



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE DENTÁRIA EM
CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS DO DISTRITO DE VIANA DO
CASTELO – PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL**

Monografia de Investigação

Andreia Filipa Rodrigues Domingues

Porto, 2016



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS
INSTITUCIONALIZADAS DO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO – PROMOÇÃO
DE SAÚDE ORAL**

**Projeto de Investigação no âmbito da unidade curricular “Monografia de
Investigação/Relatório de Atividade Clínica”**

Andreia Filipa Rodrigues Domingues

Estudante do 5ºano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Endereço eletrónico: up201302631@fmd.up.pt

Orientador: Acácio Eduardo Soares Couto Jorge

Professor Auxiliar da FMDUP

*Projeto de Investigação apresentado à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do
Porto como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

AGRADECIMENTOS

Inicio os meus agradecimentos pelos meus Pais a quem agradeço TUDO. O apoio incondicional, os conselhos, a dedicação e o amor. A eles eu dedico esta monografia, porque sem eles nada disto teria sido possível.

Agradeço ao meu Orientador, Professor Acácio Eduardo Soares Couto Jorge, pela confiança que depositou em mim, pela disponibilidade e todo o apoio.

Aos meus amigos um especial obrigado pela presença e companheirismo ao longo de todos estes anos. Obrigada por me fazerem sentir uma pessoa completa.

A todas as instituições participantes por receberem este projeto e todos os seus funcionários pelo tempo disponibilizado e apoio prestado.

O meu reconhecimento sincero a todas as pessoas e entidades que de alguma forma contribuíram para a realização deste projeto.

Por fim, a todas as crianças que participaram no estudo pela colaboração e por todos os momentos inesquecíveis que me proporcionaram!

ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

Sonda CPI – Sonda Community Periodontal Index

SPSS® - Statical Package for Social Sciences

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	II
Abreviaturas	III
Índice Geral	IV
Índice de Figuras	VI
Índice de Gráficos	VII
Índice de Tabelas	VIII
Resumo	IX
Abstract	XI
Introdução	1
Material e Métodos	3
Resultados	7
Discussão	16
Conclusão	19
Referências Bibliográficas	20
Anexos	22
○ Anexo I – Consentimento Informado	
○ Anexo II – Explicação do Estudo	
○ Anexo II – Ficha de Observação Clínica	
○ Anexo IV – Material Didático	
○ Anexo V - Ficha Entregue aos Encarregados de Educação – “Indicações básicas para uma boa Saúde Oral”	
○ Anexo VI – Quadro de Frequência de escovagens	
○ Anexo VII – Material Didático – Caderno de Fichas Didáticas Originais	
○ Anexo VIII – Declaração de Autoria do Trabalho apresentado	

- Anexo IX – Parecer do Orientador para Entrega Definitiva do Trabalho Apresentado
- Anexo X – Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Desenho longitudinal prospetivo do estudo	4
Figura 2 – Imagem ilustrativa da utilização do material didático - macromodelos das arcadas dentárias	16
Figura 3 – Imagem ilustrativa do antes e depois da explicação à criança – ganho de confiança	17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frequência de escovagem dentária	8
Gráfico 2: Frequência de consumo de alimentos cariogênicos	9
Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo ida ao dentista	10
Gráfico 4: Distribuição da amostra segundo a experiência de cárie	11

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I: Distribuição da amostra consoante a idade	7
Tabela II: Distribuição da frequência de escovagem	8
Tabela III: Distribuição da frequência de escovagens pelas diferentes instituições	9
Tabela IV: Consumo de consumo de alimentos cariogénicos	9
Tabela V: Relação entre frequência de consumo de alimentos cariogénicos e frequência de escovagem	10
Tabela VI: Distribuição dos diferentes valores de ceo calculados para um intervalo de idades entre os 3 e os 6 anos (ceo=cariados(c) + necessidade de extração (e) + obturados (o))	11
Tabela VII: Distribuição dos diferentes valores de ceo calculados para um intervalo de idades entre os 5 e os 6 anos	11
Tabela VIII: Distribuição do numero de cáries observado e sua frequência	12
Tabela IX: Distribuição das crianças segundo a sua experiência de doença de cárie	12
Tabela X: Distribuição da amostra segundo ida ao dentista e a presença de cáries	13
Tabela XI: Relação entre a frequência de consumo de alimentos cariogénicos e a presença de cárie	14
Tabela XII: Relação entre a frequência de escovagem dentária e a presença de cáries (frequência baixa = escovagem inferior a duas vezes dia; boa = escovagem igual ou superior a duas vezes por dia)	14
Tabela XIII: Relação entre a frequência de escovagens e a presença de cáries	15
Tabela XIV: Relação entre a idade e a presença de cáries	16

RESUMO

Introdução: A dentição decídua influencia diretamente o desenvolvimento da criança. Atualmente, a cárie continua ainda a ser um dos maiores problemas de saúde pública, sendo essencial a sua prevenção nomeadamente através de estratégias de promoção de Saúde Oral junto da população infantil, na qual a prevenção poderá atingir os melhores resultados.

Objetivos: O objetivo do presente estudo consistiu no levantamento da prevalência de cárie em crianças institucionalizadas nos infantários da Santa Casa da Misericórdia de Melgaço, Monção, Valença e Vila Nova de Cerveira e também na observação dos comportamentos e da sua influência no aparecimento da cárie. Simultaneamente, aproveitando o contexto, desenvolveram-se algumas atividades no âmbito da Promoção da Saúde Oral.

Material e Métodos: Estudo observacional e transversal da prevalência de cáries e análise dos comportamentos ao nível da alimentação, da higiene oral e da cobertura médico-dentária, num grupo de 130 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos.

Para a realização do estudo foi elaborado um protocolo seguindo as mais recentes diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Recorreu-se ao software Statical Package for Social Sciences (SPSS®) para análise dos dados. Para expor esta análise foram utilizadas tabelas de frequência, tabelas de contingência, testes do qui-quadrado e gráficos de barras para as variáveis categóricas e medidas sumário e tabelas de frequência para as variáveis contínuas que inserimos neste documento.

Resultados: Após a análise estatística dos dados foi observado um índice ceo^(*) 1,81 aos 5-6 anos, (relativamente elevado face aos valores apurados em 2013 a nível nacional para os 5-6 anos de idade - ceo = 1,65). Da totalidade das crianças inquiridas, 36,2% referiram consumir alimentos cariogénicos frequentemente (mais de três vezes por semana). Ainda a partir deste estudo foi possível aferir que 66.2% das crianças não tinham experiência de cárie (ceo = 0) e que 55 (cerca de 42,3%) já tinham recorrido ao médico dentista.

Conclusões: Este estudo mostrou-se relevante por ter demonstrado que é possível melhorar significativamente a prevenção da cárie dentária estabelecendo rotinas diárias de higiene oral e alimentares supervisionadas pelos educadores e pelo médico dentista usando os recursos profissionais e materiais existentes. Por outras palavras, com pouco esforço será possível obter níveis de Saúde Oral bastante melhores. Para tal, é necessário e fundamental que os cuidados primários ao nível da Saúde Oral deixem de ser meras frases politicamente corretas nos bem-

intencionados programas dos organismos estatais responsáveis e passem a corresponder a ações educativas concretas no dia a dia das nossas crianças.

Palavras-chave: Alimentação cariogénica; Crianças; Cáries na dentição decídua; Educação para a Saúde Oral; Prevenção da cárie; Promoção da Saúde Oral.

(*) ceo – índice de cárie similar ao CPO preconizado pela OMS e pela FDI para a dentição temporária.

ABSTRACT

Introduction: The primary dentition directly influences the development of the child. Currently, caries still remains one of the major public health problems, it is essential to prevention including through oral health promotion strategies with the child population, in which prevention can achieve the best results.

Objectives: The aim of this study was to determine the prevalence of caries in children institutionalized in the kindergartens of the Santa Casa da Misericórdia de Melgaço, Monção, Valença and Vila Nova de Cerveira and also the observation of behavior and its influence on the onset of decay. At the same time, taking advantage of the context, we have developed some activities under the Promotion of Oral Health.

Material and Methods: Observational and cross-sectional study of the prevalence of caries and analysis of behavior in terms of nutrition, oral hygiene and medical and dental coverage, a group of 130 children aged 3 to 6 years. For the study we designed a protocol following the latest guidelines of the World Health Organization. He appealed to the Statical Package for Social Sciences software (SPSS) for data analysis. To expose this analysis we used frequency tables, contingency tables, chi-square tests and bar graphs for categorical variables and summary measures and frequency tables for continuous variables we included in this document.

