evidencia que os pais com ensino superior completo não escovam os dentes depois de jantar ($p=0,005$), fazendo-no de forma correta, e como mandam as guidelines nacionais e internacionais, antes de ir dormir ($p=0,008$).

Com estes resultados pode-se concluir que a literacia dos pais impacta de forma significativa os seus cuidados de higiene oral e que as mulheres apresentam melhores hábitos de higiene oral que os homens, facto que seria expectável, relativamente ao que conhecemos da literatura.





VI- Bibliografia



Bibliografia

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Overview [Internet]. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, editors. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/13058>
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and Infant Oral Health Care. 2021.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Oral Health Care for the Pregnant Pediatric Dental Patient. 2021.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. 2018.
5. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. Programa nacional de promoção da saúde oral. 2005.
6. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional [Internet]. 2021. Available from: www.dgs.pt
7. American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride Therapy [Internet]. 2018. Available from: www.sign.ac.uk/assets/sign138.pdf
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Use of Fluoride. 2021.
9. Dashper SG, Mitchell HL, Lê Cao KA, Carpenter L, Gussy MG, Calache H, et al. Temporal development of the oral microbiome and prediction of early childhood caries. *Scientific Reports*. 2019 Dec 1;9(1).
10. Anil S, Anand PS. Early childhood caries: Prevalence, risk factors, and prevention. Vol. 5, *Frontiers in Pediatrics*. Frontiers Media S.A.; 2017.
11. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. *International Journal of Dentistry*. 2011.
12. Tungare S, Paranjpe AG. Early Childhood Caries. 2022.
13. Featherstone JDB, Crystal YO, Alston P, Chaffee BW, Doméjean S, Rechmann P, et al. Evidence-Based Caries Management for All Ages- Practical Guidelines. *Frontiers in Oral Health*. 2021 Apr 27;2.

14. Featherstone JDB, Crystal YO, Alston P, Chaffee BW, Doméjean S, Rechmann P, et al. Evidence-Based Caries Management for All Ages- Practical Guidelines. *Frontiers in Oral Health*. 2021 Apr 27;2.
15. American Academy of Pediatric Dentistry. Healthy Beverage Consumption in Early Childhood: Recommendations from Key National Health and Nutrition Organizations: Summary of Oral Health Considerations. 2019;565–8. Available from: <https://pediatrics.aappublications>.
16. Direção Geral de Saúde. Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos. 2019.
17. World Health Organization. Healthy diet . 2020.
18. Heyman MB, Abrams SA. Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations [Internet]. Vol. 139, from the American Academy of Pediatrics. 2017. Available from: http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/139/6/e20170967/1064266/peds_20170967.pdf
19. Dülgergil Ç, Dalli M, Hamidi M, Çolak H. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2013;4(1):29.
20. Türkoğlu Kayacı Ş, Güven Polat G, Ataş C, Kanik EA. Knowledge, Attitudes and Practices of Pediatricians about Effects of Pediatric Drugs on Oral Health: A Survey Study. *The Journal of Pediatric Research*. 2020 Jul 8;7(4):336–41.
21. Thosar NR, Bane SP, Hake N, Gupta S, Baliga M. S, Rathi N. Knowledge, Attitude and Practice of Mothers for Administration of Medicaments to Their Children and its Correlation with Dental Caries. *International Journal of Current Research and Review*. 2020;12(18):05–8.
22. Arthur Nowak. *Pediatric Dentistry: Infancy Through Adolescence* . Sixth. Elsevier; 2019. 20–211 p.
23. American Academy of Pediatric Dentistry. Management of the Developing Dentition an Occlusion in Pediatric Dentistry. 2021.
24. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*. 2018 Oct 24;18(1).

