



Monografia de investigação  
Artigo de Investigação Médico Dentário  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária



**PREVALÊNCIA DE CÁRIES PRECOCES DE INFÂNCIA,  
NUMA POPULAÇÃO ESCOLAR DA FREGUESIA DE PARANHOS,  
PORTO**

**Cátia Marlisa Costa Martins**

Orientadora

**Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira**

Coorientadora

**Professora Doutora Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires**

**Porto, 2014**



Monografia de investigação  
Artigo de Investigação Médico Dentário  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
**Área Científica:** Medicina Dentária, Preventiva e Saúde Oral e Comunitária

**PREVALÊNCIA DE CÁRIES PRECOSES DE INFÂNCIA,  
NUMA POPULAÇÃO ESCOLAR DA FREGUESIA DE PARANHOS,  
PORTO**

Autor  
**Cátia Marlisa Costa Martins<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto  
Correio eletrónico: [catiamcmartins@gmail.com](mailto:catiamcmartins@gmail.com)

Orientadora

**Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira**

Coorientadora

**Professora Doutora Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires**

## **Agradecimentos**

### **Aos meus pais**

A quem tudo devo e sem eles nada disto era possível,  
Pelo amor e apoio incondicional, sempre.

### **À minha irmã**

Pelo amor e amizade.

### **Aos meus avós**

Em presença ou em memória, pelo incentivo ao saber que esta minha vitória seria um  
realizar dos seus desejos.

### **Ao meu namorado**

Pelo amor, por nunca me deixar desistir e estar sempre presente.

### **Às minhas amigas**

### **À minha orientadora**

Por toda a simpatia, disponibilidade e paciência inesgotável.

### **À minha coorientadora**

## Índice Geral

RESUMO.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUÇÃO .....	3
MATERIAIS E MÉTODOS.....	5
RESULTADOS .....	9
DISCUSSÃO .....	19
CONCLUSÃO.....	23
REFERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24

***“Pain is temporary. Quitting lasts forever.”***

Lance Armstrong

## RESUMO

**Introdução:** A cárie precoce de infância (CPI) é um problema de saúde pública, afetando crianças entre os 0 e 71 meses.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência da cárie precoce de infância numa população escolar da freguesia de Paranhos, Porto e caracterizar os fatores de risco associados.

**Metodologia:** A amostra foi constituída por 258 crianças com idades compreendidas entre os 35 e 71 meses a frequentarem o ensino público pré-escolar na freguesia de Paranhos, Porto no ano letivo 2013/2014. A recolha de dados foi realizada através de um questionário aplicado aos encarregados de educação das crianças e de uma observação intraoral, realizada na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. O diagnóstico de cárie foi realizado de acordo com critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde.

**Resultados:** A prevalência de cárie encontrada nesta população foi de 34,6% e a média de CPI de  $1,42 \pm 2,89$ . Aos 5 anos a prevalência de CPI foi mais elevada do que em idades inferiores. A CPI foi mais prevalente no sexo masculino apesar desta diferença não ter sido estaticamente significativa. Os principais fatores encontrados, associados à prevalência de CPI foram a escolaridade dos pais e o consumo de refrigerantes (gaseificados e não gaseificados). Uma elevada percentagem dos participantes iniciaram o ato de escovagem dentária e uso de pasta dentífrica em idade desadequada. Contrariando o recomendado pela Ordem dos Médicos Dentistas, 47,7% das crianças nunca foi ao médico-dentista.

**Conclusão:** A prevalência de cárie encontrada, tendo em conta a idade da população em estudo pode ser considerado preocupante. É necessário reforçar a necessidade de uma intervenção precoce sobre a promoção da saúde oral, nomeadamente de hábitos de higiene oral e hábitos alimentares adequados.

**Palavras-chaves:** cárie, cárie precoce de infância, etiologia, fatores de risco, prevenção.

## ABSTRACT

**Introduction:** Early childhood caries (ECC) is a public health problem that affects children between 0 and 71 months.

**Objectives:** Evaluate the early childhood caries of Paranhos' (Oporto) school population and describe the associated risk factors.

**Methods:** The sample is made of 258 children with ages between 35 and 71 months who frequent Paranhos' public preschool during the term 2013/2014. Data collection was done through a survey given to the children's carers and an intraoral observation realized in Faculty of Dental Medicine, University of Porto. The diagnosis of caries was done in agreement with the recommended criteria by *World Health Organization*.

**Results:** The prevalence of caries found in the population was 34,6% and an ECC mean of  $1,42 \pm 2,89$ . The prevalence of ECC was higher on the 5 year olds when compared to those younger. The ECC was more prevalent in the male gender even though this difference isn't statistically relevant. The primary factors found, associated with the ECC prevalence, were parental education and soft drink consumption. A higher percent of participants began to brush their teeth and use toothpaste on an inappropriate age. Contrary to what's recommended by the Portuguese Dental Association, 47,7% of the children had never been to a dentist.

**Conclusion:** The prevalence of caries found can be worrying, when taking in consideration the age of the population in this study. It's imperative to reinforce the need of an early intervention about the oral health promotion, namely oral hygiene habits and adequate eating habits.

**Keywords:** Caries, early childhood caries, etiology, risk factors, prevention.

## INTRODUÇÃO

A cárie dentária é o resultado de inúmeros episódios de desmineralização e mineralização, ao longo do tempo. <sup>(1, 2)</sup> É uma doença com elevada prevalência que atinge quase a totalidade das pessoas, independentemente da raça, sexo, idade ou condição social que estas apresentem. <sup>(1, 2)</sup>

É a doença crónica mais comum nas crianças <sup>(3-8)</sup>, podendo desenvolver-se imediatamente após a erupção dentária. <sup>(2, 9)</sup> O ser Humano apresenta três dentições ao longo da vida, nomeadamente a dentição decídua, mista e definitiva. A partir do momento em que o indivíduo apresenta os primeiros sinais da doença, esta pode atravessar todas as dentições <sup>(1, 10, 11)</sup>, dado ao seu carácter infeccioso e transmissível. <sup>(1, 2, 12-14)</sup> Quando um dente acaba de erupcionar, é mais suscetível à desmineralização. <sup>(1, 14, 15)</sup> Sensivelmente ao longo dos dois anos após a erupção, os cristais de esmalte sofrem a denominada maturação pós-eruptiva que corresponde à aquisição de uma resistência à desmineralização devido à perda dos materiais mais solúveis (carbonato, sódio e magnésio) e consequente aquisição de flúor, levando à formação de cristais de hidroxiapatite e/ou de fluorapatite. <sup>(1, 14)</sup>