Results: After statistical analysis of the data was observed ceo index (*) 1.81 to 5-6 years (relatively high compared to the figures recorded in 2013 at national level for 5-6 years old - CEO = 1, 65). Of all children surveyed, 36.2% reported consuming cariogenic food often (at least once a day). Even from this study it was possible to infer that 66.2% of children had no caries experience (ceo = 0) and 55 (approximately 42.3%) had already used the dentist.

Conclusions: This study proved relevant for demonstrating that it is possible to significantly improve the prevention of dental caries by establishing daily routines of oral hygiene and food supervised by educators and the dentist using the professional and material resources. In other words, with little effort you can get oral health levels very best. To this end it is necessary and essential that primary care at the level of oral health cease to be mere politically correct sentences in well-meaning programs of responsible state bodies and start to respond to specific educational activities on the day of our children.

Keywords: Food cariogenic; Children; Caries in the primary dentition; Oral Health Education; Caries prevention; Promotion of Oral Health

INTRODUÇÃO

A saúde oral está diretamente relacionada com a saúde geral de cada indivíduo.(1) Apresenta-se como parte fundamental para o bom desenvolvimento das crianças, podendo influenciar a mastigação, e conseqüentemente a nutrição, a fala, a relação social e, de um modo geral o seu bem-estar.(2,3) A cárie dentária é a doença oral mais prevalente a nível mundial.(4)

A cárie resulta de uma relação entre a placa dentária, flora bacteriana, múltiplos determinantes biológicos e fatores confundidores da doença (por exemplo: fatores socioeconómicos, comportamentais, utilização de medicação crónica). Os fatores determinantes biológicos (estrutura do esmalte, dentina e saliva) estão presentes de forma constante e são os mesmos em todas as populações, já os considerados confundidores nem sempre influenciam da mesma forma a dinâmica da doença.(5,6)

Importantes estudos demonstram que prevalência e severidade da doença cárie, tem diminuído significativamente ao longo dos tempos, nomeadamente em crianças de países industrializados, onde se inclui Portugal.(7)

Contudo a cárie dentária continua a ser um dos principais problemas de saúde pública. A presença de cárie precoce na infância admite-se estar relacionada com um maior número de problemas dentários periodontais na idade adulta.(8)

Recentes estudos revelam que a maioria dos pediatras e dentistas generalistas não advertem os pais para a necessidade de os seus filhos visitarem regularmente o médico dentista a partir do primeiro ano de vida, nem para o estabelecimento de uma boa higiene oral.(9–11) Por outro lado, assistimos ao aumento significativo dos maus hábitos alimentares quotidianos, nomeadamente o aumento de uma dieta rica em hidratos de carbono fermentados antes dos 12 meses de idade e a sua manutenção durante a infância.(12–14)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a realização de levantamentos epidemiológicos das doenças orais mais prevalentes, com periodicidade entre 5 e 10 anos, sendo possível, desta forma, estimar as condições de saúde para diferentes grupos populacionais.(15)

Apesar da promoção da saúde oral estar presente nos objetivos de vários programas tais como o Programa Nacional de Saúde Oral, o Programa Regional de Saúde do Norte 2014-2016(16) e o da Federação Dentária Internacional Visão 2020(17), o número de ações de promoção de saúde oral em crianças é escasso.

A intervenção numa comunidade exige a estruturação e a aplicação de programas de prevenção organizados para que possa ser maximizado o proveito da participação dos indivíduos e das comunidades. Tanto os profissionais como as entidades públicas responsáveis, têm papéis fundamentais quer ao nível das competências quer ao nível do suporte financeiro. Torna-se imperativo consciencializar os profissionais de saúde e as entidades responsáveis para a necessidade da informação e motivação dos educadores e encarregados de educação, para que possam facultar uma orientação correta das crianças.(18)

O objetivo principal deste estudo centra-se na promoção da Saúde Oral junto das crianças entre os 3 e os 6 anos de idade dos infantários da Santa Casa da Misericórdia de Melgaço, Monção, Valença e Vila Nova de Cerveira, distrito de Viana do Castelo. Pretende-se elucidar as crianças como também aplicar um questionário e realizar uma análise da cavidade oral, no sentido de averiguar as suas necessidades. Este estudo visa dar ênfase às necessidades e importância da educação e prevenção para a formação de cidadãos mais autónomos e responsáveis pela sua saúde e pela saúde de quem deles depende.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo englobou 4 instituições do distrito de Viana do Castelo. São elas os infantários da Santa Casa da Misericórdia de Melgaço, Santa Casa da Misericórdia de Monção, Santa Casa da Misericórdia de Valença e Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Cerveira. Foram incluídas todas as crianças destas instituições numa faixa etária dos 3 aos 6 anos.

Para a sua elaboração foi necessário inicialmente contactar as instituições, obtendo o seu parecer de aceitação, e a submissão do plano de atividades à comissão de ética da Faculdade de Medicina Dentária do Porto. Após obtenção dos pareceres favoráveis, iniciou-se a realização do estudo focalizando todas as intervenções na promoção de saúde oral.

Para a sua execução este estudo contou com a colaboração de uma psicóloga e de dois estudantes universitários, contudo todos os procedimentos de exposição e recolha de informação junto das crianças foram realizados pelo próprio investigador.

Ressalva-se que foram apenas examinadas crianças cujos representantes legais assinaram o termo de consentimento informado (Anexo 1), que lhes foi entregue juntamente com uma explicação do estudo por escrito (Anexo 2). Foram incluídas na amostra 130 crianças, agrupadas consoante a faixa etária em grupos com o número máximo de 25 crianças. As intervenções duraram aproximadamente uma hora e trinta minutos. Todas as ações foram realizadas nas instalações das próprias instituições mediante o agendamento prévio.

Todas as atividades foram regidas pelo seguinte protocolo:

Protocolo

Primeira fase (F1) – Apresentação e conquista de confiança junto das crianças. Análise da sua sensibilidade e conhecimentos no âmbito da saúde oral e cuidados de higiene.

Segunda fase (F2) - Exposição de informação sobre alimentação saudável, conceitos e técnicas de higiene oral e importância da visita ao médico dentista.

- Jogo 1 – Pretende-se que a criança escolha um alimento e o classifique como saudável ou não saudável. Este jogo visa ao debate sobre alimentação saudável como forma de esclarecer e promover hábitos alimentares saudáveis.
- Jogo 2 – Baseado no conceito *tell-show-do*, pretende-se simular o tratamento de uma cárie num modelo com dentes em plasticina, utilizando instrumentos que simulam uma turbina e um condensador. O objetivo é explicar os passos fundamentais do

tratamento e ultrapassar o medo inerente ao não conhecimento. Simultaneamente é distribuída uma máscara de proteção individual como forma de cativar a atenção das crianças. No final é exemplificada a forma ideal de uma escovagem dentária, sua frequência e tempo de duração. São também lembrados conceitos de alimentação saudável.

- Atividade final – Distribuição de material didático.

Terceira fase (F3) - Explicação inicial de todo o processo. Realização de um breve questionário e avaliação individual dos conhecimentos retidos através de algumas questões feitas à criança, com o auxílio do material didático entregue na fase anterior. Por fim realização da observação da cavidade oral.

Observação da cavidade oral:

Fase 1 - Avaliação dos conhecimentos retidos.

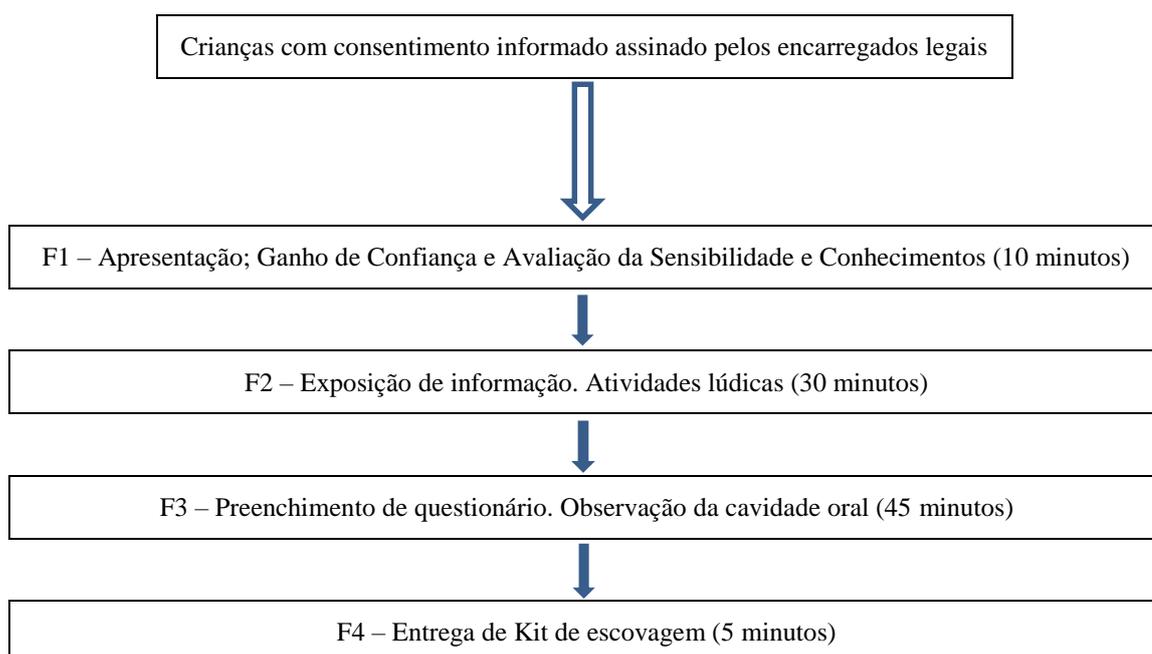
Fase 2 – Aplicação de um questionário individual.