25. Shimpi N, Glurich I, Maybury C, Wang MQ, Hashimoto K, Acharya A, et al. Knowledge, Attitudes, Behaviors of Women Related to Pregnancy, and Early Childhood Caries Prevention: A Cross-Sectional Pilot Study. *Journal of Primary Care and Community Health*. 2021;12.
26. Charophasrat S, Thitasomakul S, Tianviwat S. Development and validation of oral health literacy questionnaire for Thai adults. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*. 2021 Nov 1;11(6):685–94.
27. Shaghaghian S, Savadi N, Amin M. Evaluation of parental awareness regarding their child's oral hygiene. *International Journal of Dental Hygiene*. 2017 Nov 1;15(4):e149–55.
28. Al-Yahya L, Al-Anzi A. Knowledge and Oral Health Attitudes among Parents in Kuwait Elective Project Study Course No. 703 First authors: Dua'a Sultan.
29. Brega AG, Jiang L, Johnson RL, Wilson AR, Schmiege SJ, Albino J. Health Literacy and Parental Oral Health Knowledge, Beliefs, Behavior, and Status Among Parents of American Indian Newborns. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2020 Aug 1;7(4):598–608.
30. Chala S, Houzmali S, Abouqal R, Abdallaoui F. Knowledge, attitudes and self-reported practices toward children oral health among mother's attending maternal and child's units, Salé, Morocco. *BMC Public Health*. 2018 May 11;18(1).
31. Xiao J, Alkhers N, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ, Wu TT, Castillo DA, et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 53, *Caries Research*. S. Karger AG; 2019. p. 411–21.
32. Dagon N, Ratson T, Peretz B, Blumer S. Maternal knowledge of oral health of children aged 1-4 years. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2019;43(2):116–20.
33. Zhang Y, Li KY, Lo ECM, Wong MCM. Structural equation model for parental influence on children's oral health practice and status. *BMC Oral Health*. 2020 Feb 17;20(1).

34. Naidu RS, Nunn JH. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. *Oral Health Prev Dent* [Internet]. 2020 Apr 1;18(1):245–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32618448>
35. Alkhubaizi Q, Moule A, Al-Sane M, Sorkin JD. Oral health practices and knowledge among parents and hired caregivers. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2018 Dec 1;19(6):403–10.
36. Zhu L, Petersen PE, Wang HY, Bian JY, Zhang BX. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China. *International Dental Journal*. 2003 Oct 1;53(5):289–98.
37. Bernardo C, Leonardo J. Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatístico 2021 [Internet]. Available from: www.cig.gov.pt
38. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2013 Jul;31(2):158–65.
39. Hiratsuka VY, Robinson JM, Greenlee R, Refaat A. Oral health beliefs and oral hygiene behaviours among parents of urban Alaska Native children. *International Journal of Circumpolar Health*. 2019 Jan 1;78(1).
40. Naidu R, Nunn J, Irwin JD. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: An exploratory cluster randomised controlled study. *BMC Oral Health*. 2015 Sep 2;15(1).
41. Brega AG, Johnson RL, Jiang L, Wilson AR, Schmiede SJ, Albino J. Influence of parental health literacy on change over time in the oral health of american indian children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jun 1;18(11).
42. Firmino RT, Martins CC, Faria L dos S, Martins Paiva S, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, et al. Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Dentistry*. 2018 Jun 1;78(3):231–45.

43. Kobylińska A, Sochacki-Wójcicka N, Gozdowski D, Olczak-Kowalczyk D. Self-Reported Oral Health Knowledge and Practices During Pregnancy and Their Social Determinants in Poland. *Oral Health Prev Dent* [Internet]. 2020 Apr 1;18(1):287–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32618452>
44. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ellis S, Bhole S, Ajwani S. Promoting oral health during pregnancy: current evidence and implications for Australian midwives. *Journal of Clinical Nursing* . 2010;
45. Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B, Bella A, Vasilyeva A, Lange Kessler J. Oral Health in Pregnancy. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2016 Jul 1;45(4):565–73.
46. Maybury C, Horowitz AM, la Touche-Howard S, Child W, Battanni K, Wang QM. Oral Health Literacy and Dental Care among Low-Income Pregnant Women. *American Journal of Health Behavior*. 2019;43(3):543–55.
47. Çolak H, Dülgergil Ç, Dalli M, Hamidi M. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. Vol. 4, *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2013. p. 29–38.
48. Ordem dos médicos dentistas. *Barómetro da saúde oral*. 2021.
49. Naidu RS, Nunn JH. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. *Oral Health Prev Dent* [Internet]. 2020 Apr 1;18(1):245–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32618448>
50. British Association for the study of community dentistry. *Delivering Better Oral Health An evidence-based toolkit for prevention Second Edition The British Association for the Study of Community Dentistry*. 2009.
51. Science B, L Chan SC, J Tsai JS, King NM. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. Vol. 12, *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002.
52. Gomes MC, Clementino MA, de Pinto-Sarmiento TCA, de Costa EMMB, Martins CC, Granville-Garcia AF, et al. Parental perceptions of oral health