A cárie precoce de infância (CPI) é definida como a presença de pelo menos um dente cariado (lesão com ou sem cavitação), a ausência de um dente (por motivo de cárie) ou a existência de uma obturação num dente temporário, numa criança de idade compreendida entre 0 a 71 meses. <sup>(4, 9, 16-18)</sup>

A CPI é de carácter multifatorial, sendo que os fatores responsáveis envolvem um hospedeiro suscetível, uma dieta rica em hidratos de carbono, presença de placa bacteriana e um elevado número de microrganismos cariogénicos. <sup>(2, 4, 5, 16)</sup> Os microrganismos mais associados a esta doença são *Streptococcus mutans* (que incluem as espécies *St. mutans* e *St. Sobrinus*) e os Lactobacilos. <sup>(1, 2, 5, 12, 16)</sup> Esta também tem sido associada a características demográficas (baixo nível de escolaridade dos pais e baixo nível socioeconómico), hábitos de higiene oral deficientes, respiração bucal, doenças crónicas/necessidades especiais de saúde e hábitos de alimentação incorretos. <sup>(2, 3, 16)</sup>

A CPI quando não tratada, pode estar associada a dor <sup>(2, 4, 7)</sup> podendo nos casos mais graves ter como consequências, infeções locais ou gerais. <sup>(4, 9)</sup> A perda dentária pode condicionar alterações no desenvolvimento da dentição, problemas de estética,



traumas psicológicos, perda de função mastigatória e alterações no desenvolvimento da linguagem.<sup>(2, 4, 9)</sup> Nos casos mais graves, as crianças podem sofrer de má nutrição, tendo como consequência baixo peso para a altura e anemia, afetando a qualidade de vida em geral.<sup>(4, 7, 19)</sup>

Fatores protetores desta doença além da saliva passam por uma boa higiene oral (tão cedo quanto possível, aconselham-se duas escovagens por dia sendo uma delas antes de dormir), contato com fluor tópico e/ou sistémico, acesso aos cuidados profissionais e controlo alimentar.<sup>(3, 9)</sup>

Segundo a Ordem os Médicos Dentistas (OMD) a primeira consulta de Medicina Dentária deve ser realizada quando os primeiros dentes erupcionam e no máximo até aos 12 meses.<sup>(20)</sup>

Este trabalho teve como objetivos avaliar a prevalência da cárie precoce de infância numa população escolar da freguesia de Paranhos e caracterizar os fatores de risco associados.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **População alvo**

A população alvo incluiu crianças em idade pré-escolar, a frequentar as escolas públicas da freguesia de Paranhos, Porto no ano letivo 2013/14, pertencentes ao Projeto Paranhos Sorridente. O Projeto Paranhos Sorridente é um protocolo entre a Junta de Freguesia de Paranhos e a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) desenhado com intuito de promover a saúde oral das crianças que frequentam os jardins de infância e as escolas públicas da freguesia.

No início do ano letivo, foi enviado um convite aos encarregados de educação das crianças, para estas integrarem o projeto. Neste convite era explicado detalhadamente todas as fases do projeto que incluía um rastreio a realizar na FMDUP, uma ação de promoção de saúde oral na escola e a caracterização dos determinantes de cárie dentária através da resposta a um questionário. Adicionalmente os encarregados de educação deveriam assinar uma declaração de consentimento informado.

O universo total das crianças a frequentar o pré-escolar era constituído por 347 crianças, das quais 263 aceitaram a realização do rastreio oral. Como o objetivo deste estudo era avaliar a prevalência e determinantes da cárie precoce de infância, foram excluídas 5 crianças, por ultrapassarem a idade dos 71 meses ou não responderem ao campo relativo à data de nascimento. A amostra incluiu 258 crianças, 122 do sexo masculino (47,3%) e 136 do sexo feminino (52,7%) com idade compreendida entre os 35 e os 71 meses e mediana de 56 meses.

A tabela I representa a taxa de participação por escolas das crianças participantes.

**Tabela I – Taxa de participação por escola**

<b>Escolas</b>	<b>Inquéritos entregues</b>	<b>Inquéritos respondidos</b>	<b>Taxa de participação</b>
EB1 Caramila	25	21	84%
EB1 Augusto Lessa	56	45	80,4%
EB1 São Tomé	44	36	81,8%
EB1 Agra	56	39	69,6%
EB1 Miosótis	50	39	78%
EB1 Covelo	43	31	72,1%
EB1 Bom Pastor	73	52	71,2%
EB1 Costa Cabral	*	*	*
Total	347	263	75,8%

\*Escola excluída do estudo, pois devido a um erro, os inquéritos entregues não correspondiam à versão mais atual pelo que depois de um novo pedido de resposta, os inquéritos respondidos não foram recolhidos em tempo útil de serem incluídos nesta pesquisa.

A taxa de participação variou entre 71,1% e os 84%, não tendo sido possível caracterizar as recusas de participação.

## **Ética**

Aos encarregados de educação das crianças, foi entregue uma explicação com os objetivos do estudo, tendo os mesmos apresentado por escrito o consentimento informado que autorizava a participação no estudo.

O estudo foi aprovado pela comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

## **Recolha de dados**

A aplicação do questionário permitiu recolher dados relativos à escolaridade do pai e da mãe, à frequência de ida da criança ao médico dentista (nunca foi ao dentista, menos que uma vez por ano, 1 vez por ano, mais que 1 vez por ano), ao motivo da consulta (rotina, dor, aparelho de correção dentária, ou outros), aos hábitos alimentares relativos ao consumo (Não consome, raramente, 1 a 2 vezes por semana, 1 vez por dia, 2 ou mais vezes por dia) de refrigerantes gaseificados, não gaseificados, sumos de frutos, alimentos açucarados, guloseimas e chocolate, assim como a altura de consumo (durante as refeições, no intervalo das refeições, durante e no intervalo entre as refeições). (Anexo 1)

Adicionalmente permitiu aferir informações sobre os hábitos de higiene da criança, nomeadamente, frequência de escovagens diárias (não escova diariamente, 1 vez, 2 vezes, mais de 2 vezes por dia), altura do dia em que é efetuada (ao pequeno almoço, almoço, jantar e/ou antes de dormir), se recebe ajuda durante a escovagem (nunca, ele escova sozinho; sempre que escova, ajuda às vezes, 1 vez por dia), com que idade começou a escovar os dentes e a utilizar pasta dentífrica, marca da pasta dentífrica, idade indicada nesta e ainda que quantidade de pasta é colocada na escova de dentes (suficiente para cobrir toda a escova, quantidade semelhante ao tamanho de uma ervilha ou quantidade igual ao tamanho da unha do dedo mindinho).

