



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### PEQUENOS GRANDES SORRISOS

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

Por:  
Liliana de Sena Silva

Viseu, 2018





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### PEQUENOS GRANDES SORRISOS

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

Por:  
Liliana de Sena Silva

Orientador: Professora Doutora Mariana Seabra  
Coorientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo

Viseu, 2018



“As crianças são a promessa do que vai acontecer...  
são a esperança do que poderíamos ser...  
são a inocência que deveríamos ter”

Lauro Kisielwicz



## **Divulgação dos Resultados**

### **Publicações em reuniões científicas sob a forma de póster:**

#### **Caracterização de uma população de crianças residentes numa instituição de Viseu**

Silva, L <sup>1</sup>; Oliveira, C <sup>1</sup>; Ferreira, A <sup>1</sup>; Figueiredo, A <sup>2</sup>; Seabra, M <sup>2,3</sup>

1-Aluna do 5º ano do MIMD do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa –Viseu, Portugal.

2-Professora Auxiliar Convidada da Área Disciplinar de Odontopediatria do MIMD do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa – Viseu

3-Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)– Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

XIII Jornadas de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Universidade Católica Portuguesa (Viseu), 10 a 12 de Maio de 2018

#### **Caracterização da totalidade da população de crianças institucionalizadas em Viseu**

Silva, L <sup>1</sup>; Oliveira, C <sup>1</sup>; Ferreira, A <sup>1</sup>; Figueiredo, A <sup>2</sup>; Seabra, M <sup>2,3</sup>

1-Aluna do 5º ano do MIMD do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa –Viseu, Portugal.

2-Professora Auxiliar Convidada da Área Disciplinar de Odontopediatria do MIMD do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa – Viseu

3-Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)– Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

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



## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Mariana Seabra, e à minha co-orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, por terem confiado em mim para integrar este projeto. Por me terem orientado com todo o empenho e dedicação, pela motivação persistente, pela disponibilidade, pelos conselhos e pela ajuda preciosa.

Ao meu avô materno, pelo exemplo e coragem que o levam a nunca desistir dos objetivos.

À minha mãe e avós maternos por me ajudarem a perseguir o meu sonho, não me deixarem desistir e apoiarem me nesta etapa dispendiosa sem nunca hesitar, acreditando sempre em mim e nas minhas capacidades. Muito Obrigado!

Ao meu pai, obrigado por teres o feitio que tens, pois possibilitou que eu o herdasse e que com ele, a garra de vencer na vida e ultrapassar obstáculos, viesse também manifestar-se em mim.

Ao meu irmão, por ser o mais chato, mas também o melhor que tenho! Já ultrapassamos tantos obstáculos juntos e este que acabo de concluir serve também para perceberes que tudo é possível, basta queres e acreditares que com esforço tudo se faz. Agora é a tua vez maninho. Sempre a aprender juntos!

Ao Sérgio, pelo apoio incondicional que me deste desde o início até ao fim deste percurso académico. Obrigado por teres sempre o teu ombro disponível para mim, para me ouvir e estares sempre pronto a dar-me a força necessária para me reerguer outra vez. Foste o meu porto de abrigo em todo este percurso académico. Por tudo isso e muito mais, o meu muito obrigada!

À Letícia, Catarina e Mariana o meu muito obrigada por terem aceite este desafio assim que vos propus sem sequer hesitar. Juntas somos vencedoras e já se sabe que se for para fazer trabalhos para ontem e bem feitos é connosco! Catarina, marcas-te irrefutavelmente o meu percurso académico, obrigada por seres uma ótima binómia, por me ajudares e completares as minhas falhas na perfeição! Letícia, depois de todas as horas passadas ao telefone em que me ouvias sem reclamar, ajudavas-me no que podias sempre com um sorriso e estiveste cá sempre para me apoiar, foste fundamental para a conclusão deste trabalho, o meu muito, muito, obrigada!

À restante família, à família que escolhi, aos amigos presentes mesmo que longe, aos restantes amigos que a Universidade me deu, estão todos no meu coração!



## RESUMO

**Introdução:** As doenças orais, particularmente a cárie dentária e a doença periodontal, são patologias que podem ser prevenidas através de bons hábitos de higiene e de uma alimentação cuidada. A prevenção primária é um conjunto de ações que visam remover os fatores causais, promovendo a saúde e a proteção específica. Já a proteção secundária visa identificar o que está errado e colocar o indivíduo na condição de saudável.

**Objetivo:** Realizar a sensibilização das crianças e dos cuidadores para a saúde oral, otimizando hábitos de higiene e colmatando desta forma lacunas ao nível da prevenção primária. Proceder à realização dos atos clínicos necessários às crianças identificadas como tendo indicação para tal, suprimindo falhas do foro da prevenção secundária.

**Material e Métodos:** Neste estudo foram incluídas todas as crianças institucionalizadas em Viseu. Foi preenchida uma ficha clínica com realização de pesagem e medição, efetuou-se observação intraoral e foi ainda calculado o índice CPOD.

**Resultados:** Das 100 crianças incluídas, 55 eram do género masculino. A idade média da amostra situa-se em 12,21 +/- 4,41 anos, (1-18 anos) e 70% estavam com peso normal para a idade. 56% das crianças afirmavam ter problemas de saúde e 68% tomavam medicação (pedo)psiquiátrica sendo que, a idade que mais toma medicação, é a partir dos 15 anos. Todas as crianças diziam escovar os dentes diariamente e 55,6% higienizava a língua. Contudo apenas 1% referia usar fio dentário e é de ressaltar que todas as crianças que afirmavam higienizar os dentes diziam fazê-lo sem supervisão. A média do índice CPOD foi de 3,43 +/- 3,58 e 56% das crianças estavam em classe I molar.

**Conclusões:** É de suma importância e de responsabilidade social que os cuidados fornecidos a estes menores sejam redobrados para que possam crescer saudáveis a todos os níveis. Logo, é necessário implementar medidas de prevenção e estratégias de promoção de saúde oral para as crianças que residem em instituições tuteladas pelo Estado, bem como para as pessoas que as auxiliam no seu dia-a-dia.

**Palavras-Chave:** “crianças institucionalizadas”; “odontopediatria”; “medicina dentária preventiva”; “centros de acolhimento temporário”; “lares de infância e juventude”



## ABSTRACT

**Introduction:** Dental caries and periodontal disease can be prevented with good hygiene habits and healthy food. Actions that remove the causal effects promoting health are called primary prevention. Secondary prevention is the identification of what is wrong and reestablish the individual in a healthy condition.

**Objective:** Raise children and caregivers the awareness for oral health, optimizing hygiene habits thus filling gaps in primary prevention and carry out the necessary clinical acts for the identified children. Supplying failures of the secondary prevention.

**Materials and Methods:** In this study were included all institutionalized children in Viseu. A clinical record was completed, intraoral observation was performed and the DMFT Index was filled and children were weighted and measured.

**Results:** Of the 100 children included, 55 were male. The sample average age of the was 12.21 +/- 4.41 years (1-18 years) and 70% were with normal weight. 56% of children said they had health problems and 68% were taking psychiatric: more prevalent in children older than 15 years old. All children reported brushing their teeth daily, 55.6% sanitized their tongue. However, only 1% reported using dental floss. It's important to note that all children who claimed to clean their teeth said they did it without supervision. The average DMFT index was 3.43 +/- 3.58 and 56% of the children were in molar class I.

**Conclusions:** It is of paramount importance and social responsibility that care provided to these minors are redoubled so that they can grow up healthy. Therefore, it is necessary to implement preventive measures and promote oral health for children residing in supervised state institutions, as well as for the people who assist them in their day-to-day lives.

**Key Words:** "Institutionalized children"; "Pediatric dentistry"; "Preventive dental medicine"; "Temporary shelters"; "Childhood homes and youth "



## Índice

Divulgação dos Resultados .....	vii
Contextualização .....	1
Revisão Bibliográfica.....	5
1. Modelos de Família.....	7
2. O Papel da Família no desenvolvimento da criança.....	9
3. Famílias em situação de risco.....	10
4. Fatores de Risco e Proteção .....	11
5. Principais problemas comportamentais em crianças e jovens institucionalizados.....	13
5. Crianças Institucionalizadas .....	16
5.1. Crianças institucionalizadas em Viseu .....	18
6. Saúde oral em crianças institucionalizadas .....	19
6.1. Saúde oral na Adolescência.....	21
Objetivos .....	23
Materiais e Métodos.....	27
1. Caracterização do estudo:.....	29
2. Caracterização da Amostra.....	29
3. Procedimentos éticos e legais.....	29
4. Critérios de inclusão e exclusão .....	30
5. Recolha de Dados.....	30
5.1. Questionários.....	30
5.2. Protocolo Clínico.....	31
5.3. Motivação e instrução para a higiene oral.....	32
6. Análise estatística .....	32
Resultados .....	33
1. Caracterização da amostra.....	35
2. Patologias e medicação habitual .....	36
3. Hábitos deletérios.....	38
4. Análise de ortopantomografias.....	38
5. Anomalias de desenvolvimento dentário. ....	42
6. Avaliação dos tecidos moles oro-faciais. ....	43
7. Classe molar, classe canina e tipo de mordida .....	43
8. Índice CPOD e/ou cpod.....	44
9. Planos de tratamento e tipos de paciente.....	44

11. Felicidade das crianças institucionalizadas, o gosto pela casa onde vivem, a prática de desporto e a existência de amizades.....	45
12. Hábitos alimentares.....	46
13. Visitas ao médico dentista e hábitos de higiene oral.....	46
14. Preocupação com a aparência do sorriso, hábitos tabágicos, dependência de álcool e droga e atividade sexual.....	47
15. Correlações entre variáveis.....	47
Discussão de resultados.....	53
1. Materiais e Métodos.....	55
1.1 Método de Investigação:.....	55
2. Resultados.....	56
2.1. Caracterização da amostra.....	56
2.2. Patologias e medicação habitual.....	58
2.3. Hábitos deletérios.....	59
2.4. Análise de ortopantomografias.....	59
2.5. Anomalias de desenvolvimento dentário.....	60
2.6. Avaliação dos tecidos moles.....	60
2.7. Classe molar, classe canina e tipo de mordida.....	60
2.8. Índice CPOD.....	61
2.9. Planos de tratamento e tipos de paciente.....	62
2.10. Prevalência de dor de dentes e sangramento gengival.....	63
2.11. Felicidade das crianças institucionalizadas, o gosto pela casa onde vivem, a prática de desporto e a existência de amizades.....	63
2.12. Hábitos alimentares.....	64
2.13. Visitas ao médico dentista e hábitos de higiene oral.....	65
2.14. Preocupação com a aparência do sorriso, hábitos tabágicos, dependência de álcool e droga e atividade sexual.....	67
2.15. Correlações entre variáveis.....	68
Conclusões.....	73
Bibliografia.....	81
Anexos.....	93

## **Contextualização**

---



O projeto “Pequenos Grandes Sorrisos” nasce de um desafio realizado pelas duas professoras da área disciplinar de Odontopediatria do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) a um grupo de quatro alunas do antigo 4º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária (2016/2017).

Deste desafio nasceu uma ideia, do foro social, de ajudar a população de crianças institucionalizadas do distrito de Viseu. Como refere a Senhora Reitora da UCP “servimos concretamente o país, orientados por valores que não se reduzem ao critério da utilidade, mas que se alargam à universalidade última de um conhecimento ao serviço do bem comum”. Foi este bem comum que nos levou a objetivar uma candidatura ao Orçamento Participativo Jovem da Camara Municipal de Viseu (CMV), que depois de ser aprovado em votação interna no ICS-Viseu e na CMV chegou à fase de concurso público, pela comunidade de habitantes viseenses. Foi o 3º projeto mais votado e dessa forma atingiu a sua fase de execução prática. Foram contactadas as 5 instituições: Lar escola de Santo António, Lar de São José, Internato de Santa Teresinha, o Centro de Acolhimento Temporário e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Viseu para agilização de todo o processo e dinâmicas necessárias.

O projeto iniciou-se no dia 26 de fevereiro de 2018 e está no momento ainda a decorrer.

Esta dissertação de mestrado surge como primeiro trabalho de investigação relativamente ao projeto, estando outros a serem programados.



## **Revisão Bibliográfica**

---



## 1. Modelos de Família

O modelo de família é um conceito dinâmico que tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo. Nos anos 60 assentava no ideal de um casal com obrigatória predisposição para ter filhos. Dentro desse seio familiar, as relações eram pautadas por uma hierarquia, nomeadamente quanto à divisão de tarefas domésticas (1), sendo o papel feminino mais voltado para a confeção de refeições e limpeza do lar e o masculino, por sua vez, mais encarregue da parte da bricolage e da realização de trabalhos como canalizador, electricista entre outros. As tarefas estavam, portanto, muito bem divididas entre os membros do casal. No entanto, o modelo de família tem vindo a sofrer drásticas alterações ao longo dos anos e tal facto deve-se, em particular, à entrada da mulher no mercado de trabalho.

Para além disto, nos últimos anos começaram também a surgir os conceitos de famílias monoparentais e famílias compostas por dois progenitores do mesmo género, o que automaticamente levou à alteração do conceito de família dos anos 60. Estas mudanças graduais conduziram igualmente a um aumento do número de divórcios e à valorização da criança como um ser individual e com ideais próprios (2). Atualmente, existe a máxima de que todos os elementos do núcleo familiar se podem fazer ouvir, mas cada um deve falar por si e ter os seus próprios pareceres (2), o que conduziu a uma notória mudança de ideais: o casal deixou de ter como prioridade conceber descendentes e passou a valorizar-se mais enquanto casal e a atribuir uma maior importância à sua realização pessoal (1).

Todas estas mudanças na estrutura familiar e a própria mudança de paradigma geram algum stress no ambiente familiar, uma vez que conduzem a situações de incógnita e o seu desfecho é de alguma forma imprevisível, já que pode alterar todo o padrão habitual de funcionamento e qualquer sistema teme o desconhecido (3). É certo que todas as famílias se deparam com dificuldades e entraves no seu dia-a-dia. No entanto, há famílias que, apesar destas dificuldades, sofrem também crises normativas de forma acelerada e precoce que são potenciadas pelas especificidades da sua história de vida. Isto conduz à possível ocorrência de situações problemáticas de forma prematura, levando à designação de famílias multiproblemáticas (4).

As crianças de famílias multiproblemáticas tendem a sofrer de maus-tratos infantis (4). Estes podem desencadear na criança consequências ao longo de toda a sua vida, podendo ir desde perturbações emocionais a desordens de comportamento, problemas

escolares e isolamento social (4). Estas famílias são caracterizadas por elementos adultos que não assumem as suas funções parentais e demonstram regularmente valores parentais empobrecidos com alto nível de incongruência e inadequação, sendo também bastante característico negligenciarem a prestação de cuidados básicos (5). Com o novo conceito de famílias multiproblemáticas surge também o conceito de risco. Este refere-se aos riscos que estas crianças correm quando o seu meio familiar não constitui um contexto favorável ao seu desenvolvimento, podendo comprometer a sua viabilidade, integridade física e/ou psicológica (6).

Todos estas lacunas presentes no seio familiar levaram ao aparecimento da assistência social. Esta apareceu primordialmente no século XV com a criação das Misericórdias pela Rainha D. Leonor, sendo estas estruturas vocacionadas para a prática de obras de caridade, destinadas aos pobres, doentes, crianças órfãs e presos (7). No entanto, apenas em 1990 foi aprovada, em Portugal, a Declaração dos Direitos da Criança, defendendo que “Toda a criança tem o direito de ser protegida de todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual.” (8). No entanto, face a esta lei, as situações de risco que muitas crianças e jovens vivenciam são uma verdadeira contradição, sendo que as situações de risco são despoletadas principalmente pela pobreza, desemprego, alcoolismo, violência e mau ambiente familiar (9).

Com vista a solucionar/diminuir tais acontecimentos, foi promulgada a 13 de agosto de 1999 em Portugal, a Lei da Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, tendo como objetivo principal “a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral” (8). Surge assim a institucionalização como uma resposta social para o desenvolvimento integral da criança ou jovem quando este se encontra em perigo (10), praticando medidas alternativas para a prestação de cuidados em percursos de vida marcados por diversas situações adversas (11).

Assim, as crianças institucionalizadas são por norma pautadas de uma vida com acontecimentos stressantes e condições de vida adversas (12). No entanto, a institucionalização traz efeitos no bem-estar das crianças a curto, médio e longo prazo. Como tal, vários estudos têm sido realizados para compreender os efeitos da institucionalização tanto a nível intelectual, físico, comportamental e sócioemocional no desenvolvimento, vinculação, adaptação psicossocial, autoestima, problemas comportamentais, desempenho académico, capacidade de atenção e linguagem (4,13).

Porém, é sabido que a institucionalização não substitui a família destas crianças e jovens e como tal, é necessário que haja um esforço conjunto para ser possível estabelecer relações estáveis, integração e cooperação entre a criança, a instituição e a família. Não devemos, desta forma, esquecer que todo o percurso destas crianças é pautado por dificuldades e devemos ter em conta tudo o que os menores pensam sobre este processo, como encaram o seu futuro, como preveem o seu projeto de vida, e quais serão os sentimentos inerentes à família biológica (14).

## **2. O Papel da Família no desenvolvimento da criança**

O conceito de família pode ser definido como um sistema entre sistemas que é fundamental para o bom funcionamento das relações interproximais e das regras que regem a vida dos diferentes grupos a que um indivíduo pertence. Deste modo, permite uma correta compreensão do comportamento dos semelhantes e possibilita intervenções eficazes em ambiente social (15).

No entanto, quando pensamos no conceito família associamos mais naturalmente ao meio onde nascemos, crescemos e morremos, não obstante de, pelo caminho, irmos tendo mais do que uma família. (3)

Com todas as alterações, mencionadas anteriormente, nas estruturas familiares, também os problemas com que cada família se vai deparando sofrem alterações ao longo dos anos. Destes são mais prevalentes, segundo estudos realizados a nível nacional, problemas no âmbito da educação, como o insucesso e absentismo escolar; situações profissionais precárias e desemprego, que têm vindo a aumentar ao longo dos anos; fraca gestão do orçamento familiar; ausência de infraestruturas básicas de habitação ou problemas com a sua manutenção; problemas do foro psicológico, abuso de estupefacientes e alcoolismo, bem como problemas como a violência doméstica, maus tratos infantis e conflitualidade entre pares, tanto em relações familiares como sociais. (13,16–18)

Relativamente aos maus tratos infantis, podemos afirmar que as crianças que estão sujeitas aos mais variados tipos de risco (17), segundo alguns estudos empíricos, apresentam uma maior predisposição a desenvolver padrões de vinculação inseguros e desestruturados (13,19,20), condutas ambíguas relacionadas com o domínio socio-emocional onde os conflitos estão bastante presentes, assim como a dependência e vitimização (17). Também a construção do “EU” fica afetada caracteristicamente por

variações de humor, sinais de ansiedade (17) e muitas destas crianças estão sujeitas a desenvolver sintomatologia depressiva (13).

Em contrapartida, as crianças que experienciam vivências de sólidas relações familiares em que os pais são afetivos, carinhosos, previsíveis e acessíveis, dos quais se pode esperar apoio, conforto e proteção (20), tendem a desenvolver vínculos seguros, autoestima elevada, adaptação às situações adversas, competências sociais mais adequadas e boa capacidade de gestão e interação com os adultos (18).

### **3. Famílias em situação de risco**

Com toda a evolução e alterações nos conceitos familiares começaram também a aparecer conceitos como famílias multiproblemáticas e crianças em risco. Relativamente ao conceito de risco, associado às crianças, este ocorre sempre que o meio familiar em que a criança está inserida não apresenta um contexto favorável para o seu desenvolvimento, podendo comprometer a sua integridade física e/ou psicológica (6). As famílias multiproblemáticas, são na maioria das vezes famílias de baixo nível socioeconómico; que vivem no limiar da pobreza e socialmente marginalizadas. Estas famílias têm também frequentemente associado ao seu seio familiar, histórias de alcoolismo, toxicod dependência, delinquência, maus tratos e abandono de crianças (3).

Associa-se assim a escassez de recursos económicos e competências sociais ao aumento dos problemas no seio familiar e a uma capacidade reduzida de os resolver de forma eficaz (21). Ressalvando que a pobreza não é, de todo, sinónimo de disfuncionalidade e incapacidade, não existe de facto uma relação de causalidade entre situações de pobreza e a classificação como família multiproblemática. Contudo, este é um fator de risco para o impedimento de um normal funcionamento de uma família, sendo que o principal motivo de pedidos de intervenção por parte de terceiros é o elevado número de filhos característico deste tipo de famílias (22).

Apesar de, na maioria das vezes, as competências parentais nas famílias multiproblemáticas serem conturbadas e terem como particularidade a falta de afetividade e a desarmonia entre os elementos da mesma, o seu ecossistema é estimulado pelas dificuldades que encontram, o que faz com que as pessoas desenvolvam mecanismos compensatórios. Estes mecanismos são um recurso essencial para a intervenção por parte de terceiros, não devendo ser usados para diminuir as competências destas famílias, mas sim para alargá-las e potenciá-las (3).