- status in preschool children and associated factors. *Brazilian Dental Journal*. 2015 Aug 1;26(4):428–34.
53. de Buhr E, Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: A cross-sectional survey. Vol. 20, *BMC Public Health*. BioMed Central; 2020.
 54. American Academy of Pediatric Dentistry. *Little Teeth*.
 55. Douglas JM, Douglas AB, Silk H. *Practical guide to infant oral health*. 2004;
 56. American pediatric dentist. Recommended dental periodicity schedule for pediatric oral health assessment, preventive services, and anticipatory guidance counseling. 2021;251.
 57. -Suárez P, Carrillo-Diaz /, Crego /, Romero /. Maternal Education, Dental Visits and Age of Pacifier Withdrawal: Pediatric Dentist Role Maternal Education, Dental Visits and Age of Pacifier Withdrawal: Pediatric Dentist Role in Malocclusion Prevention. Vol. 37, *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2013.
 58. Beatriz M, Vilaça S. *Hábitos em odontopediatria: O uso de chupeta. Dissertação (mestrado em medicina dentária)*. Viseu; 2017.
 59. Dođramacı E, Rossi-Fedele G. Establishing the association between nonnutritive sucking behavior and malocclusions: A systematic review and meta-analysis. 2016;
 60. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health*. 2018 Aug 22;18(1).
 61. Vozza I, Capasso F, Marrese E, Polimeni A, Ottolenghi L. Infant and child oral health risk status correlated to behavioral habits of parents or caregivers: A survey in central Italy. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*. 2017;7(2):95–9.
 62. Fábía A, Xavier C, Moura FF, Azevedo WF, Vieira FF, Abreu MH, et al. Erosive and cariogenicity potential of pediatric drugs: study of physicochemical parameters [Internet]. 2013. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/71>

63. Passos IA, Sampaio FC, Martínez CR, de Morais Freitas CHS. Sucrose concentration and pH in liquid oral pediatric medicines of long-term use for children. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2010;27(2):132–7.
64. Goyal A, Rani V, Manjunath BC, Rathore K. Relationship between paediatric liquid medicines (PLMs) and dental caries among chronically ill children. *Padjadjaran Journal of Dentistry [Internet]*. 2019;31(3):167–76. Available from: <http://jurnal.unpad.ac.id/pjd/article/view/25071>
65. Babu KLG, Doddamani MG, L.R. Naik K. Knowledge, attitude, and practice of pediatricians regarding pediatric liquid medicaments. 2017.
66. Declerck D, Leroy R, Martens L, Lesaffre E, Garcia-Zattera MJ, Broucke S vanden, et al. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2008;36(2):168–78.
67. González E, Pérez-Hinojosa S, Alarcón JA, Peñalver MA. Knowledge of andalusian pediatricians and parents about early-onset tooth decay. *Anales de Pediatría*. 2014;82(1):19–26.





VII- Anexos



Anexo 1:

QUESTIONÁRIO 1:

A participação no estudo é voluntária e toda a informação fornecida será tratada com confidencialidade. Muito obrigada pela sua participação neste estudo.

