

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Saúde Oral em crianças de Viana do Castelo: Perspetiva
do médico dentista versus encarregados de educação**

Mafalda de Carvalho e Lago

Orientadora:

Prof.^a Doutora Paula Faria Marques

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2024

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Saúde Oral em crianças de Viana do Castelo: Perspetiva
do médico dentista versus encarregados de educação**

Mafalda de Carvalho e Lago

Orientadora:

Prof.^a Doutora Paula Faria Marques

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2024

AGRADECIMENTOS

A concretização desta tese não teria sido possível sem o apoio e colaboração de várias pessoas, às quais gostaria de expressar a minha profunda gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, pelo seu apoio e orientação ao longo de todo este processo. A sua experiência e sabedoria foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Muito obrigada por ter aceitado ser minha orientadora e por ter acreditado no tema que eu me propus a desenvolver.

Ao meu namorado, Tiago, quero expressar o meu sincero agradecimento pelo amor, paciência e compreensão. O apoio emocional foi essencial para que eu mantivesse a motivação e superasse os desafios que encontrei ao longo deste caminho.

Aos meus queridos pais, João e Maria de Fátima, agradeço profundamente por todo o apoio incondicional que sempre me deram. A confiança que sempre depositaram em mim e os sacrifícios que fizeram permitiram que eu seguisse os meus sonhos e alcançasse os meus objetivos. Agradeço por estarem sempre ao meu lado, sem vocês nada disto teria sido possível. Agradeço também aos meus restantes familiares - avós, tios e primos - pelo carinho e apoio ao longo dos anos.

Às minhas amigas e colegas de curso, Ruxanda e Brenda, quero deixar um especial agradecimento pela amizade que partilhamos. O apoio mútuo e os momentos de descontração tornaram este percurso mais leve e enriquecedor. Foi, sem dúvida, uma parte crucial desta experiência.

A todos vocês, o meu mais sincero obrigada. Esta conquista é tão vossa quanto minha.

RESUMO

Introdução: A saúde oral é essencial para o desenvolvimento das crianças. No entanto, enfrenta obstáculos como a ansiedade e o medo, a percepção de necessidade e os relacionados com o acesso aos serviços de saúde oral.

Objetivos: Compreender os hábitos, percepção do estado de saúde oral, opinião sobre o acesso e satisfação com os serviços de saúde oral em crianças dos 6 aos 10 anos no concelho de Viana do Castelo, sob a perspectiva dos Encarregados de Educação (EE) e dos Médicos Dentistas (MD).

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional e transversal. A recolha de dados realizou-se através da aplicação de um questionário aos EE e aos MD. Realizou-se a análise estatística descritiva, seguida da análise inferencial, com um nível de significância de 0,05.

Resultados e Discussão: A amostra incluiu aproximadamente 48% dos MD e 27% dos EE do concelho. O aconselhamento a grávidas foi valorizado por 95,8% dos MD e 92,1% dos EE, o que está de acordo com as recomendações da literatura. A percepção da utilização do cheque-dentista foi significativamente diferente ($p < 0,001$) para os EE 68,8% e MD 88,9%, sendo estas percentagens semelhantes às de outros estudos nacionais. Nenhum MD 0% e apenas 6,4% EE consideraram que a primeira consulta ocorreu durante o primeiro ano da criança ($p < 0,001$), observando-se uma discrepância em relação às recomendações da literatura. Segundo 67,3% dos EE e 22,2% dos MD ($p < 0,001$), o motivo mais comum da primeira consulta é rotina. O resultado reflete que a maioria dos EE desconhece a existência de necessidade de tratamento.

Conclusões: É fundamental educar os pais sobre a importância das consultas regulares desde cedo, reduzir a ansiedade das crianças, melhorar a comunicação entre médicos dentistas e pais, e alinhar as expectativas sobre saúde oral entre ambos os grupos.

ABSTRACT

Introduction: Oral health is essential for children's development. However, it faces obstacles such as anxiety and fear, perception of need, and access to oral health services.

Objectives: To understand habits, perception of oral health status, opinions on access, and satisfaction with oral health services in children aged 6 to 10 in the municipality of Viana do Castelo, from the perspective of Guardians (EE) and Dentists (MD).

Materials and Methods: An observational and cross-sectional study was conducted. Data was collected through a questionnaire administered to EE and MD. Descriptive statistical analysis was followed by inferential analysis with a significance level of 0.05.

Results and Discussion: The sample included approximately 48% of MD and 27% of EE from the municipality. Counseling pregnant women was valued by 95.8% of MD and 92.1% of EE, which is in accordance with the recommendations in the literature. The perception of using the dental voucher was significantly different ($p < 0.001$) for EE 68.8% and MD 88.9%, with these percentages being similar to those of other national studies. No MD 0% and only 6.4% EE considered that the first consultation occurred during the child's first year ($p < 0.001$), observing a discrepancy in relation to the recommendations in the literature. According to 67.3% of EE and 22.2% of MD ($p < 0.001$), the most common reason for the first consultation is routine. The result reflects that the majority of EE are unaware of the need for treatment.