Fase 3 - Observação intraoral, com recurso a kits de observação descartáveis.

Fase 4 - Análise dos resultados e orientação final.

Quarta fase (F4) - Entrega do kit de escovagem como forma de recompensa, reforço positivo da atividade.

Figura 1- Desenho longitudinal prospetivo do estudo.



Após análise e tratamento dos dados recolhidos, foi feita uma nova visita às instituições. Informou-se o responsável de cada instituição sobre o estado geral das crianças observadas. Foi fornecido um documento informativo aos encarregados de educação com informações básicas sobre saúde oral, higiene eficiente, alimentação saudável e importância da consulta de medicina dentária. Simultaneamente foi entregue um quadro de registo de escovagens dentárias para ser exposto em sala de aula, de forma a que as educadoras registassem a frequência diária de escovagem de cada criança, num período de tempo de um mês. Esta sensibilização diária pretende potenciar a motivação para a higiene oral.

A análise da cavidade oral foi realizada com proveito máximo da luz natural. Procedeu-se a uma examinação sistemática iniciada no 5º quadrante, passando para o 6º, 7º e finalmente para o 8º quadrante. Conforme a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o instrumento de aferição da condição dentária utilizado foi o índice de ceo, usando os seguintes códigos e critérios: A - São, B - Cariado, C - Obturado com cárie, D - Obturado sem cárie, E - Perdido por cárie, F - Selante de fissura, G - Coroa metálica. Foi considerado como cariado qualquer dente, com ou sem selante e/ou restauração, que apresente em fóssula, fissura ou de superfície lisa uma cavidade evidente, esmalte perfurado ou um amolecimento detetável. Quando necessário a sonda CPI foi utilizada para confirmar a evidência de cárie.(15)

Dado a população do estudo ter sido integralmente composta por crianças, preconizou-se a utilização uma linguagem simples e adequada no sentido de esta se tornar o mais perceptível possível.

Foram analisados os riscos potenciais do estudo e eliminados os desnecessários, como o risco de contaminação cruzada usando exclusivamente kits de observação clínica esterilizados e descartáveis, assim como pelo uso de luvas e máscaras descartáveis.

Todo o trabalho foi formulado respeitando os princípios da Declaração de Helsínquia, assegurando a defesa da liberdade e dignidade da Pessoa Humana. O direito ao anonimato e confidencialidade foi assegurado a todos os participantes, assim como a segurança na sua participação.(18)

As intervenções junto das instituições contaram com um patrocínio financeiro para despesas inerentes cedido pelo *Banco Crédito Agrícola de Melgaço*, pelo patrocínio dos kits de higiene oral por parte do *Intermarché de Melgaço* e pela disponibilização de algum material lúdico-didático por parte do programa “*Paranhos Sorridente*” tendo este como instituição subjacente a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

De forma a responder aos objetivos deste estudo recorreu-se ao paradigma quantitativo, através de uma análise estatística exploratória das variáveis em estudo utilizando como software o SPSS® (Statistical Package for Social Sciences), versão 23. As variáveis categóricas foram estudadas com recurso a tabelas de frequências, tabelas de contingência, teste do qui-quadrado e gráficos de barras. Relativamente às variáveis contínuas foram utilizadas medidas de sumário, como a média e o desvio padrão e também tabelas de frequência.

RESULTADOS

Todas as ações de sensibilização e observações da cavidade oral decorreram entre fevereiro e maio de 2016. Foram incluídas 130 crianças.

Relativamente à promoção de saúde oral, o protocolo foi cumprido integralmente em todas as instituições. Obteve-se um bom envolvimento e uma receptividade positiva tanto por parte das crianças como por parte de educadoras e auxiliares das próprias instituições. Observou-se a existência de um diferente nível de conhecimentos entre os diferentes infantários.

Relativamente aos dados das análises da cavidade oral e preenchimento de questionários, os dados foram analisados separadamente e de forma conjunta.

A amostra populacional estudada mostrou-se equitativa em relação ao sexo das crianças. Tendo sido observadas um total de 65 crianças do sexo feminino e 65 do sexo masculino. O intervalo de idades situa-se entre os 3 e os 6 anos.(Tabela I)

Tabela I: Distribuição da amostra consoante a idade

Idade	Frequência	Percentagem (%)
3	44	33,8
4	39	30,0
5	38	29,2
6	9	6,9
Total	130	100,0

Poucas foram as crianças observadas com 6 anos de idade: apenas 9. Subentende-se que tal se deve ao facto de ser aos 6 anos que as crianças deixam os infantários e passam a frequentar o 1º Ciclo.

Relativamente aos resultados das análises da cavidade oral e preenchimento do questionário, os dados obtidos foram analisados separadamente e de forma conjunta.

Pela observação da frequência de escovagem dentária constatou-se que todas as crianças escovam pelo menos uma vez ao dia os dentes. Apenas numa das instituições, infantário da Santa Casa da Misericórdia de Valença, as crianças não efetuam a escovagem dentária na instituição após o almoço. (Tabela II)

Tabela II: Distribuição da frequência de escovagem

Número de escovagens/dia	Frequência	Porcentagem (%)
3	44	33.8
4	39	30.0
5	38	29.9
6	9	6.9
Total	130	100.00

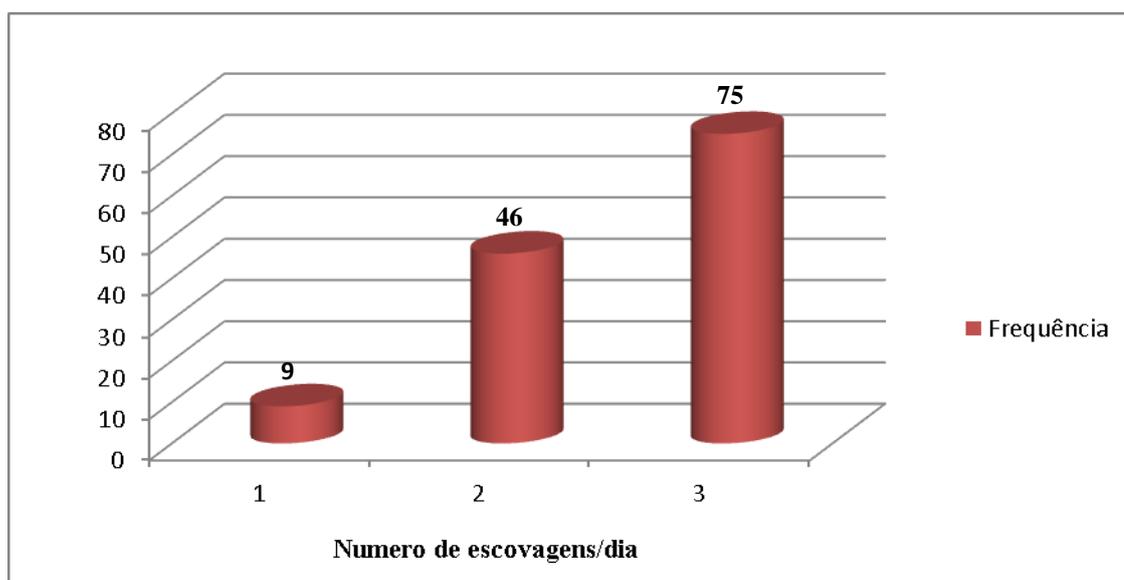


Gráfico 1: Frequência de escovagem dentária

Apesar de nenhuma das crianças de Valença escovar os dentes três vezes por dia, justificado por não ser efetuada a escovagem na instituição após almoço, a maioria escova os dentes três vezes por dia, num total de 75 crianças.(Gráfico 1)

Verificou-se que em Monção a maioria das crianças, 42.70%, escova os dentes três vezes ao dia. Em Melgaço a maioria escova uma vez ao dia, 44,4%, em contrapartida existe uma grande percentagem a escovar três vezes por dia, 41,3%. (Tabela III)

Tabela III: Distribuição da frequência de escovagens pelas diferentes instituições.