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO BEBÉ/CRIANÇA

1. Identificação do responsável: _____

2. Idade: < 25 anos 25-40 anos > 40 anos

3. Género: Feminino Masculino

4. Residência: Aldeia Vila Cidade

5. Grau de parentesco: Mãe Pai Avós Outro

6. Habilitações literárias:

< / = 4º ano	
5º - 9º ano	
10º -12º ano	
ensino superior	

7. Lava os seus dentes todos os dias?

Sim Não

8. Momentos do dia em que lava os seus dentes:

8.1. Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço?

Sim Sim, às vezes Não

8.2. Lava de manhã, depois de tomar o pequeno-almoço?

Sim Sim, às vezes Não

8.3. Lava de manhã, depois do lanche de manhã?

Sim Sim, às vezes Não

8.4. Lava depois do almoço?

Sim Sim, às vezes Não

8.5. Lava depois do lanche da tarde?

Sim Sim, às vezes Não



8.6. Lava depois do jantar?

Sim Sim, às vezes Não

8.7. Lava antes de dormir?

Sim Sim, às vezes Não

9. Como lava os seus dentes?

Usa apenas a escova Usa escova e pasta dentífrica

Usa escova, pasta dentífrica e elixir

Usa escova, pasta dentífrica e fio dentário/escovilhão

Usa escova, pasta dentífrica, fio dentário/escovilhão e elixir Outros

9.1. Se usa pasta dentífrica:

9.1.1. Sabe qual a quantidade de flúor que contém?

Sabe Não sabe

9.1.2. Qual a quantidade de pasta dentífrica que coloca na escova?

Preenche todo o comprimento da escova

Coloca uma quantidade inferior ao comprimento da escova

Qual dosagem: 500ppm-1000ppm 1000ppm-1500ppm

9.1.3. Bochecha com água após escovar?

Sim Não

10. Já visitou o seu Médico-Dentista?

Sim Não

10.1. Se sim, quantas vezes?

Uma vez Duas vezes Três vezes Mais do que três vezes

10.2. Se sim, por que motivos recorreu ao seu Médico-Dentista?

Rotina (inclui destarização) Dentes cariados

Dor de dentes / gengivas Cheque dentista da grávida Outro

11. Já lhe foi extraído algum dente (exclui 3^{os} molares) ?

Sim Não



11.1. Se sim, quantos?

1 dente 2 a 4 dentes > 4 dentes

11.2. Se sim, porque motivo?

Cárie Fratura dentária Outro

12. Já lhe foram tratados dentes criados?

Sim Não

12.1. Se sim, quantos?

1 dente 2 a 4 dentes > 4 dentes Não sabe

13. Durante a gravidez foi a alguma consulta do seu Médico-Dentista?

Sim Não

13.1. Se sim, recebeu alguma informação acerca da higiene oral do bebé?

Sim Não

14. Tem conhecimento da existência de Cárie Precoce de Infância?

Sim Não

14.1. Se sim, como recebeu essa informação?

Médico-Dentista Consulta na Unidade de Saúde Familiar Médico Pediatra
Familiar Internet/Revistas/Panfletos Conhece algum caso Outro

15. Qual a importância que atribui aos hábitos de higiene oral na dentição decídua e do bebé/criança numa escala de 1 a 5, sendo 1 sem importância e 5 extremamente importante?

1 2 3 4 5

16. Recebeu informação de como deve realizar a higiene oral do bebé/criança e qual o material necessário, de acordo com a idade?

Sim Não

16.1 Se sim, quem lhe forneceu essa informação?

Médico-Dentista Consulta na Unidade de Saúde Familiar Médico Pediatra
Familiar Internet/Revistas/Panfletos Conhece algum caso Outro



17. Considera que deve ter um maior cuidado com a higiene oral do seu bebé/criança com o avançar da idade?

Sim Não

18. Atribui maior importância aos seus dentes, sendo uma dentição definitiva, do que aos dentes do bebé/criança, sendo uma dentição temporária?

