

Joana Tavares Carneiro

**Avaliação dos conhecimentos e práticas
de médicos de família, obstetras e
pediatras relativamente à
saúde oral das crianças**



Monografia de Investigação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Porto, 2013

Monografia de Investigação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Avaliação dos conhecimentos e práticas de médicos de família, obstetras e pediatras relativamente à saúde oral das crianças

Joana Tavares Carneiro

Estudante do 5.º ano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Faculdade Medicina Dentária da Universidade do Porto

joanatcarneiro@hotmail.com

Orientador

Prof. Doutor David José Casimiro de Andrade

Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Coorientador

Prof. Doutor Nuno Alexandre Meneses Bastos Moutinho

Professor Auxiliar da Faculdade de Economia da Universidade do Porto

Porto, 2013

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor David José Casimiro de Andrade pela orientação no trabalho, atenção dispensada e conselhos dados.

Ao Prof. Doutor Nuno Alexandre Meneses Bastos Moutinho pela coorientação, empenho, colaboração, disponibilidade e amizade que demonstrou ao longo da execução deste trabalho.

Aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional que sempre me deram não só agora, mas em todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão pela preocupação, paciência e carinho com que sempre me apoiou, pela presença e força que sempre me deu.

A todos os meus amigos pelos momentos de descontração e diversão proporcionados ao longo da realização do trabalho.

À minha binómia, Ana Jorge, pela amizade, pela ajuda, incentivo e presença incondicional ao longo destes anos.

À Dra. Teresa Oliveira, Dra. Tânia Lima, Dr. Rui Carrapato e Dr. Cidrais Rodrigues pela disponibilidade e colaboração na distribuição dos questionários.

A todos aqueles que se disponibilizaram a responder ao questionário.

A todos, Muito Obrigada!

Resumo

Introdução: O médico dentista tem um papel de responsabilidade no acompanhamento e manutenção da saúde oral das crianças, assim como os médicos de família, obstetras e pediatras. Devido ao seu contacto precoce na consulta com crianças e pais, estes profissionais de saúde são cruciais no correto encaminhamento e na transmissão de informação sobre saúde oral.

Objetivos: Estudar o conhecimento e práticas na consulta dos médicos pediatras, obstetras e médicos de família relativamente à saúde oral das crianças. **Metodologia:** Aplicação de um questionário estruturado a médicos de família, pediatras e obstetras em hospitais, centros de saúde e clínicas. Este questionário engloba questões relacionadas com as práticas na consulta, dentição temporária, hábitos orais na criança e cárie. **Resultados:** Foram validados 47 questionários, não havendo respostas de médicos de família. 92,9% dos pediatras têm por hábito observar os dentes das crianças na consulta. No que respeita ao aconselhamento da visita da criança ao médico dentista, apenas 14,8% dos inquiridos acertaram no *timing* considerado correto. 83,7% dos participantes recomendam a visita ao médico dentista durante a gravidez, sendo que a percentagem mais elevada desse aconselhamento é referente aos obstetras. Apenas 53,7% recomendam esta visita pensando na futura saúde oral das crianças. 95,3% acham que o primeiro dente erupciona aos 6 meses de idade. Todos os inquiridos concordam com a relação entre o uso prolongado da chupeta e alterações na oclusão da criança. 61% consideram que a cárie não é uma doença transmissível, no entanto, 95,1% afirmam ser uma doença infecciosa. Apenas 24,4% da amostra tem capacidade para identificar uma lesão precoce de cárie na criança (com cor branca). A maioria (97,6%) revela ser conhecedor da cárie precoce de infância. **Conclusão:** É fundamental reforçar certos conceitos médico-dentários básicos na população médica devido à importância que estes profissionais de saúde têm na prevenção de problemas da cavidade oral, nomeadamente, a cárie.

Palavras-chave: Cárie, Conhecimento, Criança, Obstetras, Pediatras, Práticas, Prevenção, Saúde oral

Abstract

Introduction: The dentist has responsibility in the attendance and maintenance of children oral health, as family physicians, obstetricians and pediatricians. As these health professionals have an early contact with children and their parents, they are crucial in the correct recommendation and in the transmission of information about oral health. **Objective:** To study knowledge and practices of pediatricians, obstetricians and family physicians concerning children's oral health. **Methods:** Application of a structured questionnaire to family physicians, pediatricians and obstetricians in hospitals, health centers and clinics. This questionnaire has questions related to practices, primary dentition, oral habits on child and carie. **Results:** 47 questionnaires were validated and no answer was obtained from family physicians. 92,9% of paediatricians usually observe children's teeth. About the counselling of child to go to the dentist, only 14,8% knew the correct timing of this visit. 83,7% of the participants recommend the visit to dentist during pregnancy, and these counselling is higher on the obstetricians. Only 53,7% recommend pregnant's dentist visit thinking about the future oral health of the child. 95,3% of the respondents affirm that the first tooth erupts by the age of 6 months. All the respondents agree with the relationship between the prolonged use of pacifier and child's changes of occlusion. 61% consider that caries isn't a transmissible disease, although, 95,1% think that is an infectious disease. Only 24,4% have the capacity to identify an early childhood caries (white spot) in the child. The majority of the respondents (97,6%) shows knowledge about early childhood caries. **Conclusion:** It is important to reinforce certainly basic dental-medical concepts on medical society because these clinicians are very important in preventing oral cavity problems, specially, caries.

Key-words: Carie, Child, Knowledge, Obstetricians, Oral health, Pediatricians, Practices, Prevention

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Material e Métodos | 3 |
| 2.1 Amostra | 3 |
| 2.1.1. População-Alvo | 3 |
| 2.1.2. Ética | 3 |
| 2.2 Recolha de dados | 3 |
| 2.2.1. Questionário | 4 |
| 2.3 Tratamento estatístico dos dados | 4 |
| 3. Resultados | 5 |
| 3.1 Caracterização da amostra | 5 |
| 3.2 Descrição dos resultados | 7 |
| 4. Discussão | 14 |
| 5. Conclusão | 19 |
| Referências bibliográficas | 20 |
| Anexos | 23 |

1. Introdução

A saúde oral faz parte da saúde geral do indivíduo, essencial na criança para o seu completo bem-estar físico, social e mental. As condições orais e craniofaciais têm um impacto significativo na saúde geral e bem-estar das crianças interferindo a nível psicossocial e económico. Nos dias de hoje, o objetivo primordial é a prevenção.

A educação para a saúde oral deve-se iniciar nos primeiros anos de vida para que se desenvolvam hábitos saudáveis que perdurem. Os profissionais de saúde oral devem transmitir os seus conhecimentos às mães que, por sua vez, os põem em prática e transmitem aos filhos e a toda a família.

A manutenção da saúde oral implica uma responsabilidade não só do médico dentista como também dos profissionais da área de saúde em geral. Estes, devem atuar para que a prioridade não seja a doença mas sim a promoção de saúde.¹ Médicos de família, obstetras e pediatras contactam com as crianças frequentemente e nos seus primeiros anos de vida, ou seja, quando os hábitos alimentares e hábitos orais viciosos começam a estabelecer-se e deve ser implementada a higiene oral.^{2,3}

Os médicos pediatras estão numa posição privilegiada relativamente à saúde oral das crianças visto que as acompanham desde o seu nascimento.^{4,5,6,7,8,9,10} Na prevenção de doenças orais e deteção de doenças sistémicas com manifestações orais deve haver colaboração mútua entre médicos dentistas e pediatras.^{1,11}

O primeiro passo para o sucesso na obtenção de hábitos de higiene oral na criança passa pela consciencialização dos pais quanto à sua responsabilidade para com a higiene oral dos seus filhos.^{1,4,11,12} A mãe tem um papel importantíssimo relativamente à saúde oral e a implementação de medidas preventivas deverá ser incutida no momento pré-natal.^{6,8} No período de gestação, as mulheres encontram-se psicologicamente mais sensibilizadas e recetivas a informação, tornando-se propício para a aquisição e modificação de hábitos que visem o bem-estar e o bom desenvolvimento da criança.^{11,13,14}

Os médicos obstetras acompanham a mãe durante a gravidez até ao parto, encontrando-se numa posição privilegiada para transmissão de informação sobre saúde oral da grávida e do filho, devendo também ser acompanhada pelo Médico Dentista.¹⁵

Os médicos de família, devido ao contacto com as crianças e pais, têm facilidade na divulgação de medidas preventivas em saúde oral e encaminhamento das crianças para o médico dentista.⁶ A atividade profissional dos médicos em geral inclui não só uma ação técnica mas também pedagógica. Assim, a articulação entre os profissionais de saúde, influenciará positivamente a prática da promoção de saúde oral.