Frequência de escovagem		Localização da Instituição				Total
		Valença	Monção	Cerveira	Melgaço	
1	Numero de vezes/dia	2	1	2	4	9
	% de escovagem	22.2 %	11.1 %	22.2 %	44.4 %	100.0 %
	% por instituição	7.4 %	2.4 %	10.0 %	9.8 %	6.9 %
2	Numero de vezes/dia	25	9	6	6	46
	% de escovagem	54.3 %	19.6 %	13.0 %	13.0 %	100.0 %
	% por instituição	92.6 %	21.4 %	30.0 %	14.6 %	35.4 %
3	Numero de vezes/dia	0	32	12	31	75
	% de escovagem	0.0 %	42.7 %	16.0 %	41.3 %	100.0 %
	% por instituição	0.0 %	76.2 %	60.0 %	75.6 %	57.7 %
Total	Numero de vezes/dia	27	42	20	41	130
	% de escovagem	20.8 %	32.3 %	15.4 %	31.5 %	100.0 %
	% por instituição	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Analisando o consumo de alimentos cariogênicos, que subentende alimentos com elevado teor hidratos de carbono refinados, é possível referir que a maioria da amostra os consome esporadicamente. Contudo existe um elevado número de crianças que refere consumir frequentemente, 47 crianças.(Tabela IV)(Gráfico 2)

Tabela IV: Consumo de consumo de alimentos cariogênicos
(quase nunca = uma vez por semana; esporadicamente = duas a três vezes por semana; frequentemente = mais de três vezes por semana).

Consumo de alimentos cariogênicos	Frequência	Percentagem (%)
Quase nunca	3	2,3
Esporadicamente	80	61,5
Frequentemente	47	36,2
Total	130	100,0

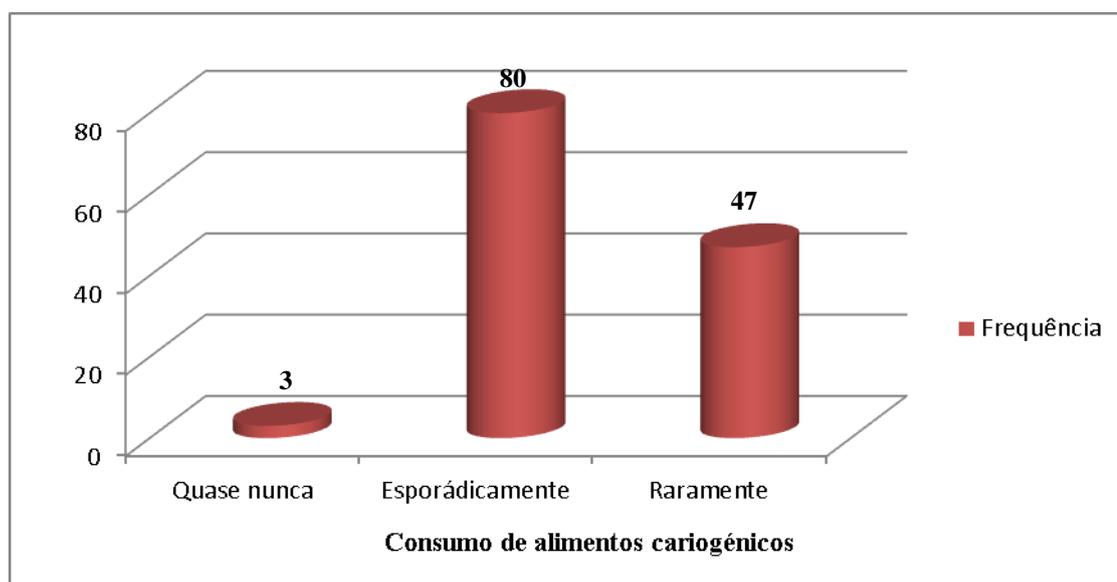


Gráfico 2: Frequência de consumo de alimentos cariogênicos.

Comparando a frequência de consumo de alimentos cariogênicos com a frequência de escovagens, é verificada uma tendência para que as crianças que não consomem todos os dias alimentos considerados cariogênicos tenham o hábito de escovar os dentes um maior número de vezes, 57.7%. Contudo a relação não é estatisticamente significativa, ($p > 0,05$). (Tabela V)

Tabela V: Relação entre frequência de consumo de alimentos cariogênicos e frequência de escovagem

Frequência de escovagem		Numero de escovagem/Dia			Total
		1	2	3	
Quase nunca	Número de crianças	0	1	2	3
	% de consumo	0,0 %	33,3 %	66,7 %	100,0 %
	% frequência de escovagem	0,0 %	2,2 %	2,7 %	2,3 %
Esporadicamente	Número de crianças	6	24	50	80
	% de consumo	7,5 %	30,0 %	62,5 %	100,0 %
	% frequência de escovagem	66,7 %	52,2 %	66,7 %	61,5 %
Frequentemente	Número de crianças	3	21	23	47
	% de consumo	6,4 %	44,7 %	48,9 %	100,0 %
	% frequência de escovagem	33,3 %	45,7 %	30,7 %	36,2 %
Total	Número de crianças	9	46	75	130
	% de consumo	6,9 %	35,4 %	57,7 %	100,0 %
	% frequência de escovagem	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Nesta amostra 55 crianças afirmam já ter tido pelo menos uma consulta de medicina dentária, contra 75 que nunca foram ao médico dentista. (Gráfico 3)

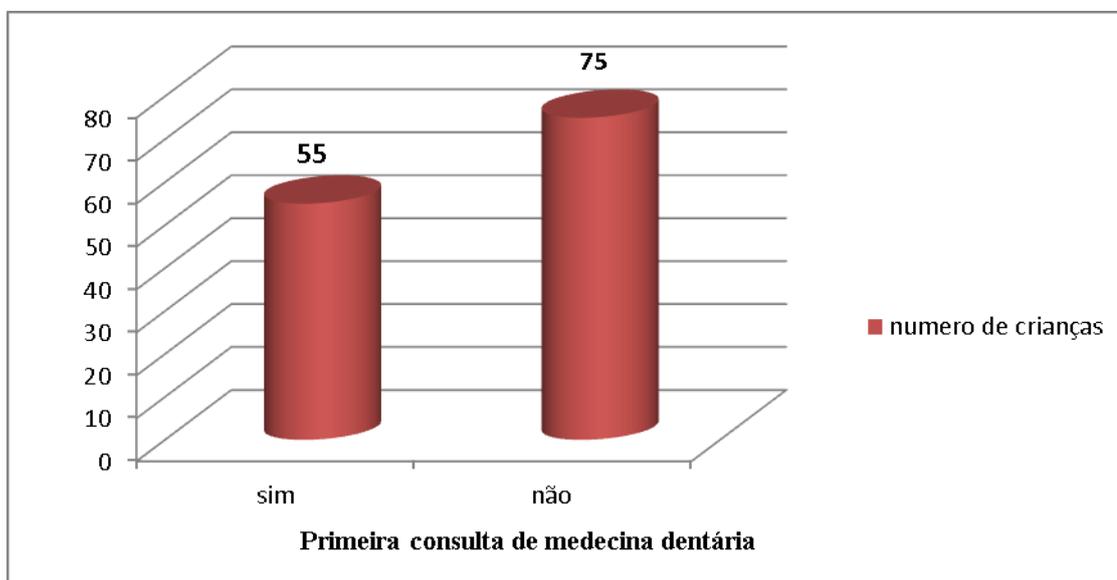


Gráfico 3: Distribuição segundo a ida ao dentista.

O ceo é o índice preconizado pela OMS para a mensuração de cárie dentária numa população com dentição decídua. É resultado da soma dos dentes cariados (c), dos dentes com necessidade de extração (e) e dentes obturados (o).

Mais de metade das crianças (81 crianças, 62,3%) apresentam um ceo igual a zero. O valor máximo observado foi de 10 em três casos (2,3%). (Tabela VI) O índice ceo para esta amostra é de 1,25.

Tabela VI: Distribuição dos diferentes valores de ceo calculados para um intervalo de idades entre os 3 e os 6 anos (ceo=cariados(c) + necessidade de extração (e) + obturados (o))

Ceo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
0	81	62,3	62,3	62,3
1	15	11,5	11,5	73,8
2	12	9,2	9,2	83,1
3	4	3,1	3,1	86,2
4	7	5,4	5,4	91,5
5	2	1,5	1,5	93,1
6	1	0,8	0,8	93,8
7	2	1,5	1,5	95,4
8	3	2,3	2,3	97,7
10	3	2,3	2,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Se analisarmos apenas as crianças com 5 e 6 anos (47 crianças), verifica-se um índice ceo mais elevado: 1,81.