Sim Não

19. Quais os motivos que considera válidos para leva aos bebé/criança ao Médico-Dentista?

Erupção dentária Esclarecer dúvidas sobre a higiene oral Rotina

Dor de dentes/gengivas Dente cariado Dente escurecido/manchas

Dificuldade em eliminar o hábito de sucção em chupeta Sucção nos dedos

Dentes aparentemente mal posicionados

DADOS DO BEBÉ/CRIANÇA

20. Identificação do paciente _____

21. Idade: 0-3anos 3-6anos >6anos

22. Género: Feminino Masculino

23. Residência: Aldeia Vila Cidade

24. Que tipo de alimentação faz o bebé/criança?

Leite materno exclusivo Leite materno e leite adaptado

Leite adaptado exclusivo Leite materno não exclusivo

Leite adaptado não exclusivo Leite de origem animal

Sopa Papa Fruta Carne/peixe Arroz/massa/batatas

Guloseimas (bolachas, rebuçados, chocolates, doces, refrigerantes...)

25. O bebé/criança usa chupeta atualmente?

Sim Não

26. Se o bebé/criança não usa chupeta atualmente, usou no passado?

Sim Não



27. Se o bebé/criança usa/usou chupeta, coloca/colocava alguma substância na tetina da chupeta?

Sim Não

27.1. Se sim, que substância?

Medicamento para alívio da cólica nos primeiros meses de vida do bebé

Mel Açúcar Outra

28. O bebé/criança faz algum tipo de alimentação á noite ao adormecer?

Sim Não

28.1. Se sim, que alimentos?

28.2. Se sim, usa biberão para esse fim?

Sim Não

29. O bebé/criança faz algum tipo de alimentação durante a noite?

Sim Não

29.1. Se sim, que alimentos?

29.2. Se sim, usa biberão para esse fim?

Sim Não

29.3. Se sim, a que horário ?

22-24h 01-03 04-06h

30. Se o bebé/criança lava os dentes, fá-lo todos os dias?

Sim Não

31. Quem realiza a higiene oral do bebé/criança?

Bebé/criança Mãe Pai Bebé/criança + mãe/pai Outro

32. Momentos do dia da higiene oral do bebé/criança:

32.1. Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço ?

Sim, sempre sim, às vezes Não



32.2. Lava de manhã, depois de tomar o pequeno-almoço?

Sim, sempre sim, às vezes Não

32.3. Lava de manhã, depois do lanche da manhã?

Sim, sempre sim, às vezes Não

32.4. Lava depois do almoço?

Sim, sempre sim, às vezes Não

35.5. Lava depois do lanche da tarde?

Sim, sempre sim, às vezes Não

32.6. Lava depois do jantar?

Sim, sempre sim, às vezes Não

32.7. Lava antes de dormir?

Sim, sempre sim, às vezes Não

32.8 Quando o bebé/criança toma medicamentos (xarope) durante a noite, lava-lhe os dentes a seguir?

Sim Não Nunca tomou

33. Como lava os dentes do bebé/ criança ?

Usa gaze Usa dedeira Usa escova Uma escova e pasta dentífrica

Escova, pasta dentífrica, elixir Escova, fio / escovilhão

Escova, pasta dentífrica, elixir, escovilhão / fio

33.1 Sabe qual a quantidade de flúor que contém? Sim Não

33.1.1 Se sabe, qual é a quantidade de ppm: 500-1000ppm 1000-1500 ppm

33.2. Qual a quantidade de pasta dentífrica que coloca na escova?

Aproximadamente o tamanho da unha do dedo mindinho do bebé/criança

Preenche todo o comprimento da escova

33.3 O bebé/criança bochecha com água após escovar? Sim Não

33.4 bebé/criança já visitou o Médico-Dentista?