## **Exame Clínico**

A recolha de dados clínicos decorreu entre 20 de Novembro de 2013 e 11 de Dezembro de 2013, nas instalações da clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Do total da amostra, 15 crianças não colaboraram durante o exame clínico.

Para o exame clínico, utilizou-se um espelho bucal plano e sonda CPI (apresenta uma bola de 0,5 mm na extremidade). Cada dente foi observado e registado tendo em conta critérios de cárie preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(21)</sup>, não tendo sido utilizados métodos complementares de diagnóstico.

Determinou-se em cada criança o índice de cpo (soma dos dentes cariados, perdidos e obturados em dentes decíduos).

### **Análise estatística**

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa IBM SPSS 21.0® (*Statistical Package for Social Science*).

As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%) e as comparações de proporções entre participantes com diferentes características sociodemográficas e de cuidados de saúde oral foram efetuados usando os testes do Qui-quadrado. Quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência foi inferior a cinco, utilizou-se o teste exato de *Fisher*.

As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio-padrão ou mediana e valores máximos e mínimos consoante a distribuição das variáveis.

A comparação entre as variáveis contínuas comparação foi efetuada com recurso ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*

Foi utilizado um nível de significância de 0,05 para todos os testes de hipóteses.

## RESULTADOS

Na tabela II apresentam-se os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra (n=258), em que 136 (52,7%) era do sexo feminino e 103 (39,9%) pertencia à faixa etária dos 35 até aos 71 meses. A mediana de idades foi de 56 meses, com mínimo de 35 meses e máximo de 71 meses.

**Tabela II – Distribuição das crianças participantes por idade e sexo**

Idade (meses)	Sexo		Total n (%)
	Feminino	Masculino	
0-47	35 (25,7%)	41 (33,6%)	76 (29,5%)
48- 59	33 (24,3%)	39 (32,0%)	72 (27,9%)
60- 71	66 (48,5%)	37 (30,3%)	103 (39,9%)
Não respondeu	2 (1,5%)	5 (4,1%)	7 (2,7%)
Total	136(52,7%)	122 (47,3%)	258

Relativamente a nível de escolaridade dos pais (tabela III), 16 (6,2%) não responderam ao campo correspondente à escolaridade da mãe e 27 (10,5%) à do pai.

**Tabela III - Nível de escolaridade dos Encarregados de Educação**

	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
1ºciclo	15	5,8%	19	7,4%
2ºciclo	35	13,6%	36	14,0%
3ºciclo	74	28,7%	80	31,0%
Secundário	59	22,9%	53	20,5%
Ensino superior	59	23%	43	16,8%
Não respondeu	16	6,2%	27	10,5%

Quando questionados sobre a ida dos filhos ao médico dentista, 123 (47,7%) dos encarregados de educação referiu que o seu educando nunca foi ao médico dentista e um terço afirmou levar o educando uma vez por ano. (Tabela IV).

**Tabela IV - Caracterização da frequência das visitas ao médico dentista**

	n	%
Nunca foi ao dentista	123	47,7%
Menos de uma vez por ano	15	5,8%
Uma vez por ano	86	33,3%
Mais que uma vez por ano	16	6,2%
Não respondeu	18	7,0%

Das crianças que foram ao dentista, 64,1% referiu tê-lo feito por motivo de rotina.

Nas tabelas V, VI e VII, estão representados os hábitos de consumo de refrigerantes gaseificados, não gaseificados e sumos de frutos, respetivamente. Relativamente ao consumo de refrigerantes gaseificados na população estudada, 41,1% referiu este consumo ocasionalmente, 35,7% para os não gaseificados e 29,5% para os sumos de frutos. Nos três alimentos líquidos cariogénicos estudados (refrigerantes gaseificados, não gaseificados e de frutos), o momento onde existiu maior consumo foi durante as refeições, 12,4%, 39,5% e 27,9%, respetivamente.

**Tabela V – Caracterização da frequência e momento de consumo de refrigerantes gaseificados**

	n	%
<b>Frequência de consumo</b>		
Não consome	99	38,4%
Raramente	106	41,1%
1 a 2 vezes por semana	12	4,7%
1 vez por dia	16	6,2%
2 ou mais vezes por dia	11	4,3%
Não respondeu	14	5,4%
<b>Momento do consumo</b>		
Durante as refeições	32	12,4%
No intervalo das refeições	5	2%
Durante e no intervalo das refeições	4	1,6%
Não respondeu	217	84%

**Tabela VI - Caracterização da frequência e momento de consumo de refrigerantes não gaseificados**

	n	%
<b>Frequência de consumo</b>		
Não consome	25	9,7%
Raramente	92	35,7%
1 a 2 vezes por semana	35	13,6%
1 vez por dia	67	26,0%
2 ou mais vezes por dia	25	9,7%
Não respondeu	14	5,4%
<b>Momento do consumo</b>		
Durante as refeições	102	39,5%
No intervalo das refeições	16	6,3%
Durante e no intervalo das refeições	9	3,5%
Não respondeu	131	50,8%

**Tabela VII - Caracterização da frequência e momento de consumo de sumos de frutos**

	n	%
<b>Frequência de consumo</b>		
Não consome	23	8,9
Raramente	76	29,5
1 a 2 vezes por semana	58	22,5
1 vez por dia	65	25,2
2 ou mais vezes por dia	21	8,1
Não respondeu	15	5,8
<b>Momento do consumo</b>		
Durante as refeições	72	27,9
No intervalo das refeições	48	18,7
Durante e no intervalo das refeições	19	7,4
Não respondeu	119	46,1



Nas tabelas VIII, IX e X, descrevem-se as frequências de consumo dos alimentos sólidos cariogénicos, nomeadamente do consumo de alimentos açucarados (ex.: bolachas, bolos, etc.), de guloseimas e de chocolates.