Conclusions: It is essential to educate parents about the importance of regular check-ups from an early age, reduce children's anxiety, improve communication between dentists and parents, and align expectations about oral health between both groups.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde Oral

Hábitos

Percepção

Acesso

Crianças

KEYWORDS

Oral Health

Habits

Perception

Access

Children

ÍNDICE

| | |
|---|------|
| AGRADECIMENTOS..... | iii |
| RESUMO..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| PALAVRAS-CHAVE..... | vii |
| KEYWORDS..... | vii |
| ÍNDICE DE TABELAS..... | xi |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | xii |
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | xiii |
| I. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 1. Saúde geral e a importância da saúde oral..... | 1 |
| 2. Problemas de saúde oral..... | 1 |
| 3. Saúde oral na criança..... | 2 |
| 4. Promoção da saúde oral na criança..... | 3 |
| 5. Barreiras no acesso à saúde oral da criança..... | 4 |
| II. OBJETIVOS..... | 5 |
| III. MATERIAIS E MÉTODOS..... | 5 |
| 1. Construção do questionário..... | 6 |
| 2. Estrutura do questionário..... | 6 |
| 3. Recolha de dados..... | 6 |
| 3.1. População de estudo..... | 7 |
| 3.2. Aplicação do questionário..... | 7 |
| 3.3. Processamento e tratamento dos dados..... | 8 |
| 3.4. Questões Éticas..... | 8 |
| IV. RESULTADOS..... | 9 |
| 1. Caracterização da amostra do estudo..... | 9 |
| 2. Questões específicas aos Encarregados de Educação..... | 9 |
| 3. Comparação entre as respostas dos Encarregados de Educação e dos Médicos Dentistas..... | 10 |
| 3.1 Acompanhante habitual da criança..... | 12 |

| | |
|--|----|
| 3.2 Questões dicotômicas..... | 13 |
| 3.3 Idade na primeira consulta..... | 14 |
| 3.4 Regularidade das consultas..... | 15 |
| 3.5 Motivo da primeira consulta..... | 16 |
| 3.6 Percepção da Classificação da Saúde Oral e da Satisfação com os Serviços..... | 16 |
| 4. Comparação das respostas dos Encarregados de Educação conforme o sexo dos educandos..... | 18 |
| 5. Comparação das respostas dos Encarregados de Educação conforme a idade dos educandos..... | 20 |
| V. DISCUSSÃO..... | 22 |
| VI. CONCLUSÕES..... | 28 |
| VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 31 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I – Tabela 1 e Tabela 2..... | 35 |
| Apêndice II – Consentimento Médico Dentista..... | 37 |
| Apêndice III – Consentimento Encarregado de Educação..... | 39 |
| Apêndice IV – Questionário Médico Dentista..... | 41 |
| Apêndice V – Questionário Encarregado de Educação..... | 44 |
| Apêndice VI – Parecer da Comissão de Ética..... | 48 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Estatísticas descritivas referentes às questões específicas aos Encarregados de Educação..... | 10 |
| Tabela 2 – Estatísticas descritivas e comparação das respostas entre Encarregados de Educação e Médicos Dentistas..... | 11 |
| Tabela 3 - Estatísticas descritivas e comparação das respostas dos Encarregados de Educação conforme o Sexo dos educandos..... | 18 |
| Tabela 4 - Comparação da Idade da criança/educando entre categorias das respostas dos Encarregados de Educação..... | 20 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Representação gráfica em barras da distribuição de respostas ao acompanhante habitual da criança, por grupo..... | 12 |
| Figura 2 - Representação gráfica em barras da distribuição de respostas afirmativas às questões dicotómicas, por grupo..... | 14 |
| Figura 3 - Representação gráfica em barras da idade na primeira consulta, por grupo..... | 15 |
| Figura 4 - Representação gráfica em barras da regularidade das consultas, por grupo..... | 15 |
| Figura 5 - Representação gráfica em barras da distribuição do motivo da primeira consulta, por grupo..... | 16 |
| Figura 6 - Representação gráfica em barras da distribuição da perceção da classificação da saúde oral da criança, por grupo..... | 17 |
| Figura 7 - Representação gráfica em barras da distribuição da perceção de satisfação com os serviços, por grupo..... | 17 |

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

FDI - *World Dental Federation*

DGS – Direção-Geral da Saúde

AAPD - *American Academy of Pediatric Dentistry*

EE – Encarregados de Educação

MD – Médicos Dentistas

EB1 – 1º Ciclo do Ensino Básico

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

I. INTRODUÇÃO

1. Saúde geral e a importância da saúde oral

A Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, tendo igualmente referido que um desenvolvimento saudável por parte da criança é de extrema importância.⁽¹⁾

A saúde oral, segundo a OMS, refere-se à condição da boca, dentes e estruturas orofaciais, que permite às pessoas desempenharem funções essenciais como mastigar, respirar e falar. Também inclui aspetos psicossociais, como a autoconfiança, bem-estar e a habilidade de socializar e trabalhar sem sentir dor, desconforto ou constrangimento. A saúde oral é uma parte vital da saúde geral e pode variar ao longo da vida, desde a infância até à velhice, ajudando as pessoas a participarem na sociedade e a alcançarem o seu máximo potencial.⁽²⁾

De acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) 2021-2025, a saúde oral está diretamente relacionada com o bem-estar físico, mental e social, ao permitir que as pessoas possam usufruir das oportunidades que a vida lhes reserva.⁽³⁾

Por fim, a *World Dental Federation* (FDI), defende que a saúde oral é uma parte fundamental da saúde global e que um índice elevado de saúde oral deve ser considerado um direito humano básico.⁽⁴⁾