Sim Não



34.1. Se sim, quantas vezes?

Uma vez Duas vezes Três vezes Mais do que três vezes

34.2. Se sim, qual/quais os motivos?

Dor de dentes/gengivas Rotina Dentes escurecidos/manchas

Dentes cariados Traumatismo dentário

Extrações dentárias (devido á permanência de dentes decíduos) Outro

34.3. Se não, a que idade do bebé/criança pretende levá-lo/a ao Médico-Dentista?

0-3 anos 4-6 anos > 6 anos Não sabe

Apenas quando tiver algum problema

35. Já lhe foram tratados dentes cariados?

Sim Não

35.1 Se sim, quantos?

1 dente 2 a 4 dentes >4 dentes Não sabe

36. Já lhe foi extraído algum dente?

Sim Não

36.1 Se sim, para que motivo?

Cárie Fratura dentária / Trauma Atraso na erupção do dente permanente

Anexo 2:

Variáveis de Estudo

Tabela 2: Variáveis do estudo		Designação	Descrição e categorias	Tipos de variáveis
Identificação e caracterização Sociodemográfica do responsável	Identificação do responsável			Quantitativa Nominal
	Idade	"<25 anos"; "25-40 anos"; ">40 anos"		Quantitativa ordinal
	Género	"Feminino"; "Masculino"		Quantitativa nominal
	Residência	"Aldeia"; "Vila"; "Cidade"		Quantitativa nominal
	Grau de parentesco	"Mãe"; "Pai"; "Avós"; "Outro";		Quantitativa nominal
	Habilitações literárias	"<=4ºano"; "5º-9º ano"; "10º-12ºano", "Ensino superior"		
Hábitos de higiene do responsável	Lava os seus dentes todos os dias	"Sim"; "Não";		Quantitativa nominal
	Lava de manhã, antes de tomar o pequeno-almoço	"Sim"; "Sim, às vezes"; "Não"		Quantitativa nominal
	Lava de manhã, depois de tomar o pequeno-almoço	"Sim"; "Sim, às vezes"; "Não"		Quantitativa nominal
	Lava de manhã depois do lanche da manhã?	"Sim"; "Sim, às vezes"; "Não"		Quantitativa nominal
	Lava depois do almoço	"Sim"; "Sim, às vezes"; "Não"		Quantitativa nominal
	Lava depois do lanche da tarde	"Sim", "Sim, às vezes"; "Não"		Quantitativa nominal

Hábitos de higiene responsável	Lava depois do jantar	“Sim”; “Sim, às vezes”; “Não”	Quant. Nominal
	Lava antes de dormir	“Sim”; “Sim, às vezes”; “Não”	Quantitativa nominal
	Como lava os seus dentes	“ Usa apenas a escova”; “Usa a escova e pasta dentífrica”; “ Usa escova, pasta e elixir,” “Usa escova, pasta dentífrica e fio dentário/escovilhão” “ Usa escova, pasta dentífrica, fio dentário/escovilhão e elixir” “outros”	Quantitativa nominal
	Qual a quantidade de flúor que contém	“Sabe”; “Não sabe”	Quantitativa nominal
	Qual a quantidade de pasta dentífrica que coloca na escova	“Preenche todo o comprimento da escova”; “ Coloca uma quantidade inferior ao comprimento da escova”	Quantitativa nominal
	Qual a dosagem	“500 ppm- 1000 ppm”; “1000 ppm-1500 ppm”	Quantitativa ordinal
	Bochecho com água após escovar	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal
	Visitas ao Médico-Dentista	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal
	Se sim, quantas vezes	“Uma vez”; “Duas vezes”; “Três vezes”; “Mais do que três”	Quantitativa nominal
	Se sim, porque motivos recorreu ao médico-dentista	“Rotina (inclui destartarizações”; “Dentes cariados”; “ Dor de dentes/gengivas”; “Cheque dentista da grávida”; “Outro”	Quantitativa nominal
Já lhe foi extraído algum dente	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal	