Tabela VII : Distribuição dos diferentes valores de ceo calculados para um intervalo de idades entre os 5 e os 6 anos.

ceo	Frequência	Porcentagem (%)
0	25	53,2
1	5	10,6
2	6	12,8
3	1	2,1
4	3	6,4
5	2	4,3
7	1	2,1
8	2	4,3
10	2	4,3
Total	47	100,0

O número máximo de cáries observadas nas crianças com 5 e 6 anos foi de 10 cáries na mesma criança (2 crianças, 1,5% da amostra). A maioria das crianças (25 crianças, 53,2%) não apresentava nenhuma cárie (ceo=0). (Tabela VIII)

Tabela VIII: Distribuição do número de cáries observado e sua frequência

Numero de caries	Frequência	Porcentagem (%)	Porcentagem cumulativa (%)
0	86	66,2	66,2
1	15	11,5	77,7
2	8	6,2	83,8
3	5	3,8	87,7
4	6	4,6	92,3
5	2	1,5	93,8
6	1	,8	94,6
7	3	2,3	96,9
8	2	1,5	98,5
10	2	1,5	100,0
Total	130	100,0	

Crianças sem experiência de carie são consideradas todas as crianças nas quais não foi observada nenhuma cárie ou presença de tratamento dentário. Foram observadas 81 crianças sem experiência de cárie, 62,3%. (Tabela IX) (Gráfico 4)

Tabela IX: Distribuição das crianças segundo a sua experiência de doença de cárie.

Experiência de cárie	Frequência	Porcentagem (%)
Sem experiência de cárie	81	62,3
Com experiência de cárie	49	37,7
Total	130	100,0

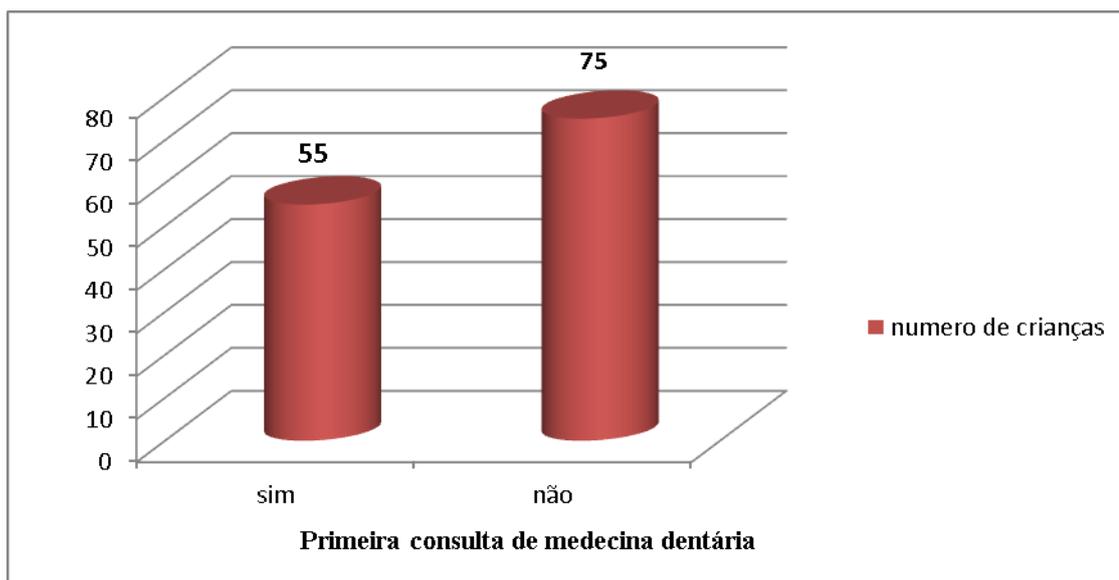


Gráfico 4 : Distribuição da amostra segundo a ida ao dentista.

Cruzando a ida ao dentista com o número de cáries, verifica-se que 61,8% das crianças que já foram ao dentista não apresentavam nenhuma cárie dentária e que há cárie em 52,3% das crianças que não visitaram o dentista($p>0,05$). (Tabela X)

Tabela X: Distribuição da amostra segundo ida ao dentista e a presença de cáries.

Primeira visita ao médico dentista		Presença de cáries		Total
		Não	Sim	
Não	Número de crianças	52	23	75
	% crianças	69,3 %	30,7 %	100,0%
	% presença de cáries	60,5 %	52,3 %	57,7 %
Sim	Número de crianças	34	21	55
	% crianças	61,8 %	38,2 %	100,0%
	% presença de cáries	39,5 %	47,7 %	42,3 %
Total	Número de crianças	86	44	130
	% crianças	66,2 %	33,8 %	100,0%
	% presença de cáries	100,0%	100,0%	100,0%

Embora se verifique maior número de cáries nas crianças que consomem alimentos cariogênicos não há uma relação estatisticamente significativa entre uma maior frequência de consumo de alimentos cariogênicos e a presença de cáries($p>0,05$). (Tabela XI)

Tabela XI: Relação entre a frequência de consumo de alimentos cariogênicos e a presença de cárie

Consumo de alimentos cariogênicos		Presença de cáries		Total
		Não	Sim	
Quase nunca	Número de crianças	2	1	3
	% de consumo	66,7%	33,3%	100,0%
	% de presença de cáries	2,3%	2,3%	2,3%
Esporadicamente	Número de crianças	51	29	80
	% de consumo	63,7%	36,3%	100,0%
	% de presença de cáries	59,3%	65,9%	61,5%
Frequentemente	Número de crianças	33	14	47
	% de consumo	70,2%	29,8%	100,0%
	% de presença de cáries	38,4%	31,8%	36,2%
Total	Número de crianças	86	44	130
	% de consumo	66,2%	33,8%	100,0%
	% de presença de cáries	100,0%	100,0%	100,0%

Verificou-se que 66,9% das crianças com boa higiene oral não tem cáries. (Tabela XII)

Tabela XII: Relação entre a frequência de escovagem dentária e a presença de cáries (frequência baixa = escovagem inferior a duas vezes dia; boa = escovagem igual ou superior a duas vezes por dia).

Frequência de escovagem		Presença de cáries		Total
		Não	Sim	
Baixa	Número de crianças	5	4	9
	% Frequência de escovagem	55,6 %	44,4 %	100,0%
	% Presença de cáries	5,8 %	9,1 %	6,9 %
Boa	Número de crianças	81	40	121
	% Frequência de escovagem	66,9 %	33,1 %	100,0%
	% Presença de cáries	94,2 %	90,9 %	93,1 %
Total	Número de crianças	86	44	130
	% Frequência de escovagem	66,2 %	33,8 %	100,0%
	% Presença de cáries	100,0%	100,0%	100,0%

Feita a análise por número de escovagens 44,4% das crianças que escova uma vez ao dia tem cáries, contrapondo com 32,0% de crianças que escova três vezes, ($p > 0,05$). (Tabela XIII)

Tabela XIII: Relação entre a frequência de escovagens e a presença de cáries

Número de escovagens diárias		Presença de cáries		Total
		Não	Sim	
1	Número de crianças	5	4	9
	% Frequência de escovagem	55,6 %	44,4 %	100,0%
	% Presença de cáries	5,8 %	9,1 %	6,9 %
2	Número de crianças	30	16	46
	% Frequência de escovagem	65,2 %	34,8 %	100,0%
	% Presença de cáries	34,9 %	36,4 %	35,4 %
3	Número de crianças	51	24	75
	% Frequência de escovagem	68,0 %	32,0 %	100,0%
	% Presença de cáries	59,3 %	54,5 %	57,7 %
Total	Número de crianças	86	44	130
	% Frequência de escovagem	66,2 %	33,8 %	100,0%
	% Presença de cáries	100,0%	100,0%	100,0%

A grande maioria (81,8%) das crianças com 3 anos não tinham dentes cariados. No entanto 66,7% das crianças com 6 anos, ou seja, mais de metade da amostra, tinham presença de cárie.(Tabela XIV)

Tabela XIV: Relação entre a idade e a presença de cáries

Idades		Presença de cáries		Total
		Não	Sim	
3	Número de crianças	36	8	44
	% Frequência por idade	81,8 %	18,2 %	100,0%
	% Presença de cáries	41,9 %	18,2 %	33,8 %
4	Número de crianças	23	16	39
	% Frequência por idade	59,0 %	41,0 %	100,0%
	% Presença de cáries	26,7 %	36,4 %	30,0 %
5	Número de crianças	24	14	38
	% Frequência por idade	63,2 %	36,8 %	100,0%
	% Presença de cáries	27,9 %	31,8 %	29,2 %
6	Número de crianças	3	6	9
	% Frequência por idade	33,3 %	66,7 %	100,0%
	% Presença de cáries	3,5 %	13,6 %	6,9 %
Total	Número de crianças	86	44	130
	% Frequência por idade	66,2 %	33,8 %	100,0%
	% Presença de cáries	100,0%	100,0%	100,0%

DISCUSSÃO

A escolha do estudo da Saúde Oral num grupo de crianças na faixa etária dos 3 aos 6 anos foi baseada na importância da dentição decídua no desenvolvimento das crianças, considerando a sua influência direta no desenvolvimento dos maxilares, na mastigação, fonação e oclusão. Acrescem ainda os factos de o dente decíduo ser um guia de erupção para a dentição permanente e de ter influência a nível social.(1,6,8) É fundamental que nestas idades seja inculcida a criação de hábitos corretos e saudáveis, já que uma consciencialização precoce promoverá a formação de adultos mais conscientes e responsáveis.