Todavia, as intervenções a estas famílias têm-se focado essencialmente nos seus aspetos mais negativos, descrevendo os seus problemas, formas de disfuncionalidade e desorganização familiar, sendo muito raramente focados os seus aspetos positivos, competências e recursos (22). O que leva a que, a intervenção a estas famílias, por parte dos profissionais, passe por uma perspectiva deficitária e centrada nos aspetos negativos e disfuncionais, tornando-se assim difícil de valorizar e trazer à tona as competências e o potencial destas mesmas famílias (23). Desta forma é complicado garantir o sucesso das intervenções.

#### **4. Fatores de Risco e Proteção**

O conceito de risco refere-se ao aumento da probabilidade de aparecerem problemas cognitivos, sociais, afetivo-emocionais, comportamentais e físicos nas crianças (24). Este é percebido como a expressão de uma disfunção no sistema pais-criança-ambiente e como tal, é essencial identificar determinadas características individuais das crianças, dos pais, do sistema familiar e do contexto sociocultural, uma vez que tais características podem constituir fatores protetores ou fatores de risco e precipitar situações de risco ou perigo para a criança (25).

Os fatores de risco e de proteção estão intimamente relacionados com o comportamento da criança e do seu agregado familiar. Ou seja, quanto mais tempo uma criança está sujeita a fatores de risco, mais negativas serão as consequências e menor a probabilidade de os ultrapassar. Por outro lado, quanto mais tempo a criança está perante fatores de proteção, mais positivas serão as consequências e maior a probabilidade de os ultrapassar (26).

##### **4.1. Fatores de Risco**

Os fatores de risco são condições ou variáveis que estão frequentemente associadas a uma maior probabilidade de resultados negativos e/ou indesejáveis, associadas muitas vezes a comportamentos que comprometem a saúde, bem-estar ou interação social (27). Estes fatores podem ser divididos em três variáveis: risco biológico, risco estabelecido e risco ambiental (24). Estes três tipos de risco não são exclusivos, podendo sobrepor-se (28).

#### **4.1.1. Risco Biológico**

Os fatores de risco biológico dizem respeito a crianças que aparentemente não têm nenhum tipo de deficiência. No entanto, podem ter o seu desenvolvimento comprometido devido a terem nascido com baixo peso, serem crianças prematuras ou serem filhas de pais toxicodependentes (29). Tais acontecimentos podem levar a deficits de atenção, problemas comportamentais e dificuldades na aprendizagem.

#### **4.1.2. Risco Estabelecido**

Nos fatores de risco estabelecido estão incluídas todas as crianças diagnosticadas com perturbações médicas que se sabe, de antemão, que têm o seu desenvolvimento afetado. Aqui estão incluídas crianças com problemas físicos ou mentais graves com atraso de desenvolvimento (30).

#### **4.1.3. Risco Ambiental**

Neste grupo estão inseridas crianças consideradas geneticamente normais à nascença, no entanto, devido a determinados fatores ambientais vêm limitada a sua capacidade de aprendizagem e de desenvolvimento (24).

Os fatores de risco ambiental podem ainda ser divididos em fatores familiares e extrafamiliares. Os fatores familiares são os que estão mais diretamente ligados à interação familiar, ou seja, à relação mãe/pai-filho(s) (31). Desta ligação é importante avaliar o vínculo e laços afetivos da família bem como a sua coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte (32). Um exemplo deste tipo de fator de risco é, por exemplo, os conflitos conjugais que podem originar episódios de violência contra os filhos (31).

Por outro lado, os fatores extrafamiliares dizem respeito ao contexto comunitário (31) como por exemplo, o bom relacionamento com os professores, os pares e as pessoas significativas (32). Estes fatores revelam-se importantes no funcionamento familiar, uma vez que podem converter-se numa importante fonte de stress (31).

## **4.2. Fatores de Proteção**

Os fatores de proteção visam poder atuar em situações de desajuste ou desconformidade com a realidade podendo levar à neutralização dos efeitos adversos dos fatores de risco (6). A proteção resulta de diversas variáveis, tais como das variáveis genéticas, das características de personalidade, das ajudas do meio familiar e extrafamiliar, mas também da disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos suportes sociais (33).

Contudo, diversos estudos comprovaram que alguns indivíduos expostos a fatores de risco desenvolvem competências para ultrapassar as situações adversas e seguir o seu desenvolvimento de forma positiva (6,33,34). De facto, um evento considerado de risco para um indivíduo depende da sua percepção, interpretação e sentido que este desenvolve da situação, daí uma situação encarada como perigo para um indivíduo, para outro pode ser apenas encarada como um desafio (34).

A esta percepção e interpretação mais positiva com que alguns indivíduos encaram as situações adversas pode ser designada de resiliência. De notar que a percepção de cada indivíduo é também influenciada por fatores protetores e de risco (35), uma vez que os fatores protetores modificam e/ou melhoram as respostas do indivíduo a determinados riscos promovendo o desenvolvimento da resiliência (36).

Em suma, a resiliência é caracterizada pelo processo pelo qual um sujeito se adapta positivamente ao seu meio, apesar do risco. Esta é construída pela relação dinâmica entre o sujeito e o meio (37). No entanto, existem diversas características que um indivíduo pode possuir que aumentam a resiliência, como o facto de ser uma pessoa positiva, focada, flexível, organizada e pró-ativa (38). A capacidade de ser resiliente torna também o sujeito com mais autoestima, disciplina pessoal, sentido de responsabilidade, mente aberta, tolerância ao sofrimento, esperança, criatividade e autonomia (38).

## **5. Principais problemas comportamentais em crianças e jovens institucionalizados**

As crianças provenientes de famílias problemáticas têm maior probabilidade de apresentar condutas ambíguas relacionadas com o domínio socio-emocional nas quais os conflitos estão bastante presentes, assim como a dependência e vitimização (6).

Dentro de todas as características encontradas nestes jovens o relatório CASA da segurança social de 2016 destaca os seguintes (39): problemas comportamentais, sendo que se pressupõe que haja danos contra terceiros ou a violação das normas sociais. Os problemas de comportamento podem dividir-se em ligeiros, médios e graves, sendo que os ligeiros se referem mais a situações de oposição e não tanto com a quebra de normas sociais. Estes podem dividir-se em: comportamentos ligeiros, que são aqueles que dizem respeito principalmente ao uso da mentira para evitar obrigações/responsabilidades, fugas breves e intimidações; comportamentos médios relativos a pequenos furtos e destruição de propriedade sem grandes prejuízos e agressões físicas e comportamentos graves que reportam a roubos e confrontação com a vítima, utilização de armas brancas e destruição de propriedade com prejuízos consideráveis.

Existe ainda a toxicodependência, que pressupõe o consumo regular e compulsivo de substâncias psicoativas e o consumo esporádico de estupefacientes no qual as crianças/jovens desenvolvem dependência. Os problemas de saúde mental (crianças que necessitem de apoio pedopsiquiátrico/psiquiátrico, uma vez que estas crianças têm também frequentemente descompensações que afetam a sua ligação à realidade), a debilidade mental (crianças com défice cognitivo e desenvolvimento intelectual atrasado, no entanto, a capacidade cognitiva existente permite a aprendizagem da leitura e escrita), a deficiência mental (crianças com um funcionamento intelectual significativamente inferior à média acompanhado de mau funcionamento adaptativo a, pelo menos, duas destas áreas: comunicação, autocuidados, vida doméstica, competências sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, autossuficiência, aptidões, trabalho, lazer, saúde e segurança).

E por fim a deficiência física que remete para uma incapacidade limitativa da participação da criança ou jovem. Já a doença física resulta de um comprometimento ou incapacidade que limita ou impede o desempenho motor de determinada pessoa.

No gráfico 1 podemos observar a prevalência de problemas detetados no relatório CASA 2016 divididos pelas diferentes faixas etárias (39).

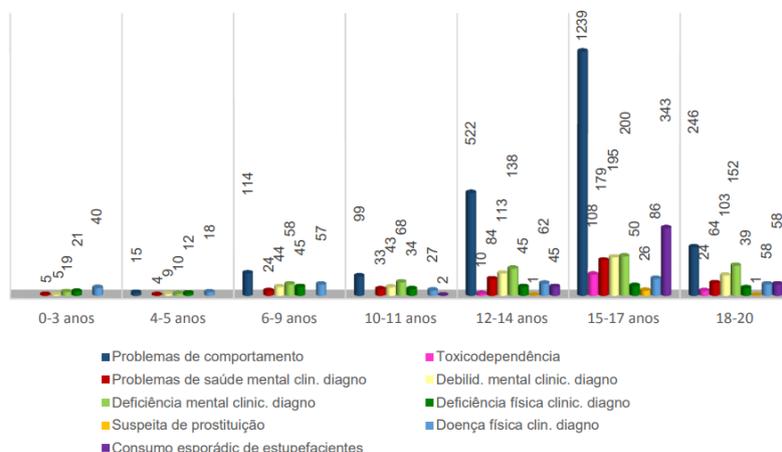


Gráfico 1 - Principais problemas comportamentais detetados em crianças institucionalizadas no ano de 2016 – adaptado de (39).

Analisando melhor o gráfico 1 podemos observar que é na faixa etária dos 15-17 anos que há um maior predomínio de comportamentos perturbadores, onde a grande maioria das crianças apresenta problemas de comportamento seguido do consumo esporádico de estupefacientes. No entanto, podemos observar também que já na faixa etária dos 12-14 anos os problemas de comportamento dos jovens começam a ganhar relevo. Concluindo assim que as problemáticas comportamentais são um fenómeno predominante do fim da puberdade-adolescência.

Já relativamente à gravidade dos problemas de comportamento apresentados pelas crianças/jovens podemos observar o Gráfico 2, que também se encontra dividido por faixas etárias.

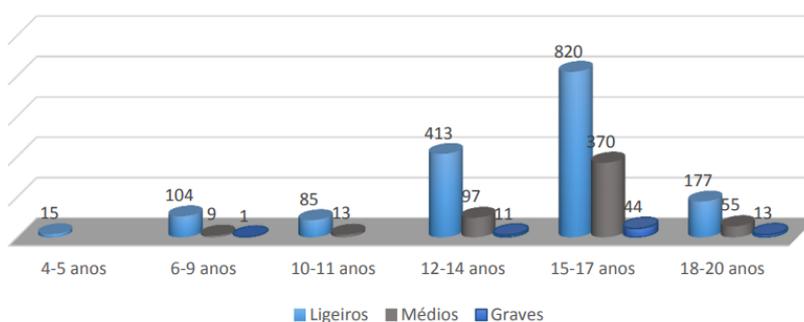


Gráfico 2 - Gravidade dos comportamentos apresentados pelos jovens institucionalizados no ano de 2016 – adaptado de (39).

No gráfico 2 podemos verificar que a grande maioria dos problemas de comportamento são classificados como ligeiros. A faixa etária dos 15-17 anos é a que mais problemas apresenta começando também a apresentar um maior número de problemas com gravidade média. Podemos concluir também que, com o avançar da idade, aumenta a prevalência de problemas bem como a gravidade dos mesmos, uma vez que da faixa etária dos 12-14 anos para os 15-17 anos os problemas ligeiros duplicam, os problemas médios triplicam e os graves quadruplicam.

Estes dados nacionais são também corroborados pelo relatório anual de avaliação da atividade das Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em 2007 do distrito de Viseu, que nos indica que na faixa etária de jovens com idade superior a 15 anos há um aumento do abandono escolar, com uma maior incidência desta problemática em jovens do sexo masculino, como se observa no Gráfico 3 (40).

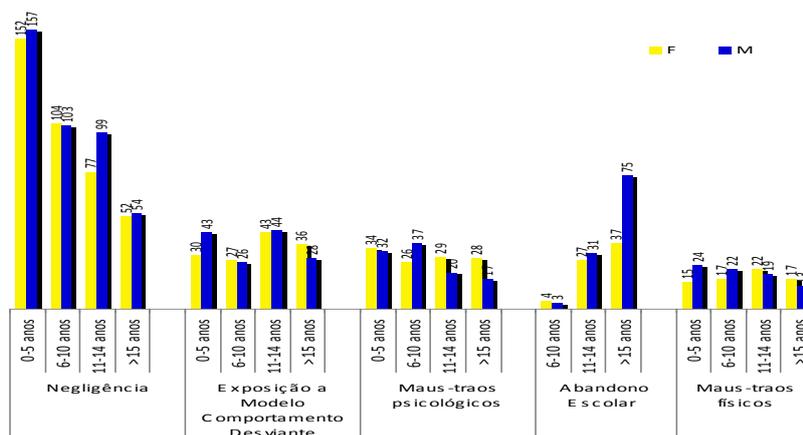


Gráfico 3 - Principais problemáticas identificadas nos jovens sinalizados pela CPCJ de Viseu em 2007 – adaptado de (40).

## 5. Crianças Institucionalizadas

Uma instituição onde habitam crianças é um organismo composto por passados, presentes e futuros específicos, onde existem indivíduos com vivências, afetos e projetos próprios. (14). O acolhimento em instituições é, segundo a lei 147/99 descrita na série I do Diário da República, uma medida de proteção que consiste na colocação de uma criança/jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamentos de acolhimento permanente, de uma equipa técnica que lhe garanta os cuidados adequados às suas necessidades e que lhes seja possível facultar todas as condições necessárias à sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (8).

Existem quatro tipos de instituições de acolhimento de crianças e jovens, sendo elas as unidades de emergência, os centros de acolhimento temporário (CAT), o acolhimento familiar e, por último, os lares de infância e juventude (LIJ). As unidades de emergência possibilitam o acolhimento de uma criança ou jovem dos 0 aos 18 anos por um período máximo de 48 horas e que pressupõe que, posteriormente, a criança/jovem será direcionada ou para uma instituição de acolhimento prolongado ou entregue novamente à família (41).

De forma similar às unidades de emergência existem os centros de acolhimento temporário (CAT), destinados a crianças/jovens dos 0 aos 18 anos num período máximo de 6 meses. Após este período de tempo, estas crianças podem ou ser institucionalizadas permanentemente, ou ser adotadas e colocadas em famílias de acolhimento ou ainda, em último caso, ser devolvidas à família (41).

Existe ainda o acolhimento familiar, que consiste numa família que foi previamente instruída para fornecer todos os cuidados necessários a crianças/jovens com idades entre os 12 e 18 anos (42) e, por fim, existem os lares de infância e juventude, que são instituições de acolhimento prolongado que acolhem crianças e jovens em perigo (41). Os lares de infância e juventude, por serem a medida de acolhimento com períodos sempre superiores a 6 meses, têm um papel preponderante na socialização destas crianças e jovens, uma vez que substituem completamente ou parcialmente o papel da família biológica durante um grande intervalo de tempo (42). Para além do espaço de tempo, têm igualmente uma elevada responsabilidade pois são os mais solicitados com um predomínio de 64,4%, seguido dos CAT (24,4%) e, por fim, das famílias de acolhimento (4,9%) (43).

Para as crianças e jovens que se encontram institucionalizados durante longos períodos de tempo estas instituições são como uma casa e uma família “faz de conta”, pelo que estes sentem uma enorme necessidade de ter uma casa e família “de verdade” como os seus amigos possuem (14). O processo da institucionalização obriga estas crianças a serem confrontadas com a realidade da negligência e insensibilidade parental (44), provocando sentimentos de perda, solidão e abandono. Este quadro leva à perda de todo o sentimento de pertença, que é iniciado na família, da qual foram retiradas, e que continua na escola (45). Também sentimentos como a rejeição, a ausência e o vazio são de difícil entendimento por parte destas crianças principalmente por se encontrarem tão fragilizadas (46) o que leva, na maior parte das vezes, a uma culpabilização e ao consequente aparecimento de uma autoimagem negativa e auto desvalorização (14).

A institucionalização, por significar o afastamento e abandono das crianças para com a família, comporta consequências negativas a diversos níveis (14) como a deterioração do desenvolvimento intelectual, comportamental, comprometimento do desenvolvimento físico e também socioemocional (47). Ou seja, apesar de a institucionalização ter como objetivo primordial a proteção e bem-estar da criança afastando-a dos meios problemáticos, também, por outro lado, pode causar-lhes danos (48).

Para que todo o processo de institucionalização de uma criança/jovem seja bem-sucedido, os funcionários das instituições têm um papel preponderante (49) para a construção de relações de compromisso e para que estes futuros adultos se sintam protegidos e consigam criar vínculos novamente (48). No entanto, tal facto é prejudicado se numa instituição houver um grande número de crianças por funcionário, o que desencadeia um atendimento massificado das crianças institucionalizadas e resulta em carências afetivas e, também na dificuldade no estabelecimento de vínculos, baixa autoestima, atrasos no desenvolvimento psicomotor e pouca familiaridade com rotinas familiares (50).

Segundo as normas da Segurança Social, para uma institucionalização não trazer tantos danos é necessário que sejam exercidas práticas e atitudes que promovam a autoestima e o autoconhecimento, auxiliem no desenvolvimento de interesses e maximizem as potencialidades de cada um. É necessário, de igual forma, ajudar estas crianças a verbalizar os seus sentimentos, a aceitarem as suas limitações, a estimular a criatividade e a estabelecer boas relações emocionais (51). Desta forma, não só os funcionários das instituições têm um papel preponderante, mas também os pares destas crianças institucionalizadas são fundamentais para o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo, pois após a separação da família, um amigo da instituição passa a ser uma importante figura de apego (52).

### **5.1. Crianças institucionalizadas em Viseu**

Existem no concelho de Viseu dois dos tipos de instituições referidos anteriormente, três LIJ e um CAT, que garantem os cuidados adequados às necessidades destas crianças e jovens e proporcionam condições que promovem os seus direitos, nomeadamente o direito à educação, bem-estar e desenvolvimento integral (53).

A Confraria de Santo António é uma instituição de solidariedade social criada há 121 anos em Viseu. Tem a seu cargo dois Lares de Infância e Juventude: o Lar-Escola de Santo António e o Lar de S. José. O Lar Escola de Santo António destina-se a acolher crianças e jovens do género masculino em situação de perigo, este é uma resposta social da Confraria de Santo António de Viseu, com acordo de cooperação com a Segurança Social para 60 utentes. O Lar de São José destina-se a acolher jovens do género feminino em situação de perigo, este funciona em instalações do Instituto da Segurança Social, com acordo de cooperação (atípico) com a Segurança Social para 24 utentes (53).

A última instituição pertencente a este grupo é o Internato Viseense de Santa Teresinha, que se destina a acolher menores em perigo moral, do género feminino, por solicitação do Ministério da Justiça desde 1928 (54).

Por fim existe o CAT, Instituição Particular de Solidariedade Social (comparticipada por parte da Segurança Social), resposta esta pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Viseu, fundada em 1997. Esta instituição visa o acolhimento temporário de crianças dos 0 aos 12 anos de idade, de ambos os géneros, com a capacidade máxima de 22 crianças (55).

## **6. Saúde oral em crianças institucionalizadas**

Tal como referido anteriormente, o afeto que as crianças institucionalizadas recebem é dado pelos funcionários e tem de ser dividido pelas muitas crianças que habitam na mesma instituição, logo este torna-se escasso, o que está comprovado refletir-se negativamente quer na saúde física, quer na saúde mental e social destas crianças (56). Estas, mesmo recebendo todo o tipo de cuidados básicos, têm uma maior dificuldade em criar hábitos e rotinas (57,58) fator que é imprescindível para uma correta higiene oral. Só desta forma é possível que seja bem aceite o ato de lavar os dentes e no futuro a obtenção de uma boa saúde oral (59).

O termo saúde oral pode ter várias definições, no entanto, este é definido por diversos autores como sendo um estado da boca onde não existe doença, as patologias futuras estão inibidas, a oclusão seja confortável e funcional, e também que a dentição seja socialmente aceite (59,60).

No caso particular das crianças, existe, dentro da medicina dentária a especialidade denominada de Odontopediatria que se encarrega do estudo, prevenção e tratamento das doenças da cavidade oral e dentes dos bebés, crianças e adolescentes (61),

com o objetivo que estas atinjam a idade adulta livre de doenças orais, com uma boca sã, funcional e estética e que possam manter a sua saúde oral durante toda a vida (62).

Atualmente, as doenças orais mais prevalentes são a cárie dentária e a gengivite/doença periodontal, acometendo a cada patologia respetivamente 60% e 90% das crianças em idade escolar (63). A doença periodontal tem um foco maior nas crianças uma vez que, devido à falta de maturidade, estas têm uma maior dificuldade em compreender a importância dos autocuidados (64) (64), daí o tratamento e diagnóstico precoce das gengivites seja essencial para impedir o desenvolvimento de um quadro de periodontite (65). No entanto, também os indicadores socioeconómicos parecem influenciar a saúde gengival (65), bem como, o comportamento destas crianças no consultório dentário e também pode influenciar negativamente a sua colaboração para os tratamentos dentários (66) pelo que é imprescindível fornecer especial atenção a estas crianças. Apesar de ser a doença periodontal a mais prevalente nas crianças, é a cárie dentária que, uma vez que se trata de uma doença crónica infetocontagiosa (67,68), representa um dos principais problemas para a saúde oral de relevância para a saúde coletiva (68). O seu estudo e controlo é de extrema importância uma vez que já está previamente determinado que as crianças institucionalizadas constituem um grupo de risco (69), de forma particular.