**Tabela VIII - Caracterização da frequência e momento de consumo de alimentos açucarados**

	n	%
<b>Frequência de consumo</b>		
Não consome	3	1,2%
Raramente	70	2,7%
1 a 2 vezes por semana	69	26,7%
1 vez por dia	80	31,0%
2 ou mais vezes por dia	23	8,9%
Não respondeu	13	5,0%
<b>Momento do consumo</b>		
Durante as refeições	13	5%
No intervalo das refeições	127	49,3%
Durante e no intervalo das refeições	9	3,5%
Não respondeu	109	42,2%

Relativamente aos alimentos açucarados, 31% assumiu consumir pelo menos 1 vez por dia, sendo que quase metade dos inquiridos (49,3%) consome estes alimentos no intervalo entre as refeições.

**Tabela IX – Caracterização dos hábitos de consumo de guloseimas**

	n (%)
Não consome	21(8,1%)
Raramente	93 (36,0%)
1 a 2 vezes por semana	99(38,4%)
Mais de 2 vezes por semana	26(10,1%)
Todos os dias	5(1,9%)
Não respondeu	14 (5,4%)

Do total da amostra, 38,4% afirmaram que os educando consomem guloseimas 1 a 2 vezes por semana, 26 (10,1%) mais de 2 vezes por semana, sendo que uma minoria de 5,4% referiu consumir todos os dias.

Em relação ao consumo de chocolates, grande parte dos participantes ou consome raramente (n=96, 37,2%) ou 1 a 2 vezes por semana (n=93, 36%).

**Tabela X – Caracterização dos hábitos de consumo de chocolate**

	n (%)
Não consome	11(4,3%)
Raramente	96 (37,2%)
1 a 2 vezes por semana	93 (36%)
Mais de 2 vezes por semana	20 (7,8%)
Todos os dias	4 (1,6%)
Não respondeu	34 (13,2%)

Os resultados relacionados com os hábitos e higiene oral, designadamente a frequência de escovagens diárias, a altura do dia em que são realizadas e se os pais ajudam a criança a escovar, estão reportados na tabela XI.

**Tabela XI - Caracterização dos hábitos de higiene oral**

	n	%
<b>Quantas vezes o seu filho(a) escova os dentes por dia?</b>		
Não escova diariamente	7	2,7%
1 vez por dia	79	30,6%
2 vezes por dia	110	42,6%
Mais de 2 vezes por dia	18	7,0%
Não respondeu	44	17,1%
<b>Quando efetua a escovagem?</b>		
Ao pequeno-almoço		
Sim	57	22,1%
Não	97	37,6%
Ao almoço		
Sim	12	4,7%
Não	142	55,0%
Ao jantar		
Sim	33	12,8%
Não	121	46,9%
Antes de dormir		
Sim	118	45,7%
Não	36	14,0%
Não respondeu	104	40,3%
<b>Ajuda o seu filho(a) a escovar os dentes?</b>		
Nunca, ele escova sozinho	21	8,1%
Sempre que escova	102	39,5%
Ajuda às vezes	76	29,5%
1 vez ao dia	15	5,8%
Não respondeu	44	17,1%

De salientar, que 42,7% referiu escovar duas vezes por dia. Relativamente ao momento da escovagem a maioria não escovava depois do almoço (55%), nem depois do jantar (46,9%). Cerca de 46% referiu que os seus educandos escovavam os dentes antes de dormir.

Relativamente à idade com que as crianças começaram a escovar os dentes, 20,9% não respondeu, 11,7% começaram a escovar antes dos 12 meses e 28,7% refere ter iniciado este hábito aos 24 meses. (Tabela XII)

**Tabela XII - Idade do início da escovagem dentária**

	n	%
<12meses	30	11,7%
12meses	47	18,2%
13-23meses	21	8,2%
24meses	74	28,7%
25-35meses	2	0,8%
36meses	27	10,5%
>36	3	1,2%
Não respondeu	54	20,9%

Na tabela XIII, mostram-se os resultados, relativamente à idade em que foi iniciado o uso de pasta dentífrica. Cerca de um terço, (32,9%) afirma ter iniciado o uso de pasta dentífrica aos 24 meses.

**Tabela XIII - Início do uso de pasta dentífrica**

	n	%
<12meses	11	4,3%
12meses	51	19,8%
13-23meses	17	6,7%
24meses	85	32,9%
25-35meses	2	0,8%
36meses	40	15,5%
>36	3	1,2%
Não respondeu	49	19,0%

A prevalência de CPI na amostra total foi de 34,6%. Para o sexo masculino, encontrou-se uma prevalência de cárie de 40,9% e de 28,9% no sexo feminino. Essa associação não foi estatisticamente significativa ( $p=0,05$ ). A prevalência de CPI por idades foi de 22,1% nas crianças com idade inferior ou igual a 3 anos de 26,8 aos 4 anos e de 46,4% aos 5 anos.

Na tabela XIV mostram-se os resultados da prevalência de CPI por idade e por sexo.

**Tabela XIV - Caracterização da prevalência de CPI por idade e sexo**

	CPI (%)		p
	Masculino	Feminino	
≤3 anos	35,1	6,5%	0,004
4 anos	28,9%	24,2%	0,655
5 anos	57,1%	40,3%	0,111

A média da CPI encontrada na amostra total foi de 1,42 e desvio padrão de 2,89. Calculou-se a média e o desvio padrão da CPI por idades e sexo. (Tabela XV)

**Tabela XV – Caracterização da história passada de cárie dos participantes por idade e sexo dos participantes**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	P
<b>≤3 anos</b>						
Masculino	37	0	9	1,32	2,35	p<0,05
Feminino	31	0	2	0,13	0,49	
<b>4 anos</b>						
Masculino	38	0	15	1,39	3,15	p>0,05
Feminino	33	0	17	1,79	4,56	
<b>5 anos</b>						
Masculino	35	0	8	1,54	1,93	p>0,05
Feminino	62	0	11	1,61	2,61	

Na amostra total a média de dentes cariados foi de 1,16 (mínimo 0, máximo 16 e desvio padrão de 2,55), 0,02 (mínimo 0, máximo 1 e desvio padrão de 0,13) para os dentes perdidos e 0,05 (mínimo 0, máximo 2 e desvio padrão de 0,26).

Foi analisado cada componente do índice cpo por sexo e idade. (Tabela XVI) Quando comparada a cpo total por sexo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (p=0,097).