2. Problemas de saúde oral

A OMS relata que a saúde oral enfrenta vários desafios relacionados com doenças orais e diferenças no acesso aos cuidados de Medicina Dentária. Os indivíduos em situação de vulnerabilidade estão mais propensos a desenvolver doenças orais e às suas consequências.⁽²⁾

Por sua vez, na atualidade as doenças orais são reconhecidas como uma questão de saúde pública. Além de acarretarem outros problemas, têm um impacto direto na saúde, desenvolvimento e bem-estar das crianças e os efeitos de uma saúde oral insatisfatória encontram-se amplamente documentados.^(3,5)

Segundo dados da OMS, em 2019 aproximadamente 3,5 biliões de pessoas em todo o mundo foram afetadas por doenças orais, tornando-as as condições mais prevalentes entre as

mais de 300 doenças e condições que afetam a humanidade. Entre as doenças orais, a cárie em dentição permanente ficou em primeiro lugar, com cerca de 2 bilhões de casos e a cárie em dentição decídua em terceiro lugar, com cerca de 510 milhões de casos.⁽²⁾

Ademais, a FDI refere que, a nível mundial, a doença oral é a quarta doença mais onerosa de tratar. Foi afirmado que as lesões de cárie afetam a maioria dos adultos e 60% a 90% das crianças em idade escolar, tendo como uma das consequências milhões de faltas escolares por ano. Foi também referido que a periodontite é uma das principais causas da perda de dentes nos adultos e o cancro oral é o oitavo mais comum e o de tratamento mais dispendioso.⁽⁴⁾

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), as doenças orais representam um dos principais desafios em termos de saúde infantil e juvenil, dada a sua elevada incidência. Por sua vez, as doenças orais podem ser evitadas com uma alimentação adequada e com a adoção de bons hábitos de higiene oral. Para além de hábitos adequados, é fundamental que existam consultas de controlo periódicas realizadas por um profissional de saúde oral.⁽⁶⁾

Segundo o PNPSO 2021-2025, os indicadores de saúde oral em Portugal, avaliados por estudos de prevalência das doenças orais a nível nacional e regional, têm mostrado melhorias ao longo dos anos, especialmente na última década. Em 2000, a percentagem de crianças e jovens livres de cárie era de 33% aos 6 anos e 27% aos 12 anos. No entanto, essa percentagem aumentou significativamente em 2013/14, atingindo 54% para as crianças de 6 anos e 53% para os jovens de 12 anos. Por sua vez, o índice periodontal comunitário obtido, revelou que aos 12 anos a percentagem de jovens com gengivas saudáveis aumentou de 29%, em 2006, para 52%, em 2013/14.⁽³⁾

3. Saúde oral na criança

A saúde oral das crianças é crucial para a sua saúde global. É tanto possível quanto desejável que as crianças mantenham dentes e gengivas saudáveis, para que possam alimentar-se e falar adequadamente, para além de conseguirem estabelecer interações sociais adequadas, o que terá um peso significativo no desenvolvimento da autoestima ao longo do seu crescimento.^(5,7)

A falta de manutenção da saúde oral nas crianças acarreta variadíssimas consequências. Entre elas, as lesões de cárie não tratadas podem culminar no aparecimento de infeções agudas, sintomatologia dolorosa e desconforto. Por sua vez, estes sintomas podem afetar negativamente a nutrição, crescimento e ganho de peso da criança. Além disso, as dores de origem dentária

podem condicionar também a assiduidade escolar, resultando numa diminuição do rendimento escolar.⁽⁸⁾

A família é uma fonte crucial para a aprendizagem da criança em relação à saúde e fatores de risco. É possível aumentar a consciencialização sobre a importância da saúde oral e promover a prevenção precoce de cáries dentárias entre os pais através da comunicação em saúde.^(9,10)

Por sua vez, a adoção de práticas saudáveis de saúde tem origem no contexto familiar, onde os pais e os principais responsáveis devem assegurar a modelação dos comportamentos relacionados com a saúde oral das crianças. Para muitos pais, a prevenção da cárie dentária representa um grande desafio. Nesta medida, é essencial aumentar a sua compreensão e adotar diferentes métodos preventivos para os poder auxiliar na diminuição da ocorrência de cárie dentária e promover a saúde dos seus filhos.^(7,11)

Posto isto, os pais devem então ser um pilar para a manutenção da saúde oral das crianças: devem garantir uma alimentação e higiene oral adequadas desde cedo, bem como orientar e auxiliar as crianças na gestão da sua saúde oral e na prevenção de doenças.⁽¹¹⁾

4. Promoção da saúde oral na criança

De acordo com a *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD), deve ser instituída uma intervenção profissional na saúde oral durante a infância, que deve ser mantida com o decorrer do seu desenvolvimento. O acompanhamento profissional durante os períodos de dentição primária, mista e permanente contribui para uma oclusão estável, estética e funcional. Quanto mais cedo a criança visitar e for seguida por um Médico Dentista, menos tratamentos é provável que precise no futuro. Em contrapartida, um diagnóstico tardio pode requerer cuidados mais extensos e dispendiosos. É recomendado que a primeira consulta seja realizada aquando da erupção do primeiro dente e, o mais tardar, até aos 12 meses de idade.^(3,12)