Quando o tema cárie dentária é associado à Odontopediatria, é importante introduzir o conceito de cárie precoce de infância, sendo este definido como a presença de uma ou mais lesões de cárie, perda de dentes por cárie ou dentes que estejam previamente restaurados em crianças com idade até 71 meses (70).

Com vista a quantificar o risco de cárie de cada indivíduo Klein e Palmer propuseram um indicador de saúde oral, denominado índice CPOD (56), este é atualmente aceite pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilizado para avaliar a prevalência de cárie dentária em diversos países (71). A sigla CPOD desconstruída tem origem nas palavras “Cariados”, “Perdidos” e “Obturados”, a letra D diz respeito à unidade de medida que é o dente (72). Com vista a interpretar estes valores foi criada uma escala para enquadrar o grau de severidade, sendo que de 0 até 1,1 é um grau de severidade muito baixo, de 1,2 até 2,6 é um grau baixo, grau moderado é entre 2,7 até 4,4, de 4,5 até 6,5 considera-se alto grau de severidade e muito alto grau é qualquer valor de CPOD superior a 6,6 (73).

Com vista ao consenso e entendimento mundial, a OMS juntou-se à Federação Dentária Internacional (FDI) e à International Association for Dental Research (IADR) e

anunciaram os objetivos de saúde oral para 2020 (73). Neste documento está descrito que 80% das crianças deverão estar livres de cárie, e aos 12 anos o índice CPOD deverá ser inferior a 1,5 (71).

No entanto, não são apenas as patologias orais que se encontram presentes na cavidade oral das crianças e que necessitam de intervenção precoce por parte do médico dentista, também as anomalias dentárias são alterações comuns em crianças. Estas podem apresentar-se de várias formas, entre elas, variações de tamanho dos dentes, forma, estrutura, número, cor e formação (74). Anomalias dentárias são todas e quaisquer variações ou desvios de uma característica padrão associada à dentição definitiva ou decídua (75). Estas requerem deteção precoce, uma vez que em determinadas anomalias a sua intervenção tardia pode alterar significativamente o seu prognóstico (74).

Posto isto, revela-se essencial que, face a estas crianças, sejam promovidas estratégias de prevenção e promoção da saúde oral (68,72), nomeadamente, fluorterapia (72), aplicação de selantes de fissuras (69) e principalmente ser fornecido e orientado o acesso a uma educação preventiva e continuada (69,76) promovendo o uso de escova de dentes, pastas fluoretadas, e sensibilizar e minimizar o consumo de açúcares (77).

### **6.1. Saúde oral na Adolescência**

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta (78). Esta é definida pela OMS como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos, pela ONU entre os 15 e os 24 anos e pela UNICEF entre os 15 e os 19 anos, sendo que, segundo a Lei Portuguesa um indivíduo atinge a maioridade, tornando-se adulto, quando completa a idade de 18 anos.

A adolescência é uma fase peculiar da vida de um indivíduo, uma vez que é caracterizada pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social (78) e, como tal, deve merecer também por parte dos médicos dentistas uma especial atenção.

Não suficiente a adolescência ser já considerada um período especialmente complexo devido a todas as mudanças referidas anteriormente, também se torna imprescindível associar a esta fase comportamentos nocivos para a saúde como o uso de tabaco, álcool e uso de drogas, uma vez que alguns adolescentes recorrem a estes meios por não terem familiares, ou qualquer outro suporte que lhes providencie ajuda e os guie nas adaptações de comportamento e decisões a tomar (79).

Sabendo que o tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de morte a nível mundial, a AAPD opõe-se ao uso de todo o tipo de formas de tabaco e sistemas alternativos de consumo de nicotina (80), bem como reconhece o abuso de drogas e álcool como um problema não só a nível familiar como social (79). Desta forma, atribui ao médico dentista o papel de reconhecer e saber intervir aos diversos sinais e sintomas deste tipo de consumos (79,80).

Assim sendo, compete ao médico dentista e assistentes serem um modelo a seguir para os pacientes adolescentes, modificar o tratamento dentário quando necessário em função da adição identificada, fornecer suporte, encorajamento e reforço positivo e também lhe compete saber quando e para quem referenciar estes adolescentes no sentido da cessação dos hábitos supra referidos (79,80).

## **Objetivos**

---



O objetivo deste estudo visa realizar a sensibilização das crianças e dos cuidadores para a saúde oral, otimizando hábitos de higiene e colmatando desta forma lacunas ao nível da prevenção primária. Pretende-se ainda proceder à realização dos atos clínicos necessários às crianças identificadas como tendo indicação para tal, suprindo falhas do foro da prevenção secundária.

### **Objetivos:**

1. Caracterizar a população das crianças institucionalizadas, relativamente ao género, idade, percentil, doenças sistémicas, medicação e hábitos alimentares.
2. Avaliar em que ambiente é que estas crianças vivem e de que modo tal afeta a sua vida pessoal/social.
3. Avaliar a acessibilidade, por parte destas crianças, a um médico dentista quando necessitam.
4. Avaliar se as crianças têm o material necessário para executar uma correta higiene oral.
5. Avaliar as rotinas de higiene oral praticadas nas instituições (frequência de escovagem e supervisão).
6. Fornecer a informação necessária às crianças para que estas melhorem a sua condição oral.
7. Realizar uma ortopantomografia às crianças com indicação clínica para tal.
8. Identificar a existência de hábitos deletérios oro-faciais.
9. Identificar a presença de patologias na mucosa oral.
10. Avaliação da classe molar, canina e o tipo de mordida de cada criança.
11. Cálculo do índice CPOD e/ou cpod por cada criança.

12. Avaliar as necessidades de tratamento dentário existentes.
13. Quantificação dos cuidados de saúde oral necessários para cada criança.
14. Fornecer a informação necessária aos cuidadores para que estas crianças melhorem a sua condição oral.
15. Sensibilizar as instituições sobre a importância da saúde oral nas crianças e das visitas regulares ao médico dentista para uma melhoria significativa na qualidade de vida das mesmas.

## **Materiais e Métodos**

---



## 1. Caracterização do estudo

O presente estudo é do tipo descritivo observacional transversal.

Este estudo foi realizado através da aplicação de questionários a crianças institucionalizadas observadas na Clínica Dentária Universitária do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Viseu, da sua observação clínica intraoral e da avaliação dos exames complementares de diagnóstico quando assim se justificar.

## 2. Caracterização da Amostra

A população-alvo para o desenvolvimento do estudo foram todas as crianças institucionalizadas no concelho de Viseu (Tabela 1).

*Tabela 1 - Número de Crianças por instituição e respetiva faixa etária.*

Instituições	Faixa etária	Nº de crianças
Lar de Santa Teresinha	6-18 anos	33
Lar de Santo António	8-18 anos	45
Lar de São José	12-18 anos	11
CAT	0-12 anos	14
Total		103

## 3. Procedimentos éticos e legais

A participação de todos os pacientes neste estudo foi completamente voluntária. Os dados recolhidos foram tratados de forma confidencial e anónima, sendo o seu conhecimento exclusivo dos responsáveis pelo estudo. Todos os tutores legais dos pacientes em questão preencheram o consentimento livre e esclarecido.

O regulamento do estudo foi realizado de acordo com o decreto de Lei 15/2014 de 21 de março disponível em Diário da República, 1ª série nº 57.

Todos os dados recolhidos para este estudo têm uma finalidade estritamente científica salvaguardando a individualidade e dignidade do indivíduo, sem discriminação de qualquer espécie dos participantes.

Foi esclarecido que qualquer participante poderia abandonar o projeto em qualquer etapa, sem necessidade de facultar explicações aos responsáveis.

#### **4. Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão definidos para a participação dos indivíduos no estudo foram os seguintes:

- Crianças institucionalizadas do concelho de Viseu.
- Crianças até aos 18 anos à data do início do estudo.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Crianças não institucionalizadas.
- Crianças com idade superior a 18 anos à data do início do estudo.
- Crianças que manifestem, reiteradamente, recusa ao tratamento.
- Crianças cujo tutor legal não assine o consentimento informado.

#### **5. Recolha de Dados**

##### **5.1. Questionários**

Para a realização deste estudo, formularam-se dois questionários (Anexo I e II) adaptados da história clínica disponibilizada pela AAPD.

O primeiro questionário foi dirigido às crianças e divide-se em 3 partes distintas. A primeira parte é constituída pelos dados clínicos gerais da criança. Esta é útil para ter uma ideia inicial do estado de saúde oral da criança, do ambiente social em que vive e do tipo de dieta que faz. Esta secção inclui perguntas como: Presença de dores de dentes, frequentes mau hálito ou sangramento gengival; com quem vive e se está feliz no sítio onde vive; se tem amigos e faz desporto; que tipo de alimentação faz. A segunda parte incide sobre os antecedentes pessoais dentários. Nesta secção ficamos a saber qual o historial médico dentário da criança e temos a perceção da higiene oral que a criança faz. Aqui incluem-se perguntas como: quando foi a última consulta ao dentista; se lava os dentes, a duração e se tem ajuda para o fazer; se tem hábitos deletérios, qual a duração e intensidade dos mesmos. A terceira parte apenas é questionada apenas a pacientes com idade superior a 15 anos. Esta tem questões suplementares que visam perceber melhor

qual a importância que estes pacientes atribuem à saúde oral, se têm vícios nocivos e quais, se há alguma possibilidade de terem contraído alguma doença sexualmente transmissível ou, no caso das raparigas, de estarem grávidas.

O segundo questionário foi preenchido pelo aluno que observou as crianças e divide-se em três partes distintas. A primeira parte refere-se aos dados clínicos gerais, que nos dá conhecimento sobre o estado de saúde geral da criança, a medicação que toma e se apresenta hábitos deletérios. Nesta secção estão incluídas diversas perguntas, tais como se a vacinação está em dia, se a criança tem algum tipo de alergias e se apresenta alguma patologia sistémica. A segunda parte diz respeito à observação intraoral e observação radiográfica. Esta parte fornece-nos informação dentária e informação acerca dos tecidos moles. A nível dentário, demonstra informação acerca da erupção dentária, que tipos de anomalia existem, a classe de Angle presente e o índice CPOD e/ou cpod. A nível de tecidos moles, exhibe a presença de qualquer tipo de lesões. A terceira parte menciona qual o diagnóstico, o prognóstico e o plano de tratamento. Nesta parte ficamos a perceber qual o comportamento da criança no médico dentista, quais os exames radiográficos que foram efetuados, qual o diagnóstico e qual o plano de tratamento. Este pode dividir-se em 3 fases, a prevenção primária onde está incluída a fase higiénica e colocação de selantes, secundária, onde se incluem por exemplo as restaurações e exodontias, e por fim a prevenção terciária que passa pela reabilitação e controlo dos tratamentos efetuados.

## **5.2. Protocolo Clínico**

Para este estudo foram realizados os seguintes procedimentos, ordenadamente:

- Uma ortopantomografia a crianças com indicação clínica para tal.
- O preenchimento da história clínica.
- A realização de um exame intra e extra oral objetivo.
- O preenchimento do índice CPOD.
- O estabelecimento de um diagnóstico.
- Elaboração de um plano de tratamento.
- Previsão de um prognóstico.

### **5.3. Motivação e instrução para a higiene oral**

Este estudo inclui uma parte de prevenção primária indispensável e importante para capacitar as crianças com as competências necessárias para realizarem a própria higiene oral e o tratamento da patologia já instalada. Para tal, foram realizadas ações de formação quer aos cuidadores quer às crianças visadas no estudo, o que inclui quer motivação e instrução para a higiene oral, quer conselhos a nível da dieta não cariogénica.

## **6. Análise estatística**

Os dados obtidos foram agrupados em MS Excel® antes de se proceder à análise estatística. Todos os resultados foram analisados estatisticamente pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 23®) para Windows 10.

Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva adequada a cada variável, recorrendo à análise de frequências absolutas e relativas.

Para a análise da associação entre variáveis qualitativas recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado da Independência. Este apresenta alguns requisitos, sem os quais não pode ser aplicado, nomeadamente o facto de não poder haver mais do que 20% das células da tabela cruzada com valores esperados inferiores a 5% e não poder haver valores esperados inferiores a 1. Este teste apresenta hipótese nula ( $H_0$ ), quando as variáveis são independentes. Existe evidência científica que as variáveis estão relacionadas quando o p-value associado ao teste é inferior ao nível de significância determinado, ou seja, quando  $p\text{-value} < 0,05$ .

Nos casos em que o teste do Qui-Quadrado da Independência não pode ser aplicado, recorreu-se ao teste da Correção de Continuidade (Continuity Correction), válido para aplicar em tabelas  $2 \times 2$ .

Em todos os testes utilizou-se um nível de significância ( $\alpha$ ) de 5%, isto é,  $\alpha = 0,05$ .

Para os resultados apenas foram consideradas as variáveis cruzadas, que apresentavam uma relação estatisticamente significativa.

## **Resultados**

---



## 1. Caracterização da amostra

Do total da amostra analisada, constituída por 100 participantes, 55 (55%) pertencem ao género masculino e 45 (45%) ao feminino (Tabela 2).

*Tabela 2 - Distribuição do género da amostra.*

Género	Frequência (N)	Percentagem (%)
Masculino	55	55,0
Feminino	45	45,0
Total	100	100,0

Estas crianças encontram-se divididas pelas 4 instituições já referidas no capítulo da Revisão da Literatura, sendo que 14 estão no CAT, 45 no Lar de Santo António, 11 no Lar de São José e 30 no Internato de Santa Teresinha (Tabela 3).

*Tabela 3 - Distribuição da amostra por instituições.*

Instituições	Frequência (N)	Percentagem (%)
CAT	14	14,0
Lar de Santo António	45	45,0
Lar de São José	11	11,0
Internato de Santa Teresinha	30	30,0
Total	100	100,0

No que diz respeito à idade, a média das idades obtida foi de 12,21 +/- 4,41 anos, com mínimo de 1 ano de idade e o máximo de 19 anos. Observando separadamente por instituição (Tabela 4) constatamos que a média de idades do CAT é 4,57 +/- 3,23 enquanto que nos restantes lares a média de idades é 12,21 +/- 4,41 anos.

*Tabela 4 - Distribuição da média das idades.*

Instituição	Média das idades	Desvio Padrão
CAT	4,57	3,23
Lar de Santo António	13,41	3,17
Lar de São José	13,94	3,34
Internato de Santa teresinha	13,53	3,16
Total	12,21	4,41

O percentil médio obtido foi 61,22 +/- 26,99 onde o valor mínimo de percentil encontrado foi de 1 e o máximo 100. O valor 1 de percentil foi obtido por uma criança do género masculino com 13 anos de idade, pesando 26,5 quilogramas e com 139 centímetros de altura. Em contraste, o percentil 100 foi obtido por uma criança do género masculino igualmente com 13 anos, com 89,3 quilogramas e 170 centímetros de altura.

Tabela 5 - Estado nutricional das crianças do estudo por género.

	Baixo Peso		Peso Normal		Excesso de peso		Obesidade	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Masculino</b>	1	1	42	42	12	12	1	1
<b>Feminino</b>	0	0	28	28	16	16	0	0
<b>Total</b>	1	1	70	70	28	28	1	1

## 2. Patologias e medicação habitual

Foi questionado a cada criança se apresentava alguma patologia. Os resultados obtidos foram que 56% (n=56) das crianças afirma não ter qualquer patologia. Relativamente à prevalência das patologias, 6 crianças dizem ter problemas psicológicos/psiquiátricos, 6 afirmavam ter problemas respiratórios, 2 declararam ter problemas cardíacos e 1 criança afirmou ter diabetes (Gráfico 4).

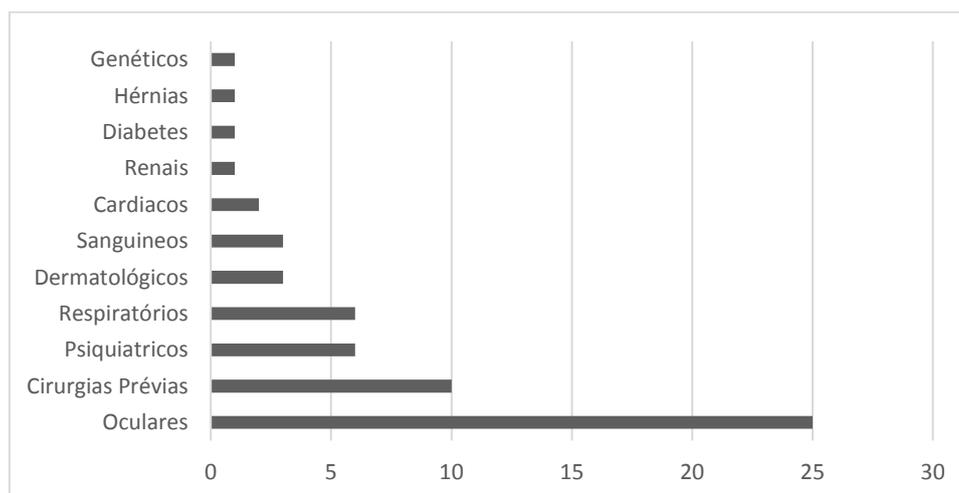
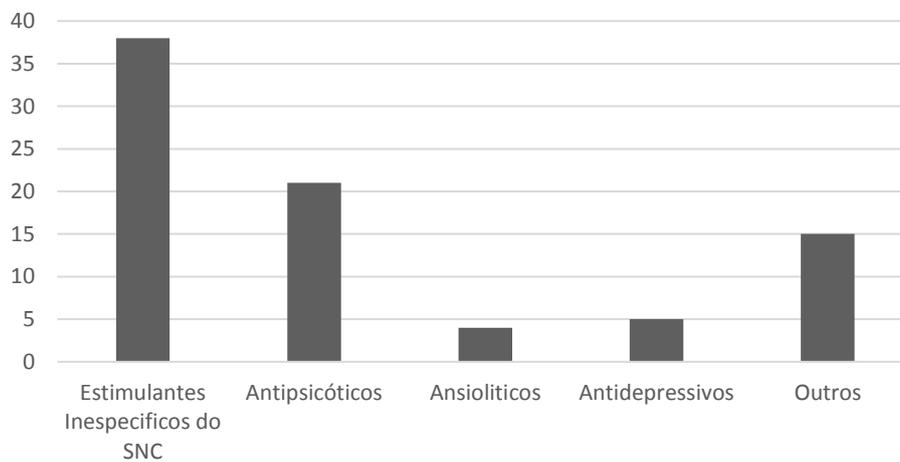


Gráfico 4 - Descrição das patologias existentes.

Relativamente à medicação, a informação foi solicitada aos responsáveis legais destas crianças. Observámos que 63% das crianças tomam algum tipo de medicação (n=63). Consultando o gráfico 5 podemos constatar que 38 crianças tomam medicamentos do grupo dos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central (SNC), 21 crianças tomam medicamentos do grupo dos antipsicóticos e existe um número semelhante de crianças a tomar antidepressivos e ansiolíticos (n=5 e n=4 respetivamente). Da totalidade da amostra, 15 crianças tomam medicação de outros grupos não mencionados acima tais como: ferro, anti-histamínicos, anticoncepcionais e insulina (Gráfico 5).



*Gráfico 5 - Descrição da medicação.*

### 3. Hábitos deletérios

Analisando os hábitos deletérios percebemos que 54% das crianças apresentam algum hábito deletério (n=54).

Descriminando os resultados observamos que predominantemente a onicofagia é o hábito mais praticado (n=35). No entanto os respiradores orais representam uma prevalência significativa com um n=19. As crianças que apresentam interposição labial e/ou lingual e/ou deglutição atípica são praticamente equivalentes às que realizam sucção digital (n=10 e n=8, respetivamente) e 1 criança realiza bruxismo (Gráfico 6).

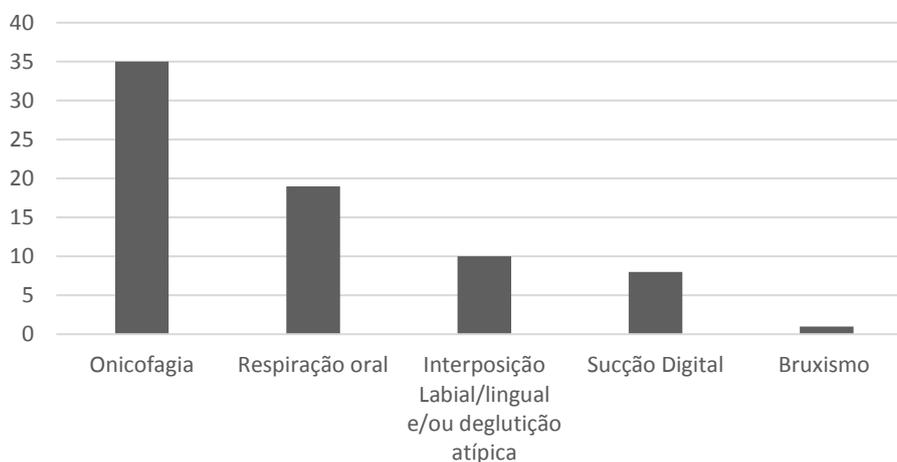


Gráfico 6 - Descrição dos hábitos deletérios.