Os conselhos fornecidos por estes profissionais de saúde na consulta têm como objetivo orientar a saúde oral dos pais e da criança da forma mais correta possível, assim como prevenir o aparecimento de doenças da cavidade oral ou a sua deteção num estado muito inicial.

A investigação em curso pretende assim recolher informações precisas sobre práticas na consulta sobre saúde oral na criança e aferir se os profissionais estão dotados de conhecimentos técnicos sobre temas específicos como a dentição temporária, hábitos orais e cárie. Para além disso, procurará verificar até que ponto variáveis como o género, a especialidade e a experiência são relevantes na explicação das diferenças observadas nas respostas.

2. Material e Métodos

2.1 Amostra

2.1.1. População-Alvo

A população-alvo deste estudo é constituída por todos os médicos pediatras, obstetras e médicos de família contactados que aceitaram responder ao questionário após explicação da sua finalidade e assinatura do consentimento informado.

Os critérios de exclusão para este estudo incluíram médicos pediatras, obstetras e médicos de família que não aceitaram responder ao questionário.

2.1.2. Ética

Aos participantes no estudo foram explicados oralmente e por escrito os objetivos do mesmo, com a finalidade de obtenção de autorização e aprovação para a sua participação.

A confidencialidade dos dados e o anonimato da pessoa em questão foram garantidos e todas as regras éticas descritas na legislação em vigor foram consideradas, nomeadamente quanto ao tratamento e armazenamento de dados. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (Anexo I).

2.2 Recolha de dados

Os dados deste estudo foram recolhidos em hospitais, centros de saúde e clínicas privadas mediante autorização prévia por parte da comissão de ética e conselho de administração de cada instituição. A sua recolha realizou-se entre março e maio de 2013 através de questionários entregues aos diretores de serviço de pediatria, obstetrícia ou diretores dos respetivos centros de saúde. Foram distribuídos pelos profissionais de saúde e mais tarde recolhidos. Juntamente com o questionário foi entregue uma folha informativa com a explicação do estudo (Anexo II) e pedido de autorização para a sua realização (Anexo III).

2.2.1. Questionário

No questionário (Anexo IV), para além de dados para posterior caracterização da amostra, recolheram-se informações relativas às práticas na consulta sobre saúde oral; conhecimentos sobre dentição temporária, hábitos orais e cárie dentária.

2.3 Tratamento estatístico dos dados

A análise estatística dos dados foi efetuada utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 21. Inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis estudadas através de gráficos de barras, circulares e tabelas de frequências. Posteriormente efetuou-se a análise estatística inferencial com o objetivo de relacionar as diferentes variáveis do estudo através do teste de Kruskal-Wallis. Este constitui o equivalente não-paramétrico da Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial, averiguando se há diferenças entre três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente ordinal. É utilizado principalmente quando os dados contrariam a hipótese da normalidade e pressupõe apenas que as distribuições dos grupos são contínuas e apenas diferem na localização (ou seja, têm a mesma forma). Assumiu-se como significativo um valor de $p \leq 0,05$. Sempre que necessário, construíram-se intervalos de confiança a 95% para parâmetros da população.

3. Resultados

3.1 Caracterização da amostra

Dos cerca de 80 questionários entregues, 55 foram respondidos. Apenas 4 questionários foram respondidos por especialistas de Medicina Geral e Familiar. De acordo com os dados fornecidos pela Ordem dos Médicos (Sede de Lisboa), existem em Portugal 5703 especialistas de Medicina Geral e Familiar, 1591 de Ginecologia-Obstetrícia e 1782 de Pediatria. Assim, para ser garantida a representatividade da amostra, decidiu-se eliminar as respostas dadas pelos especialistas de Medicina Geral e Familiar, bem como as últimas respostas dadas por pediatras. Desta forma, respeitou-se a percentagem de 47% de obstetras e 53% de pediatras existente no universo estudado. A amostra final foi de 47 respostas (1,4% da população), num total de 25 pediatras e 22 obstetras. Na figura 1 apresenta-se a distribuição da amostra segundo o género.

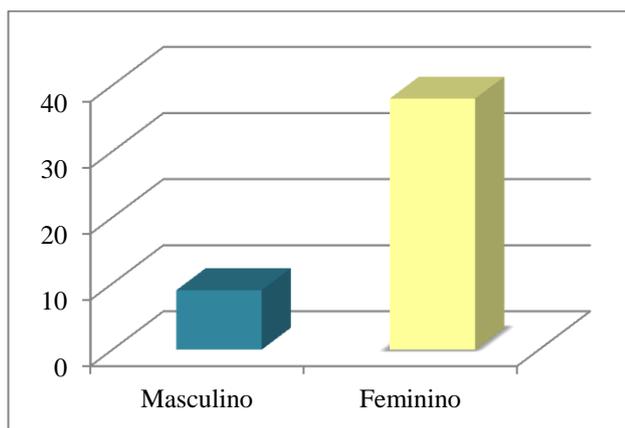


Figura 1 – Distribuição do número de especialistas por género

O local onde os médicos exercem a profissão revelou-se logo à partida pouco importante, pois todos exercem no hospital público e apenas 3 passam mais tempo no setor privado do que no público.

Relativamente ao tempo de exercício da medicina, dividiu-se a amostra consoante os anos de prática dos médicos (até 10 anos; mais de 10 anos de prática) tal como é visível na figura 2.

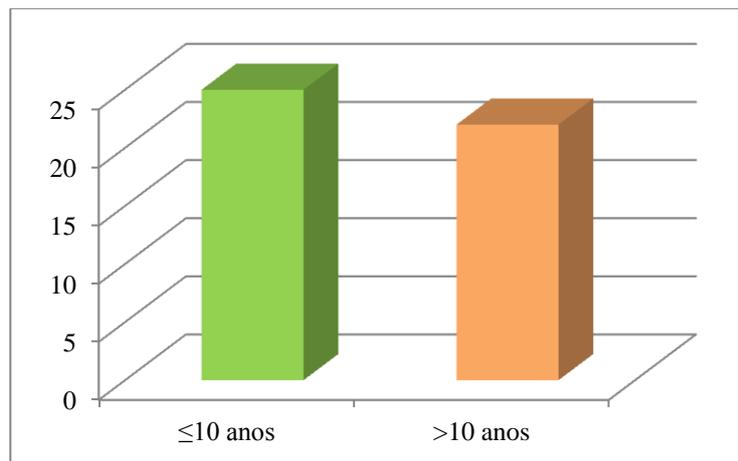


Figura 2 – Distribuição da amostra segundo os anos de experiência

3.2 Descrição dos resultados

Nas tabelas I, II, III e IV encontram-se os dados relativos aos resultados obtidos para cada pergunta do questionário segundo as respetivas categorias do mesmo.