**Tabela XVI - Média dos dentes cariados, perdidos e obturados por sexo e idade**

Idade (anos)	Cariados (média±desvio padrão)			Perdidos (média±desvio padrão)			Obturados (média±desvio padrão)		
	M	F	P	M	F	p	M	F	P
	≤ 3	1,04±2,03	0,19±0,60	>0.05	0,0±0,0	0,0±0,0	>0.05	0,0±0,0	0,0±0,0
4	1,54±3,51	0,84±3,21	>0.05	0,0±0,0	0,0±0,0	>0.05	0,0±0,0	0,0±0,0	>0.05
5	1,04±1,62	1,31±2,52	>0.05	0,0±0,0	0,04±0,19	>0.05	0,20±0,5	0,058±0,31	>0.05

Foi avaliada a associação entre o grau de escolaridade dos pais e a prevalência de cárie. Neste estudo entendeu-se como escolaridade obrigatória o 9º ano, pois estes pais não foram abrangidos pela nova lei de escolaridade obrigatória que entrou em vigor a 2 de Agosto de 2012 (22). Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade de ambos os pais e a prevalência da CPI  $p=0,016$  e  $p=0,007$  respetivamente. (Tabela XVII)

**Tabela XVII - Relação entre a escolaridade dos pais e a prevalência da CPI**

	CPI = 0	CPI ≠ 0	Total (n)	p
<b>Mãe</b>				
<9ano	53,1%	46,9%	64	0,016
≥9ano	69,8%	30,2%	179	
<b>Pai</b>				
<9ano	53,2%	46,8%	77	0,007
≥9ano	71,1%	28,9%	166	

Quando avaliada a associação entre a ajuda na escovagem e a prevalência da CPI observou-se que a esta era maior nos pais que não ajudavam na escovagem as crianças. Embora essa associação não fosse é estatisticamente significativa ( $p=0,46$ ). (Tabela XVIII)

**Tabela XVIII - Relação entre a ajuda na escovagem dentária e a prevalência da CPI**

	CPI=0	CPI≠0	Total (n)
Não ajuda	64,6%	35,4%	96
Ajuda diariamente	69,4%	30,6%	108

Avaliou-se a associação entre a prevalência de cárie e o consumo de alimentos cariogénicos (líquidos e sólidos). (Tabela XIX)

**Tabela XIX – Associação entre a prevalência de CPI e o consumo de alimentos cariogénicos**

	<b>CPI=0</b>	<b>CPI≠0</b>	<b>p</b>
<b>Refrigerantes gaseificados</b>			
Consome diariamente	37,5%	62,5%	0,001
Não consome diariamente	70,7%	29,3%	
<b>Refrigerantes não gaseificados</b>			
Consome diariamente	51,8%	48,2%	0,000
Não consome diariamente	76,4%	23,6%	
<b>Sumos de frutos</b>			
Consome diariamente	66,3%	33,7%	0,755
Não consome diariamente	68,3%	31,7%	
<b>Alimentos açucarados</b>			
Consome diariamente	69,1%	30,9%	0,560
Não consome diariamente	65,4%	34,6%	
<b>Guloseimas</b>			
Consome diariamente	63,3%	36,7%	0,664
Não consome diariamente	67,3%	32,7%	
<b>Chocolate</b>			
Consome diariamente	73,9%	26,1%	0,444
Não consome diariamente	66,0%	34,0%	

Concluiu-se que a prevalência de cárie está associada ao consumo de refrigerantes gaseificados e não gaseificados ( $p=0,001$  e  $p=0,000$  respetivamente).

Avaliou-se a concentração de fluoreto de sódio das pastas dentífricas utilizadas. Dos inquiridos 122 (47,3%) não respondeu ou a sua resposta foi invalidada por falta de dados, 26% usa pastas dentífricas com concentrações abaixo dos 1000 ppm e 26,7 acima dos 1000ppm.

## DISCUSSÃO

Este estudo transversal teve como objetivo avaliar a prevalência da cárie precoce de infância e caracterizar os fatores de risco associados. Apresenta algumas limitações nomeadamente o fato da recolha de dados ter sido efetuada por vários observadores, apesar destes terem sido treinados e a recolha de dados ter sido validada por professores com experiência na recolha de dados epidemiológicos. Os dados colhidos por questionário, devem ser interpretados com cautela uma vez que o auto relato pode estar sujeito a viéses de informação.

A prevalência de cárie da amostra total foi de 34,6%, valor inferior ao encontrado no estudo de *Borrvalho, S.* realizado no Distrito de Lisboa, no qual foi encontrada uma prevalência de CPI de 56,4%.<sup>(23)</sup>

A OMS preconiza para o ano 2020 que 80% das crianças aos 6 anos (72 meses) devem estar livres de cárie.<sup>(24)</sup> Tendo em consideração a prevalência de CPI encontrada em ambos os estudos realizados em Portugal, para que essa meta seja lograda as estratégias de promoção de saúde oral devem ser iniciadas tão cedo quando possível.

Apesar de não ser estatisticamente significativo ( $p=0,05$ ), encontrou-se uma prevalência de cárie superior no sexo masculino (40,9%) quando comparado com a observada no sexo feminino (28,9%). Estes dados estão de acordo com os observados por *Priyadarshin et al.*, no qual das 211 crianças com cárie, 52,1% eram o sexo masculino e 47,9% do feminino, apesar de também neste estudo a diferença não ser estatisticamente significativo ( $p=0,29$ ).<sup>(25)</sup> Em *Borrvalho, S.* a prevalência de CPI foi maior no sexo feminino (58,0  $p=0,51$ ).<sup>(23)</sup>

A prevalência de cárie foi aumentando com a idade, tendo-se encontrado uma prevalência de CPI de 22,1% nas crianças com idade inferior ou igual a 3 anos, de 26,8% aos 4 anos e 46,4% aos 5 anos. Esta tendência de aumento da prevalência de cárie com a idade, está de acordo com vários estudos que demonstram que crianças mais velhas apresentam maior prevalência de cárie.<sup>(16, 23, 26)</sup> Este fato pode ser devido ao efeito cumulativo da doença, ao maior número de peças dentárias, ao maior tempo de permanência das mesmas na cavidade oral.<sup>(16, 18, 26-29)</sup>



É interessante realçar que no presente estudo o maior aumento da prevalência deu-se da faixa etária dos 4 para os 5 anos, ao contrário do que sucedeu no estudo de *Borrvalho, S.* que foi a faixa etária onde o aumento da prevalência foi menos notório. Porém, independentemente da idade onde se dê o incremento da prevalência da CPI, o importante é realçar a necessidade de uma intervenção precoce na promoção da saúde oral nas crianças com idades inferiores aos 6 anos.