### 4. Análise de ortopantomografias

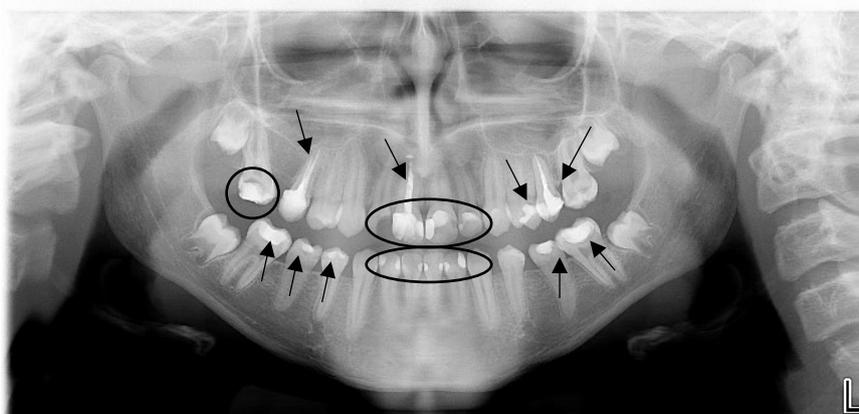
Foram realizadas 85 ortopantomografias e todas elas foram cuidadosamente analisadas, uma vez que juntamente com o exame clínico intraoral nos fornecem informações valiosas acerca da saúde oral destas crianças. Como tal foram escolhidas as 6 ortopantomografias pertencentes às crianças com valor de CPOD e/ou cpod mais elevado, para serem exemplos das efetivas necessidades destas crianças.

Na Figura 1 está representada a ortopantomografia de uma criança do género feminino, com 9 anos de idade e residente no Internato de Santa Teresinha. Nesta radiografia podemos observar a existência dos molares decíduos todos previamente restaurados sendo que todos eles, à exceção do 65, se encontram com recidivas de cárie. É notória também a presença de um mesiodente invertido.



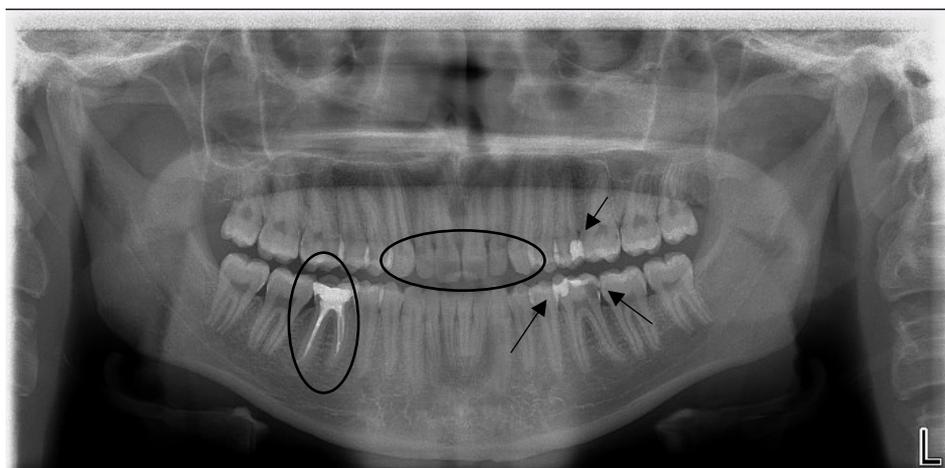
*Figura 1 - Ortopantomografia, pertencente a criança com 9 anos de idade do género feminino.*

Na Figura 2 a radiografia pertence a um paciente com 15 anos do género masculino residente no Lar de Santo António. Apresenta múltiplas restaurações (dentes 17, 15, 11, 21, 22, 24, 25, 37, 36, 32, 31, 41, 42, 44, 45 e 47) com 3 dentes com tratamento endodôntico previamente realizado (dentes 15, 11 e 25). Observa-se também que todos os terceiros molares ainda não estão erupcionados. Apresenta ainda uma fratura extensa do dente 12, cáries recidivantes nos dentes 17, 21, 22, 24, 25, 45 e 47 e ausência dos primeiros molares permanentes.



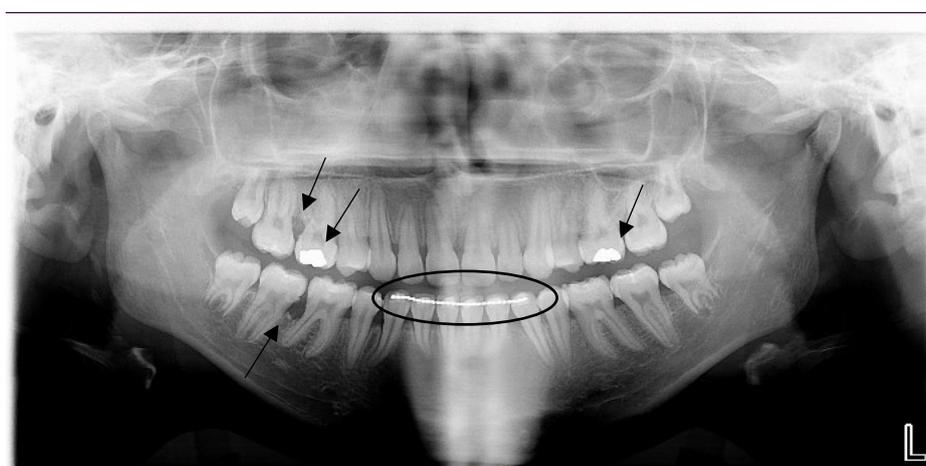
*Figura 2 - Ortopantomografia, pertencente a criança com 15 anos de idade do género masculino.*

Na figura 3 está representada uma ortopantomografia de um paciente do género masculino com 16 anos de idade residente no Lar de Santo António. Nesta podemos observar que o dente 46 está endodonçado e com uma restauração extensa. Apresenta ainda restaurações nos dentes 25 e 36. Podemos ainda verificar a presença de cáries nos dentes 17, 16, 26, 36, 33 e cáries cervicais nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23.



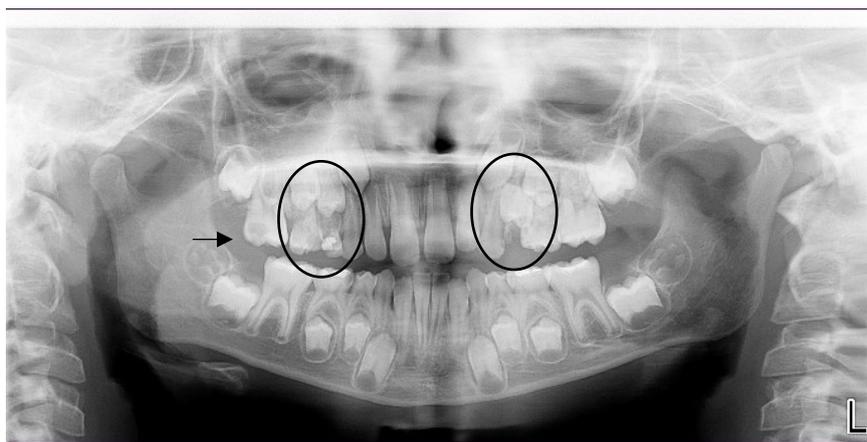
*Figura 3 - Ortopantomografia, pertencente a paciente com 17 anos de idade do género masculino.*

A Figura 4 é uma radiografia pertencente a uma rapariga de 17 anos de idade residente no Internato de Santa Teresinha. Neste exame complementar de diagnóstico podemos observar que os dentes 16 e 26 apresentam restaurações prévias e apresenta uma férula nos dentes inferiores anteriores de canino a canino. Percebe-se ainda a existência de cálculos infragengivais e a existência de um defeito ósseo entre os dentes 46 e 47 e 16 e 17.



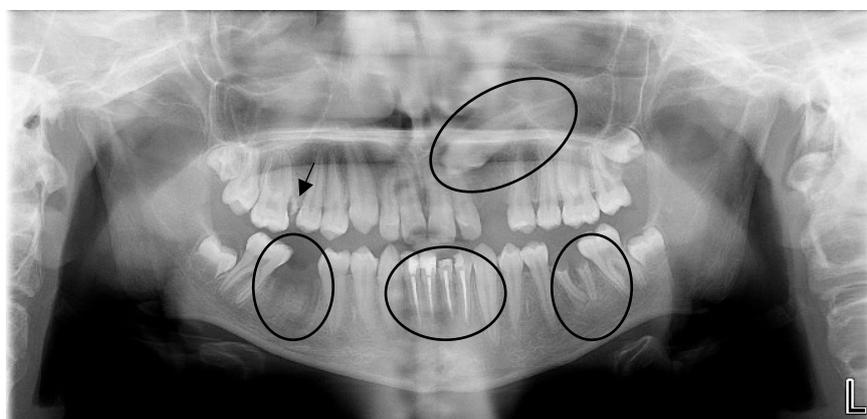
*Figura 4 - Ortopantomografia, paciente género feminino com 17 anos.*

Na Figura 5 observamos a ortopantomografia de uma criança com 8 anos do género masculino. Nesta radiografia podemos observar que na dentição decídua os dentes 55, 74 e 85 apresentam cáries, os dentes 54 e 64 encontram-se praticamente destruídos por cárie e os seus sucessores permanentes (dentes 14 e 24, respetivamente) apenas se encontram no estadio 5 de Nolla. Também a dentição permanente já se encontra afetada, existindo uma cárie extensa associada ao dente 16. De notar a existência de um mesiodente que necessita de cirurgia diferenciada para a sua remoção.



*Figura 5 - Ortopantomografia, criança do género masculino com 8 anos*

Por último, a Figura 6 apresenta um raio-x de uma criança com 13 anos de idade do género feminino residente no Internato de Santa Teresinha. Nesta podemos aferir que a extração do dente 46 foi relativamente recente, os dentes 32, 31, 41 e 42 encontram-se endodonciados e restaurados, no entanto, a restauração do dente 32 está fraturada. Existem ainda restos radiculares do dente 36 e também restos radiculares do dente 55. É notória a presença do dente 23 incluso.

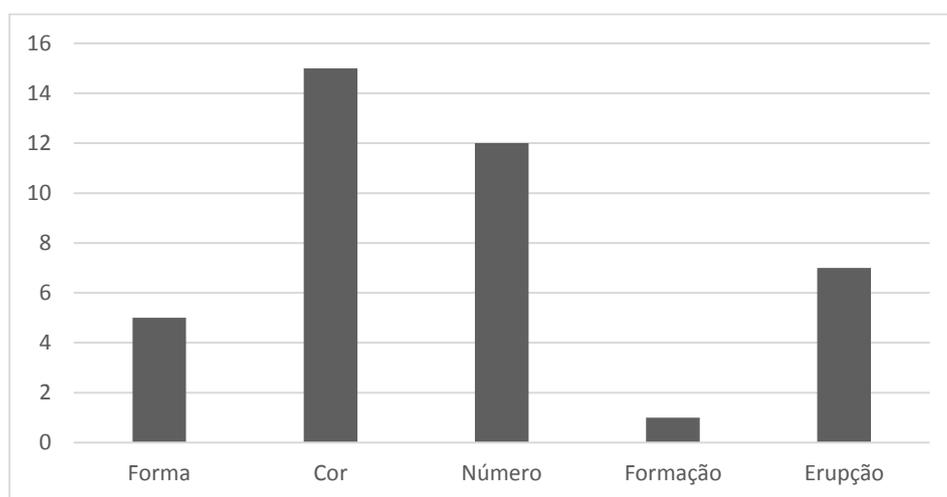


*Figura 6 - Ortopantomografia, Criança do género feminino com 13 anos.*

## 5. Anomalias de desenvolvimento dentário.

A existência de anomalias de desenvolvimento dentário foi avaliada. Estas foram divididas em anomalias de número, tamanho e forma, cor, anomalias de formação e erupção.

Observámos que 67% das crianças (n=67) não apresentava anomalias de desenvolvimento. Das que apresentavam anomalias dentárias, as de cor foram as mais prevalentes (n=15). Nesta classificação encontram-se com maior prevalência as opacidades de esmalte. Foram ainda diagnosticados 12 casos de crianças com anomalias de número. Dentro deste grupo incluem-se as agenesias (n=9) e os dentes supranumerários (n=3). Com semelhante prevalência estão as alterações de erupção e as de forma com n=7 e n=5, respetivamente. Uma criança apresentava anomalia de formação dos dentes, nomeadamente amelogenese imperfeita (Gráfico 7).



*Gráfico 7 - Distribuição das anomalias de desenvolvimento dentário.*

## 6. Avaliação dos tecidos moles oro-faciais

Quanto à avaliação dos tecidos moles constatamos que 75% das crianças (n=75) não apresentava patologia relevante relativamente a estes. No entanto, os achados mais prevalentes foram as úlceras com uma prevalência de 11% (n=11). As lesões de mordisqueiro e o herpes encontra-se em 4 e 3 crianças, respetivamente. As petéquias e as escoriações têm a mesma prevalência (n=2) bem como a língua geográfica, as lacerações, anquiloglossia e o fibroma (n=1) (Gráfico 8).

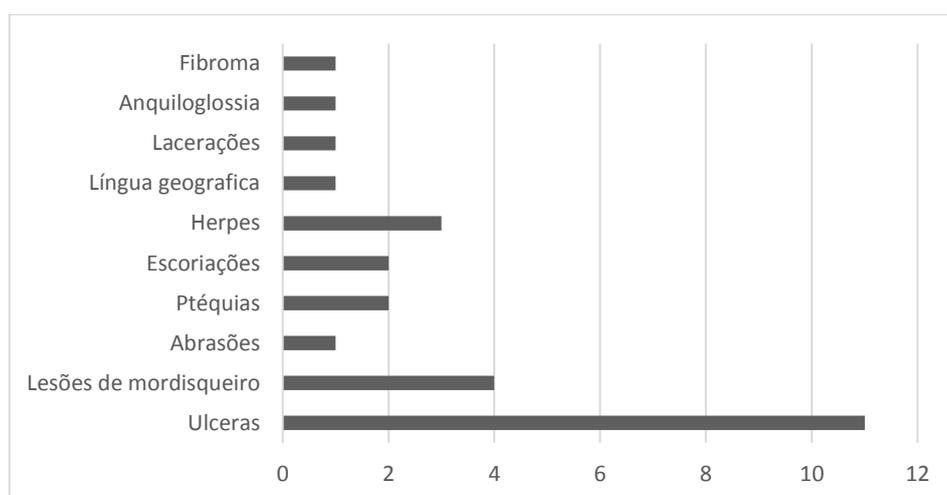


Gráfico 8 - Avaliação dos tecidos moles.

## 7. Classe molar, classe canina e tipo de mordida

Relativamente à classe molar, observámos que a maioria das crianças (n=56) se encontravam em classe I molar, 33% das crianças encontravam-se em classe II molar (n=33) e 6% (n=6) encontravam-se em classe III molar. Em 3% das crianças (n=3) não foi possível observar a classe molar: a maioria das vezes devido aos primeiros molares ainda não estarem totalmente erupcionados e em 2% (n=2) das crianças a classe molar não foi registada.

Analisando a classe canina, 49 crianças (49%) apresentavam classe I canina, 29 (29%) classe II canina e apenas 1 criança (1%) apresentava classe III canina. Sabemos ainda que em 17 crianças (17%) não foi possível determinar a classe canina devido à não erupção dos caninos e em 4 crianças (4%) a classe canina não foi registada.

Quando ao tipo de mordida, apesar de na grande maioria das crianças não terem sido registadas alterações (n=69), a alteração de mordida mais prevalente foi com uma

percentagem igual para ambas de 11% (n=11) a mordida cruzada e a mordida profunda. Foi ainda observado que 7% das crianças apresentava mordida aberta (n=7) e 4% apresentavam uma combinação de dois tipos de mordida, como por exemplo, terem mordida cruzada posterior e aberta anterior, ou mordida cruzada posterior e simultaneamente, mordida profunda.

## 8. Índice CPOD e/ou cpod

Relativamente aos índices CPOD e cpod, percebemos que estas crianças têm uma média de cpod de (2,31 +/- 2,77) e de CPOD de (3,43 +/- 3,58). Quando analisado o índice CPOD, separadamente, encontramos 176 dentes cariados (parâmetro “C”), 28 dentes perdidos (parâmetro “P”) e 110 dentes obturados (parâmetro “O”). Em relação ao índice cpod, separadamente, encontramos 62 dentes cariados (parâmetro “C”), 19 dentes obturados (parâmetro “O”) e quanto ao parâmetro dos dentes perdidos (parâmetro “p”) este não foi quantificado, uma vez que é expectável que os dentes decíduos esfoliem.

O cpod e CPOD por instituição pode ser consultado na Tabela 6.

*Tabela 6 - Distribuição da amostra por instituições.*

Instituição	Média cpod	Desvio Padrão	Média CPOD	Desvio Padrão
CAT	1,29	2,30	0,80	1,30
Lar de Santo António	2,94	2,77	3,50	3,92
Lar de São José	0,00	0,00	3,94	4,04
Internato de Santa Teresinha	3,20	3,63	3,73	3,00

## 9. Planos de tratamento e tipos de paciente

Relativamente à prevenção primária, depois de avaliada toda a amostra, conseguimos concluir que 88% das crianças necessitavam de realizar fase higiénica (n=88), 91% (n=91) precisava de suplementação com flúor tópico e cerca de metade das crianças observadas precisavam de colocação de selantes (n=51).

Quanto à prevenção secundária, a percentagem de crianças que não necessitava de nenhuma intervenção restauradora de dentes cariados e/ou fratura é de 37% (n=37), sendo que, das crianças que precisavam de tratamentos restauradores, 25,4% (n=16) têm 5 ou mais dentes a requerer intervenção. Tratamentos endodónticos apenas eram necessários em 2% das crianças (n=2). Para 20% da população (n=20) era essencial a

realização de tratamentos cirúrgicos. Destas, 20% (n=4) são cirurgias diferenciadas, como por exemplo, extração de dentes inclusos.

Da totalidade da amostra, pode aferir-se que a grande maioria das crianças observadas eram colaborantes embora 10% (n=10) demonstravam receio para com o médico dentista e 1% tinha uma atitude desafiadora perante o clínico.

## **.10. Prevalência de dor de dentes e sangramento gengival**

Quando questionadas, a maioria das crianças afirmava não ter dor de dentes (n=61) bem como não ter sangramento gengival (n=55).

Dentro da questão dor de dentes, a oito crianças não foi aplicada a questão e houve uma criança que não respondeu à questão das hemorragias gengivais.

## **11. Felicidade das crianças institucionalizadas, o gosto pela casa onde vivem, a prática de desporto e a existência de amizades.**

Das crianças inquiridas, 65% (n=65) considera-se feliz, sendo que, 16% (n=16) não respondeu à questão.

Quando questionado se as crianças gostavam da casa onde habitam 60% respondeu sim (n=60) e 15% não responderam a esta questão (n=15).

Relativamente à prática de desporto, 15% (n=15) das crianças não responderam à questão, no entanto a grande maioria, 71 crianças (71%), dizem praticar desporto regularmente.

No que toca a existência ou não de amigos, 81% das crianças (n=2) afirma ter amigos e 17% das crianças não responderam à questão.

## 12. Hábitos alimentares

As crianças foram questionadas acerca da quantidade de vezes, ao longo da semana, que ingerem determinados alimentos, em particular sopa, fruta, rebuçados e/ou pastilhas, chocolates e/ou bolos.

Destes obtivemos os seguintes resultados (Tabela 7):

*Tabela 7 - Hábitos alimentares.*

Alimento	Raramente	1 a 2 vezes	3 ou mais vezes	Todos os dias
Sopa	7% (n=7)	3% (n=3)	4% (n=4)	86% (n=86)
Fruta	4% (n=4)	8% (n=8)	19% (n=19)	69% (n=69)
Rebuçados/pastilhas	29% (n=29)	26% (n=26)	23% (n=23)	22% (n=22)
Chocolates/bolos	13% (n=13)	40% (n=40)	26% (n=26)	21% (n=21)

## 13. Visitas ao médico dentista e hábitos de higiene oral

A grande maioria das crianças afirma já ter ido ao médico dentista previamente à altura em que foram questionadas (81%, n=81). No entanto, 4% da população não respondeu a esta questão (n=4).

Da totalidade da amostra analisada, 86% (n=86) das crianças refere higienizar os dentes e 4% (n=4) não respondeu à pergunta. Dos que afirmam higienizar os dentes, a totalidade (n=86) diz realizar a higiene oral sem supervisão. Do total da amostra 8% das crianças (n=8) afirma não ter escova de dentes própria e 4% (n=4) não respondeu à questão. Relativamente à pasta de dentes, com exceção dos 4% que não responderam a estas questões (n=4), os restantes afirmam ter acesso a pasta de dentes (n=96), 37% das crianças admite não mudar de escova regularmente (n=37), sendo que, 7% das crianças não responderam a esta questão (n=7).

Relativamente ao uso do fio dentário, 5% das crianças (n=5) afirmam utilizar fio dentário e outras 5 crianças (5%) não responderam à questão, o que indica que 90% da amostra (n=90) não utiliza fio dentário.

No que diz respeito aos bochechos com colutório, 16% (n=16) refere utilizar colutório regularmente e 4% (n=4) não respondeu à questão.