Literacia sobre a higiene oral do responsável	(exclui 3 ^{os} molares)?		
	Se sim, quantos	"1 dente"; "2 a 4 dentes"; ">4 dentes"	Quantitativa ordinal
	Se sim, porque motivo	"Cárie"; "Fratura dentária"; "Outro"	Quantitativa nominal
	Já lhe foram tratados dentes cariados	"Sim"; "Não"	Quantitativa nominal
	Se sim, quantos	"1 dente"; "2 a 4 dentes"; ">4 dentes"; "Não sabe"	Quantitativa nominal
	Durante a gravidez foi alguma consulta do seu Médico Dentista	"Sim"; "Não"	Quantitativa nominal
	Se sim, recebeu alguma informação acerca da Higiene Oral	"Sim"; "Não"	Quantitativa nominal
	Tem conhecimento da existência de Cárie Precoce de Infância	"Sim"; "Não"	Quantitativa nominal
Literacia sobre higiene oral do responsável	Se sim, como recebeu essa informação?	"Médico dentista"; "Consulta na unidade de saúde familiar"; "Médico Pediatra"; "Familiar"; "internet/revistas/panfletos"; "Conhece algum caso"; "outro"	Quantitativa nominal



Literacia sobre higiene oral dos responsável	“ Qual a importância que atribui aos hábitos de higiene oral na dentição decídua e do bebé/criança numa escala de 1 a 5, sendo 1 sem importância e 5 extremamente importante”	“1”; “2”; “3”; “4”; “5”;	Quantitativa Ordinal
	Recebeu informação de como deve realizar a higiene oral do bebé/criança e qual o material necessário, de acordo com idade”	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal
	“ Se sim, quem lhe forneceu essa informação”	“ Médico Dentista”; “Consulta na Unidade de Saúde Familiar”; “Médico Pediatra”; “Familiar”; “Internet/Revistas/Panfletos”; “Conhece algum caso”; “Outro”	Quantitativa nominal
	“Considera que deve ter um maior cuidado com a higiene oral do seu bebé/criança com o avançar da idade”	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal



	“Atribui maior importância aos seus dentes, sendo uma dentição definitiva, do que aos dentes do bebé/criança, sendo uma dentição temporária”	“Sim; “Não”;	Quantitativa nominal
	Quais os motivos que considera válidos para levar o bebé/criança ao médico Dentista?	“Erupção dentária”; “Esclarecer dúvidas sobre a higiene oral”; “Rotina”; “Dor de dentes/ gengivas” ;”Dente cariado”; “Dente escurecido/manchas”; “Dificuldade em eliminar o hábito de sucção em chupeta”; “Sucção nos dedos”; “Dentes aparentemente mal posicionados”	Quantitativa nominal
Identificação e caracterização Sociodemográfica do paciente Pediátrico	Identificação do paciente		Quantitativa nominal
	Idade	“0-3 anos”; “3-6 anos”; “> 6 anos”	Quantitativa ordinal
	Género	“Feminino”; “Masculino”	Quantitativa nominal
	Residência	“Aldeia”; “Vila”; “Cidade”	Quantitativa nominal



Hábitos do paciente pediátrico	“Que tipo de alimentação faz o bebé/criança”	“Leite materno exclusivo”; “Leite materno e leite adaptado”; “Leite adaptado exclusivo”; “Leite materno não exclusivo”; “Leite adaptado não exclusivo”; “Leite de origem animal”; “Sopa”; “Papa”; “Fruta”; “Carne/peixe”; “Arroz/massa/batatas”; “Guloseimas(bolachas, rebuçados,chocolates, doces, refrigerantes”	Quantitativa Nominal
	“O bebé/criança usa chupeta atualmente”	“Sim”; “Não”;	Quantitativa Nominal
	“Se o bebé/criança não usa chupeta atualmente, usou no passado?”	“Sim”; “Não”;	Quantitativa Nominal
	“Se sim, que substância”	“Médico para alívio da cólica nos primeiros meses de vida do bebé”; “Mel”; “Açúcar”; “Outra”	Quantitativa Nominal
	“ O bebé/criança faz algum tipo de alimentação à noite ao adormecer”	“Sim”; “Não”	Quantitativa Nominal
	“ Se sim, que alimentos”		Quantitativa Nominal
	“ Se sim, usa biberão para esse fim”	“Sim”; “Não”;	Quantitativa Nominal
	“O bebé/criança faz algum tipo de alimentação durante a noite”	“Sim”; “Não”;	Quantitativa Nominal
	“Se sim, que alimentos”		Quantitativa Nominal
	“Se sim, a que horário”	“22-24h”; “01-03h”; “04-06h”	Quantitativa Ordinal
“Se o bebé/criança lava os dentes”	“Sim”; “Não”	Quantitativa Nominal	