Tabela I – Descrição dos resultados obtidos sobre práticas na consulta sobre saúde oral

| | Pergunta | Resposta | N | % |
|----------|---|--|----------|----------|
| 1 | Tem por hábito observar os dentes das crianças na sua consulta? | Sim | 26 | 92,9 |
| | | Não | 2 | 7,1 |
| 2 | Quando recomenda a primeira visita ao Médico Dentista? | No 1º ano de idade | 3 | 11,1 |
| | | Quando erupciona o primeiro dente | 1 | 3,7 |
| | | Aos 2 anos de idade | 22 | 81,5 |
| | | Quando a criança sentir dor em algum dente | 1 | 3,7 |
| 3 | Quando recomenda o início da higiene oral na criança? | Ao 1º ano de idade | 1 | 3,8 |
| | | Aquando da erupção do primeiro dente | 25 | 96,2 |
| | | Aos 2 anos de idade | 0 | 0 |
| | | Aos 3 anos de idade | 0 | 0 |
| 4 | Tem por hábito dar conselhos de saúde oral aos pais das crianças? | Sim | 26 | 100 |
| | | Não | 0 | 0 |
| 5 | Tem por hábito questionar os pais das crianças sobre hábitos orais (como por exemplo sucção do polegar e uso da chupeta)? | Sim | 24 | 92,3 |
| | | Não | 2 | 7,7 |
| 6 | Quando perante uma grávida, recomenda a visita ao Médico Dentista? | Sim | 36 | 83,7 |
| | | Não | 7 | 16,3 |
| 7 | Durante a gravidez, recomenda a consulta ao Médico Dentista pensando na futura saúde oral da criança? | Sim | 22 | 53,7 |
| | | Não | 19 | 46,3 |
| 8 | Acha que a saúde oral da mãe pode influenciar a saúde oral do filho? | Sim | 43 | 95,6 |
| | | Não | 2 | 4,4 |

Tabela II - Descrição dos resultados obtidos sobre dentição temporária

| | Pergunta | Resposta | N | % |
|-----------|--|--------------------------------------|----------|----------|
| 9 | Com que idade erupciona o primeiro dente normalmente? | 6 meses | 41 | 95,3 |
| | | 1 ano | 2 | 4,7 |
| | | 1 ano e 6 meses | 0 | 0 |
| | | 2 anos | 0 | 0 |
| 10 | Com que idade a criança já tem todos os dentes temporários erupcionados normalmente? | 2 anos | 17 | 39,5 |
| | | 3 anos | 20 | 46,5 |
| | | 4 anos | 3 | 7 |
| | | 5 anos | 3 | 7 |
| 11 | Quantos dentes existem na dentição temporária? | 16 | 2 | 4,7 |
| | | 20 | 32 | 74,4 |
| | | 24 | 8 | 18,6 |
| | | 30 | 1 | 2,3 |
| 12 | Qual o primeiro dente temporário a esfoliar? | Primeiro molar superior temporário | 1 | 2,4 |
| | | Incisivo central superior temporário | 11 | 26,2 |
| | | Incisivo central inferior temporário | 30 | 71,4 |
| | | Primeiro molar inferior temporário | 0 | 0 |

Tabela III – Descrição dos resultados obtidos sobre hábitos orais

| | Pergunta | Resposta | N | % |
|-----------|--|-----------------|----------|----------|
| 13 | O uso de chupeta depois dos 3-4 anos de idade provoca alterações na oclusão da criança? | Sim | 42 | 100 |
| | | Não | 0 | 0 |
| 14 | A interposição da língua entre os dentes pode ser uma consequência da persistência dos hábitos orais (como uso de chupeta e sucção digital)? | Sim | 40 | 97,6 |
| | | Não | 1 | 2,4 |

Tabela IV - Descrição dos resultados obtidos sobre cárie dentária

| | Pergunta | Resposta | N | % |
|-----------|---|-----------------|----------|----------|
| 15 | Depois da amamentação/ leite adaptado deve-se limpar a cavidade oral do bebé? | Sim | 31 | 75,6 |
| | | Não | 10 | 24,4 |
| 16 | A cárie é uma doença transmissível? | Sim | 16 | 39 |
| | | Não | 25 | 61 |
| 17 | A cárie é uma doença infecciosa? | Sim | 39 | 95,1 |
| | | Não | 2 | 4,9 |
| 18 | No seu início, a cor da lesão de cárie é: | Amarela | 27 | 65,9 |
| | | Castanha | 3 | 7,3 |
| | | Branca | 10 | 24,4 |
| | | Preta | 1 | 2,4 |
| 19 | A cárie pode ser parada no início da sua formação? | Sim | 40 | 97,6 |
| | | Não | 1 | 2,4 |
| 20 | A cárie precoce de infância é uma doença crónica que afeta a dentição temporária e pode desenvolver-se imediatamente após a erupção dentária? | Sim | 40 | 97,6 |
| | | Não | 1 | 2,4 |

Tabela V – Respostas válidas às perguntas 1-5

| | | Respostas válidas | Não respondeu |
|----------------|-------------|-------------------|---------------|
| P1 a P5 | Pediatria | 23 | 2 |
| | Obstetrícia | 1 | 21 |

Na tabela VI, podemos encontrar os resultados obtidos no teste KW que permitiram detetar diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas por diferentes tipos de médico consoante o género, especialidade e experiência.

Tabela VI – Resultados obtidos no teste KW

| Pergunta | Género | | | | | Especialidade | | | Experiência | |
|---------------------|--------|-------|-------|-------|-------|---------------|-------|-------|-------------|--------|
| | P7 | P11 | P15 | P16 | P19 | P6 | P10 | P15 | P6 | P7 |
| Qui-quadrado | 3,403 | 3,605 | 3,629 | 3,613 | 3,556 | 3,902 | 5,397 | 5,033 | 2,961 | 12,968 |
| p-value | 0,065 | 0,058 | 0,057 | 0,057 | 0,059 | 0,048 | 0,020 | 0,025 | 0,085 | 0,000 |

Nas figuras 3 e 4 mostra-se a relação de respostas conforme as diferentes variáveis (tabela V) para as perguntas 6 e 7 no que diz respeito às práticas que os participantes têm na consulta sobre saúde oral na criança.

A técnica não paramétrica de KW mostra que se pode rejeitar a hipótese nula de igualdade da média entre os diferentes tipos de médico quanto à experiência no que toca à pergunta 7. Com um nível de significância de 9%, encontram-se os resultados apresentados na figura 3 para a pergunta 6.

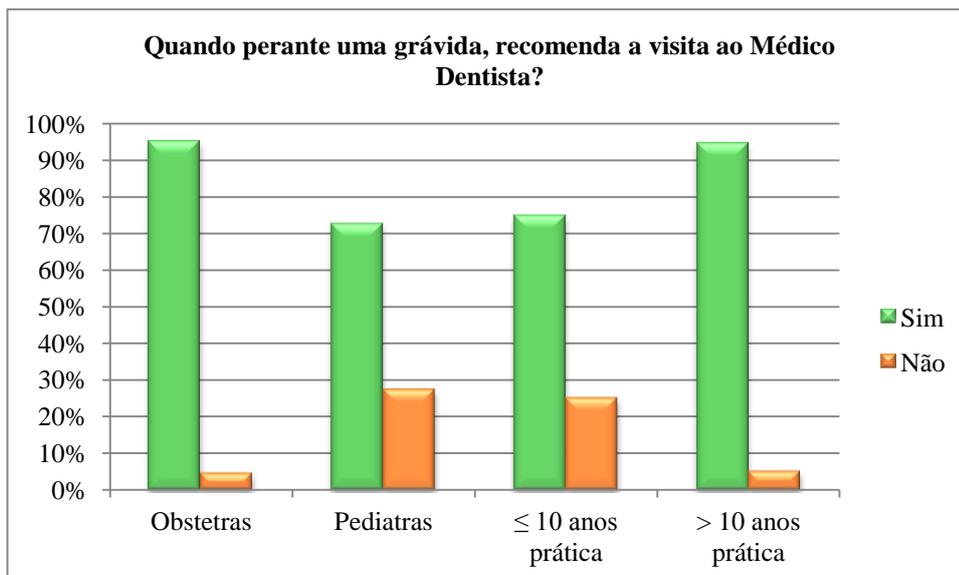


Figura 3 – Relação entre as respostas dadas pelos inquiridos e as variáveis especialidade e experiência relativamente à pergunta 6

A técnica não paramétrica de KW mostra que não se pode rejeitar a hipótese nula de igualdade da média entre géneros (sempre que o p-value assintótico for >5%). No entanto, com um nível de significância de 6%, rejeita-se a hipótese de igualdade média entre géneros nas perguntas 11, 15, 16 e 19. Com um nível de significância de 7%, rejeita-se a hipótese de igualdade da média entre géneros na pergunta 7.