Da totalidade das crianças, 44% (n=44) referem higienizar a língua, no entanto, em 65% dos casos, as crianças afirmam comer antes de ir para a cama (n=65). Em ambos os tópicos, 4% (n=4) das crianças não responderam às questões.

## 14. Preocupação com a aparência do sorriso, hábitos tabágicos, dependência de álcool e droga e atividade sexual

Estas questões foram apenas aplicadas aos adolescentes, com idade igual ou superior a 15 anos, logo o questionário foi aplicado a 39 adolescentes (39%).

Relativamente à preocupação com a aparência, dos que responderam a esta questão, 56,4% (n=22) afirmaram ter preocupações com a aparência do seu sorriso, sendo que destes, 68,2% (n=15) eram do género feminino.

Quando questionados acerca de hábitos tabágicos, 41% (n=16) admitem fumar regularmente, sendo que, destes, a maioria são do género masculino com uma frequência de n=9. Acerca dos hábitos alcoólicos e/ou droga, 6 adolescentes afirmam consumir pelo menos uma destas substâncias regularmente, sendo a grande maioria do género masculino (n=5). Por fim, no que diz respeito à atividade sexual, 40,9% dos inquiridos referem ter atividade sexual (n=9) sendo a frequência de rapazes e raparigas semelhantes, com n=5 e n=4, respetivamente.

## 15. Correlações entre variáveis

### 15.1. Correlação entre género e o percentil

Observando o género e o percentil, podemos concluir que o género masculino tem uma média de percentil de 56,38 +/- 29,14 e o género feminino tem uma média de percentil de 67,13 +/- 23,06 (Tabela 8).

*Tabela 8 - Análise do percentil dividido por género.*

	Género	Frequência (n)	Média	Desvio Padrão
Percentil	Masculino	55	56,38	29,142
	Feminino	45	67,13	23,057

Fazendo a análise destas variáveis independentes pelo teste T, obtivemos um valor de  $p=0,042 < 0,05$  o que permite concluir que o percentil difere significativamente com o género, ou seja, o género feminino tem um percentil significativamente superior ao género masculino.

## 15.2. Correlação entre gostar da casa onde habita e ser feliz

Segundo a Tabela 9, das crianças que gostam da casa onde vivem (n=59) a maioria (n=52) considera-se feliz, sendo que apenas 7 crianças que gostam da casa onde vivem não se consideram felizes. Quanto às crianças que não gostam da casa onde habitam (n=25) 12 não se considera feliz e 13 crianças consideram-se felizes (Tabela 9).

Tabela 9 - Relação entre gostar da casa onde vive com o ser feliz.

Considera-se feliz		Não (n)	Sim (n)	Total (n)
Gosta da casa onde vive	Não	12	13	25
	Sim	7	52	59
Total		19	65	84

Uma vez que se trata de uma tabela 2x2 aplicamos o teste de Qui-quadrado onde obtivemos um valor de  $p=0,00 < 0,05$ , o que nos indica que o gostar da casa pelas crianças está significativamente relacionada com o facto de se considerarem ou não felizes. A maioria das crianças que gostam da casa, consideram-se felizes.

## 15.3. Correlação entre o género e a prática de desporto

Observámos que a maioria das crianças do género masculino (n=45) pratica desporto (n=41). Em comparação, crianças do género feminino apenas 30 praticam atividade física.

Tabela 10 - Relação entre a prática de desporto com o género.

		Pratica Desporto		
		Não (n)	Sim (n)	Total (n)
Género	Masculino	4	41	45
	Feminino	10	30	40
Total		14	71	85

Estas variáveis quando analisadas pelo teste de Qui-quadrado, resultaram num valor de  $p=0,046 < 0,05$ . Isto indica que o género e a prática de desporto estão significativamente relacionados e apesar do seu grau de intensidade ser fraco, existe uma tendência para as crianças do género masculino praticarem mais desporto que as crianças do género feminino.

#### **15.4. Correlação entre idade e gostar da casa onde habita**

Quando relacionada a variável gostar da casa onde vive com a idade, obtivemos que a média de idades para as crianças que não gostam da casa onde vivem é de 14,56 +/- 2,53 e a média de idades para as crianças que gostam da casa onde vivem é de 12,95 +/- 3,29.

Estas variáveis, quando relacionadas pelo teste de Mann-Whitney, permitem-nos perceber que a idade difere significativamente com o gostar da casa onde vive, com um valor de  $p=0,031 < 0,05$ , onde quem não gosta da casa é significativamente mais velho comparativamente com os que afirmam gostar da casa.

#### **15.5. Correlação entre o cpod com o género e idade**

Relativamente ao cpod, obtivemos que a média de cpod para o género masculino era de 1,05 +/- 2,09 e a média para o género feminino era de 0,51 +/- 1,79.

Analisando estas variáveis pelo teste Mann-Whitney, obtivemos um valor de  $p=0,03 < 0,05$  o que indica que estas variáveis estão significativamente correlacionadas, sendo que o género masculino tem um cpod significativamente superior ao feminino.

Quando analisado o cpod com a idade, obtivemos um valor de  $p=0,00 < 0,05$  e uma correlação negativa, ou seja, quanto maior a idade da criança menor o cpod.

#### **15.6. Correlação entre o CPOD e o número de vezes que consome rebuçados e/ou pastilhas**

Dividindo quem come rebuçados e/ou pastilhas 1 a 2 vezes por semana, mais de 3 vezes por semana, raramente e todos os dias, observámos que quem come rebuçados 1 a 2 vezes por semana tem uma média se CPOD de 3,27 +/- 3,79, que come mais de 3 vezes por semana tem uma média de CPOD de 3,83 +/- 2,87, que quem consome raramente tem uma média de CPOD 2,52 +/- 4,38 e em contraste, quem come rebuçados e/ou pastilhas todos os dias apresenta uma média de CPOD de 3,00 +/- 2,64.

Correlacionando estas duas variáveis, obtivemos um valor de  $p=0,049 < 0,05$  o que nos indica que as crianças que consomem raramente rebuçados e/ou pastilhas apresentam um valor de CPOD significativamente menor do que as que consomem estes mais de 3 vezes por semana.

### 15.7. Correlação entre o valor de CPOD e o facto de a criança nunca ter visitado antes o médico dentista

As crianças que já tinham visitado o médico dentista previamente à nossa observação apresentavam uma média de CPOD de 3,52 +/- 3,63, em contraste com as crianças que nunca tinham visitado antes o médico dentista, que tinham uma média de CPOD de 0,33 +/- 0,90.

Aplicando o teste de Mann-Whitney, obtivemos um valor de  $p=0,00<0,05$ , pelo que, em média, o CPOD difere significativamente com o facto de ser ou não primeira consulta. Em média, quem não veio à primeira consulta no médico dentista tem um CPOD significativamente superior a quem foi consultado pela primeira vez.

### 14.8. Correlação entre a classe molar e a presença de hábitos deletérios

Das crianças que apresentavam classe I molar, 32 não apresentavam hábitos deletérios contrariamente com 24 que apresentavam algum hábito deletério. Das crianças que exibiam classe II ou III molar, 28 apresentavam hábitos deletérios e 11 não apresentavam quaisquer hábitos (Tabela 11).

*Tabela 11 - Relação da classe molar com a presença de hábitos deletérios.*

		Classe Molar		Total (n)
		Classe I (n)	Classe II/III (n)	
Hábitos deletérios	Inexistentes	32	11	43
	Presença	24	28	52
Total		56	39	95

Realizando a análise pelo teste de Qui-quadrado, percebemos que estas variáveis estão significativamente relacionadas com um valor de  $p=0,005<0,05$ . Há uma tendência para que quem apresenta classe I molar não tenha hábitos deletérios contrariamente aqueles que têm algum hábito deletério (tendência a apresentar classe II ou III molar).

### 15.9. Correlação entre a classe canina e a presença de hábitos deletérios

Tal como a classe molar também a classe canina apresenta uma relação de significância estatística com a presença de hábitos deletérios. Segundo o teste do Qui-

quadrado temos um valor de  $p=0,006<0,05$  o que significa que quem não apresenta hábitos deletérios tende a ter uma classe I canina contrariamente a quem apresenta hábitos deletérios.

#### **15.10. Correlação entre a idade e a medicação**

A média de idades de quem toma medicação situa-se nos 14,02 +/- 2,92 anos, enquanto que quem não toma medicação encontra-se numa média de idades de 9,14 +/- 4,85 anos.

Aplicando a estas variáveis o teste de Mann-Whitney, obtivemos um valor de  $p=0,00<0,05$  pelo que podemos concluir que o facto de uma criança tomar medicação ou não, difere significativamente com a idade. Em média, quem toma medicação é significativamente mais velho do que quem não toma medicação.

#### **15.11. Correlação entre o valor de CPOD e o facto de tomar medicação**

Das crianças que tomam medicação, a média do valor de CPOD é (3,41 +/- 3,33) em contraste com as crianças que não tomam qualquer medicação que apresentam uma média de CPOD de 2,62 +/- 3,88.

Aplicando o teste de Mann-Whitney a estas variáveis, temos um valor de  $p=0,027<0,05$ , o que nos indica que as crianças que tomam medicação apresentam um valor de CPOD significativamente maior dos que as crianças que não tomam medicação.



## **Discussão de resultados**

---



## **1. Materiais e Métodos**

### **1.1 Método de Investigação:**

O projeto iniciou-se com a candidatura ao orçamento participativo de 2017 proposto pela Camara Municipal de Viseu (CMV) com o propósito de obter apoio financeiro para o concretizar. A candidatura teve 3 fases distintas. Primeiramente, houve um concurso interno em que foram os alunos, professores e colaboradores da Universidade que elegeram os projetos que iam prosseguir para a fase seguinte. A segunda fase passou por uma seleção pela CMV que reviu os projetos, procedeu às alterações que achava necessário e elegeu os que tinham viabilidade para serem concretizados. Por fim, realizou-se uma votação aberta ao público que contava com 155 projetos a votação em que os meios para votar foram via internet, telemóvel e pontos de votação presenciais distribuídos pela cidade. No dia 31 de maio de 2017, foram revelados os resultados e este projeto, que foi o terceiro mais votado, foi contemplado com o financiamento. Iniciaram-se em dezembro as reuniões com a CMV de modo a obter a aprovação do questionário que iria ser aplicado às crianças e o modo como se iriam processar as consultas. Durante o mês de janeiro de 2018 decorreram as reuniões com os órgãos superiores de cada instituição para obter aprovação do estudo e garantir a participação das crianças no mesmo. A observação da amostra iniciou-se no dia 26 de fevereiro de 2018.

O questionário foi adaptado da ficha clínica disponibilizada pela Associação Americana de Odontopediatria (AAPD) uma vez que este é um questionário previamente validado e proveniente de um site com validade científica. O questionário não foi utilizado na íntegra uma vez que as consultas tinham um tempo limitado e também porque várias questões eram dirigidas aos pais das crianças, o que não se aplicava neste estudo. As diferentes perguntas que compõem os questionários foram aplicadas em forma de entrevista, individualmente, pelos alunos que se responsabilizaram pela criança de modo a não haver interferências do pesquisador e/ou dos tutores legais, à exceção da questão da medicação que foi obtida diretamente por estes de modo a aumentar a veracidade dos resultados obtidos. Os questionários aplicados têm a vantagem de permitir ao entrevistador perceber a veracidade das respostas obtidas e conseguir uma resposta o mais detalhada possível e apresentar uma taxa de resposta mais elevada. No entanto, tem como contrapartida depender da habilidade do entrevistador para conseguir estabelecer uma

relação de confiança de modo a obter respostas fidedignas e torna-se um processo mais moroso (81). Relativamente ao questionário direcionado aos adolescentes foi determinado que apenas as crianças com idade igual ou superior a 15 anos respondiam a esse inquérito uma vez que, tal como referido anteriormente, esta é a fase caracterizada como a idade da adolescência pela ONU e definida pela UNICEF como a fase final da adolescência. Por sua vez, este questionário foi respondido pelo próprio adolescente, autoaplicado, sem qualquer identificação do nome e/ou processo clínico. Apenas à posteriori foi atribuído uma codificação que somente a pesquisadora e as orientadoras têm acesso para que o processo se tornasse o mais confidencial e fidedigno possível. O questionário autoaplicado permite-nos obter respostas mais fidedignas e de aplicação mais rápida, no entanto, a taxa de resposta é substancialmente menor e depende da boa-vontade do inquirido para responder às questões (81).

Foi ainda realizada a cada criança uma observação intraoral pelos alunos do 4º e 5º ano da clínica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, sendo que todos os planos de tratamento e as ortopantomografias foram cuidadosamente analisados pelas orientadoras do projeto e/ou pela aluna autora da pesquisa, de modo a que haja uma conformidade dos dados obtidos, eliminando assim a diferença de acuidade visual e/ou experiência clínica por parte dos diferentes alunos.

Da totalidade das crianças institucionalizadas, em Viseu, não avaliamos 3 crianças do género feminino residentes no Internato de Santa Teresinha. Uma porque já estava a ser acompanhada noutra consultório e não quis participar e, as restantes, também se recusaram a deslocar à clínica da UCP de Viseu.

## **2. Resultados**

### **2.1. Caracterização da amostra**

A maioria das crianças institucionalizadas em Viseu pertencem ao género masculino (n=55, 55%). Este resultado encontra-se de acordo com os dados nacionais registados no relatório CASA de 2016 onde está descrito que das crianças institucionalizadas em território nacional, 51,9% são do género masculino (39).

Quando a amostra é dividida por tipos de instituição, LIJ e CAT, temos que a maioria das crianças (86%, n=86) reside em LIJ e que apenas 14% reside em CAT, o que vai de encontro à literatura a nível nacional, segundo o relatório CASA 2016, onde

71,35% das crianças institucionalizadas encontram-se em LIJ enquanto que 28,65% das crianças reside em CAT (39). Apesar dos resultados deste estudo irem de encontro aos resultados obtidos a nível nacional, percebemos que quando observamos as crianças residentes no CAT a percentagem em Viseu é praticamente metade da nacional, o que poderá ser indicador de que em Viseu o número de crianças institucionalizadas com idades mais precoces tem vindo a diminuir.

Também relativamente à média de idades das crianças institucionalizadas, a amostra deste estudo encontra-se em conformidade com a média de idades das crianças a nível nacional. Segundo o relatório CASA de 2016, a média de idades obtida foi de 12,63 e a média de idades da amostra deste estudo situa-se nos 12,21 +/- 4,41. Considerando individualmente, por instituição, observamos que, a nível nacional, as crianças em situação de acolhimento nos CAT tinham idades compreendidas entre os 0 e os 11 anos (67,7%), sendo visível que destes, a grande maioria tinha entre os 0 e os 5 anos (37,2%). Os adolescentes, dos 12 aos 20 anos, constituíam a maioria da população acolhida em LIJ com uma representação de 82,4% (39). O mesmo acontece com a amostra analisada neste estudo em que a média de idades das crianças institucionalizadas em CAT é de 4,57 +/- 3,23 e em LIJ é de 12,21 +/- 4,41.

Relativamente ao percentil das crianças, constatámos que a média dos percentis obtidos se encontram num grupo de peso normal (61,22 +/- 26,99) segundo os valores publicados pela OMS em 2007 (63) e adotados em 2015 pela DGS (82). Considerando a amostra total, percebemos que o número de crianças com obesidade (n=1) era igual ao número de crianças com peso abaixo da norma (n=1). No entanto, 28% da amostra encontrava-se com excesso de peso (n=28). Tais resultados encontram-se de acordo com os obtidos a nível nacional pelo COSI 2016 (WHO – European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI/WHO Europe)) no qual está demonstrado que, numa amostra de 6745 crianças residentes em Portugal continental e arquipélagos, 0,9% tinham baixo peso, 11,7% eram consideradas obesas e 30,7 % tinham excesso de peso, sendo que a percentagem de crianças com peso normal era de 43,3%. Comparando os nossos resultados com os resultados nacionais, percebemos que a nossa percentagem de crianças com peso normal (70%) supera a da literatura (43,3%). No entanto, quando restringimos a pesquisa por zona, em Portugal, ou seja, zona centro, já encontramos uma percentagem de crianças com peso normal (69,1%), semelhante à obtida neste estudo. Assim podemos perceber que as crianças da zona centro tendem a ter uma alimentação mais regrada e um estilo de vida mais saudável que o padrão em Portugal (83).

## 2.2. Patologias e medicação habitual

Relativamente à patologia que cada criança apresenta e à medicação que toma, constatámos que 63% das crianças tomam algum tipo de medicação, sendo a prevalência entre o género masculino (50,79%, n=32) e feminino (49,21%, n=31) semelhante. Os medicamentos mais prescritos são do foro psiquiátrico e/ou pedopsiquiátrico, como por exemplo, estimulantes inespecíficos do SNC, antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos. Este facto encontra-se de acordo com o relatório CASA 2016 o qual informa que, das crianças institucionalizadas a nível nacional, 60,17% tomam medicação destes grupos (39). Uma vez que a medicação que as crianças deste estudo tomam são do mesmo grupo terapêutico que as encontradas na literatura podemos prever que as patologias serão semelhantes. As crianças mais novas a tomar medicação, com idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos (n=3), estão medicados com metilfenidato que, segundo a literatura, é o fármaco mais prescrito para a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) (84–87).

A PHDA, de acordo com revisões da Cochrane, afeta apenas entre 3 a 5% das crianças tendo esta prevalência permanecido estável nos últimos 30 anos, e uma vez que não varia entre países, não parece haver influências de fatores de risco ambiental no desenvolvimento desta patologia. Estas revisões alertam para a necessidade de um correto diagnóstico e, à altura desse diagnóstico, a criança tem de ter menos de 12 anos de idade. Sabe-se também que esta patologia afeta em dobro o género masculino. As crianças com PHDA tendem a apresentar excessiva falta de atenção e/ou hiperatividade e/ou impulsividade, o que impossibilita o seu normal desenvolvimento. Os mecanismos farmacológicos, segundo a Cochrane, ainda não estão bem esclarecidos e parecem provocar adição semelhante ao uso da cocaína e metanfetaminas. Contudo, é referido que esta medicação se mostra eficaz a minimizar os efeitos característicos da PHDA e também parece reduzir significativamente os episódios de visitas à urgência médica e diminuir o aparecimento de lesões. Ainda assim a Cochrane afirma existirem efeitos adversos imediatos comprovados e associados a esta medicação, tais como dificuldades em adormecer, dores de cabeça, fadiga constante e perda de apetite. Relativamente a problemas a longo prazo, parece haver uma relação com a toma desta medicação e a morte súbita em jovens adultos e que, as crianças medicadas para a PHDA, têm uma mortalidade superior comparada com outras crianças. No entanto, a Cochrane afirma que, para se poder concluir uma relação mais fiável entre o fármaco e estes episódios, são necessários

mais estudos pois os que existem são principalmente acerca dos benefícios e não tão incidentes nos efeitos adversos e ainda mais escassos quando se referem a efeitos da medicação a longo prazo. Em suma, percebe-se que o fármaco melhora de facto a qualidade de vida destas crianças, no entanto, não existe uma confiança relativamente aos efeitos adversos pelo que a Cochrane afirma não ser possível demonstrar que o metilfenidato oferece mais benefícios que riscos quando comparada a um placebo ou em crianças não medicadas. Assim, é absolutamente necessário realizar mais estudos acerca desta temática, acautelar os profissionais de saúde que prescrevem estes fármacos e ter extrema atenção no diagnóstico da patologia para serem evitados casos de sobre-medicação (84–86).

### **2.3. Hábitos deletérios**

Analisando os resultados deste estudo compreende-se que a maioria das crianças apresentam algum hábito deletério (54%), tendo sido demonstrado um predomínio da onicofagia com 35% das crianças a referirem-no. No entanto também os respiradores orais representam uma prevalência significativa, com 19%. Tais resultados vão de encontro com um estudo feito na cidade do Porto que atesta que, apesar de não ser a maioria, 33,8% apresentavam hábitos orais deletérios sendo também o mais prevalente a onicofagia com 29,3% (88). Contudo este estudo não avalia hábitos como a respiração oral e o bruxismo, o que pode explicar o facto da percentagem de crianças que apresentam hábitos deletérios ser superior no nosso estudo.

### **2.4. Análise de ortopantomografias**

Quando iniciado este estudo, previa-se observar crianças com uma saúde oral bastante deteriorada. Porém, tal não aconteceu. Isto pode ser explicado com a grande parte destas crianças ter acesso, dentro das instituições, a médicos dentistas. De entre as ortopantomografias analisadas, foram escolhidas 6 que considerámos como as representativas das crianças que apresentavam pior saúde oral quando observadas. Destas, destacam-se várias crianças com dentes supranumerários, nomeadamente mesiodentes e verificámos também que a maioria das crianças apresentava os primeiros molares ou já previamente restaurados ou com cárie. Daí ser de extrema importância a fase preventiva da colocação de selantes, como referido anteriormente.

Encontrámos também várias crianças com dentes anteriores fraturados e algumas endodontias realizadas. Existia também, frequentemente, crianças em idades precoces com os molares decíduos cariados ou extraídos, precocemente. De entre todas as situações observadas, destaca-se ainda um rapaz com 17 anos que apresentava várias endodontias, restaurações prévias e várias lesões de cáries nos molares. Apresentava ainda lesões de cárie cervical de canino a canino na arcada superior, sendo estas lesões explicadas com a presença de um hábito de adição a estupefacientes.