Durante a aplicação deste estudo foi observada que existiam diferentes níveis de conhecimentos entre crianças das diferentes instituições, sobre o tema em análise – formas e métodos de escovagem e alimentação saudável.

Após a realização deste trabalho considera-se que os meios didáticos utilizados foram fundamentais para cativar e manter a atenção dos participantes, (Figura 2). A explicação de todos os procedimentos e ganho de confiança permitiu uma colaboração crítica por parte das crianças, (Figura 3). O Kit de escovagem fornecido no final, como reforço positivo da atividade, visou também sublinhar a importância de uma boa escovagem dentária.



Figura 2: Imagem ilustrativa da utilização do material didático - macromodelos das arcadas dentárias.



Figura 3 – Imagem ilustrativa do antes e depois da explicação à criança – ganho de confiança

Mediante os dados criticamente analisados, estamos em posição de referir que existe um número elevado de crianças que teve contacto com o médico dentista, perfazendo um total de 55 crianças das 130 que participaram no estudo. Contudo este número continua a ser inferior ao recomendado pelas diretrizes da OMS, já que nestas idades todas as crianças já deveriam ter ido pelo menos uma vez ao dentista.(10)

O consumo de alimentos cariogénicos nesta amostra populacional é elevado, tendo-se aferido que 36,2 % das crianças consomem alimentos cariogénicos frequentemente, valor este que reflete a necessidade de se educar em prol de uma diminuição do consumo de cariogénicos.

Relativamente à realização de escovagem no infantário, foi observado que todas as instituições tinham esta atividade implementada exceto o infantário da Santa Casa da Misericórdia de Valença que, por sua vez, referiram não possuir infraestruturas para o efeito.

Comparando com os estudos nacionais da prevalência de doenças orais em Portugal o índice de ceo aos 5-6 anos das crianças analisadas para a dentição decídua é de 1,81, valor este mais elevado do que os 1,65 observados em 2013. É importante salientar que o índice ceo encontrado está muito longe dos objetivos preconizados para 2020 pela OMS para Portugal, que é o de atingir o valor de 1,35. No entanto, verificou-se que 66,2% das crianças observadas encontrava-se livres

de cárie, percentagem esta superior à registada em 2013 a nível nacional que contava com apenas 54% de crianças livres de cáries.(19)

Torna-se relevante frisar a importância da aprendizagem por repetição e por modulação como ferramentas fundamentais para o desenvolvimento da criança. É importante ter em consideração que nestas idades as crianças agem essencialmente por imitação do seu meio envolvente e que os seus encarregados de educação são responsáveis pela supervisão da sua higiene oral. A implementação de medidas que tornem mais fácil a adoção e manutenção diária de práticas saudáveis.

A todas as instituições foi fornecida uma análise geral das crianças observadas no sentido de promover uma educação orientada, segundo as necessidades compreendidas. Foi também entregue material didático, como por exemplo, o quadro de registo de frequência de escovagens e a ficha de informações básicas sobre saúde oral, estimulando as educadoras a desenvolverem os seus próprios veículos de transmissão de informação.

Para além disso, por solicitação de algumas funcionárias destas instituições este trabalho será apresentado à *Comunidade Intermunicipal do Vale do Minho* futuramente, no sentido de poder sensibilizar os responsáveis autárquicos e alargar estas ações a um número mais abrangente de municípios. Neste momento, encontra-se de igual forma, a ser desenvolvido um caderno de fichas didáticas originais direcionado para crianças do ensino pré-escolar.

Seria interessante replicar este mesmo estudo com as mesmas crianças anos mais tarde, no sentido de poder analisar a influência dos seus hábitos alimentares e de higiene oral nos índices de cárie e de qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os valores obtidos revelam vários pontos fracos no que diz respeito à saúde oral das crianças e, como tal parece razoável afirmar que mais ações devem ser desenvolvidas neste âmbito

As instituições incluídas neste estudo mostraram-se disponíveis e sensibilizadas para a continuação deste tipo de ações. É fundamental evitar que esta seja uma ação isolada, tentando replicar ou potenciar este tipo de iniciativas, providenciando os recursos necessários e explorando os já existentes. Para tal, a planificação de programas e estratégias adaptadas às necessidades locais é imperativa.

A promoção de saúde oral visa o alcance da equidade em Saúde e funciona como ferramenta para a criação de cidadãos mais conscientes e participativos. É crucial reforçar os conceitos do direito e do dever das populações no planeamento e prestação de cuidados de saúde, assim como do papel moderador essencial dos profissionais de saúde, nomeadamente do médico dentista inserido no contexto da comunidade.

BIBLIOGRÁFICA

1. Peterson-Sweeney K, Stevens J. Optimizing the health of infants and children: Their oral health counts! *J Pediatr Nurs* [Internet]. Elsevier Inc.; 2010;25(4):244–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2009.03.003>
2. Gomes MC, Pinto-Sarmiento TCDA, Costa EMMDB, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2014;12(1):55. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4002905&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Gonçalves F, Maria A, Catrib F, Glazer K, Peres DA, Latorre DDO. *Revista de Saúde Pública Journal of Public Health. J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2008;34(4):181–92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/13.pdf>
4. World Health Organization [Internet]. Oral Health [Consultado em 4 de Maio de 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
5. Kerins C a. Scientific Article. *Pediatr Dent*. 1999;30(6):507–13.
6. T S. Prevalence, Severity and Associated Factors of Dental Caries in 3-6 Year Old Children. *J Clin Diagnostic Res* [Internet]. 2013;7(8):1789–92. Available from: http://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2013&volume=7&issue=8&page=1789&issn=0973-709x&id=3277
7. Lagerweij MD, van Loveren C. Declining Caries Trends: Are We Satisfied? *Curr oral Heal reports*. 2015;2(4):212–7.
8. A., Jordan R, Na, Becker T, Jöhren H-P, Zimmer S. Early Childhood Caries and Caries Experience in Permanent Dentition. *Swiss Dent J* [Internet]. 2016;126(2):114–9. Available from: https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SDJ_2016/SDJ_Pubmed_2016/sdj-2016-02-01.pdf
9. American Academy of Pediatric Dentists. Policy on the dental home. *Pediatr Dent*. 2012;30(7 Suppl):22–3.
10. AAPD. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory

- guidance, and oral treatment for children. *Pediatr Dent*. 2009;32(suppl):81–3.
11. Malcheff S, Pink TC, Sohn W, Inglehart MR, Briskie D. Infant oral health examinations: Pediatric dentists' professional behavior and attitudes. *Pediatr Dent* 2009;31(3):202-9.
 12. Johansson I, Lif Holgerson P, Kressin NR, Nunn ME, Tanner AC. Snacking habits and caries in young children. *Caries Res*. 2010;44(5):421–30.
 13. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2005;83(04):694–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16211161
 14. Tinanoff N, Palmer C a. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *J Public Health Dent*. 2000;60(3):197–206.
 15. Who. Oral Health Surveys - Basic Method. *World Heal Organ*. 2013;1:137.
 16. George FHM. Francisco Henrique Moura George. Norma Da Direção - Geral Da Saúde [Internet]. 2013;1(1):9. Available from: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
 17. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*. 2003;53:285–8.
 18. Human D. Declaration of Helsinki. *Lance* [Internet]. 1974;353(1):1418–9. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
 19. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, Portugal, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. 2013

ANEXOS

Declaração de Consentimento Informado

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

Levantamento epidemiológico de cárie em crianças institucionalizadas no distrito de Viana do Castelo – Promoção de Saúde Oral

Eu, _____ (nome completo) pai, mãe ou responsável pelo menor _____ (nome completo), compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito, acerca da investigação conduzida pela Estudante Andreia Filipa Rodrigues Domingues da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para a qual é pedida a sua participação .