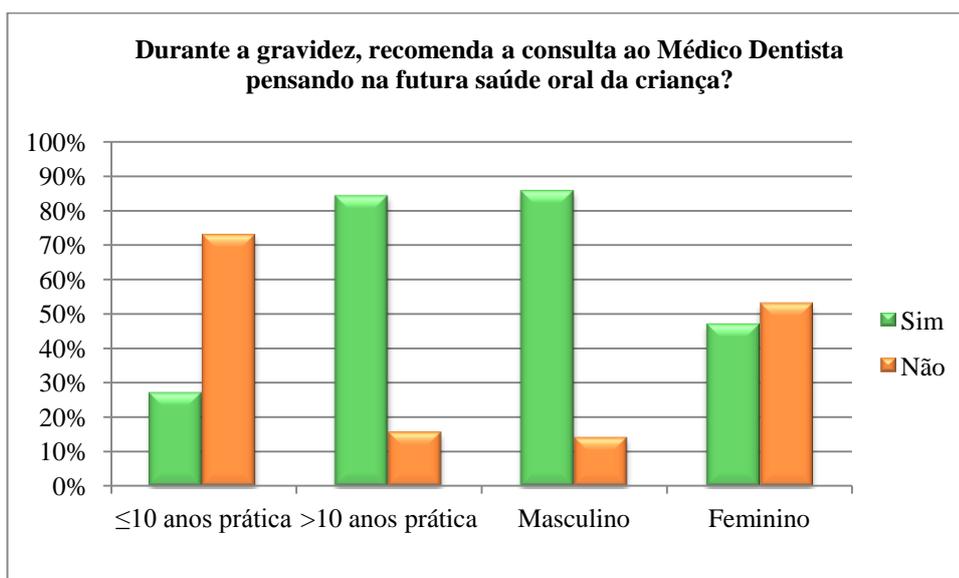


Figura 4 - Relação entre as respostas dadas pelos inquiridos e as variáveis género e experiência relativamente à pergunta 7

Nas figuras 5, 6, 7, 8 e 9 mostra-se a relação de respostas conforme as diferentes variáveis (tabela V) para as perguntas 10, 11, 15, 16 e 19, respetivamente, no que diz respeito aos conhecimentos que os participantes têm sobre dentição temporária e cárie na criança.

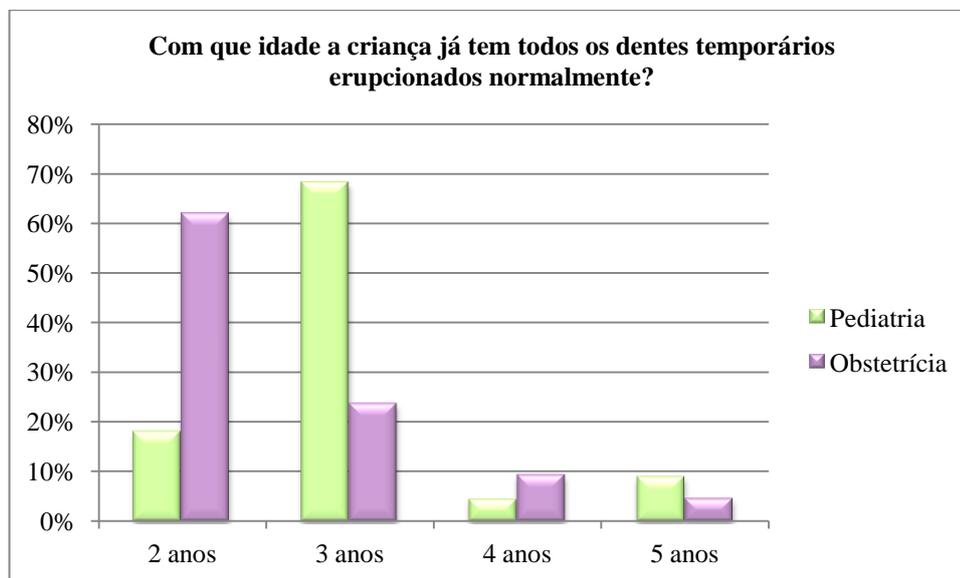


Figura 5 – Relação entre as respostas dadas pelos inquiridos e a variável especialidade relativamente à pergunta 10

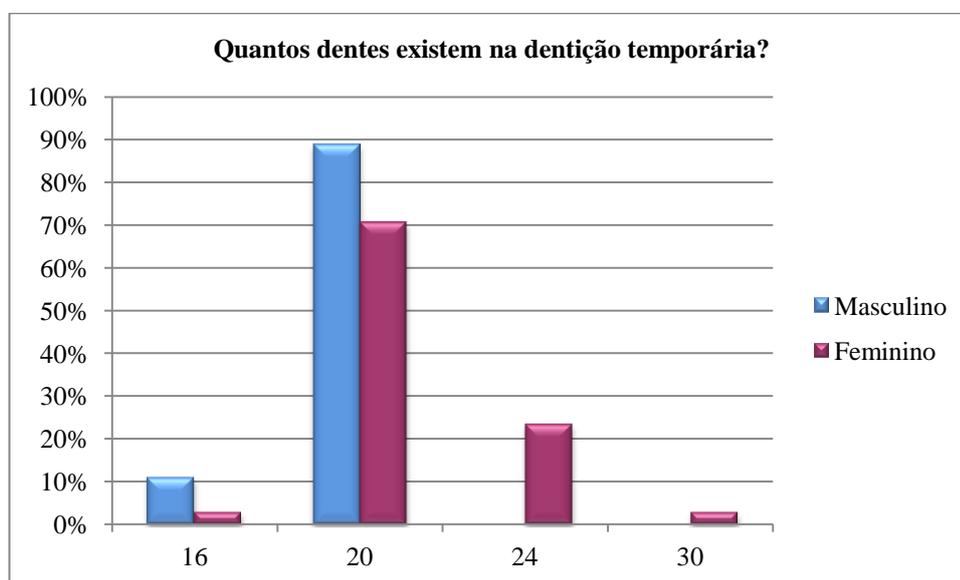


Figura 6 – Relação entre as respostas dadas pelos inquiridos e a variável género relativamente à pergunta 11

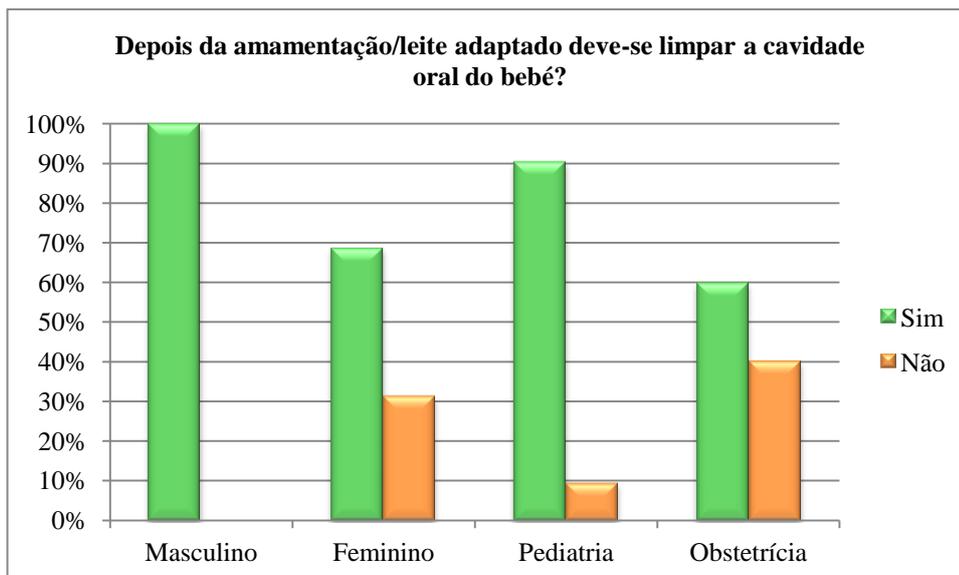


Figura 7 – Relação entre as respostas dadas pelos inquiridos e as variáveis especialidade e género relativamente à pergunta 15