É, portanto, essencial iniciar o acompanhamento da criança por um Médico Dentista desde cedo. O envolvimento ativo dos pais, educadores e dos profissionais de saúde, bem como de todos os que possam contribuir para a promoção da saúde oral em diferentes contextos, será determinante para alcançar resultados mais eficazes e duradouros.^(3,9)

Os pais, educadores e a comunidade em geral têm um papel essencial na prevenção das lesões de cárie. Este papel inclui a promoção de bons hábitos alimentares e de higiene oral, acompanhamento médico adequado (responsabilidade de pais e educadores), e a disseminação de medidas preventivas e aconselhamento junto de educadores e crianças, tarefa que deve ser desempenhada pelos órgãos governamentais competentes. Os pais e educadores são, portanto, os principais responsáveis pela educação das crianças, e é através deles que a prevenção deve começar.⁽¹³⁾

Por sua vez, as escolas foram apontadas como sendo um local ideal e adequado ao desenvolvimento de programas de saúde oral, dado que as crianças se encontram num ambiente propício para assimilar comportamentos preventivos, como uma alimentação e higiene oral adequadas.⁽¹⁴⁾

De acordo com a DGS, as referências à descoberta da saúde, educação alimentar e higiene oral estão incluídas no currículo escolar do 1º ao 9º ano do ensino básico e os programas do ensino básico são suficientemente abertos e flexíveis para atender às diferentes necessidades e interesses dos alunos, bem como às características do meio. A DGS acrescenta ainda que, no 1.º Ciclo, é recomendado que as crianças façam uma das escovagens dos dentes na escola, sob orientação dos professores, que devem receber formação para esta atividade, e ser supervisionadas pela equipa de saúde escolar pelo menos uma vez por trimestre.⁽⁶⁾

5. Barreiras no acesso à saúde oral da criança

Em relação ao acesso a cuidados de saúde oral, pode ser feita uma distinção entre os determinantes associados aos pacientes, como a ansiedade e o medo; os custos económicos e a perceção de necessidade; e os relativos aos prestadores de serviços como a localização dos serviços ou o tempo de espera.⁽¹⁵⁾

Segundo um estudo americano de 2016, a zona geográfica em que a criança habita, tem um impacto direto no seu acesso aos cuidados de medicina dentária e, desta forma, no seu estado de saúde oral.⁽¹⁶⁾

Foi descrito que o acesso aos cuidados de medicina dentária varia consideravelmente, tanto dentro como entre países. Os serviços de medicina dentária são, em grande parte, orientados pela procura, em detrimento de um planeamento rigoroso, o que pode resultar numa inadequada resposta às necessidades da população.⁽²⁾

Essa informação é também suportada pela FDI, que referiu que atualmente ainda existem grandes desigualdades no acesso a cuidados de saúde adequados, nomeadamente devido à distribuição desigual de profissionais de saúde qualificados, tanto globalmente quanto dentro dos próprios países; devido à dificuldade de acesso ao tratamento para certos grupos da população, à baixa utilização dos serviços disponíveis bem como à falta de correspondência entre a oferta de cuidados de saúde oral e as necessidades reais da população.⁽⁴⁾

I. OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo compreender os hábitos, a perceção do estado de saúde oral, a opinião relativa ao acesso aos serviços de saúde oral e a satisfação com os mesmos, das crianças dos 6 aos 10 anos a frequentar o 1º ciclo no concelho de Viana do Castelo, na:

- Perspetiva do Encarregado de Educação
- Perspetiva do Médico Dentista

Pretende-se também verificar se existem diferenças com a idade ou sexo e aferir, segundo a opinião dos Encarregados de Educação (EE) e dos Médicos Dentistas (MD), quais os aspetos mais positivos, mais negativos e quais os que têm potencial de serem melhorados para que se consiga otimizar a saúde oral destas crianças.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

Para atingir os objetivos propostos foi desenhado um estudo observacional e transversal. A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário (Apêndice IV) aos MD e um questionário (Apêndice V) aos EE. Os questionários foram desenvolvidos especificamente para o presente estudo.

1. Construção do questionário

O questionário foi construído com base na revisão da literatura existente e de forma a ser de compreensão fácil.^(2, 12, 17, 18, 19)

Depois de terminado, o questionário foi sujeito à avaliação de três Médicas Dentistas especialistas em Odontopediatria, docentes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, com o propósito de validar o seu conteúdo, ao ser verificada a clareza e a relevância das questões colocadas. O painel de validação facial considerou o questionário adequado e relevante.

Numa segunda fase, procedeu-se à realização de um pré-teste do questionário, o qual envolveu a aplicação do mesmo a cinco EE, selecionados com base nas características da população-alvo do estudo. O objetivo foi verificar a viabilidade prática da aplicação do questionário, ao fornecer informação sobre a clareza das questões e o tempo necessário para o seu preenchimento. De forma geral, os EE participantes no pré-teste não apresentaram dificuldades ao preencher o questionário e conseguiram responder a todas as questões. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de aproximadamente 5 minutos.

2. Estrutura do questionário

O questionário destinado aos EE inclui nove grupos, cujas variáveis estão indicadas e podem ser consultadas na Tabela 1 do Apêndice I. Por sua vez, o questionário destinado aos MD inclui oito grupos, não apresentando o grupo das informações demográficas, cujas variáveis estão indicadas e podem ser consultadas na Tabela 2 do Apêndice I.