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a sua participação no estudo. Sei que posso abandonar o estudo e que não terei que suportar qualquer penalização, nem quaisquer despesas pela participação neste estudo.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, consinto que a/o minha/meu filha(o) participe neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra assegurada.

Autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Data: ____ / ____ / _____

(assinatura do responsável pelo menor)

O/ a Investigador(a): _____

Dados de contacto: Telemóvel : 932661518 ; Email: up201302631@fmd.up.pt

O/A Orientador(a): Acácio Eduardo Soares Couto Jorge

Dados de contacto: Email: ajorge@fmd.up.pt

Dados de contacto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto; Telefone:220901100

Explicação do Estudo

Título:

Levantamento epidemiológico de cárie em crianças institucionalizadas no distrito de Viana do Castelo – Promoção de Saúde Oral

Objetivos:

O objetivo principal é o estudo da prevalência de cárie e necessidade de cuidados de saúde oral em crianças com dentição decídua (3-6anos), com a finalidade de averiguar quais são as necessidades e possibilidades de melhorar o nível da saúde oral.

Um outro objetivo deste estudo é a promoção da Saúde oral da população infantil ao nível das freguesias.

Metodologia:

No que diz respeito a promoção de saúde oral, realização de pequena palestra sobre a importância e de uma boa higiene oral, benefícios/consequência e explicação de método de escovagem dentária, reforço da importância de uma alimentação equilibrada. Para esta ação serão utilizados materiais didáticos como jogos, desenhos a colorir e pequenos vídeos.

Para avaliação clínica, realização de um rastreio para o qual se utiliza o índice ceo (dentes decíduos cariados, com indicação para extração e obturados – GRUEBBEL, 1944), uma simples análise visual com o objetivo de detetar se existem dentes cariados com necessidade de tratamento. Juntamente realização de um questionário simples sobre hábitos de higiene oral e consumo de alimentos promotores de lesões cariosas.

Resultados/benefícios:

Com a execução deste trabalho, nomeadamente a ação de formação junto das crianças, pretende-se obter um reforço da importância da saúde oral e a explicação/familiarização de diferentes conceitos (como cárie, bactérias, placa bacteriana). Permitirá analisar o grau de instrução e corrigir possíveis hábitos e/ou técnicas de higiene oral que não estejam a ser realizados corretamente.

Pretende-se ainda estudar a prevalência de cárie e necessidade de cuidados de saúde oral em crianças com dentição decídua (3-6anos). De forma a poder alertar os seus educadores e entidades competentes. A análise dos dados recolhidos permitirá fazer uma avaliação geral do estado de saúde oral e necessidade de cuidados.

O trabalho pretende não só sensibilizar crianças como também os seus educadores e encarregados de educação, os quais nestas idades desempenham um papel fulcral para o desenvolvimento físico e intelectual da criança.

Risco/desconforto:

Dado tratar-se de um trabalho onde a população do estudo é integralmente composta por crianças utilização de uma linguagem simples e adequada é uma parte fulcral para o sucesso da ação de formação.

No que diz respeito à observação oral das crianças abrangidas, existe o risco de contaminação. Esse risco é eliminado dado que todos os exames serão realizados exclusivamente com o uso de material esterilizado não reutilizável, uso de luvas e mascarar descartáveis.

Características éticas

Todo o trabalho foi formulado respeitando os princípios da Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 1964). Assegurando a defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana.

A participação no projeto pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos. Será obtido por escrito após explicação das fases da investigação e das potenciais consequências para o participante.

O direito ao anonimato e confidencialidade será assegurado a todos os participantes. Assim como a segurança na sua participação. Foi analisado o prejuízo potencial do estudo e eliminados todos os riscos desnecessários.

Investigadora: Andreia Filipa Rodrigues Domingues

Ficha de Observação Clínica

Instituição -

Data-

Examinador -

Anotador -

Nome do Participante -

Idade -

Sexo: Feminino Masculino (assinalar com um X no local correspondente)

Antecedentes Médicos Relevantes : Sim Quais: _____

Não

Higiene dentária

Frequência de escovagem: **0 1 2 3** (fazer um circulo correspondente ao número de vezes por dia)

Utilização de meios auxiliares de higiene: Sim Não (assinalar com um X no local correspondente)

Alimentação cariogénica

Quase nunca

Esporadicamente

Frequentemente

(quase nunca = 1 vez por semana; esporadicamente = 2 a 3 vezes por semana; frequentemente = Mais de 3 vezes por semana)

Exame intra-oral (Ceo-d)

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

(maxilar superior)

75	74	73	72	71	81	82	83	84	85

(maxilar inferior)

(completar com a chave)

Chave:

A- São; B- Cariado; C- Obturado com cárie; D- Obturado sem cárie; E- Perdido por cárie; F- Selante de fissura; G- Coroa metálica

Presença de tratamento dentário (selantes, restauração, coroa metálica): Presente Ausente

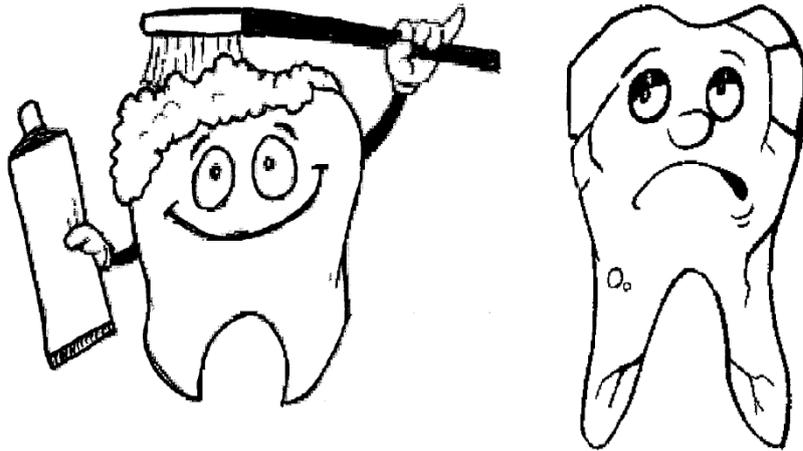
(assinalar com um X no local correspondente)

Necessidade de tratamento dentário urgente: Sim Não

(assinalar com um X no local correspondente)

(ficha única)

Nome: _____



Indicações básicas para uma boa Saúde Oral

Uma boa saúde oral é fundamental para uma correta mastigação dos alimentos, para a fala e para a autoestima de qualquer pessoa.

A criança deve ser ensinada e estimulada a cuidar dos seus dentes.

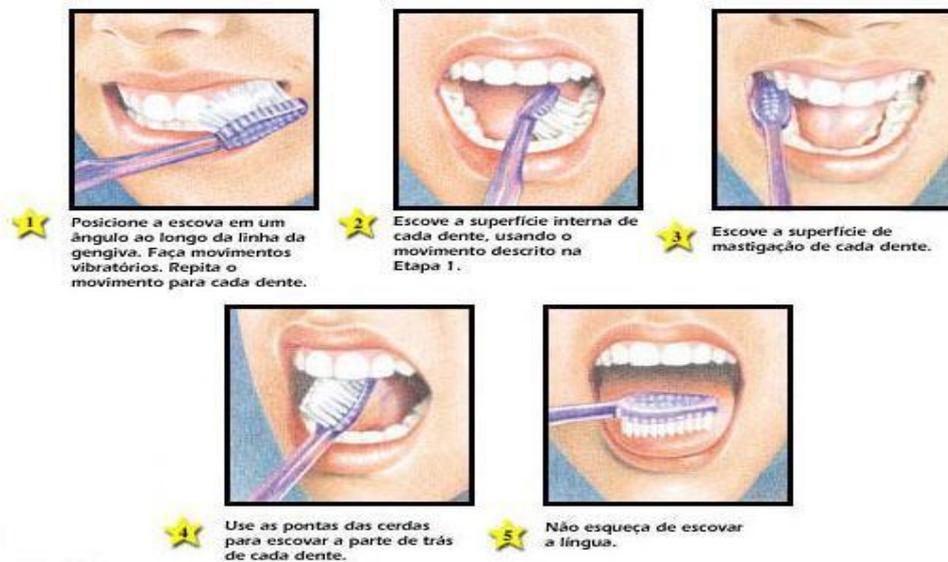
- **A higiene oral** torna-se fulcral para a manutenção de uma boa saúde. Uma má remoção da placa bacteriana é a principal causa para o aparecimento de lesões de carie.