## **2.5. Anomalias de desenvolvimento dentário**

Tal como podemos observar nos resultados deste estudo, a maioria das crianças não apresenta qualquer tipo de alteração no desenvolvimento dentário o que também é relatado por outro autor que afirma que, da população observada, apenas 22,5% (n=124) apresentaram algum tipo de anomalia dentária (89). Quando dividimos estas anomalias de desenvolvimento por grupos percebemos que vários autores verificaram uma prevalência de anomalias de número semelhante à encontrada nesta amostra 12% (n=12) sendo que também a prevalência de agenesias foi superior à prevalência de supranumerários (90–92).

## **2.6. Avaliação dos tecidos moles**

Quando observada a existência de alterações dos tecidos moles, percebemos que a maioria das crianças não apresentava qualquer alteração (n=75, 75%); o que também aconteceu noutra estudo semelhante em crianças no qual apenas 10% (n=13) apresentava alguma lesão nos tecidos moles (93). Considerando a totalidade da amostra, observámos que a prevalência de úlceras (11%) se encontra de acordo com o estudo referido anteriormente (10%) e também a prevalência de herpes (3%) é semelhante embora ligeiramente superior no estudo referido, onde a percentagem se situa nos 7,7% da população (93).

## **2.7. Classe molar, classe canina e tipo de mordida**

Foi verificado que a maioria das crianças se encontrava em classe I molar (56%), seguido da classe II (33%) e, por fim, a classe III molar (6%). Esta distribuição é corroborada por vários autores que nos seus estudos também encontraram uma maior

prevalência de classes I entre 31,04% a 55,25% e uma menor prevalência de classe III entre 3,45% a 15% (91,94,95).

Relativamente à classe canina, praticamente metade da nossa amostra apresentava classe I canina (49%), seguida da classe II (29%) e uma pequena parte tinha classe III canina (1%). Estes dados também se verificaram num outro estudo efetuado, no qual a percentagem de classe I canina ultrapassa ligeiramente a metade da população com uma percentagem de 57,76% (94). No entanto, podemos considerar estes dois valores na mesma ordem de grandeza. Quando comparada a percentagem de classes III molar com a classe III canina percebemos que, contrariamente ao esperado, existem mais classes III molar que canina. Tal pode ser explicado com o facto de a grande parte da nossa amostra ainda não ter o canino superior erupcionado pois, segundo a literatura, a idade de erupção destes dentes é entre os 12/14 anos e a média de idades da nossa amostra encontrar-se nos 12,21 +/- 4,41 (96).

Apesar de na nossa amostra a percentagem de crianças com mordidas profundas e cruzadas ser igual (11%, n=11) e as mordidas abertas serem as menos observadas com uma representação de apenas 7% da população, quando observados outros estudos, percebemos uma tendência para que haja uma maior prevalência de mordidas cruzadas (valores variam entre 18,3% a 37,93%), seguidas das mordidas abertas (valores variam entre 17,65% a 24,44%) e a menor percentagem de alterações encontradas serem as mordidas profundas (valores variam entre 13,28% a 19,70%) (94,95,97).

## **2.8. Índice CPOD**

Segundo relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), Portugal encontra-se numa escala de baixo índice CPOD para dentes permanentes em crianças, estando este situado entre 1,2 a 2,6 (98), sendo estes dados corroborados também pelo relatório do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral de 2015 (PNPSO) em que é apresentada uma média de CPOD de 2,26 para crianças com idades superiores aos 12 anos (99). Este valor demonstra ser ligeiramente inferior à média obtida na amostra deste estudo, que foi de 3,43 +/- 3,58 para o CPOD. Segundo a classificação da OMS, o CPOD da nossa amostra encontra-se num patamar de risco de cárie moderado, enquanto que a média das crianças portuguesas se situa num patamar de baixo risco de cárie (98). Tal pode ser devido, provavelmente, ao tipo de amostra utilizada pela OMS para calcular o índice CPOD para as crianças portuguesas. Obtivemos um valor de dentes cariados, quando

observámos o índice CPOD separadamente 1,5 vezes superior ao número de dentes obturados, pelo que, presume-se uma falha na prevenção primária e uma necessidade urgente de prevenção secundária.

Relativamente à média do índice cpod, esta encontra-se de acordo com os dados obtidos pelo PNPSO uma vez que a média da amostra deste estudo foi de 2,31 +/- 2,77 e a média de cpod a nível nacional para crianças com 6 anos de idade é de 2,10. Isto permite afirmar que os resultados obtidos para o cpod encontram dentro da mesma ordem de grandeza que os obtidos pelo PNPSO (99). Quando observado o índice cpod separadamente, constatamos que o número de dentes cariados é 3 vezes superior ao número de dentes obturados, pelo que, tal como acontece na dentição permanente, é notória uma falha na prevenção primária e uma necessidade acrescida de prevenção secundária. Denota-se ainda a necessidade da sensibilização dos cuidadores para a importância de preservar a saúde dos dentes temporários.

## **2.9. Planos de tratamento e tipos de paciente**

Segundo a literatura, relativamente à prevenção primária, concluímos que deverá ser realizada fase higiénica a cada 6 meses. O mesmo é aplicado à suplementação com flúor tópico (99). Este facto explica a necessidade de 88% das crianças observadas necessitarem de fase higiénica e 91% precisar de suplementação de flúor tópico.

É também recomendada, de acordo com a literatura, a colocação de selantes nos molares permanentes assim que estes acabem a erupção, pelo que, a média de idades da nossa amostra, 12,21 +/- 4,41 anos, pode ser explicativo da maioria das crianças precisar de colocação de selantes (n=51). O mesmo acontece quando observados os dados do PNPSO (99) que nos indica que a nível nacional 80,2% das crianças não apresentava selantes. Apesar da nossa amostra estar em concordância com os dados do PNPSO há uma discrepância de valores, sendo que as crianças a nível nacional apresentam uma maior necessidade de colocação de selantes. Tal pode ser explicado pelo facto de as crianças institucionalizadas terem um maior e mais regular acompanhamento a nível do médico de família e usufruir dos cheques-dentista, que são atribuídos no âmbito do PNPSO às crianças com 7, 10 e 13 anos. Há ainda a possibilidade de ser solicitado um cheque suplementar por ano (99) e estes são solicitados simultaneamente pelos tutores aos centros de saúde para todas as crianças residentes na mesma instituição.

Quanto à prevenção secundária, os resultados obtidos neste estudo (67% das crianças necessitam de tratamentos restauradores), vão de encontro aos existentes na literatura uma vez que, em ambos os casos, está demonstrado que a maioria das crianças observadas tem necessidade de tratamentos restauradores (100).

Segundo a literatura, a maior parte das crianças (75%) são colaborantes no médico dentista. Contudo, esta indica que 25% das crianças não serão colaborantes no consultório do médico dentista (99,101). No entanto, quando comparados estes dados com a nossa amostra, pode aferir-se que a grande maioria das crianças observadas eram colaborantes (90%) superando assim a literatura. Tal pode ser explicado pelo facto da maioria das crianças (81%) já ter visitado o médico dentista previamente.

## **2.10. Prevalência de dor de dentes e sangramento gengival**

Os resultados obtidos relativamente às variáveis da prevalência de dor de dentes e sangramento gengival encontram-se de acordo com a literatura. Na amostra deste estudo a maioria das crianças afirmava não ter dor de dentes (61%). Isto também é defendido por outros autores que dizem ter uma prevalência de dor de dentes não superior a 21,1% (102,103). Tal é também corroborado com os dados do PNPSO que nos indicam que, a nível nacional, 61,5% das crianças não têm dor de dentes (99).

Das crianças que fazem parte desta amostra, 45% referia apresentar hemorragias gengivais o que também pode ser encontrado noutros estudos nos quais a percentagem de crianças com sangramento gengival não ultrapassa os 46,5% (104,105). A nível nacional, o PNPSO afirma que apenas 36% das crianças apresentam hemorragias gengivais (99). Assim sendo, podemos afirmar que os valores obtidos por este estudo se encontram dentro da mesma ordem de grandeza dos resultados obtidos em Portugal.

## **2.11. Felicidade das crianças institucionalizadas, o gosto pela casa onde vivem, a prática de desporto e a existência de amigos.**

De entre todas as crianças da nossa amostra, 65% (n=65) considera-se feliz. O que está de acordo com um estudo que compara a felicidade das crianças (104), institucionalizadas e não institucionalizadas, associada ao acontecimento de eventos stressantes e concluiu que, 27,28% das crianças institucionalizadas, afirmaram viver episódios de vida stressantes versus 13,49% das crianças que tinham eventos stressantes,

mas que habitam com a família biológica. Factos que segundo vários autores condicionam a perceção da felicidade por parte das crianças (104,106,107).

Quando foi questionado se as crianças gostavam da casa onde habitam, 60% respondeu “sim”. Estes dados podem ser comparados com outro estudo em que crianças também residentes em LIJ quando questionadas como se sentem no Lar, dentro de uma escala de 1 a 7 em que 1 é muito mal e 7 é muito bem, a média de respostas obtidas foi de 4,8 +/- 1,92 o que indica que os jovens se sentem bem a residir nos lares (108).

De acordo com a literatura, a maioria das crianças portuguesas pratica desporto organizado (52,5%) o que coincide com os resultados deste estudo embora a prevalência da prática de desporto seja efetivamente superior (71%). Isto pode ser justificado com o facto de, no relatório do sistema de vigilância nutricional infantil, a prática de exercício físico ser dividida em desporto organizado. Ou seja, implica que a criança esteja escrita em algum clube desportivo e a atividade física, nos intervalos da escola, não seja contabilizada neste parâmetro (83). Relativamente à existência ou não de amigos, 81% das crianças do estudo afirmaram ter amigos, dados corroborados com outro estudo semelhante realizado em crianças também institucionalizadas em LIJ, em território nacional (108), no qual está indicado que é ao pé dos amigos que as crianças institucionalizadas se sentem melhor. Esta avaliação foi feita com base na resposta das crianças que tinham uma escala de 1 a 7 onde o nível 1 significava “muito mal” e 7 “muito bem” e a média das pontuações obtidas foi a mais alta de todos os parâmetros analisados com uma média de 6,26 +/- 1,15 e nenhuma criança escolheu um nível inferior a 3 (108).

## **2.12. Hábitos alimentares**

Num estudo da população de crianças portuguesas foi observado que a maioria das crianças come sopa e fruta diariamente, facto que também ficou demonstrado na nossa amostra. No entanto, no nosso estudo, a prevalência de crianças que dizem comer sopa todos os dias é praticamente a totalidade (86%), o que pode ser explicado pelo facto de a alimentação nas instituições ser bastante regrada e incluir sopa obrigatoriamente na ementa (83).

Já a frequência de ingestão de rebuçados/pastilhas, chocolates/bolos é maior na amostra deste estudo do que no relatório do COSI que representa a população de crianças a nível nacional (83). Segundo este, a prevalência de crianças que consomem algum dos alimentos referidos acima não é superior a 6,3% e nos resultados da amostra deste estudo

a frequência de ingestão destes alimentos é superior a 21% (83). O consumo destes alimentos pode ser na escola ou na instituição onde residem, no entanto, quando comparamos as crianças institucionalizadas com as dos restantes estudos todas frequentam a escola. Ou seja, este é um denominador comum entre os diferentes estudos, pelo que o consumo de bolos/chocolates e pastilhas/rebuçados poderá ser realizado em superioridade nas instituições comparativamente às casas particulares. Isto pode ser devido a uma tentativa de compensação emocional por parte das instituições a estas crianças.

### **2.13. Visitas ao médico dentista e hábitos de higiene oral**

A maioria das crianças observadas já tinha visitado o médico dentista previamente (81%). No entanto, quando comparado com outro estudo semelhante realizado a crianças em idade escolar, verificámos que no nosso estudo a prevalência é superior no nosso estudo dado que no outro 53,19% das crianças não tinha ainda visitado um médico dentista (109). Tal discrepância pode ser explicada uma vez que as crianças institucionalizadas têm por rotina, quando chegam a uma instituição, ser observadas por várias especialidades médicas para fazer um check-up, dado que têm de ser preenchidos relatórios acerca da saúde das mesmas. No entanto, se analisado a nível nacional, o PNPSO afirma que 85% das crianças portuguesas com idades entre os 12 e os 15 anos já tiveram acesso a cuidados de saúde oral (99) e, segundo o mesmo, 40% das crianças de 6 anos também já tinham ido pelo menos uma vez a consultas de medicina dentária (99).

A prevalência de crianças que admitem realizar higiene oral neste estudo (86%) está de acordo com outro realizado a crianças frequentadoras de uma escola de segundo ciclo com secundário no qual 89,35% das crianças dizem ter hábitos de higiene oral diários, verificando-se o mesmo nos resultados do PNPSO (99,109). Tanto no nosso estudo com 86%, como no estudo anteriormente referido, a maioria das crianças (63,44%) afirma higienizar os dentes sem supervisão/ajuda de adultos. No entanto é sabido pela literatura que a supervisão da escovagem pode melhorar substancialmente a higiene oral das crianças (110). Contudo, é compreensível que, dado o baixo ratio funcionários/crianças, seja impossível observar a higiene de cada criança institucionalizada, daí a literatura também sugerir que muitos dos programas realizados acerca da supervisão da escovagem em crianças sejam efetuados nas escolas. Estas podem

ser um bom contributo para auxiliar as instituições a melhorar a saúde oral destas crianças (110).

Segundo os dados obtidos no presente estudo percebemos que 90% das crianças referem não utilizar fio dentário e 80% dizem não utilizar colutórios, facto este corroborado por outros autores, que afirmam que 80% das crianças inquiridas apenas referem escovar os dentes. E segundo o PNPSO, 77% das crianças portuguesas não utiliza fio dentário e apenas 14,74% utilizam colutórios (99,109). Uma vez que a tendência para a não utilização de fio dentário na rotina da higiene oral é geral, entende-se assim uma maior necessidade de promoção e sensibilização para a importância da utilização de fio dentário regular para uma melhoria da saúde periodontal e, conseqüentemente, da saúde oral em geral.

Na amostra deste estudo, 35% das crianças afirma não comer antes de ir para a cama sem higienizar os dentes a seguir. No entanto, quando analisada a literatura, encontramos um estudo realizado a crianças em idade escolar que refere que 49,12% das crianças não comiam mais nada a seguir a higienizar os dentes (109). Segundo o PNPSO, também 43,23% das crianças portuguesas higienizam sempre os dentes depois de comer e antes de ir dormir (99). A discrepância nos resultados pode ser indicativa da dificuldade acrescida que, tal como referido na revisão da literatura, as crianças institucionalizadas têm em criar hábitos e rotinas, nomeadamente no que diz respeito à saúde oral (57,58). A uma dificuldade acrescida é também dado os funcionários terem de conseguir controlar o que todos comem a toda a hora devido a um diminuído ratio funcionários/criança, tal como referido anteriormente.

A literatura enaltece a importância da higiene da língua como complemento para uma higiene oral eficaz e completa uma vez que reduz a permanência das bactérias no meio oral conduzindo consecutivamente, a uma redução da halitose (110,111) e também está intimamente relacionada com a prevenção da cárie dentária, dado que a língua é considerada um reservatório de bactérias cariogénicas (110). Contudo, da nossa amostra apenas 44% das crianças afirma realizar a higiene da língua, realçando também a importância de substituição da escova dentária a cada 3 meses por uma nova (112). No entanto, quando as crianças observadas foram questionadas acerca da frequência com que trocam de escova, 37% admite não mudar de escova regularmente (n=37). Tal pode ser entendido pois, segundo os dados obtidos pelo PNPSO (99), a aprendizagem de uma correta higienização oral, na maioria das crianças (61%), é feita em casa pelos pais/familiares, uma vez que nestas crianças a componente familiar está empobrecida e o

contacto com o ambiente familiar diminuído logo, é natural que este tipo de conceito/aprendizagem esteja afetado e não seja tão eficiente.

#### **2.14. Preocupação com a aparência do sorriso, hábitos tabágicos, dependência de álcool e droga e atividade sexual**

Relativamente à preocupação com a aparência, dos jovens deste estudo 56,4% afirmaram ter preocupações com a aparência do seu sorriso sendo que destes 68,2% eram do género feminino. A nível nacional, 38,6% dos jovens com 15 anos de idade classifica o seu sorriso e a sua saúde oral como Boa a Muito Boa (99) e, apenas 9% dos jovens de 15 anos, afirmam ter uma má ou muito má perceção acerca da sua boca. Outro autor evidencia também que mais de 50% dos adolescentes por ele observados mostravam preocupação com a aparência, sendo que quem mostrava mais insatisfações com a sua aparência eram os participantes do género feminino (107). No entanto, é conhecido que não está associado o facto de os adolescentes mostrarem mais interesse e preocupação com a sua aparência com o facto de manifestarem comportamentos adequados para a preservar/melhorar (99).

Da população da amostra com idade superior a 15 anos de idade que foi questionada acerca de hábitos tabágicos, percebemos que 41% destes admitiam fumar regularmente, e notou-se uma maior tendência para que sejam os rapazes a manifestarem este comportamento. Estes dados quando comparados com o estudo “Health Behaviour in School-Aged Children” referentes a 1993 e 2002 e complementado com os dados do inquérito Nacional de Saúde, realizados entre 1987 e 2006 (113), permite-nos perceber que a percentagem de jovens adolescentes fumadores (com mais de 15 anos) é semelhante à existente. Segundo estes dados, em território nacional. Está descrito que, em Portugal, a percentagem de jovens adolescentes com idade superior a 15 anos que apresentam hábitos tabágicos é de 30,6% no género masculino e 19,5% no género feminino. Na União Europeia (EU) registou-se, na década de 1996-2006, uma diminuição do consumo de tabaco na maioria dos países, nos jovens escolarizados. Em Portugal, o consumo estabilizou nos jovens de 15 anos, mas regista um aumento apreciável na população feminina escolarizada (113).

A percentagem de adolescentes da amostra deste estudo que dizem consumir álcool e/ou droga frequentemente quando comparada com outro estudo a adolescentes a nível nacional mostra-se bastante inferior, uma vez que, no outro estudo, 74,5% admite

beber bebidas alcoólicas e 19,1% já tinham experimentado drogas, em oposição com a nossa amostra, que 15,4% admitiam consumir álcool e/ou drogas frequentemente. Tal facto pode ficar a dever-se a ter sido questionado à nossa amostra se ingeriam estas substâncias regularmente em contraste com o estudo a nível nacional onde os adolescentes foram questionados acerca da ingestão de álcool quando saem à noite ou se já consumiram drogas (nem que seja apenas uma vez para experimentar). Tal não significa que o façam regularmente (114).

Por fim, no que diz respeito à atividade sexual, 40,9% dos inquiridos referem ter atividade sexual. Este valor está de acordo com um estudo realizado a nível nacional onde está descrito que, da população de adolescentes que frequenta o ensino secundário, 42,2% já é sexualmente ativo (115).

## **2.15. Correlações entre variáveis**

### **2.15.1. Correlação entre o género com o percentil e a prática de desporto**

O género e o percentil são variáveis significativamente correlacionadas com um valor de  $p=0,042 < 0,05$ , permitindo aferir que o percentil difere significativamente com o género. É o género feminino quem tem um percentil claramente superior ao género masculino. Estes dados também são corroborados pelos resultados obtidos pelo COSI 2016 que indicam que o IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) das raparigas (em valores médios) foi superior ao dos rapazes, e que, por sua vez, a estatura dos rapazes foi ligeiramente superior à das raparigas (83).

Também a prática de desporto parece estar significativamente relacionada com o género ( $p=0,046 < 0,05$ ), sendo que parece existir uma tendência para as crianças do género masculino praticarem mais desporto do que as crianças do género feminino. Estes resultados também podem explicar os anteriores pois, uma vez que são os rapazes que têm uma tendência natural aumentada para o aumento da prática de desporto, nomeadamente desportos coletivos, é natural que estes também tenham um peso menor e consecutivamente um percentil menor.

### **2.15.2. Correlação entre a idade e a medicação**

Segundo os nossos resultados, a média de idades de quem toma medicação situa-se nos 14,02 +/- 2,92 anos. Sabemos que o facto de uma criança tomar ou não medicação difere significativamente com a idade ( $p=0,000<0,05$ ) e que são as crianças mais velhas quem mais toma medicação. Sabemos também que os fármacos mais prescritos são do grupo dos medicamentos psiquiátricos e/ou pedopsiquiátricos. Todos estes dados são corroborados pelo CASA2016 que afirma ainda que a idade em que as crianças institucionalizadas mais tomam medicação, faixa etária dos 15 aos 17 anos, está correlacionada de forma positiva com a verificação de problemas de comportamento, ocorrência de problemas de saúde mental e observação de consumo de substâncias. É também nesta faixa etária que, segundo o relatório CASA2016, se verifica a maior frequência de acompanhamentos regulares em termos de saúde mental, problemas psicológicos ou pedopsiquiátricos (39). No entanto, é de realçar novamente que a medicação mais prescrita para estas crianças está indicada apenas no tratamento do PHDA e não para controlo comportamental. Para além disto, contrariamente aos resultados obtidos tanto no nosso estudo como a nível nacional, o diagnóstico desta patologia é feito obrigatoriamente, segundo revisões da Cochrane, até aos 12 anos de idade. Assim, as crianças que começam a tomar estes fármacos depois dos 14/15 anos fazem-no para controlo comportamental, tal como indicado nos relatórios da CASA 2016. É importante salientar que os efeitos adversos a longo termo deste tipo de medicação na sua maioria ainda não estão bem esclarecidos pelo que a sua administração em crianças deverá ser feita o mais criteriosamente possível com vista a minimizar eventuais futuros danos (84).