	“Quem realiza a higiene oral do bebé/criança”	“Bebé/criança”; “Mãe”; “Pai”; “Bebé/criança + mãe/pai”; “Outro”;	Quantitativa nominal
Momentos do dia da higiene oral do bebé	“Lava de manhã, antes de tomar o pequeno almoço”	“Sim, sempre”; “Sim, às vezes”; “Não”	Quantitativa nominal
	“Lava de manhã, depois de tomar o pequeno-almoço”	“Sim, sempre”; “Sim, às vezes”; “Não”	Quantitativa nominal
	“Lava depois do almoço”	“Sim, sempre”; “Sim, às vezes”; “Não”	Quantitativa nominal
	“Lava depois do lanche da tarde”	“Sim, sempre”; “Sim, às vezes”; “Não”	Quantitativa nominal
	“Lava antes de dormir”	“Sim, sempre”; “Sim, às vezes”; “Não”	Quantitativa nominal
Hábitos de higiene do bebé/criança	“Quanto o bebé/criança toma medicamentos (xarope) durante a noite, lava-lhe os dentes a seguir”	“Sim”; “Não”; “Nunca tomou”	Quantitativa nominal
Hábitos de higiene do bebé/criança	“ Como lava os dentes do bebé/criança”	“ Usa gaze”; “Usa dedeira”; “Uma escova”; “Uma escova e pasta dentífrica”; “Escova, pasta dentífrica, elixir”; “Escovam fio/escovilhão”; “ Escova, fio/escovilhão”; “Escova, pasta dentífrica, elixir, escovilhão/fio”	Quantitativa nominal
	“Sabe qual a quantidade de flúor que contém?”	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal
	“Se sabe, qual a quantidade de ppm”	“500-1000 ppm”; “1000-1500ppm”	Quantitativa Ordinal
	“Qual a quantidade de pasta dentífrica que coloca na escova”	“Aproximadamente o tamanho da unha do dedo mindinho do bebé/criança” “Preenche todo o comprimento da escova”	Quantitativa nominal
	“O bebé/criança bochecha com água após escovar?”	“Sim” ; “Não”	Quantitativa nominal
	“O bebé/criança já visitou o Médico Dentista”	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal



	“Se sim, quantas vezes?”	“Uma vez”; “Duas vezes”; “Três vezes”; “Mais do que três vezes”	Quantitativa nominal
	“Se sim, qual/quais motivos”	“Dor de dentes/gengivas”; “Rotina”; “Dentes escurecidos/manchas”; “Dentes cariados”; “Traumatismos dentários”; “Extrações dentárias(devido à permanência de dentes decíduos”	Quantitativa nominal
	“Se não, a que idade do bebé/criança pretende levá-lo/a ao Médico Dentista”	“0-3 anos”; “4-6 anos”; “ >6 anos”; “Não sabe”; “Apenas quando tiver algum problema”	Quantitativa Nominal e ordinal
Histórico de extrações e de lesões de cárie do paciente pediátrico	“Já lhes foram tratados dentes cariados”	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal
	“Se sim, quantos?”	“1 dente”; “2 a 4 dentes”; “>4 dentes”; “Não sabe”	Quantitativa nominal
	“Já lhe foi extraído algum dente”	“Sim”; “Não”	Quantitativa nominal
	“Se sim, para que motivo?”	“Cárie”; “Fratura dentária/Trauma”; “Atraso na erupção do dente permanente”	Quantitativa nominal