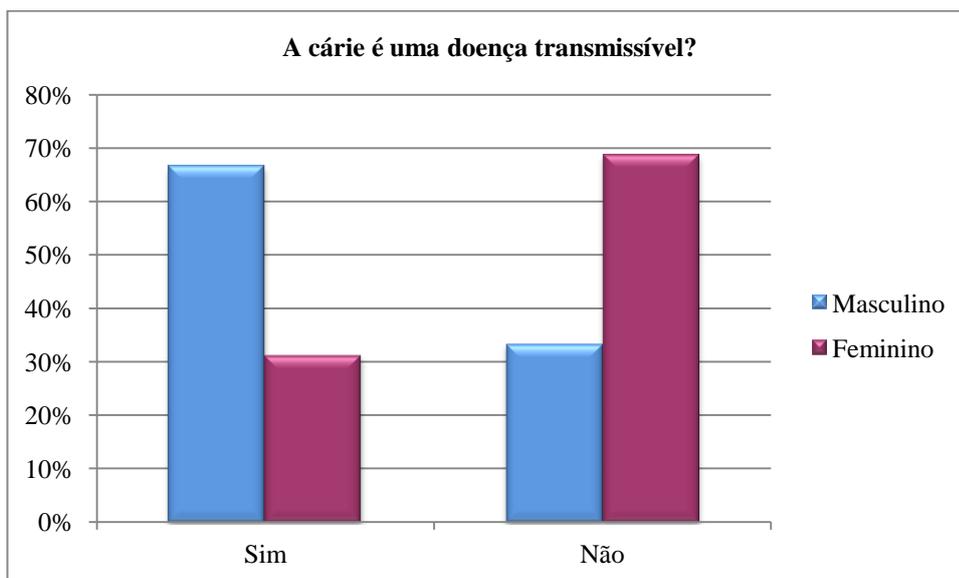


Figura 8 – Relação entre as respostas dadas pelos inquiridos e a variável género relativamente à pergunta 16

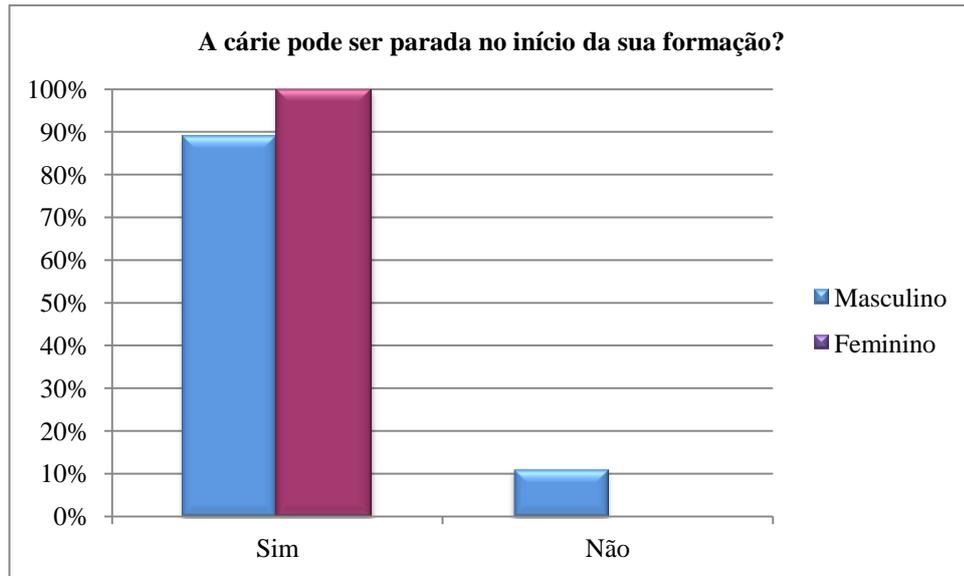


Figura 9 – Relação entre as respostas dadas pelos inquiridos e a variável género relativamente à pergunta 19

4. Discussão

Com este estudo pretende-se aferir que práticas os médicos pediatras e obstetras adotam na consulta relativamente à saúde oral das crianças, assim como os seus conhecimentos básicos sobre dentição temporária e cárie dentária. Apresenta algumas limitações nomeadamente ao nível do tamanho da amostra pois o tempo de recolha de informação foi bastante limitado. Uma das restrições deste estudo é a falta de dados relativamente aos médicos de família, explicado pela falta de respostas obtidas junto dos centros de saúde, situação que até era expectável e que levou a excluir estes profissionais da análise.

No que respeita às práticas na consulta, é importante referir que as primeiras 5 perguntas foram maioritariamente respondidas por pediatras (Tabela V). Tal pode dever-se ao facto de os pediatras contactarem com a criança na consulta, ao contrário dos obstetras. No geral, verifica-se que a maior parte dos profissionais de saúde em questão revela boas práticas na consulta e aconselhamento sobre saúde oral. 92,9% dos pediatras habitualmente observam os dentes das crianças na sua consulta e todos eles dão conselhos sobre saúde oral aos pais. Estes resultados assemelham-se aos encontrados noutros estudos^{3,9, 16,17,18} e vão de encontro às orientações da comissão de Padronização dos Cuidados de Saúde da Criança da Academia Americana de Pediatria que recomenda a observação da boca, dentes e gengivas em cada consulta de pediatria.³ Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) aconselha a observação dos dentes na consulta a partir dos 6 meses.¹⁹ Verifica-se, também, que a maioria (92,3%) questiona os pais das crianças sobre os hábitos orais das mesmas.

Existe falta de informação respetivamente ao aconselhamento da primeira visita ao médico dentista, pois 81,5% dos pediatras apenas recomendam a visita aos 2 anos de idade e apenas 3,7% aquando da erupção do primeiro dente (por volta dos 6 meses). Na prática, considera-se que apenas 14,8% dos pediatras aconselham corretamente até ao primeiro ano de idade. No entanto, estes valores são próximos dos valores encontrados noutros estudos. Num estudo de Prakash et al.,¹⁸ apenas 2,7% recomendam a visita ao médico dentista antes de 1 ano; o estudo de Brickhouse et al.,²⁰ verificou que apenas 5% dos pediatras aconselham a visita ao médico dentista antes de 1 ano de idade; Silva et al.,¹⁷ num estudo realizado na área de Lisboa, constatou que nenhum pediatra recomenda a visita antes do primeiro ano de idade e 60% dos pediatras recomendam apenas entre os 3 e os 6 anos de idade. Através destes dados verifica-se que talvez esta pergunta tenha opções de resposta erróneas. Ou seja, dever-se-ia ter colocado as opções de aconselhamento da visita ao médico dentista aos 3-4 anos e 5-6 anos. Assim, os

valores obtidos poder-se-iam assemelhar aos do estudo de Silva et al.¹⁷ e poderiam ter diminuído a percentagem de resposta aos 2 anos de idade. Sugere-se esta alteração num próximo estudo. Antes do primeiro ano, normalmente, as crianças não frequentam o médico dentista, apesar de a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) recomendar que o primeiro exame oral deva ser feito no momento da erupção do primeiro elemento dentário, ou seja, por volta dos 6 meses¹⁷ e nunca 6 meses após a primeira erupção dentária ou após os 12 meses de idade.^{20,21,22} É nesta fase que se deve iniciar também a higiene oral,²³ tal como verificado neste estudo, no qual cerca de 96,2% dos pediatras recomendam o início da higiene oral na criança aquando da erupção do primeiro dente. A DGS recomenda o início da higiene oral logo após a erupção do primeiro dente.¹⁹ Segundo a American Academy of Pediatrics, os pediatras devem desenvolver um conhecimento base de forma a avaliar o risco de saúde oral em todos os pacientes aos 6 meses de idade.^{24,25}