3. Recolha de dados

A entrega e recolha dos questionários destinados aos MD foi realizada durante os meses de Março e Abril de 2024. Por sua vez, a entrega e recolha dos questionários destinados aos EE foi realizada durante os meses de Abril e Maio de 2024.

3.1. População-Alvo do estudo

As populações-alvo do estudo são os MD que exercem a profissão no concelho de Viana do Castelo e as crianças dos 6 aos 10 anos que frequentem a escola do 1.º Ciclo do Ensino Básico (EB1) do concelho de Viana do Castelo, e que vão igualmente às consultas de Medicina Dentária no concelho. Os questionários cujas respostas não obedecessem a algum destes parâmetros, foram excluídos.

O questionário destinado aos MD foi entregue a 92 MD, distribuídos por 45 clínicas no concelho de Viana do Castelo. Segundo dados fornecidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) no dia 18 de Maio de 2024, encontram-se a exercer 190 MD, distribuídos por um total de 82 estabelecimentos de Medicina Dentária no concelho. O questionário foi, portanto, entregue a 48% dos MD a exercer no concelho.

O questionário destinado aos EE foi entregue a 776 EE de crianças entre os 6 e os 10 anos, num total de 10 EB1 abrangidas: Escola Básica de Igreja, Alvarães; Escola Básica de Igreja, Torre; Escola Básica de Senhora de Oliveira; Escola Básica de Cabedelo; Escola Básica de Santana; Escola Básica de Lanheses; Escola Básica da Foz do Neiva; Escola Básica de Santa Leucádia; Escola Básica de Deão e Colégio do Minho. No total, o concelho de Viana do Castelo apresenta 36 escolas EB1, pertencentes a sete agrupamentos. As informações mais recentes da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência disponíveis remontam ao ano letivo 2021/2022, em que existiam 2898 alunos distribuídos pelas 36 escolas. O questionário foi, portanto, entregue a aproximadamente 27% dos EE.

3.2. Aplicação do questionário

Os questionários destinados aos MD foram entregues em mão junto das clínicas, sendo dado um envelope, um consentimento informado e o questionário agrafados. No fim de preenchidos, o questionário e o consentimento informado deveriam ser introduzidos dentro do envelope, e o envelope selado.

Relativamente aos questionários destinados aos EE, a distribuição foi feita em articulação com as escolas. Numa primeira fase, foi necessário obter a autorização por parte dos diretores da Sede do Agrupamento. Foi obtida autorização por parte do diretor do Agrupamento de Arga e Lima, do diretor do Agrupamento de Monte da Ola e do diretor do Colégio do Minho. Posteriormente, os diretores transmitiram a informação de quantos questionários seriam

necessários. No Agrupamento de Arga e Lima e no Colégio do Minho, a entrega do conjunto composto pelo envelope, consentimento informado e questionário agrafados foi feita diretamente aos diretores, que posteriormente os entregaram às professoras, que distribuíram pelas crianças para que as mesmas os levassem para casa e entregassem aos respetivos EE. Relativamente ao Agrupamento de Monte da Ola, após ser obtida a autorização por parte do diretor do agrupamento, foi feita de forma direta a entrega em 5 das suas 11 escolas com 1º ciclo, em mão aos professores, que posteriormente entregaram às crianças, para que as mesmas entregassem aos seus EE em casa e o mesmo fosse devolvido aos seus respetivos professores. Tal como nos questionários destinados aos MD, no fim de preenchidos, o questionário e o consentimento informado deveriam ser introduzidos dentro do envelope, e o envelope selado.

3.3. Processamento e tratamento de dados

Para a análise dos dados, foi utilizado o software SPSS, versão 29.0 (IBM®). A inserção dos dados no programa foi efetuada manualmente. A análise incluiu estatística descritiva, com o cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis, bem como as respetivas representações gráficas. Seguidamente, procedeu-se à comparação de respostas entre grupos, MD e EE, com recurso ao teste Qui-Quadrado. Procedeu-se de forma semelhante na comparação de respostas entre sexos dos educandos. Por último e após teste à distribuição normal (teste Kolmogorov-Smirnov), procedeu-se à comparação de idade dos educandos entre categorias de respostas dos EE, recorrendo aos testes de Mann-Whitney U e de Kruskal-Wallis com respetivas comparações múltiplas extraídas pelo software. O nível de significância utilizado no decorrer da análise foi de 0,05.

3.4. Questões Éticas

O protocolo de investigação do presente estudo foi submetido em Fevereiro de 2024 à apreciação da Comissão de Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, tendo obtido parecer favorável em Março de 2024 (Apêndice VI).

Foi entregue a todos os participantes no estudo um consentimento livre e informado, em que foram esclarecidas questões como o objetivo do estudo, os procedimentos do estudo e a confidencialidade. Foi ainda explicado que os participantes poderiam colocar as questões que quisessem, mudar de ideias ou desistir da participação em qualquer momento sem quaisquer

consequências, bastando para isso apenas comunicá-lo à investigadora principal (Apêndice II e Apêndice III).

Relativamente à confidencialidade, foi explicado que a informação recolhida era confidencial e anónima, tendo apenas ficado disponível para os investigadores, podendo os dados recolhidos anonimizados ser utilizados para apresentação pública. Os questionários eram anónimos e foram numerados, nunca tendo sido revelada a identidade dos participantes. Após a análise e a inserção dos dados a tabela de correspondência foi destruída.