A escovagem dentária em crianças deve ser supervisionada pelos pais ou encarregados de educação. A escova deve ser mole e o tamanho adaptado à idade da criança.

A partir dos 3 anos deve ser utilizado um dentífrico em que o nível de fluor esteja entre os 1000 e os 1500 ppm (este valor pode ser observado na composição da pasta, na própria embalagem).

A quantidade de pasta indicada é equivalente a uma unha do dedo mindinho da mão da criança a partir dos 3 anos de idade e do tamanho de uma ervilha a partir dos 6 anos de idade.

Uma escovagem eficiente deve durar aproximadamente 2 minutos e ser realizada conforme ilustra a figura seguinte. Escovagem de todos os dentes, não esquecendo de escovar a língua. Deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia, principalmente antes de dormir e após as principais refeições. A escova deve ser substituída pelo menos de 3 em 3 meses ou antes caso esteja em mau estado.



Fonte: <http://nutricaoedieticahumana.blogspot.com.br/2013/03/higiene-bucal.html>

Em alguns casos em que o espaço entre os dentes não permita a chegada eficiente da escova ao local, deve ser utilizado fio dentário (utilizado ou supervisionado pelos pais, tendo em atenção que quando utilizado pela criança existe um risco de traumatismo das gengivas).

- **A alimentação saudável** é outro componente essencial para a saúde em geral, englobando a saúde oral.

Deve ser privilegiada uma alimentação variada e equilibrada, maioritariamente composta por fruta, legumes, peixe, carne e cereais, principalmente cereais integrais. Evitar o consumo de alimentos/bebidas açucarados, estes, quando consumidos, é preferível que o seu consumo seja feito após as principais refeições, pequeno-almoço e almoço.

A visita ao médico dentista não deixa de ser fundamental, mesmo existindo uma boa higiene oral e uma alimentação saudável.

É aconselhável que a **primeira consulta** seja feita logo após o aparecimento do primeiro dente.

A dentição decídua (mais conhecida como dentição de leite) é tao importante como a permanente (definitiva). É por volta dos 3 anos que a criança completa a sua dentição decídua. A manutenção destes dentes é fundamental para o bom desenvolvimento de uma dentição adulta em harmonia com todos os tecidos.

A consulta de medicina dentária é importante para o despiste de doenças, malformações e para uma intervenção precoce. Desta forma é aconselhável pelo menos uma visita anual ao médico dentista. Este período entre consultas pode ser encurtado caso a criança apresente risco de carie elevado ou presença de alguma malformação ou doença.

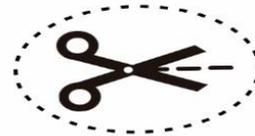
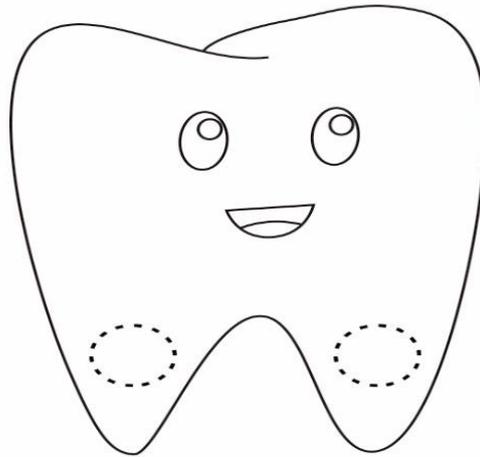
Uma outra forma de prevenção é a colocação de selantes de fissuras, uma espécie de verniz que se aplica na superfície fissurada de dentes sãos com o objetivo de prevenir o aparecimento de lesões de cárie dentária.

É necessário estar atento à presença de hábitos nocivos como chupar no dedo e/ ou língua, o ranger dos dentes, o roer das unhas e/ ou de objetos e incentivar a criança ao seu abandono. A criança deve deixar de utilizar a tradicional chupeta a partir de 1 ano de idade, dado que a continuação da utilização pode trazer problemas graves em termos do desenvolvimento.

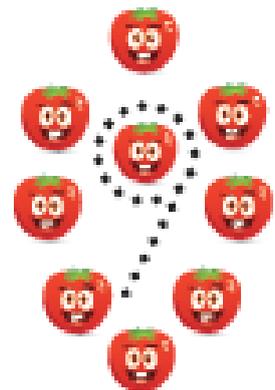
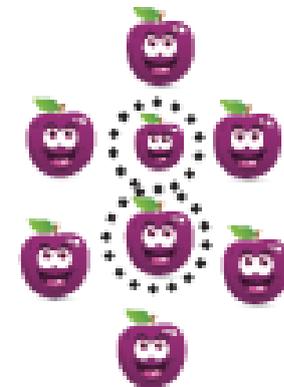
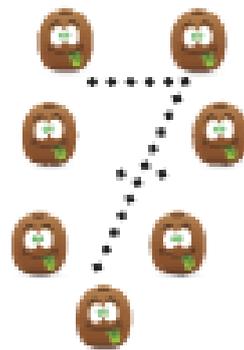
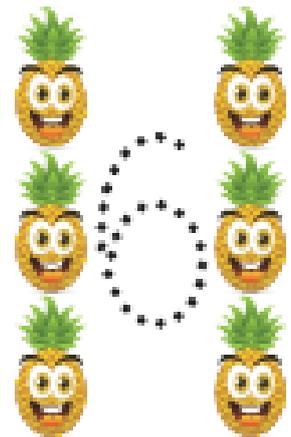
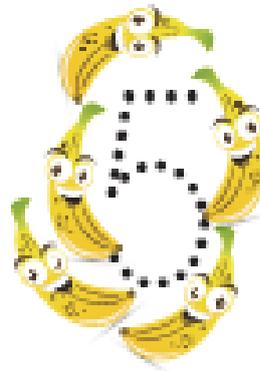
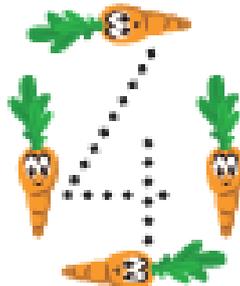
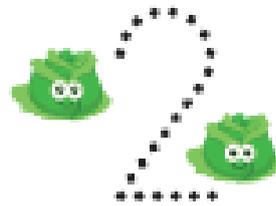
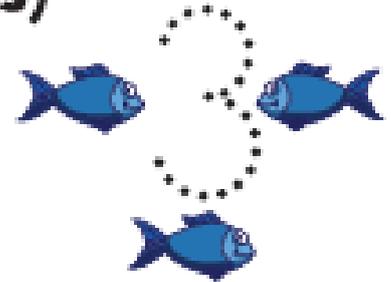
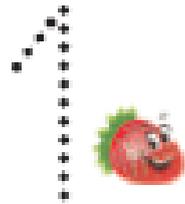
É importante também realçar que a primeira consulta de ortodontia (área relacionada com a prevenção e correção das más posições dos dentes e maxilares) deve ser realizada por volta dos 6-7 anos, após o aparecimento do 1º dente definitivo. Desta forma avalia-se a necessidade de tratamento e caso necessário inicia-se um tratamento precoce com o objetivo de evitar o desenvolvimento de problemas de ordem funcional e estética.

“Os dentes mudam o sorriso, o sorriso muda a face. A face muda a expressão, a expressão muda a vida.”

Fantoches



Os Números (Saudáveis)



PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela estudante Andreia Filipa Rodrigues Domingues, com o título: Levantamento epidemiológico de cárie em crianças institucionalizadas do distrito de Viana do Castelo – Promoção de Saúde Oral, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

27, 5, 2016

O Orientador:


DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

27/05/2016

Andreia Domingues
A Investigadora

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



Exm^a Senhora

Estudante **Andreia Filipa Rodrigues Domingues**

Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da

Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

16/12/2015

19-01-2016

(CC ao Orientador Sr. Prof. Doutor Acácio Eduardo Soares Couto Jorge)

Assunto: Análise do **Projeto de Investigação**, da Estudante Andreia Filipa Rodrigues Domingues, intitulado: "Levantamento epidemiológico de cárie em crianças institucionalizadas no distrito de Viana do Castelo – Promoção de Saúde Oral", a realizar no âmbito da UC "Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica" do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto, orientado pelo Senhor Professor Doutor Acácio Eduardo Soares Couto Jorge.

Informo V. Exa. que o projeto supra citado foi:

- **Aprovado**, na reunião da Comissão de Ética do dia 16 de dezembro de 2015.

Com os melhores cumprimentos,
O Presidente da Comissão de Ética

António Felino
(Professor Catedrático)