### **2.15.3. Correlação entre gostar da casa onde habita com a idade e com o facto de se considerar feliz.**

Percebemos que são as crianças mais velhas, com uma média de idades de 14,56 +/- 2,53 anos, que afirmam não gostar da casa onde vivem. Das crianças com média de idades de 12,95 +/- 3,29 anos, a maioria afirma gostar da casa onde vive. Estas variáveis apresentam significância estatística uma vez que o valor de  $p=0,031<0,05$ . Das crianças que afirmavam gostar da casa onde vivem (59%) a maioria (52%), considerava-se feliz. Estes dados encontram-se também com correlação estatística com um valor de  $p=0,000<0,05$ , ou seja, as crianças que não gostam da casa onde habitam são

maioritariamente infelizes. Em suma, percebemos que são as crianças mais velhas que menos gostam da casa e simultaneamente são as que são mais infelizes.

Tais factos podem ser entendidos uma vez que parece haver uma correlação entre o aumento da idade com a infelicidade, que por sua vez está diretamente relacionada com a presença de fatores ambientais desencadeantes como a perda ou o afastamento do ambiente familiar, o que, segundo o mesmo autor, podem conduzir a cenários de depressão com um aumento de probabilidade significativo à medida que a idade avança (116).

#### **2.15.4. Correlação entre o cpod com a idade e com o género.**

Obtivemos também significância estatística ( $p=0,00<0,05$ ) entre a relação do cpod com a idade: observámos que quanto maior a idade menor o cpod. Tal correlação é compreensível, uma vez que o cpod dá-nos o índice de cárie para os dentes decíduos e há medida que a idade aumenta os dentes decíduos começam a esfoliar, pelo que é natural que o cpod vá diminuindo.

Relativamente ao cpod, obtivemos um valor médio de  $1,05\pm 2,09$  para o género masculino e  $0,51\pm 1,79$  para o género feminino. Estas variáveis apresentam um valor de  $p=0,03<0,05$  o que indica que estão significativamente correlacionadas, sendo que o género masculino tem um cpod significativamente superior ao feminino. Quando verificamos a literatura (117), percebemos que, a cronologia de erupção nas crianças do género feminino encontra-se inquestionavelmente mais avançada em relação às crianças do género masculino, logo, pelos mesmos motivos referidos na correlação anterior, era previsível que o cpod fosse menor nas crianças do sexo feminino.

#### **2.15.5. Correlação entre o índice CPOD com o consumo de rebuçados e/ou pastilhas, com o facto de ser a 1ª consulta no médico dentista e com a toma de medicação.**

Depois de analisados os resultados obtivemos uma correlação estatística significativa entre o índice CPOD e a frequência de ingestão de rebuçados e/ou pastilhas. As crianças que raramente consomem rebuçados e/ou pastilhas apresentam um valor de CPOD significativamente menor do que as que consomem estes alimentos mais de 3 vezes por semana. Os nossos resultados vão de encontro aos obtidos num outro estudo no qual eram avaliadas crianças em idade escolar e percebeu-se que o consumo de alimentos

“retentivos”, como por exemplo, as gomas, pastilhas e rebuçados faz aumentar o índice CPOD. Como tal, os pais/tutores das crianças têm de ser informados e instruídos acerca da influência dos hábitos alimentares na saúde oral e da altura do dia menos prejudicial para as crianças ingerirem estes alimentos, que está descrita ser a seguir às principais refeições (109).

As crianças que já tinham visitado o médico dentista previamente à nossa observação apresentavam uma média de CPOD de 3,52 +/- 3,63 em contraste com as crianças que nunca tinham visitado antes o médico dentista que tinham uma média de CPOD de 0,33 +/- 0,90. A relação entre estas variáveis apresenta significância estatística com um valor de  $p=0,00<0,05$ , ou seja, em média, quem já tinha visitado o médico dentista previamente à nossa observação tinha um valor de CPOD significativamente superior àqueles que estavam na primeira consulta. Podemos considerar esta associação positiva pois indica que as crianças que de facto tinham uma pior saúde oral (índice CPOD superior) estavam a ser seguidas no médico dentista previamente.

Por último, obtivemos também um valor de  $p=0,027<0,05$  para as variáveis CPOD e toma de medicação. Isto indica-nos que as crianças que tomavam medicação apresentaram um valor de CPOD significativamente maior dos que as crianças que não tomavam medicação. Este facto está descrito na literatura como sendo devido à elevada taxa de sacarose, elemento cariogénico presente nas formulações dos medicamentos pediátricos, bem como da sua acidez que provoca desmineralizações no esmalte e o torna mais suscetível à cárie (118). Como tal, é necessária uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para que optem preferencialmente, durante as prescrições, por formulações pediátricas sem açúcar.

#### **2.15.6. Correlação entre a presença de hábitos deletérios com a classe molar e canina**

As variáveis presença de hábitos deletérios e classe molar estão significativamente relacionadas com um valor de  $p=0,005<0,05$ . O mesmo foi verificado para a classe canina onde se obteve um valor de  $p=0,006<0,05$ , significando existir uma tendência para que quem não tenha hábitos deletérios apresente classe I molar e canina, contrariamente aqueles que apresentavam algum hábito deletério que têm tendência a apresentar classe II ou III molar e canina. O mesmo se verificou com outro estudo semelhante que encontrou significância estatística com um valor de  $p=0,009$  entre a presença de hábitos deletérios e alteração na normoclusão. Tal facto também é compreendido uma vez que

está descrito na literatura que os hábitos deletérios podem conduzir a alterações dentoalveolares e/ou esqueléticas em alguns pacientes (88).

## **Conclusões**

---



Após a execução da totalidade das tarefas inerentes aos objetivos previamente definidos no presente trabalho, apresentamos as seguintes conclusões:

1. A amostra deste estudo foi composta por 100 crianças institucionalizadas em 4 instituições de acolhimento: 3 Lares de Infância e Juventude (LIJ) e 1 Centro de Acolhimento Temporário (CAT). Notou-se uma maior prevalência de crianças do género masculino (55%) quando comparado com os participantes do género feminino (45%). A média de idades da nossa amostra situou-se nos 12,21 +/- 4,41 anos, no entanto classificando por tipo de instituição a média de idades observadas no CAT foi de 4,57 +/- 3,23 anos e nos LIJ 12,21 +/- 4,41 anos. Quanto à altura e peso das crianças podemos concluir que a maioria (70%) se situa num intervalo de percentil normal para a idade, no entanto, 28% apresentavam excesso de peso e as crianças obesas e de baixo peso têm ambas uma prevalência igual de 1%. Quando analisadas as doenças sistémicas apenas 44% das crianças afirmavam apresentar alguma patologia sendo mais prevalentes os problemas oftalmológicos (25%), seguido das cirurgias prévias (10%), dos problemas respiratórios e dos problemas psicológicos/psiquiátricos (6% e 5% respetivamente). Quanto à medicação sabemos que 63% das crianças tomavam algum tipo de medicação, e que dentro da medicação a grande maioria são fármacos pertencentes ao grupo dos fármacos psiquiátricos e/ou pedopsiquiátricos, sendo os mais receitados os estimulantes inespecíficos do SNC (n=38) seguidos dos antipsicóticos (n=21). De realçar que existem crianças a tomar vários medicamentos de grupos diferentes. Relativamente aos hábitos alimentares a grande parte da amostra afirmava comer sopa e fruta todos os dias (86% e 69%, respetivamente) e apenas uma pequena parte dizia comer chocolates e/ou bolos, rebuçados e/ou pastilhas todos os dias, com uma prevalência de 21% e 22% respetivamente.
2. Quanto à questão do ambiente em que vivem a grande parte (60%) gosta da casa onde vive, ou seja, a instituição. Também a maioria referia ter amigos dentro e/ou fora da instituição, ou seja, ter uma vida social (81%) sendo que apenas 2% afirmou não ter amigos. Das crianças inquiridas neste estudo 65% afirmavam ser felizes.

3. Relativamente à acessibilidade ao médico dentista, das crianças inquiridas, 81% já tinha ido pelo menos a uma consulta no médico dentista previamente à observação para este estudo e que os responsáveis legais pelas crianças recebem os cheques dentista incluídos no Plano Nacional para a Saúde Oral para realizar tratamentos preventivos/intercetivos.
4. Das crianças inquiridas 92% (n=92) afirma ter escova própria e 96% (n=96) afirma ter pasta de dentes disponível para realizar a sua higiene oral. Apenas 5% das crianças afirmou utilizar fio dentário regularmente, 16% utilizava colutórios e 44% dizia higienizar a língua.
5. Quanto às rotinas praticadas dentro das instituições 86% das crianças afirmou higienizar os dentes pelo menos uma vez por dia. Contudo, nenhuma criança que afirmou higienizar os dentes diariamente o faz com ajuda/supervisão de um adulto. Também a troca de escova no período recomendado pela literatura, de 3 em 3 meses (112), não era praticada por 37% das crianças.
6. Na primeira consulta efetuada a cada criança foi realizada profilaxia e exames complementares de diagnóstico, quando indicados. Também foi feita instrução e motivação para a realização de uma correta higiene oral, foram informadas das alturas do dia mais importantes para higienizar os dentes, bem como sensibilizadas para a importância de adotar uma dieta não cariogénica. Segundo os dados analisados e os resultados obtidos neste estudo entende-se a necessidade da realização deste tipo de projetos de boas práticas que permitem capacitar e sensibilizar as crianças e jovens para a consciencialização das suas responsabilidades com a saúde oral, sensibilizar no que diz respeito aos hábitos adotados que são prejudiciais à saúde geral e em particular à saúde oral. Foram destacados os hábitos tabágicos, alcoólicos e o consumo de estupefacientes, mas também é necessária uma consciencialização relativamente aos malefícios do consumo excessivo de açúcar.
7. Foram realizadas 85 ortopantomografias, a todas as crianças com idade superior a 6 anos e com indicação clínica para tal. Destas destacam-se 9

crianças com dentes supranumerários, nomeadamente mesiodentes. Verificámos também que 48% das crianças (n=44) com dentição mista ou permanente apresentava os primeiros molares permanentes cariados e 39,3% tinha os mesmos previamente obturados (restaurados e/ou com tratamento endodôntico), daí ser de extrema importância a prevenção primária: realização de motivação para a higiene oral, colocação de selantes, destartarizações e aplicação tópica de flúor.

8. Quando observada a existência de hábitos deletérios nestas crianças 54% apresentavam algum hábito deletério, sendo o mais prevalente a onicofagia presente em 35% da amostra, seguido dos respiradores orais 19%. O menos prevalente foi o bruxismo encontrado em apenas 1% da população, o hábito de sucção digital foi encontrado em 8% da população e o hábito de interposição lingual e/ou labial e/ou deglutição atípica foi encontrado numa prevalência semelhante, de 10%.
9. Quanto à avaliação dos tecidos moles a maior parte das crianças observadas (75%) não apresentava nada de relevante, no entanto, nos restantes as úlceras foram as lesões mais encontradas com uma prevalência de 11%, seguidas das lesões de mordisqueiro (4%) e herpes (3%), petéquias (2%) e escoriações (2%). Também foram observadas em algumas crianças (n=4) alterações como a língua geográfica lacerações, anquiloglossia e fibroma, todas com prevalência de 1%.
10. Quanto a classe molar a maioria das crianças, 56%, estavam em classe I molar, no entanto, 33% das crianças tinha uma classe II molar e a menor parte apresentava uma classe III molar (3%). Quanto à classe canina os resultados são equivalentes sendo que em classe I canina estavam 49% das crianças observadas, 29% em classe II e por fim com uma prevalência de 1% das crianças observou-se classe III canina. Também quanto ao tipo de mordida apresentado pelas crianças observadas a maioria (69%) não apresentava alterações de mordida enquanto que 11% das crianças apresentavam mordida cruzada e com igual prevalência encontrava-se a mordida profunda, com

menor prevalência. Foi observado que 7% das crianças apresentavam mordida aberta.

11. Para cada criança foi calculado o índice cpod e/ou CPOD, dependendo se a criança apresentava dentição decídua, mista ou permanente. Depois de concluída a análise obtivemos uma média de cpod de 2,31 +/- 2,77, sendo que a média máxima obtida foi encontrada no Internato de Santa Teresinha com um valor de 3,20 +/- 3,63. Quanto ao índice CPOD obtivemos uma média de 3,43 +/- 3,58 sendo a média máxima obtida no Lar de São José com um valor de 3,94 +/- 4,04.
12. Depois de concluída a observação das crianças foi possível avaliar a necessidade de tratamentos dentários, sendo que 91% das crianças necessitava de tratamentos do foro da prevenção primária, nomeadamente, colocação de selantes, destartarização e aplicações tópicas de flúor. Em 69% das crianças era necessário a realização de tratamentos de prevenção secundária, como, restaurações, endodontias e cirurgias.
13. Na primeira consulta efetuada a estas crianças foram realizadas 88 destartarizações, 91 aplicações de flúor tópico. Foram ainda realizados 44 procedimentos interceptivos, nomeadamente restaurações e exodontias. Ficam a faltar 220 tratamentos restauradores, 26 exodontias simples, 4 exodontias complexas, 2 endodontias e 175 quadrantes que necessitam de aplicações de selantes de fossas e fissuras.
14. No sentido de formar os cuidadores das quatro instituições incluídas neste estudo, foram realizadas ações de formação, com uma base ilustrativa recorrendo à projeção de imagens, acerca de hábitos de higiene oral, em particular técnicas de escovagem, utilização de fio dentário e indicações para o uso de colutórios. Foi ainda recomendado que, às crianças com menos de 8 anos, fosse suplementada a escovagem. Foi reforçada a ideia de não comer ou beber depois da escovagem da noite, obrigatoriamente antes de deitar.

15. No decorrer deste estudo observámos que a maioria das instituições tinha acesso a consultas de Medicina Dentária. No entanto, este acompanhamento era feito principalmente em casos de urgência e/ou controlo de aparelhos ortodônticos. Verificou-se que dado o elevado número de crianças por instituição torna-se difícil de ser conseguido um acompanhamento regular de todas as crianças, devido à logística do tempo/número de crianças/funcionários disponíveis. Torna-se assim necessária e recomendável a criação de serviços de saúde oral acessíveis a estas crianças.



## **Bibliografia**

---



1. Ana A. A sociologia e a construção da infância: olhares do lado da família. *PsicoSoma*; 2011.
2. Sampaio D. *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Caminho; 1995.
3. Alarcão M. (Des)Equilíbrios familiares. Quarteto; 2002.
4. Abreu J. Reflexões em torno do conceito de famílias multiproblemáticas: a visão do contexto escolar e dos professores sobre a crescente problematização das famílias e suas implicações. Braga; 2011.
5. Rodrigo MJ, Máiquez ML, Correa AD, Martín JC, Rodríguez G. Outcome evaluation of a community center-based program for mothers at high psychosocial risk. *Child Abuse Negl*; 2006; 30(9):1049–64.
6. Martins PCM. *Proteção de crianças e jovens em itinerários de representações sociais, modos e espaços*. Universidade do Minho; 2004.
7. Ramirez M, Penha MT& L, Co. *Criança Portuguesa: Que Acolhimento? Relatório*. Instituto de Apoio à Criança: Rede Europeia de Acolhimento de Crianças. Comissão das Comunidades Europeias. Lisboa : Instituto de Apoio à Criança, 1988.
8. Diário da República. *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco*. Decreto-Lei nº 147/99; 1 de Setembro.
9. Lemos MS. *A escola dos alunos institucionalizados: Comportamentos e atitudes*. Covilhã; 2012.
10. Silva C, Lemos I, Nunes C. Acontecimentos de vida stressantes, psicopatologia e resiliência em adolescentes institucionalizados e não institucionalizados. *Psic., Saúde & Doenças*; 2013; 14(2): 348-355.
11. Pereira M, Soares I, Dias P, Silva J, Marques S, Baptista J. Desenvolvimento, psicopatologia e apego: estudo exploratório com crianças institucionalizadas e suas cuidadoras. *Psicol Reflex E Crítica*. 2010;23(2):222–31.
12. Li ST<sup>1</sup>, Nussbaum KM, Richards MH. Risk and protective factors for urban African-American youth. *Psychology. Am J Community Psychol*.2007;39(1-2):21-35.
13. Trigo, Luísa Ribeiro; Alberto, Isabel - As múltiplas faces da institucionalização de crianças e jovens: risco e/ou oportunidade?. In Conferência Internacional em Intervenção com Crianças, Jovens e Famílias, I, Coimbra, Portugal; 2007 – Almeida, A; Fernandes N. - Actas da I

Conferência Internacional em Intervenção com Crianças, Jovens e Famílias. Coimbra: Almedina, 2009.

14. Alberto IM. Violencia e vítimas de crimes. Em: Como pássaros em gaiolas? Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. Coimbra: Quarteto; 2002. p. 228–44.
15. Andolfi M. A terapia Familiar. Lisboa: Editorial Vega; Lisboa; 1988.
16. Hespanha P. Entre o Estado e o Mercado. As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal. Ruivo F, editor. Coimbra: Quarteto; 2000.
17. Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev.* 2005;7(4):349–67.
18. Soares I. Construção da vinculação: da relação ao self e do self às relações. In *Aquém e além do cérebro: Relações interpessoais excepcionais*. Simpósio da Fundação Bial; 2002.
19. Toth SL, Cicchetti D, Macfie J, Maughan A, VanMeenen K. Narrative representations of caregivers and self in maltreated pre-schoolers. *Attach Hum Dev.* 2000;2(3):271–305.
20. Pinhel J, Torres N, Maia J. Crianças Institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*; 2009.
21. Cancrini L, Gregorio F, Nocerino S. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática : la experiencia de Ciutat Vella. Paidós; 2001.
22. Sousa L, Ribeiro C, Rodrigues S. Intervention with multi –problem poor clientes: Towards a strengths-focused perspective. *J Soc Work Pract.* 2006;189–204.
23. Sousa L, Ribeiro C. Percepção das famílias multiproblemáticas pobres sobre as suas competências. *Psicologia*; 2014;19(1/2):169.
24. Marujo HA. Fatores de risco na infância: o despiste precoce e a ação educativa. *Psicologia VII*. 2.<sup>a</sup> ed. 1992;185–92.
25. Department of Health. Framework for assessment of children in need and their families. The Stationery Office; 2000.
26. Corte Real F. A relação entre fatores de risco e o recurso a suportes sociais numa amostra de crianças com Necessidades Educativas Específicas. Évora; 1997.
27. Morais NA. Trajectórias de vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: entre o risco e a protecção. Rio Grande do Sul; 2009.

28. Breia G, Almeida IC, Colôa J. Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce. Ministério da Educação; 2004.
29. Diaz J, Resa J. A criança socioculturalmente desfavorecida. Em: Necessidades Educativas Especiais. DinaLivro; 1993. p. 185–207.
30. Bairrão J. A perspetiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias. O caso da intervenção precoce. Inovação; 1994.
31. CNPCJR, MSS. Promoção e protecção dos direitos das crianças. Guia de orientações para os profissionais da acção social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo. CNPCJR & MSS; 2011.
32. RB B. Children at risk: fostering resilience and hope. Am J Orthopsychiatry; 1994; 64(4):545-53.
33. Anaut M. A resiliência - Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: Climepsi; 2005.
34. Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. Psicol Em Estudo. 2003;8:75–84.
35. Engle PL, Castle S, Menon P. Child development: vulnerability and resilience. Soc Sci Med 1982; 1996;43(5):621–35.
36. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. Br J Psychiatry J Ment Sci. 1985;147:598–611.
37. Silveira DR, Mahfoud M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. Estud Psicol Camp. 2008;25(4):567–76.
38. Flach F. Resiliência: a arte de ser flexível. 2.<sup>a</sup> ed. Saraiva; 1997.
39. Social S. Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das crianças e jovens. Instituto da Segurança Social; 2017.
40. Social S. Relatório anual de atividades da cpcj de Viseu. Segurança social; 2007.
41. Alves S. Filhos da Madrugada: percursos de jovens em lares de infância e juventude. Lisboa; 2007.
42. Gomes I. Acreditar no Futuro. Texto; 2010.
43. Social S. Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das crianças e jovens. Instituto da Segurança social; 2013.