No presente estudo, a escolaridade de ambos os pais foi estatisticamente associada à prevalência da CPI. Tem sido referido que crianças com pais com maior grau de escolaridade apresentam menor índice de cárie.<sup>(8)</sup> Esta associação foi estatisticamente significativa quando considerada a escolaridade de ambos os pais. O nível de escolaridade é descrito como um fator de risco para a CPI sendo que um maior nível de escolaridade pode refletir-se em melhores comportamentos de saúde oral na criança e repercussões como por exemplo no consumo de açúcares e hábitos de higiene oral.<sup>(8)</sup>

Vários estudos afirmam que a baixa escolaridade da mãe está associada à cárie dos filhos, sendo que menor grau de escolaridade está relacionado com maior prevalência de cárie.<sup>(16, 30)</sup> *Nobile et al.*, numa amostra com 515 crianças com idades compreendidas entre os 36 e 71 meses mostrou que uma escolaridade superior da mãe estava relacionada com uma prevalência menor da CPI. ( $p=0,032$ ), A mesma tendência tem sido relatada quando considerada a escolaridade do pai.<sup>(26, 30, 31).</sup>

Das crianças participantes neste estudo 47,7%, nunca foram ao médico-dentista. É um número alarmante tendo em conta que a idade mínima dos participantes é de 35 meses. Em Portugal a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) recomenda que a primeira ida ao médico-dentista deve ser realizada quando o primeiro dente decíduo erupciona ou no máximo até aos 12 meses.<sup>(20)</sup> Na impossibilidade desta primeira consulta de realizar no tempo aconselhado, o pediatra e/ou o médico de família, deve possuir os conhecimentos necessários de forma a informar, encaminhar e orientar os pais.<sup>(1, 3)</sup> A primeira consulta ao médico-dentista, além da familiarização com o consultório e com a imagem do médico-dentista, tem como intuito, a observação do crescimento e o desenvolvimento dentário da criança, o aconselhamento aos pais sobre o desenvolvimento dentário e respetivas condicionantes. Nesta consulta devem ser dados conselhos, nomeadamente sobre importância do flúor, como ajudar a manter uma boa higiene oral, como lidar com os hábitos orais da sua criança, nutrição e

dieta.<sup>(32)</sup> Autores como *Scroth e Cheba*, demonstraram que as crianças cuja primeira visita ao dentista se realizou em idade precoce apresentaram uma menor prevalência de cárie.<sup>(33)</sup> Idealmente, os cuidados com a saúde oral das crianças devem iniciar-se com conselhos pré-natais aos futuros pais sobre a importância de manter uma boa saúde oral. Os cuidados de saúde oral infantil devem ser vistos como a base para uma educação preventiva que proporcione as condições normais para um ótimo crescimento, desenvolvimento e funcionamento.<sup>(34)</sup>

Incutir bons hábitos de higiene oral nas crianças é uma das lições de saúde mais importantes que os pais lhes podem ensinar.<sup>(32)</sup> Estes são responsáveis pela implementação de bons hábitos de higiene oral nos filhos, que inclui a supervisão durante a escovagem dentária e uma boa relação com o médico-dentista,<sup>(8, 9, 32)</sup> assim como controlo dos lanches que contêm alimentos e/ou bebidas açucaradas.<sup>(32)</sup>

Na amostra estudada, 39,5% afirmou ajudar os filhos sempre que realizam a escovagem. A associação entre a supervisão dos pais durante a escovagem e o índice de cárie foi comprovado em diversos estudos, sendo o índice de cárie menor nos que são supervisionados<sup>(8, 16, 23)</sup>, que está de acordo com os resultados obtidos neste estudo. A escovagem deve ser supervisionada pelos pais até que a criança adquira o controlo dos movimentos que normalmente coincide com o domínio da escrita.<sup>(9)</sup> Também é importante esta supervisão, para ensinar a criança que não deve deglutir a pasta dentífrica.<sup>(3, 32)</sup>

Nesta amostra, apenas 11,7% iniciaram a escovagem antes dos 12 meses, pelo que grande parte (28,7%) só começou aos 24 meses, salientar que ainda existe um grupo de 10,5% que só iniciou aos 3 anos de idade, o que se torna preocupante pois nesta idade, tendo em conta uma cronologia de erupção normal, todas as peças dentárias da dentição decídua já erupcionaram. Vários estudos demonstram que escovar os dentes é um fator importante na prevenção de cáries, pelo que quando mais precocemente se iniciar a escovagem menor probabilidade têm de desenvolver cárie.<sup>(26, 27, 32)</sup>

Relativamente ao número de escovagens diárias, 42,6% referiu escovar duas vezes por dia, que segundo *Erickson et al*, tem benefícios superiores do que escovar apenas uma vez.<sup>(36)</sup> A OMD recomenda que dos 0-3 Anos a escovagem deva ser realizada pelos pais a partir da erupção do primeiro dente (2 vezes por dia, uma

obrigatoriamente ao deitar), utilizando uma gaze, dedeira ou escova macia de tamanho adequado. Dos 3-6 anos a escovagem deve ser realizada progressivamente pela criança, devidamente supervisionada e auxiliada (2 vezes por dia, uma das quais obrigatoriamente ao deitar), utilizando escova macia de tamanho adequado. A quantidade de dentífrico fluoretado (1000-1500ppm) deverá ser semelhante ao tamanho da unha do 5º dedo da criança.<sup>(20)</sup> Apesar da escovagem mais importante ser a efetuada antes de dormir, no nosso estudo apenas 45,7% dos inquiridos a realiza.

Na amostra em estudo, apenas 2,7% assumiu que as suas crianças não escovavam diariamente, o que apesar de não ser uma percentagem elevada é preocupante pois reflete uma falta de conhecimento relativamente à importância da escovagem. Uma frequência adequada do ato da escovagem, é benéfica devido à remoção da placa bacteriana e tem um efeito adicional pois mantém concentrações de fluoretos na cavidade oral, favorecendo a remineralização dentária.<sup>(23)</sup>

*Burt e Pai*, avaliaram o consumo de alimentos cariogénicos (refrigerantes, sumos de fruta, chocolate e alimentos açucarados) concluindo que a frequência e o momento do consumo de refrigerantes pode causar danos na saúde oral em especial quando ingerido frequentemente e fora das refeições, tal como demonstrado em outros estudos.<sup>(16,36,37)</sup> Na nossa amostra relativamente às crianças que consumiam refrigerantes gaseificados e não gaseificados diariamente encontrou-se uma prevalência de CPI de 62,5% e de 48,2% respetivamente, mostrando-se a prevalência de cárie associada ao consumo de refrigerantes gaseificados e não gaseificados ( $p=0,001$  e  $p=0,000$  respetivamente). Um controlo na frequência de ingestão de *snacks* é uma importante medida na prevenção de cáries, pois evitam-se as várias horas de contato dos hidratos de carbono com as superfícies dentárias.<sup>(26)</sup> Apesar de poderem ter o mesmo nível de açúcar, os refrigerantes devem ser evitados devido ao seu um potencial cariogénico que se deve ao pH ácido, que promove a desmineralização do esmalte.<sup>(1, 4)</sup>

## CONCLUSÃO

A prevalência de cárie encontrada, tendo em conta a idade da população em estudo e ao fato de quase metade das crianças nunca ter visitado ao médico-dentista pode ser considerado preocupante. O início tardio da escovagem dentária e da utilização de pasta dentífrica assim como o uso de dentífricos com concentrações de fluoreto de sódio desadequado, mostrou que os hábitos de higiene orais desta população podem ser melhorados.

## REFERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melo P, Azevedo A, Henriques M. Cárie Dentária - A doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2008;39.
2. Melo P, Teixeira L, Domingues J. A importância do despiste precoce de cárie dentária. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2006;22(3):357-66.
3. Krol DM. Dental caries, oral health, and pediatricians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2003;33(8):253-70.
4. Evans EW, Hayes C, Palmer CA, Bermudez OI, Cohen SA, Must A. Dietary intake and severe early childhood caries in low-income, young children. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2013;113(8):1057-61.
5. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369(9555):51-9.
6. Lemos LV, Myaki SI, Walter LR, Zuanon AC. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein*. 2014;12(1):6-10.
7. Bhaskar V, McGraw KA, Divaris K. The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*. 2014;8:21-7.
8. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent*. 2012;40(11):873-85.
9. Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade. Cd, et al. Cárie precoce de infância - o estado da arte. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2010;41.
10. Parisotto TM, Steiner-Oliveira C, Duque C, Peres RCR, Rodrigues LKA, Nobre-dos-Santos M. Relationship among microbiological composition and presence of dental plaque, sugar exposure, social factors and different stages of early childhood caries. *Archives of oral biology*. 2010;55.
11. Skeie Ms, Raadal M, Strand Gv, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. *Internacional Journal of Paediatric Dentistry*. 2006;16:152-60.
12. Napimoga MH, Hofling JF, Klein MI, Kamiya RU, Goncalves RB. Transmission, diversity and virulence factors of *Streptococcus mutans* genotypes. *Journal of oral science*. 2005;47(2):59-64.
13. ElSalhy M, Honkala S, Soderling E, Varghese A, Honkala E. Relationship between daily habits, *Streptococcus mutans*, and caries among school boys. *Journal of dentistry*. 2013;41.
14. Pereira A, Amorim AP, Peres F, Peres FR, Caldas IM, Pereira JA, et al. *Cáries Precoce de Infância: Medisa*; 2001.
15. Cardoso CA, Magalhaes AC, Rios D, Lima JE. Cross-sectional hardness of enamel from human teeth at different post-eruptive ages. *Caries research*. 2009;43(6):491-4.
16. Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. *European journal of dentistry*. 2012;6(2):141-52.
17. Herndon JB, Tomar SL, Lossius MN, Catalanotto FA. Preventive oral health care in early childhood: knowledge, confidence, and practices of pediatricians and family physicians in Florida. *The Journal of pediatrics*. 2010;157(6):1018-24 e1-2.
18. Tsai AI, Chen CY, Li LA, Hsiang CL, Hsu KH. Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006;34(6):437-45.

19. Tao Y, Zhou Y, Ouyang Y, Lin H. Dynamics of oral microbial community profiling during severe early childhood caries development monitored by PCR-DGGE. *Archives of oral biology*. 2013;58(9):1129-38.
20. Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Saúde oral em crianças 2012 [cited 2014 20/04/2014].
21. World Health Organization(WHO). Oral Health Surveys. Basic Methods. 5th edition., (2013).
22. Decreto-Lei n.º 176/2012. Sect. 1ª Série - Nº 149 (2012).
23. Borralho S. Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa Universidade de Lisboa; 2014.
24. WHO. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European region. *European Health for All Series*; no.6. Copenhagen: World Health Organization, 1999.
25. Priyadarshini HR, Hiremath SS, Puranik M, Rudresh SM, Nagaratnamma T. Prevalence of early childhood caries among preschool children of low socioeconomic status in Bangalore city, India. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2011;1(1):27-30.
26. Chu CH, Ho PL, Lo EC. Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. *BMC public health*. 2012;12:767.
27. Creedon MI, O'Mullane DM. Factors affecting caries levels amongst 5-year-old children in County Kerry, Ireland. *Community dental health*. 2001;18(2):72-8.
28. Schroth R, Dahl P, Haque M, Kliewer E. Early childhood caries among Hutterite preschool children in Manitoba, Canada. *Rural and remote health*. 2010;10(4):1535.
29. Sankeshwari RM, Ankola AV, Tangade PS, Hebbal MI. Association of socio-economic status and dietary habits with early childhood caries among 3- to 5-year-old children of Belgaum city. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*. 2013;14(3):147-53.
30. Nobile CG, Fortunato L, Bianco A, Pileggi C, Pavia M. Pattern and severity of early childhood caries in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study. *BMC public health*. 2014;14:206.
31. Oulis CJ, Tsinidou K, Vadiakas G, Mamai-Homata E, Polychronopoulou A, Athanasouli T. Caries prevalence of 5, 12 and 15-year-old Greek children: a national pathfinder survey. *Community dental health*. 2012;29(1):29-32.
32. Direção-Geral da Saúde (DGS). Saúde oral na infância 2006 [cited 2014 21/05/2014].
33. Schroth RJ, Cheba V. Determining the prevalence and risk factors for early childhood caries in a community dental health clinic. *Pediatric dentistry*. 2007;29(5):387-96.
34. Dentistas OdM. Saúde oral na grávida e bebé <http://www.omb.pt/publico/gravida-bebe2012> [cited 2014 22/04/2014].
35. American Academy on Pediatric D, American Academy of P. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7 Suppl):40-3.
36. Erickson PR, Alevizos DL, Rindelaub DJ. Soft drinks: hard on teeth. *Northwest dentistry*. 2001;80(2):15-9.
37. Burt BA, Pai S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. *Journal of dental education*. 2001;65(10):1017-23.