Perante uma grávida, a grande maioria dos participantes (83,7%) recomenda a visita ao médico dentista. Aumentando o nível de significância para 9%, verifica-se que os profissionais mais experientes (Figura 3) revelam-se mais cautelosos e conscienciosos no que concerne à saúde oral da mesma. Os obstetras aconselham significativamente mais a visita ao médico dentista do que os pediatras, talvez devido ao facto de os obstetras contactarem mais com a grávida. Comparativamente, num estudo de Feldens et al.,¹³ apenas 53% dos obstetras aconselham a visita ao médico dentista para consulta preventiva e 29% unicamente quando existe algum problema. Relativamente à recomendação da ida ao médico dentista pensando na futura saúde oral da criança, verificam-se resultados curiosos, pois apenas 53,7% dos inquiridos respondem afirmativamente. Os profissionais de saúde mais experientes revelam-se mais cautelosos (Figura 4), enquanto os menos experientes não aconselham a referida consulta. Este resultado é bastante forte, estatisticamente falando. Aumentando o nível de significância para 7%, os homens revelam-se mais preocupados com a futura saúde oral das crianças comparativamente com as mulheres. Apesar destes valores encontrados, a maioria dos participantes concorda que a saúde oral da mãe pode influenciar a saúde oral do filho. Segundo a literatura, o comportamento das crianças em relação à higiene oral e hábitos alimentares é influenciado pelo conhecimento e atitude dos pais, sendo importante transmitir ou reforçar a informação dos mesmos relativamente às boas práticas de saúde oral.^{23,26,27}

Não existem estudos referenciados sobre a avaliação dos conhecimentos relativos à dentição temporária em pediatras e obstetras. A maior parte dos inquiridos (95,3%) encontra-se informado sobre a idade de erupção do primeiro dente na criança, verificando-se o mesmo sobre

o primeiro dente temporário a esfoliar (71,4%). No entanto, uma percentagem elevada (26,2%) afirmou ser o incisivo central superior o primeiro dente a esfoliar. Se procurássemos construir o intervalo de confiança para a população, concluiríamos com 95% de confiança que 13 a 39% dos médicos responderiam desta forma. De acordo com a literatura, o primeiro dente a erupcionar na cavidade oral da criança é o incisivo central inferior temporário por volta dos 6 meses de idade, sendo este também o primeiro dente temporário a esfoliar entre os 6 e os 7 anos de idade.^{28,29} No que concerne à idade com que a criança já tem a dentição temporária completa erupcionada, é dúbio entre os profissionais, os 2 e os 3 anos de idade, tendo-se encontrado resultados estatisticamente muito significativos para a especialidade. Os pediatras defendem que aos 3 anos a criança já tem todos os dentes temporários erupcionados, por outro lado, os obstetras defendem os 2 anos de idade (Figura 5). O último dente temporário a erupcionar na cavidade oral é o segundo molar cuja média de idade de erupção se encontra entre os 26 e os 30 meses²⁹ com margem de 6 meses, ou seja, antes dos 3 anos de idade a criança não tem todos os dentes temporários completamente erupcionados. Sobre o número de dentes existentes na dentição temporária, o conhecimento geral é aceitável pois a maior parte respondeu corretamente. No entanto, aumentando o nível de significância para 6%, 29,4% das mulheres respondeu erradamente (Figura 6). Migueli et al.⁸ verificou que 83% dos pediatras no seu estudo afirmou que a dentição temporária era composta por 20 dentes.

Os conhecimentos sobre hábitos orais na criança revelaram resultados positivamente surpreendentes quando comparados com um estudo realizado em Itália,²⁵ no qual 71% dos pediatras discordam ou não tem a certeza que a utilização prolongada de chupeta potencia más-oclusões. Na presente investigação, constata-se que todos os participantes concordam que o uso de chupeta depois dos 3-4 anos de idade provoca alterações na oclusão da criança, e a maioria (97,6%) concorda que a persistência destes hábitos orais pode ser uma causa da interposição lingual entre os dentes. A literatura refere que a utilização prolongada da chupeta pode ser prejudicial para a cavidade oral da criança, devendo ser retirada após os 2-3 anos de idade.^{15,30} A duração, frequência e intensidade dos hábitos orais (como a sucção digital e utilização de chupeta) são fatores determinantes no desenvolvimento craniofacial da criança assim como na gravidade das suas consequências.³¹ Realça-se a deglutição atípica com interposição lingual entre os dentes anteriores assim como a mordida aberta anterior.^{30,31}

Quanto aos conhecimentos sobre cárie que podem levar à sua deteção precoce ou prevenção verificam-se valores pertinentes. A maioria (75,6%) concorda que a cavidade oral do bebé depois da amamentação/leite adaptado deve ser limpa. Pediatras e obstetras têm um grau de

conhecimento diferente sobre o assunto já que uma percentagem bastante significativa de obstetras não concorda. Aumentando o nível de significância para 6%, verifica-se diferença entre o género: todos os homens concordam com a limpeza da cavidade oral do bebé, enquanto 31,2% das mulheres não concorda (Figura 7). Num estudo de Schaff-Blass et al.,⁹ a maioria dos inquiridos afirma que a cavidade oral deve ser limpa com escova, na presença de dentes, ou com uma gaze quando estes estão ausentes. Já Migueli et al.⁸ verificou que 60% dos pediatras concorda com a limpeza das gengivas na criança após amamentação. Referiu ainda que esta limpeza deve ser essencialmente efetuada quando o leite é artificial, pois quando o leite é materno, ao higienizar a cavidade oral remove-se anticorpos maternos. Dados referem que a higiene oral do bebé deve ser feita diariamente após a amamentação e leite adaptado com a ajuda de uma gaze envolta no dedo,^{12,15,29} visto que bactérias cariogénicas como os *Streptococci mutans* colonizam a cavidade oral das crianças antes da erupção dentária.^{28,32}

No que respeita aos conhecimentos sobre cárie, verifica-se falta de informação na generalidade. Contrariamente ao que a maioria dos profissionais inquiridos (61%) pensa, a cárie é uma doença transmissível.^{15,28,32,33} Este dado é importante porque como os pediatras e obstetras contactam com as crianças e os seus pais na consulta, deveriam consciencializá-los para a transmissão da cárie entre mãe e filho (transmissão vertical).^{28,33,34,35} Noutros estudos são encontrados valores semelhantes ou até mais preocupantes relativos ao conhecimento destes profissionais de saúde sobre transmissão vertical de bactérias cariogénicas.^{9,16,17,18} Aumentando o nível de significância para 6%, os homens encontram-se mais corretamente informados comparativamente às mulheres (Figura 8). Apesar de tudo, os profissionais estão cientes que a cárie é uma doença infecciosa, tal como no estudo de Dalto et al.⁷

Os obstetras e pediatras mostram alguma falta de conhecimento quanto à cor inicial da lesão de cárie. Um grande número (65,9%) afirma que a cárie inicialmente tem cor amarela e apenas 24,4% afirma ser branca. Contudo, estes valores são ligeiramente inferiores a outros encontrados na literatura revelando que 50,6%⁹, 41,5%¹⁷ e 30,4%¹⁸ dos inquiridos desconhecem a caracterização da lesão inicial de cárie (manchas ou linhas brancas). O valor amostral observado para a percentagem de indivíduos que responde de forma incorreta é de 75,6%. Tal significa que, com 95% de confiança, a percentagem de médicos que responde erradamente a esta pergunta será entre 62,4 e 88,7%. Estes valores são inquietantes, já que a deteção da cárie no seu estado precoce é fundamental para a prevenção e os pediatras devem ser alertados para procurar as lesões brancas de cárie na consulta. Nesta fase, a cárie tem um carácter reversível e com a simples aplicação tópica de fluor pode-se conseguir a remineralização do esmalte.⁸ A

maior parte dos profissionais inquiridos (97,6%) afirma que a cárie pode ser interrompida no início da sua formação, tal como referido anteriormente, através da ação tópica do flúor. Este, devido ao seu efeito cariostático, ajuda a reduzir a gravidade da mesma assim como previne o seu aparecimento.^{15,36} Valores de 95%²⁵ e de 93,3%²³ são encontrados em estudos relativamente à afirmação de que a cárie pode ser prevenida. Os profissionais de saúde inquiridos demonstram saber que a cárie pode ser interrompida, no entanto, desconhecem quando é que essa interrupção é eficaz visto não reconhecerem a cor inicial da cárie. Estes dados são fundamentais para perceber a necessidade de informação básica sobre cárie na criança. Aumentando o nível de significância para 6%, conclui-se que o género é significativo no tipo de resposta: todas as mulheres concordam com a afirmação enquanto 10% dos homens não (Figura 9).