44. Mota CP, Matos PM. Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrole. *Análise Psicológica*; 2012;28(2):245–54.
45. Costa ME, Vale D. A violência nas escolas. Instituto de Inovação Educacional; 1998.
46. Strecht P. Preciso de ti - perturbações psicossociais em crianças e adolescentes. Assírio & Alvim; 2001.
47. Zurita J, del Valle JF. Acogimiento residencial. Em: Manual de protección infantil. 1.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier-Manson; 2005. p. 409–70.
48. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social support questionnaire; 1983
49. Yunes MAM, Miranda AT, Cuello SES. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. Em: Abordagem psicológica do desenvolvimento humano: experiência no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 197–218.
50. Aquino LMC, Silva ERA. Os abrigos para crianças e adolescentes e o direito à convivência familiar e comunitária. Em: Políticas Sociais – acompanhamento e análise. IPEA; 2005. p. 186–93.
51. Social S. Manual de processos-chave lar de infância e juventude. Instituto da Segurança Social; 2007.
52. Alexandre DT, Vieira ML. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicol Em Estudo*. 2004;9(2):207–17.
53. Confraria de Santo António de Viseu – IPSS [Internet]. Citado a 15 de Abril de 2018. Disponível em: <http://www.csaviseu.pt/>
54. Internato Viseense de Santa Teresinha.[Internet] Citado a 15 de Abril de 2018. Disponível em: <http://ivstviseu.weebly.com/>
55. Santa Casa da Misericórdia de Viseu [Internet]. Citado 15 de Abril de 2018. Disponível em: <http://www.scmviseu.com/>
- 56. Cortelli S, Cortelli J, Prado J. DMFT in school children relate to caries risk factors; 2004
57. Becho M, Oliveira P, Drumond T. Programa materno infantil do curso de odontologia da Univale: Contribuições da Psicanálise. Vale do Rio Doce; 2008.
58. Rizzini I. A assistência à infância no Brasil : uma análise de sua construção. Instituto Histórico Geográfico Brasileiro. Rio de Janeiro; 1993.

59. Yewe-Dyer M. The definition of oral health. *Br Dent J*. 1993;174(7):224–5.
60. Dolan TA. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent*; 1993;13(1):35–9.
61. Waes HJM van. *Odontopediatria*. ArtMéd; 2002.
62. Costa ALM, Paiva E, Ferreira LP. Saúde oral infantil: uma abordagem preventiva. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*; 2006.
63. WHO | Oral health [Internet]. 2012. Citado a 28 de Maio de 2018. Disponível em: [http://www.who.int/oral\\_health/publications/factsheet/en/](http://www.who.int/oral_health/publications/factsheet/en/)
64. Trindade CP, Pinto G, Carlos A. Prevalência de gengivite em crianças de 3 a 5 anos na fase de dentadura decídua. *RPG Rev Pos-Grad*. 2002;219–23.
65. Neves AM, Passos IA. Gingivitis prevalence and severity study among Low Socioeconomic Status population. M. 2010.
66. American Association of Paediatrics Dentistry. AAPD – Guideline - Policy on Social Determinants of Children’s Oral Health and Health Disparities. AAPD; 2017.
67. American Association of Paediatrics Dentistry. AAPD – Guideline - Policy on Oral Health Care Programs for Infants, Children, and Adolescents. AAPD; 2013.
68. Pereira AC. *Odontologia em Saúde Coletiva - Planejando Ações e Promovendo Saúde*. São Paulo: Artmed; 2003. 413–425 p.
69. APGF V, JP K. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*; 2011.
70. Davidoff DCO, Abdo RCC, Silva SMB. Prevalência de Cárie Precoce da Infância. *Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada*. 2005;5(3):215–21.
71. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*; 2003;53(5):285–8.
72. Agnelli PB. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio de Janeiro; 2016;72(1/2):10.
73. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Rev Port Estomatol Med Dentária E Cir Maxilofac*; 2013;54(1):27–32.

74. Seabra M, Macho V, Pinto A, Soares D. A Importância das Anomalias Dentárias de Desenvolvimento. *Acta Pediatrca Portuguesa*; 2008; 39(5): 195-200.
75. Manuila L, Manuila A, Lewalle P, Nicoulin M. *Dicionário Médico*. 1ª. Lisboa: Climepsi; 2000.
76. Antonio AG, Maia LC, Vianna RB de C, Quintanilha LELP. Preventive strategies in oral health promotion. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*; 2005;10:279–86.
77. Ewles L. *Promoting health: A practical guide to health education*. Jonh Wiley and Sons; 1985.
78. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc E Saude*. 2005;2(2):6–7.
79. American Association of Paediatrics Dentistry. AAPD -Guideline – Policy on Substance Abuse in Adolescent Patients. AAPD; 2016.
80. American Association of Paediatrics Dentistry -Guideline – Policy on Tobacco Use. AAPD; 2015.
81. Hilma Khoury. *Coleta de Dados em Surveys*. Educação. Pará, Brasil;2017 .
82. Direção Geral da Saúde. *Circular Normativa DGS - Atualização das curvas de crescimento*. DGS; 2015.
83. Rita A, Sousa RC, Mendes S, Graça P. *Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2017.
84. Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Em: *The Cochrane Library* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015
85. Storebø OJ, Pedersen N, Ramstad E, Krogh HB, Moreira-Maia H, Magnusson F, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of harmful effects in non-randomised studies Em: *The Cochrane Library* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016.
86. Albert PR. Drugs for kids: Good or bad? *J Psychiatry Neurosci JPN*; 2012;37(5):293–5.
87. Marcus SC, Wan GJ, Kemner JE, Olfson M. Continuity of Methylphenidate Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 2005;159(6):572–8.

88. Macho V, Andrade D, Areias C, Norton A, Coelho A, Macedo P, et al. Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. *Rev Port Cardiol.* 2012;53(3):143–7.
89. Scarpim M de F. Prevalence of dental anomalies in pre-orthodontic treatment patients evaluated by panoramic radiograph: a retrospective study. *Clin Pesqui Odontol Curitiba.* 2006;2(3):203–12.
90. Casteleti MG. Distúrbios do desenvolvimento dentário e suas influências no desenvolvimento da oclusão na dentição mista e permanente. Campinas; 2003.
91. Castro JFL de, Oliveira SB, Sales RD. Prevalência das anomalias dentárias em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico. *Rev Dent Press Ortod E Ortop Facial;* 2004;9(5):79–84.
92. Pinheiro C. Prevalence of Dental Anomalies of Number in Orthodontic Patients: A Radiographic Study. Paraíba; 2008;8(1).
93. Lima-Rivera LM. Prevalence of oral lesions in children 6 to 12 years. *Salusvita;* 2016;35(3):411–22.
94. Drumond A, Neto J, Minini A, Nery C, Lenza M. Características da oclusão e prevalência de más oclusões em crianças atendidas na Universidade Federal de Goiás. *Rev Odontol Bras Central;* 2011;20(52)
95. Almeida MR, Pereira ALP, Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Silva OG. Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 anos de idade. *Dent Press J Orthod;* 2011;16(4):123–31.
96. Kochhar R, Richardson A. The chronology and sequence of eruption of human permanent teeth in Northern Ireland. *Int J Paediatr Dent.* 8(4):243–52.
97. Castro IO, Valladares-Neto J, Estrela C. Prevalência de Malocclusão em Indivíduos que Solicitaram Tratamento Ortodôntico na Rede Pública de Saúde. *Rev Odontol Bras Central;* 2010;19(51)
98. Stearns BP, Matlin S. Poverty, equity & health research. Geneva: Global Forum for Health Research; 2005.
99. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Estudo nacional de prevalências das doenças orais. 3ª. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2008.
100. Tobias R, Parente RCP, Rebelo MAB. Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(4):608–18.

101. Fioravante DP, Marinho-Casanova ML. Comportamento de crianças e de dentistas em atendimentos odontológicos profiláticos e de emergência. *Interação Em Psicol*; 2009.
102. Souza JGS, Andrea Maria Eleutério de Barros Lima Martins. Dor dentária e fatores associados em pré-escolares brasileiros. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(3):336–42.
103. Allón I. Estudo Epidemiológico da dor de dente e fatores associados em pré-escolares da região oeste do município de São Paulo. São Paulo; 2016.
104. Poletto M. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(2):455–66.
105. Antunes JLF, Peres MA, Frias AC, Crosato EM, Biazevic MGH. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*; 2008;42(2):191–9.
106. Giacomoni CH, Souza LK, Hutz CS. Eventos de vida positivos e negativos em crianças. *Temas Em Psicol*. 2016;24(4):1421–35.
107. Matos S. O corpo e a imagem corporal em adolescentes: perspectivas a partir do cuidado integral à saúde. *Adolescência Saúde*. 2014;11(2):19–24.
108. Carmo R. Relações entre Crianças e Jovens em Instituições de Acolhimento. Portalegre; 2013.
109. Rodrigues CM. Coportamentos, Hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação. Lisboa; 2008.
110. Santos APPD, Nadanovsky P, Oliveira BHD. Inconsistencies in recommendations on oral hygiene practices for children by professional dental and paediatric organisations in ten countries. *Int J Paediatr Dent*. 2011;21(3):223–31.
111. Pedrazzi V, Sato S, de Mattos M da GC, Lara EHG, Panzeri H. Tongue-Cleaning Methods: A Comparative Clinical Trial Employing a Toothbrush and a Tongue Scraper. *J Periodontol*; 2004;75(7):1009–12.
112. Anjum Y, Ambrina Q. Tooth brush changing frequency and associated socio-demographic and oral hygiene factors among residents of Karachi. *J Dent Oral Hyg*. 2016;8(2):4–11.
113. Precioso J, Calheiros J, Pereira D, Campos H, Antunes H, Rebelo L, et al. Estado actual e evolução da epidemia tabágica, em Portugal e na Europa. Prevalence and smoking trends in Portugal and Europe. Braga; 2009.

114. Mendes V, Lopes P. Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. Revista Tóxicodependências; 2007;13:16.
115. Ramiro LI. A educação sexual na mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes. Lisboa; 2013.
116. Dell’Aglia DD, Hutz CS. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. Psicol Reflex E Crítica. 2004;17(3):351–7.
117. Garn SM, Lewis AB, Koski K, Polacheck DL. The sex difference in tooth calcification. J Dent Res; 1958;37(3):561–7.
118. Monteiro D. Medicamentos pediátricos e cárie dentária: Percepções e atitudes dos médicos de medicina geral e familiar. Viseu; 2016.



## **Anexos**

---



## Anexo I

Questionário preenchido pelos estudantes de medicina dentária da UCP.

### Dados Pessoais

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Nome pelo qual gosta de ser chamado: \_\_\_\_\_ Nº do Processo: \_\_\_\_\_

Género:  M  F Raça/Etnia: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_ Peso: \_\_\_ Data do último exame médico: \_\_\_\_\_

Nome/morada/contacto do médico de família: \_\_\_\_\_

Nome/morada/contacto do médico especialista: \_\_\_\_\_

### Dados Clínicos Gerais

Alergias: \_\_\_\_\_

#### Problemas de saúde:

Cardíacos:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Renais:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Respiratórios:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Oculares:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Dermatológicos:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Cirurgias prévias:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Neurológicos:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Sanguíneos:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Oncológicos:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Diabetes:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Digestivos:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Outras:  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Tem as vacinas em dia?  Sim  Não

#### Medicação:

Toma alguma medicação (prescrita ou não), vitaminas, ou suplementos dietéticos?  Sim  Não

Lista de nomes, doses, frequência e data de início:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hábitos deletérios	Sim	Duração	Frequência
Respirador oral			
Deglutição atípica			
Interposição lingual			
Interposição labial			
Outros: _____			

(**Duração:** Dizer se ainda o faz ou até que idade teve esse hábito. **Frequência:** Se realiza apenas durante o dia, apenas durante a noite ou ambos)

## Observação intra-oral e radiográfico

### Análise da ortopantomografia:

---

---

---

### Anomalias de desenvolvimento:

#### Número:

Anodontia/Oligodontia .....  Sim

Dentes supranumerários....  Sim

Quais: \_\_\_\_\_

Agenesias .....  Sim

#### Tamanho e Forma:

Concrescência .....  Sim

Fusão .....  Sim

Geminação .....  Sim

Dente evaginado .....  Sim

Dente invaginado .....  Sim

Pérolas de esmalte .....  Sim

Macrodonia .....  Sim

Microdonia .....  Sim

Dentes conóides .....  Sim

Taurodontismo .....  Sim

Tubérculo paramolar .....  Sim

#### Anomalias de cor:

Fluorose dentária .....  Sim

Manchas do esmalte .....  Sim

Opacidade do esmalte .....  Sim

#### Formação do dente:

Aplasia e hipoplasia de cimento .....  Sim

Dilaceração .....  Sim

Hipoplasia do esmalte .....  Sim

Odontodisplasia regional .....  Sim

Dente de Turner .....  Sim

#### Anomalias Hereditárias:

Amelogénese imperfeita .....  Sim

Dentinogénese imperfeita ....  Sim

Odontogénese imperfeita ....  Sim

Dente em concha .....  Sim

Displasia dentinária.....  Sim

#### Anomalias de Erupção:

Dentes natais .....  Sim

Dentes neonatais .....  Sim

Erupção prematura dos dentes .....  Sim

Dentes temporários/retidos .....  Sim

Erupção tardia .....  Sim

Perda prematura dos temporários  Sim

**Avaliação dos tecidos moles:**

**Lábios:**

- Herpes .....  Sim
- Úlceras .....  Sim
- Aftas .....  Sim
- Escoriações .....  Sim
- Equimoses .....  Sim
- Lacerações .....  Sim
- Queimaduras .....  Sim
- Lesões de IST .....  Sim

**Mucosa Jugal e Gengival:**

- Herpes .....  Sim
- Úlceras .....  Sim
- Aftas .....  Sim
- Abrasões .....  Sim
- Lacerações .....  Sim
- Queimaduras .....  Sim
- Patologia Infeciosa .....  Sim

**Ossos face e mandíbula:**

- Fraturas .....  Sim

**Freio Labial e Lingual:**

- Lacerações .....  Sim
- Equimoses .....  Sim

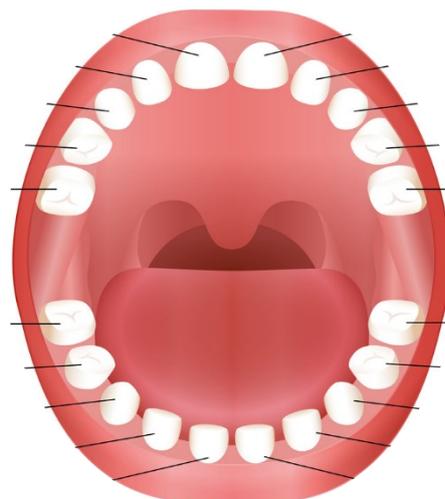
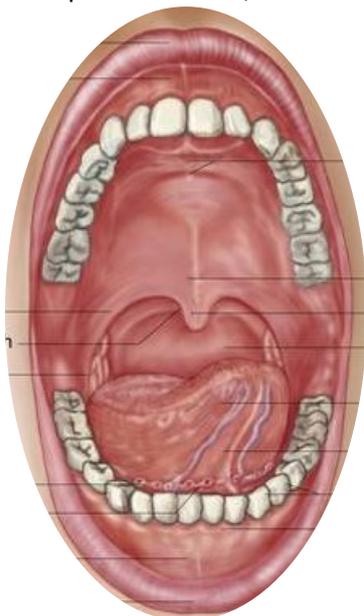
**Palato:**

- Úlceras .....  Sim
- Aftas .....  Sim
- Herpes .....  Sim
- Ptéquias .....  Sim
- Lacerações .....  Sim
- Queimaduras .....  Sim

**Dentes:**

- Luxação .....  Sim
- Avulsão .....  Sim
- Fratura .....  Sim
- Intrusão .....  Sim
- Necrose .....  Sim

**Localização das anomalias:** Marcar o local correspondente à anomalia encontrada, caso haja múltiplas anomalias, marcar o local e especificar a anomalia correspondente.



*Nesta imagem marcar apenas anomalias relativas aos dentes decíduos.*



**Diagnóstico, Prognóstico e Plano de tratamento**

**Diagnóstico:**

---

**Plano de tratamento:**

**1ª fase:**

Higiénica .....  Sim

**Prevenção primária:**

Motivação e instrução para a H.O.  Sim

Selantes \_\_\_\_\_ .....  Sim

**Prevenção terciária:**

Reabilitação \_\_\_\_\_ .....  Sim

Controlos \_\_\_\_\_ .....  Sim

**Prevenção Secundária:**

Restaurações \_\_\_\_\_ .....  Sim

Endodontias \_\_\_\_\_ ....  Sim

Extrações \_\_\_\_\_ .....  Sim

**Observações:**

Tipo de Paciente	Sim	Data
Colaborante		
Com medo		
Agressivo		
Desafiador		
Não colaborante		

Exame Realizados	Sim	Não	Data
Ortopantomografia			
Teleradiografia			
Periapicais			
Bitewings			
Registo fotográfico			
Outros:			

**Informação adicional:**

---

---

---

## Anexo II

Questionário aplicado às crianças com idade superior a 6 anos.

### Dados Pessoais

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Género:  M  F

Nº do Processo: \_\_\_\_\_

### Dados Clínicos Gerais

- Costumas ter dor de dentes? .....  Sim  Não  
Costumas ter feridas na boca? .....  Sim  Não  
Costumas ter aftas na boca? .....  Sim  Não  
Costumas ter mau hálito? .....  Sim  Não  
Costumas ter sangramento gengival? .....  Sim  Não  
Quando te queixas de dores de dentes levam te ao médico dentista? .....  Sim  Não  
Achas que precisas de tratamentos médico dentários? .....  Sim  Não  
Com quem vives? \_\_\_\_\_  
Gostas de viver no sítio onde vives? .....  Sim  Não  
Consideras te feliz? .....  Sim  Não  
Se não, o que te falta para seres feliz? \_\_\_\_\_  
Dás te bem com as outras pessoas da tua casa? .....  Sim  Não  
Tens amigos? .....  Sim  Não  
Fazes desporto? .....  Sim  Não  
Utilizas protetores bucais quando fazes desporto? .....  Sim  Não

Que tipo de alimentação fazes?

Tipo Alimentação	Sim	Data
Líquida		
Pastosa		
Normal		

O que Bebes à refeição? \_\_\_\_\_

Quantas Refeições fazes por dia? \_\_\_\_\_

Quantas vezes comes:

- Sopa:  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias  
Fruta:  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias  
Legumes:  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias  
Carne/peixe:  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias  
Ovos:  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias  
Leite/ Iogurte/ Queijo:  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias

**Enlatados:**  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias  
**Enchidos:**  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias  
**Rebuçados/pastilhas:**  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias  
**Chocolates/bolos:**  raramente  1-2 vezes/semana  + 3 vezes/semana  Todos os dias

Faz suplementos vitamínicos e/ou flúor?  Sim  Não (se sim Qual? \_\_\_\_\_)

Habitualmente como é constituído o teu lanche?

---

### Antecedentes Pessoais Dentários

É a primeira consulta no dentista:  Sim  Não

Última visita ao dentista: \_\_\_\_\_ anos/meses (riscar o que não interessa)

Não me lembro de quando foi a última visita ao dentista:

#### Hábitos de Higiene Oral:

Lavas os dentes? .....  Sim  Não

Sozinho  Com ajuda  Quanto tempo demoras a escovar? \_\_\_\_\_ min

Utilizas fio dentário? .....  Sim  Não

Tens escova própria? .....  Sim  Não

Usas pasta dos dentes? .....  Sim  Não

Usas colutório para bochechar? .....  Sim  Não

Escovas a língua e as bochechas? .....  Sim  Não

Comes antes de dormir? .....  Sim  Não

Mudas de escova frequentemente? .....  Sim  Não

De quanto em quanto tempo? \_\_\_\_\_

Hábitos deletérios	Sim	Duração	Frequência
Chuchar no dedo			
Chupeta			
Biberão			
Roer as unhas			

(**Duração:** Dizer se ainda o fazes ou até que idade tiveste esse hábito. **Frequência:** Se realizas apenas durante o dia, apenas durante a noite ou ambos)

## Questões suplementares para um paciente adolescente

Tens preocupação com a tua boca/dentes ou saúde oral?  Sim  Não Se SIM, descreve: \_\_\_\_\_

Tiveste alguma dor de dentes ou na boca?  Sim  Não Se SIM, descreve: \_\_\_\_\_

Tens preocupações com a aparência do teu sorriso?  Sim  Não Se SIM, descreve: \_\_\_\_\_

Houve alguma mudança recente na tua alimentação?  Sim  Não Se SIM, descreve: \_\_\_\_\_

Tomas algum suplemento dietético?  Sim  Não Se SIM, Qual: \_\_\_\_\_

Se Sim, o suplemento foi prescrito por um médico?  Sim  Não

Participas em desportos de contacto ou alta velocidade?  Sim  Não Se SIM, Qual: \_\_\_\_\_

### Tens algum histórico de:

Uso de tabaco (cigarro, mastigar, charuto, cachimbo, etc.)  Sim  Não  Não respondo

Desordem alimentar (anorexia, bulimia, etc.)  Sim  Não  Não respondo

Uso/abuso de álcool ou droga  Sim  Não  Não respondo

Piercings orais  Sim  Não  Não respondo

Uso/abuso de inalador, snifar cola ou outros produtos?  Sim  Não  Não respondo

Atividade sexual (incluindo sexo oral)  Sim  Não  Não respondo

Raparigas: Estás grávida ou tens alguma possibilidade de estar?  Sim  Não

Há alguma questão que gostavas de discutir em privado com o teu dentista?  Sim  Não

Gostarias de se atendido por um médico dentista generalista devido à tua idade?  Sim  Não