# ANEXOS

# Anexo 1



Número de Adesão: \_\_\_\_\_

## Caro Encarregado de Educação

Este questionário encontra-se integrado no projecto **paranhoSorridente**, no qual a sua criança é participante e destina-se a conhecer melhor alguns dos factores que, de algum modo, podem influenciar a saúde oral das crianças.

Assinale com um **X** a opção correcta nos espaços correspondentes.

### DADOS PESSOAIS

Nome Criança: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 1 | ESCOLARIDADE DA MÃE [assinale com uma cruz o ultimo ano de escolaridade que concluiu]

1º Ciclo				2º Ciclo		3º Ciclo			Secundário			Ensino Superior		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	Bacharelato	Licenciatura	Pós-graduação

## 2 | ESCOLARIDADE DO PAI [assinale com uma cruz o ultimo ano de escolaridade que concluiu]

1º Ciclo				2º Ciclo		3º Ciclo			Secundário			Ensino Superior		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	Bacharelato	Licenciatura	Pós-graduação

### 3 | Visitas da criança ao dentista

<input type="checkbox"/>	1 vez por ano
<input type="checkbox"/>	Mais que uma vez por ano
<input type="checkbox"/>	Menos que uma vez por ano
<input type="checkbox"/>	Nunca foi ao dentista

### 4 | Motivo da consulta

<input type="checkbox"/>	Rotina
<input type="checkbox"/>	Dor
<input type="checkbox"/>	Aparelho de correcção dentária
<input type="checkbox"/>	Outros [Prótese; _____]

## 5 | HÁBITOS ALIMENTARES

### 5.1 | Refrigerantes gaseificados [Colas, Sprite, Fanta ...]

<input type="checkbox"/>	Não Consome		
<input type="checkbox"/>	Raramente (dias de festa)		
<b>1 vez por dia:</b>		<b>2 ou mais vezes por dia:</b>	<b>1 a 2 vezes por semana:</b>
<input type="checkbox"/>	Durante as refeições	<input type="checkbox"/>	Durante as refeições
<input type="checkbox"/>	Intervalo das refeições	<input type="checkbox"/>	Intervalo das refeições
		<input type="checkbox"/>	Refeições e intervalo das refeições
			<input type="checkbox"/>

### 5.2 | Refrigerantes não gaseificados [Ice Tea ...]

<input type="checkbox"/>	Não Consome		
<input type="checkbox"/>	Raramente (dias de festa)		
<b>1 vez por dia:</b>		<b>2 ou mais vezes por dia:</b>	<b>1 a 2 vezes por semana:</b>
<input type="checkbox"/>	Durante as refeições	<input type="checkbox"/>	Durante as refeições
<input type="checkbox"/>	Intervalo das refeições	<input type="checkbox"/>	Intervalo das refeições
		<input type="checkbox"/>	Refeições e intervalo das refeições
			<input type="checkbox"/>

### 5.3 | Sumos de frutos [Natural ou néctar ...]

<input type="checkbox"/>	Não Consome		
<input type="checkbox"/>	Raramente (dias de festa)		
<b>1 vez por dia:</b>		<b>2 ou mais vezes por dia:</b>	<b>1 a 2 vezes por semana:</b>
<input type="checkbox"/>	Durante as refeições	<input type="checkbox"/>	Durante as refeições
<input type="checkbox"/>	Intervalo das refeições	<input type="checkbox"/>	Intervalo das refeições
		<input type="checkbox"/>	Refeições e intervalo das refeições
			<input type="checkbox"/>

5.4   Alimentos açucarados [bolos ou bolachas ...]					
Não Consome					
Raramente (dias de festa)					
1 vez por dia:		2 ou mais vezes por dia:		1 a 2 vezes por semana:	
Durante as refeições		Durante as refeições		Durante as refeições	
Intervalo das refeições		Intervalo das refeições		Intervalo das refeições	
		Refeições e intervalo das refeições		Refeições e intervalo das refeições	

5.5   Guloseimas [Gomas, caramelos, rebuçados]	
Não consome	
Raramente (dias de festa)	
1 a 2 vezes por semana	
Mais de 2 vezes por semana	
Todos os dias	

5.6   Chocolate	
Não consome	
Raramente (dias de festa)	
1 a 2 vezes por semana	
Mais de 2 vezes por semana	
Todos os dias	

## 6 | HÁBITOS SAÚDE ORAL

6.1   Quantas vezes o seu filho (a) escova os dentes por dia?	
Não escova diariamente	
1 vez por dia	
2 vezes por dia	
mais 2 vezes por dia	

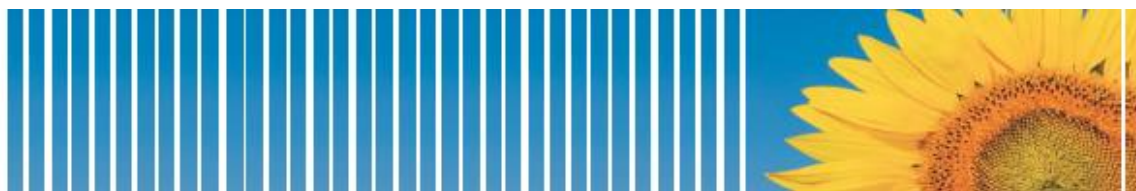
6.2   Quando efectua a escovagem?	
Ao pequeno almoço	
Ao almoço	
Ao jantar	
Antes de dormir	

6.3   Ajuda o seu filho (a) a escovar os dentes?	
Nunca, ele escova sozinho	
Sempre que escova	
Ajuda às vezes	
1 vez ao dia	

6.4.   Com que idade o seu filho (a) começou a escovar os dentes?	
Anos:	
Meses:	
6.5   Com que idade o seu filho (a) começou a usar pasta dos dentes?	
Indique a idade: _____	

6.6   Qual a pasta de dentes que utiliza? [Ver na embalagem]	
Marca	
Idade indicada na embalagem	

6.7   Qual a quantidade de pasta que coloca na escova?	
Suficiente para cobrir toda a escova	
Quantidade semelhante ao tamanho de uma ervilha (+/- 1 cm)	
Quantidade igual ao tamanho da unha do dedo mindinho	



## Anexo 2

## PARECER

### (Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pelo(a) Estudante Cátia Pauline Costa Rabin com o título: Prevalência de cáries precoces de infância numa população escolar da freguesia de Pinheiro, Póvoa, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

30/05/2014

O(A) Orientador(a)

Nome de Luís Fernandes

# Anexo 3

A

## 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.

30/05/2014

Paíto Mariana Costa Martins  
O/A investigador(a)