III. RESULTADOS

1. Caracterização da amostra do estudo

Dos 776 questionários entregues a EE, foram devolvidos 483 questionários preenchidos. Dos questionários devolvidos, 2 foram excluídos na medida em que os pais referiram nos questionários que os seus educandos não realizavam as consultas de Medicina Dentária no concelho de Viana Do Castelo. Foram, por isso, considerados para este estudo 481 questionários destinados a EE.

Dos 92 questionários entregues a MD, foram devolvidos 72 questionários preenchidos e todos foram considerados válidos. Foram, por isso, considerados para este estudo 72 questionários dos MD.

Deste modo, a amostra do estudo foi constituída por 481 EE e 72 MD.

2. Questões específicas aos Encarregados de Educação

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas referentes às questões apenas colocadas aos EE, nomeadamente a idade e o sexo, bem como o tempo decorrido desde a última consulta do seu educando.

Relativamente ao tempo decorrido desde a última consulta, como apresentado na Tabela 3, a maioria dos EE 62,8%, referiu que o seu educando foi a uma consulta nos últimos 6 meses e apenas uma pequena parte dos EE 2,9%, referiu que o seu educando nunca foi a uma consulta.

É possível verificar que a maioria dos educandos, 73,6%, tem entre 7 e 9 anos de idade.

Por sua vez, é também possível verificar que a maioria dos educandos, 53,4%, são do sexo feminino.

Tabela 1. Estatísticas descritivas referentes às questões específicas aos Encarregados de Educação (1., 2. e 6. do respectivo questionário). n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

| Encarregados de Educação | | n (%) |
|---------------------------------------|--------------------------|------------|
| Idade da criança | 6 | 76 (15,8) |
| | 7 | 122 (25,4) |
| | 8 | 125 (26) |
| | 9 | 107 (22,2) |
| | 10 | 51 (10,6) |
| Sexo da criança | Feminino | 257 (53,4) |
| | Masculino | 224 (46,6) |
| Há quanto tempo foi a última consulta | Nos últimos 6 meses | 302 (62,8) |
| | 6 meses a 1 ano | 79 (16,4) |
| | 1 ano | 50 (10,4) |
| | 2 anos ou mais | 36 (7,5) |
| | Nunca foi a uma consulta | 14 (2,9) |

3. Comparação entre as respostas dos Encarregados de Educação e dos Médicos Dentistas

A Tabela 4 apresenta as estatísticas descritivas e a comparação entre as respostas dos EE e dos MD. É possível verificar que em 13 das 14 questões colocadas, a diferença observada é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 2. Estatísticas descritivas e comparação das respostas entre Encarregados de Educação e Médicos Dentistas (Teste Qui-Quadrado). EE: Encarregados de Educação; MD: Médicos Dentistas; n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

| Questão (numeração do questionário MD) | | Grupo | | P |
|---|----------------------------------|--------------------------|-------------|------------------|
| | | EE n (%) | MD n (%) | |
| 1. Quem acompanha habitualmente a criança | Mãe | 372 (77,5) | 65 (90,3) | 0,018 |
| | Pai | 102 (21,3) | 5 (6,9) | |
| | Outro | 6 (1,3) | 2 (2,8) | |
| 2. Importância do aconselhamento a grávidas | Não | 38 (7,9) | 3 (4,2) | 0,339 |
| | Sim | 443 (92,1) | 69 (95,8) | |
| 3. Idade da primeira consulta | <12 meses | 31 (6,4) | 0 (0) | <0,001 |
| | 1 ano | 29 (6) | 3 (4,2) | |
| | 2 anos | 79 (16,4) | 2 (2,8) | |
| | 3 anos | 95 (19,8) | 4 (5,6) | |
| | 4 anos | 88 (18,3) | 12 (16,7) | |
| | 5 anos | 101 (21) | 13 (18,1) | |
| | 6 anos | 26 (5,4) | 27 (37,5) | |
| | 7 anos | 13 (2,7) | 10 (13,9) | |
| | 8 anos | 3 (0,6) | 1 (1,4) | |
| | 9 anos | 2 (0,4) | 0 (0) | |
| | 10 anos | 0 (0) | 0 (0) | |
| | 4. Regularidade das consultas | Nunca foi a uma consulta | 14 (2,9) | |
| Nunca foi a uma consulta | | 14 (2,9) | 0 (0) | |
| Ocasionalmente/ em caso de necessidade | | 115 (23,9) | 32 (44,4) | |
| 1 vez por ano | | 171 (35,6) | 34 (47,2) | |
| A cada 6 meses | | 181 (37,6) | 6 (8,3) | |
| 5. Motivo da primeira consulta | Rotina/ Revisão/ Limpeza | 317 (67,3) | 16 (22,2) | <0,001 |
| | Dor | 22 (4,7) | 18 (25) | |
| | Cárie | 53 (11,3) | 21 (29,2) | |
| | Ortodontia | 7 (1,5) | 0 (0) | |
| | Fratura dentária/ Traumatismo | 14 (3) | 0 (0) | |
| | Selantes de fissura | 18 (3,8) | 5 (6,9) | |
| | Alteração na erupção/ esfoliação | 5 (1,1) | 4 (5,6) | |
| 6. Questionado acerca dos hábitos de higiene oral e alimentares | Não | 130 (27,4) | 1 (1,4) | <0,001 |
| | Sim | 345 (72,6) | 71 (98,6) | |
| 7. Informado acerca dos hábitos de higiene oral e alimentares | Não | 64 (13,5) | 2 (2,8) | 0,010 |
| | Sim | 411 (86,5) | 70 (97,2) | |
| 8. Como classifica a saúde oral do educando | Muito má | 0 (0) | 0 (0) | <0,001 |
| | Má | 8 (1,7) | 7 (9,7) | |
| | Razoável | 107 (22,2) | 47 (65,3) | |
| | Boa | 241 (50,1) | 15 (20,8) | |