O conhecimento sobre cárie precoce de infância é aferido pelos participantes. A AAPD reconhece a cárie precoce da infância como um problema significativo de saúde pública²⁸ que reflete as práticas, comportamentos e crenças dos responsáveis pelas crianças.^{37,38,39} É uma doença crónica, bacteriana, transmissível e infecciosa que afeta a dentição temporária podendo-se desenvolver imediatamente após a erupção dentária.^{18,35,38,40,41,42}

Todas estas informações sobre a cárie são verdadeiramente importantes. É essencial frisar que cáries na dentição temporária são um grande indício de cáries na dentição permanente.¹⁴ E que a cárie nas crianças pode progredir muito rapidamente em apenas 6 a 12 meses, sendo necessário intervir num curto espaço de tempo.²⁰

Este estudo contribui de forma inovadora para alguns resultados no sentido de que não existem artigos referenciados que relacionem as variáveis género, experiência e especialidade com as diferentes respostas. Apenas Brickhouse et al.²⁰ procurou relacionar o género e os anos de experiência com as respostas obtidas na sua pesquisa, mas sem efeito. Seria interessante ter questionado sobre a frequência de deteção de cárie na consulta. É possível aferir que há contribuição deste estudo essencialmente ao se concluir a importância que a especialidade tem em duas questões sobre dentição e cárie.

Idealmente, conceitos básicos de medicina dentária deveriam integrar a aprendizagem da medicina sobretudo em especialidades que contactam com as crianças e futuros pais, como é o caso da obstetrícia e pediatria.

5. Conclusão

Apesar da amostra ser pequena, é representativa do universo constituído por obstetras e pediatras. As práticas na consulta sobre saúde oral adquiridas por estes profissionais de saúde aproximam-se do ideal desejado. É importante recomendarem o acompanhamento por parte do médico dentista tanto da grávida como da criança. O *timing* desse acompanhamento não se aproxima muito do pretendido.

Os conhecimentos sobre cárie revelam-se preocupantes, pois verifica-se ainda alguma falta de informação básica para uma doença que pode atingir proporções alarmantes na saúde geral de uma criança.

Era expectável que pediatras e obstetras se encontrassem um pouco mais conhecedores no que refere à cavidade oral. Constata-se que dão importância aos dentes e estruturas associadas na consulta, no entanto para além da observação, os conhecimentos revelam-se um pouco escassos.

É importante reforçar certos conceitos médico-dentários básicos, na população médica, que podem ajudar a prevenir certas doenças facilmente diagnosticáveis na cavidade oral, nomeadamente a cárie.

Referências bibliográficas

- ¹ Menezes C, Couto G. A importância dos conhecimentos dos médicos pediatras e obstetras sobre a promoção de saúde bucal: uma revisão de literatura. *Odontol Clín-Cient*.2011;Suppl:425-430.
- ² Douglass A, Douglass J, Krol D. Educating Pediatricians and Family Physicians in children's Oral Health. *Acad Pediatr*.2009;9(6):452-6.
- ³ Freire M, Macêdo R, Silva W. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesq Odont Bras*.2000;14(1):39-45.
- ⁴ Figueiredo M, Palmini A, Rodrigues R. A importância da interação pediatra-odontopediatra no atendimento integral a crianças. *RFO UPF*. 1997;2(2):11-18.
- ⁵ Silva R, Mendes S, Bernardo M, Barros L. Práticas e conhecimentos de pediatras e médicos de família relativamente à cárie dentária. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*.2012;53(3):135-142.
- ⁶ Ferro R, Bonow M, Romano A, Torriani D. Integração entre pediatria e odontopediatria: uma abordagem transdisciplinar na saúde bucal infantil. *Rev AMRIGS*. 2011; 55(1):31-36.
- ⁷ Dalto V, Turini B, Junior L. Conhecimento e atitudes de pediatras em relação à cárie dentária. *Interface*. 2008;12(24):205-210.
- ⁸ Migueli E, Cardim F, Lucchesi G, Ferreira S, Almeida E, Barbosa T, Albatadejo A. Pediatria e Saúde Bucal na Primeira Infância. *Rev Paul Pediatria*. 2000; 18(3): 125-131.
- ⁹ Schaff-Blass E, Rozier R, Chattapadhyay A, Quiñonez R, Vann Jr W. Effectiveness of an Educational Intervention in Oral Health for Pediatric Residents. *Ambul Pediatr*. 2006;6(3):157-164.
- ¹⁰ Cruz G, Rozier R, Slade G. Dental Screening and Referral of Young Children by Pediatric Primary Care Providers. *Paediatrics*.2004; 114(5): 642-652.
- ¹¹ Mouradian W. The face of a child: children's oral health and dental education. *J Dent Educ*. 2001;65(9):821-830.
- ¹² Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C, Guedes-Pinto. Cárie precoce da infância – o estado da arte. *Acta Pediatr Port*.2010;41(5):217-221.
- ¹³ Feldens E, Feldens C, Kramer P, Claas B, Marcon C. A percepção dos Médicos Obstetras a Respeito da Saúde Bucal da Gestante. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*.2005;5(1):41-46.
- ¹⁴ Ramos-Gomez F. Early maternal exposure to children's oral health may be correlated with lower early childhood caries prevalence in their children. *J Evid Base Dent Pract*.2012;12:113-115.

-
- ¹⁵ Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Guimarães H, Andrade C. Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediatr Port.*2009;40(3):126-132.
- ¹⁶ Lewis C, Grossman D, Domoto P, Deyo R. The role of the paediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics.*2000;106(6).
- ¹⁷ Silva R, Mendes S, Bernardo M, Barros L. Práticas e conhecimentos de pediatras e médicos de família relativamente à cárie dentária. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.*2012;53(3):135-142.
- ¹⁸ Prakash P, Lawrence H, Harvey B, McIsaac W, Limeback H, Leake J. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians 'and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health.* 2006;11(3).
- ¹⁹ Direção-Geral da Saúde (Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes). Em: *Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de atuação.* 2ªed. Lisboa: DGS;2005.
- ²⁰ Brickhouse T, Unkel J, Kancitis I, Best A, Davis R. Infant oral health care: a survey of general dentists, pediatric dentists, and paediatricians in Virginia. *Pediatr Dent.*2008;30(2).
- ²¹ Santos C, Douglass J. Practices and opinions of pediatric and general dentists in Connecticut regarding the age 1 dental visit and dental care for children younger than 3 years old. *Pediatr Dent.*2008;30(4):348-351.
- ²² Chung M, Kaste L, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. Dental and medical students knowledge and opinions of infant oral health. *J Dent Educ.*2006;70(5).
- ²³ Bozorgmehr E, Mohammadi T, Hajizamani A, Vahidi A, Khajoei F. Knowledge, attitude, and practices of pediatricians about children's oral health. *J Oral Health Oral Epidemiol.*2013;1(2).
- ²⁴ Krol D. Educating paediatricians on children's oral health: past, present, and future. *Pediatrics.*2004;113(5):487-493.
- ²⁵ Giuseppe G, Nobile C, Marinelli A, Angelillo I. Knowledge, attitude and practices of paediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health.*2006;6:176-183.
- ²⁶ Kakudate N, Morita M, Sugai M, Nagayama M, Kawanami M, Chiba I. Development of the self-efficacy scale for maternal oral care. *Pediatr Dent.*2010;32(4).
- ²⁷ Malcheff S, Pink T, Sohn W, Inglehart M, Briskie D. Infant oral health examinations: pediatric dentists professional behaviour and attitudes. *Pediatr Dent.*2009;31(3):202-9.
- ²⁸ American Academy of Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatrics. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Reference Manual. 2009/2010;31(6).
-