| | | | | |
|---|---------------|------------|-----------|------------------|
| | Muito boa | 125 (26) | 3 (4,2) | |
| 9. Oferta apropriada de serviços de medicina dentária às crianças | Não | 129 (26,9) | 10 (13,9) | 0,019 |
| | Sim | 351 (73,1) | 62 (86,1) | |
| 10. Custo monetário como impedimento | Não | 66 (13,8) | 32 (44,4) | <0,001 |
| | Sim | 413 (86,2) | 40 (55,6) | |
| 11. Tempo de espera como impedimento | Não | 329 (68,5) | 65 (90,3) | <0,001 |
| | Sim | 151 (31,5) | 7 (9,7) | |
| 12. Ansiedade/medo como barreira no acesso | Não | 246 (51,1) | 26 (36,1) | 0,022 |
| | Sim | 235 (48,9) | 46 (63,9) | |
| 13. Forma como os serviços satisfazem as necessidades | Muito mal | 2 (0,4) | 0 (0) | 0,040 |
| | Mal | 15 (3,1) | 1 (1,4) | |
| | Razoavelmente | 111 (23,2) | 12 (16,7) | |
| | Bem | 241 (50,3) | 30 (41,7) | |
| | Muito bem | 110 (23) | 29 (40,3) | |
| 14. Utilização do cheque dentista | Não | 150 (31,2) | 8 (11,1) | <0,001 |
| | Sim | 331 (68,8) | 64 (88,9) | |

3.1 Acompanhante habitual da criança

Quando questionados acerca do acompanhante habitual da criança, houve uma diferença estatisticamente significativa com muitos mais MD 90,3%, a responder que é a mãe, comparativamente aos EE, 77,5%. Por sua vez, houve muito menos MD, 6,9%, a responder que é o pai, em comparação com 21,3% dos EE.

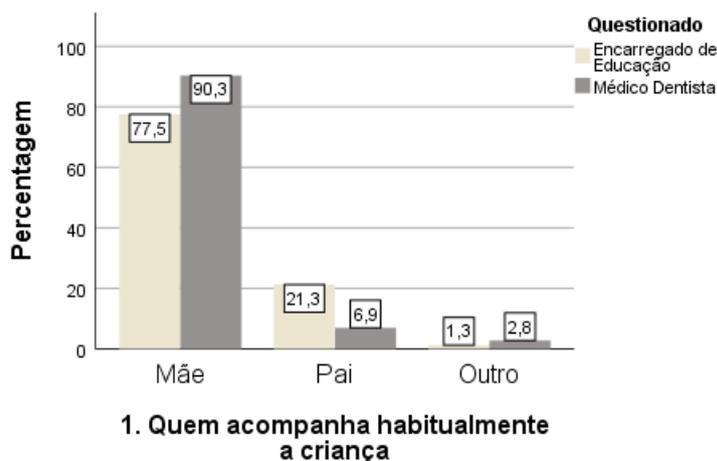


Figura 1. Representação gráfica em barras da distribuição de respostas ao acompanhante habitual da criança, por grupo.

3.2 Questões dicotômicas

Tanto a maioria dos MD como EE, consideraram importante uma consulta de aconselhamento a grávidas, 95,8% e 92,1% respectivamente.

A maioria dos MD 98,6%, afirma que questiona acerca dos hábitos de higiene oral e alimentares e uma percentagem mais pequena de EE 72,6%, referem ter sido questionados. Relativamente a informar e ser informado as percentagens também diferem entre os dois grupos, 97,2% e 86,5%, respectivamente, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa.

Cerca de 86,1% dos MD e 73,1% dos EE, concordam que existe uma oferta apropriada de serviços de Medicina Dentária às crianças, mas a diferença é estatisticamente significativa.

Relativamente ao custo monetário ser um impedimento no acesso, houve uma diferença estatisticamente significativa onde uma grande parte de EE 86,2%, comparativamente a 55,6% dos MD, concordam com esta afirmação.

No que diz respeito ao tempo de espera ser um impedimento no acesso, 31,5% dos EE e apenas 9,7% dos MD estão de acordo com a afirmação, tendo sido a diferença estatisticamente significativa.

Quanto à ansiedade/medo como barreira no acesso, a percentagem de EE 48,9%, é inferior à de MD 63,9% que concordam com a afirmação, tendo sido a diferença estatisticamente significativa.

No que toca à utilização do cheque-dentista, a diferença foi também estatisticamente significativa, com 68,8% dos EE a afirmar que o seu educando já o utilizou, enquanto 88,9% dos MD concorda que, de modo geral, as crianças usufruem do cheque-dentista.