-
- ²⁹ Guedes-Pinto A. *Odontopediatria*. 7^a ed. São Paulo: Santos; 2003.
- ³⁰ Shahraki N, Yassaei S, Moghadam M. Abnormal habits: A review. *J Dent Oral Hyg*. 2012;4(2).
- ³¹ Emmerich A, Fonseca L, Elias A, Medeiros U. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaríngeas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*.2004;20(3):689-697.
- ³² Zanata R, Navarro M, Pereira J, Franco E, Lauris J, Barbosa S. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. *Braz Dent J*.2003;14(2):75-81.
- ³³ Gomez S, Weber A. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *Int J of Paediatr Dent*.2001;11:117-122.
- ³⁴ Caspary G, Krol D, Boulter S, Keels M, Romano-Clarke G. Perceptions of Oral Health Training and Attitudes Toward Performing Oral Health Screenings Among Graduating Pediatric Residents. *Pediatrics*.2008;122(2):465-471.
- ³⁵ Kagihara L, Niederhauser V, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *J Am Acad Nurse Pract*.2009;21.
- ³⁶ Silva C, Leache E, Edo M. Protocolos preventivos pre y post natales. *Gaceta Dental*. 2011;228.
- ³⁷ Ismail A, Lim S, Sohn W, Willem J. Determinants of early childhood caries in low-income African American young children. *Pediatr Dent*.2008;30(4).
- ³⁸ Ramazani N, Poureslami H, Ahmadi R, Ramazani M. Early childhood caries and the role of pediatricians in its prevention. *Iranian J Pediatr Soc*.2010;2(2):47-52.
- ³⁹ Williamson R, Oueis H, Casamassimo P, Thikkurissy S. Association between early childhood caries and behavior as measured by the child behavior checklist. *Pediatr Dent*.2008;30(6).
- ⁴⁰ Caplan L, Erwin K, Lense E, Hicks J. The potential role of breast-feeding and other factors in helping to reduce early childhood caries. *J Public Health Dent*. 2008;68(4).
- ⁴¹ Qin M, Li J, Zhang S, Ma W. Risk factors for severe early childhood caries in children younger than 4 years old in Beijing, China. *Pediatr Dent*. 2008;30(2).
- ⁴² Berg J, Stapleton F. Physician and dentist: new initiatives to jointly mitigate early childhood oral disease. *Clin Pediatr*. 2012;51(6):531-537.
-

Anexos

Anexo I

Exma. Senhora
Estudante Joana Tavares Carneiro
Curso de Mestrado Integrado em
Medicina Dentária da
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

000098

30 JAN, 2013

Assunto: Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do Plano de Atividades a realizar no âmbito da unidade curricular “Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cujo título é: “Avaliação dos conhecimentos e práticas de médicos de família, obstetras e pediatras relativamente à saúde oral das crianças”.

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

- **Aprovado** na reunião da Comissão de Ética do dia 23 de janeiro de 2013.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética



António Felino

(Professor Catedrático)

Anexo II

Explicação do estudo

Exmo.(a) Sr.(a),

A aluna do último ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Joana Tavares Carneiro, está a efetuar uma monografia de investigação cujo título é “Avaliação dos conhecimentos e práticas de médicos de família, obstetras e pediatras relativamente à saúde oral das crianças” para a qual pede a sua participação.

Objetivos

Estudar o conhecimento e práticas na consulta dos médicos de família, obstetras e pediatras em relação à dentição temporária, hábitos orais e cárie dentária.

Metodologia

Inquérito presencial.

Resultados/benefícios esperados

Aferir da necessidade da introdução de mais informação sobre saúde oral junto de médicos de família, obstetras e pediatras.

Riscos/desconforto

O presente estudo não comporta quaisquer riscos para o participante, visto ser um estudo meramente estatístico.

Características éticas

A investigadora prontifica-se a esclarecer qualquer dúvida (joanatarneiro@hotmail.com), referindo o âmbito do trabalho, garantindo a confidencialidade dos dados e o anonimato da pessoa em questão. Esta investigação não tem quaisquer fins financeiros ou económicos, sendo apenas meramente académica. Qualquer participante pode desistir a qualquer momento. Durante a sua realização, serão consideradas todas as regras éticas descritas na legislação em vigor, nomeadamente quanto ao tratamento e armazenamento de dados.

Muito obrigado pela disponibilidade e colaboração.

O Orientador:

Prof. Doutor David Casimiro de Andrade (dandrade@fmd.up.pt)

O Coorientador:

Prof. Doutor Nuno Alexandre Meneses Bastos Moutinho (moutinho@fep.up.pt)

A Investigadora:

Joana Tavares Carneiro (tlm:914035756; joanatarneiro@hotmail.com)

_____, ____ de _____ de _____

Declaro que recebi, li e compreendi a informação sobre o estudo.

Assinatura do(a) participante:

Anexo III

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

“Avaliação dos conhecimentos e práticas de médicos de família, obstetras e pediatras relativamente à saúde oral das crianças”

Exmo.(a) Sr.(a) Diretor(a)
da (nome da instituição)

A aluna do último ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Joana Tavares Carneiro, está a efetuar uma monografia de investigação cujo tema é “Avaliação dos conhecimentos e práticas de médicos de família, obstetras e pediatras relativamente à saúde oral das crianças”.

Com este estudo pretende-se aferir da necessidade da introdução de mais informação sobre saúde oral junto de médicos de família, obstetras e pediatras.

Venho assim por este meio pedir autorização a Vossa Excelência para realizar inquéritos aos médicos de família, obstetras e pediatras pertencentes a esta instituição que se disponibilizem a colaborar.

Junto segue em anexo a “explicação do estudo” bem como o inquérito que será apresentado ao(s) participante(s) no estudo.

Antecipadamente grato, encontro-me disponível para prestar as informações que V. Ex^a considere importantes.

Respeitosos cumprimentos,

O Orientador:

Prof. Doutor David Casimiro de Andrade (dandrade@fmd.up.pt)

O Coorientador:

Prof. Doutor Nuno Alexandre Meneses Bastos Moutinho (moutinho@fep.up.pt)

A Investigadora:

Joana Tavares Carneiro (tlm:914035756; joanatcarneiro@hotmail.com)

Anexo IV

Dentição temporária (selecione apenas uma opção que considere correta)

9. Com que idade erupciona o primeiro dente normalmente?
 - a. 6 meses
 - b. 1 ano
 - c. 1 ano e 6 meses
 - d. 2 anos
10. Com que idade a criança já tem todos os dentes temporários erupcionados normalmente?
 - a. 2 anos
 - b. 3 anos
 - c. 4 anos
 - d. 5 anos
11. Quantos dentes existem na dentição temporária?
 - a. 16
 - b. 20
 - c. 24
 - d. 30
12. Qual o primeiro dente temporário a esfoliar?
 - a. Primeiro molar superior temporário
 - b. Incisivo central superior temporário
 - c. Incisivo central inferior temporário
 - d. Primeiro molar inferior temporário

Hábitos orais (selecione apenas uma opção que considere correta)

13. O uso de chupeta depois dos 3-4 anos de idade provoca alterações na oclusão da criança?
 - a. Sim
 - b. Não
14. A interposição da língua entre os dentes pode ser uma consequência da persistência dos hábitos orais (como uso de chupeta e sucção digital)?
 - a. Sim
 - b. Não

Cárie Dentária (selecione apenas uma opção que considere correta)

15. Depois da amamentação/leite adaptado deve-se limpar a cavidade oral do bebé?
 - a. Sim
 - b. Não
16. A cárie é uma doença transmissível?
 - a. Sim
 - b. Não
17. A cárie é uma doença infecciosa?
 - a. Sim
 - b. Não
18. No seu início, a cor da lesão de cárie é:
 - a. Amarela
 - b. Castanha
 - c. Branca
 - d. Preta
19. A cárie pode ser parada no início da sua formação?
 - a. Sim
 - b. Não
20. A cárie precoce de infância é uma doença crónica que afeta a dentição temporária e pode desenvolver-se imediatamente após a erupção dentária?
 - a. Sim
 - b. Não

Anexo V

Declaração de autoria do trabalho apresentado

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.

03/06/2013

A horizontal line is drawn across the page, and the signature "Joana Tavares Carneiro" is written in blue ink over it.

A investigadora

Anexo VI

Parecer do Orientador

PARECER

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela Estudante Joana Tavares Carneiro com o título: Avaliação dos conhecimentos e práticas de médicos de família, obstetras e pediatras relativamente à saúde oral das crianças, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

03/06/13

O Orientador



Anexo VII

Parecer do Coorientador

PARECER

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela Estudante Joana Tavares Carneiro com o título: Avaliação dos conhecimentos e práticas de médicos de família, obstetras e pediatras relativamente à saúde oral das crianças, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

03/06/13

O Coorientador