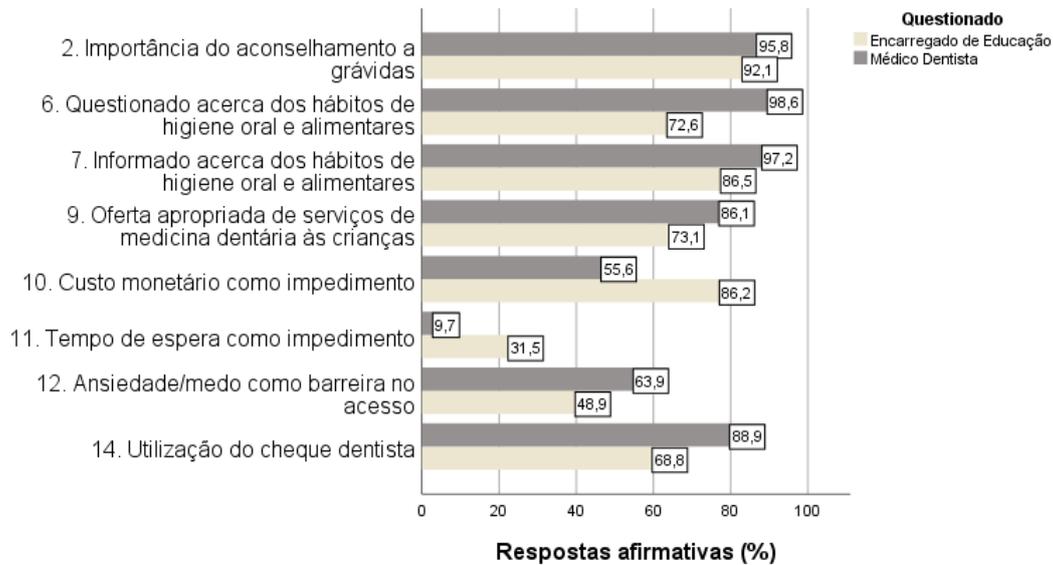


Figura 2. Representação gráfica em barras da distribuição de respostas afirmativas às questões dicotômicas (Sim/Não), por grupo.

3.3 Idade na primeira consulta

A idade relatada para a primeira consulta foi significativamente diferente ($p < 0,001$, Teste de Mann-Whitney U) entre EE (3,5+/-1,8 anos) e MD (5,2+/-1,5).

A maior parte dos MD 37,5%, referiu que a idade da primeira consulta mais frequente é aos 6 anos, no entanto apenas uma pequena parte dos EE 5,4%, referiu que a primeira consulta do seu educando foi aos 6 anos.

Nenhum MD referiu que a idade mais frequente para a primeira consulta é no primeiro ano de vida da criança, comparativamente aos 6,4% de EE que referiram que a primeira consulta do seu educando foi durante o primeiro ano de vida.

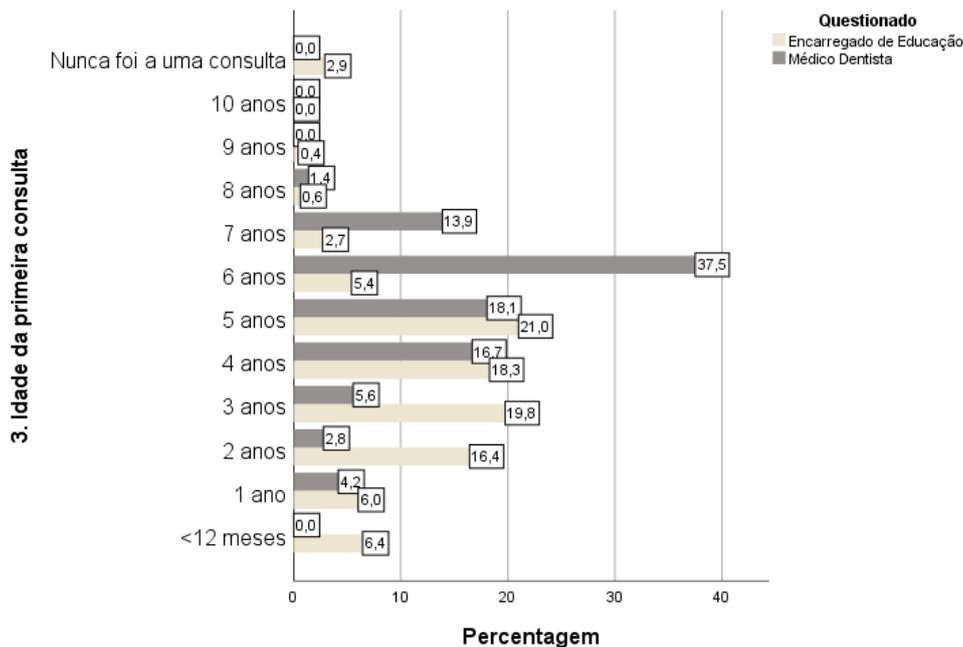


Figura 3. Representação gráfica em barras da idade na primeira consulta, por grupo.

3.4 Regularidade das consultas

Entre os EE, 37,6% referiu que o seu educando vai a cada 6 meses a uma consulta. No entanto, apenas uma pequena parte dos MD 8,3%, referiu que as crianças costumam ir às suas consultas a cada 6 meses.

Segundo 47,2% dos MD, as crianças costumam ir uma vez por ano, comparativamente a 35,6% dos EE. Verificou-se, portanto, uma diferença estatisticamente significativa.

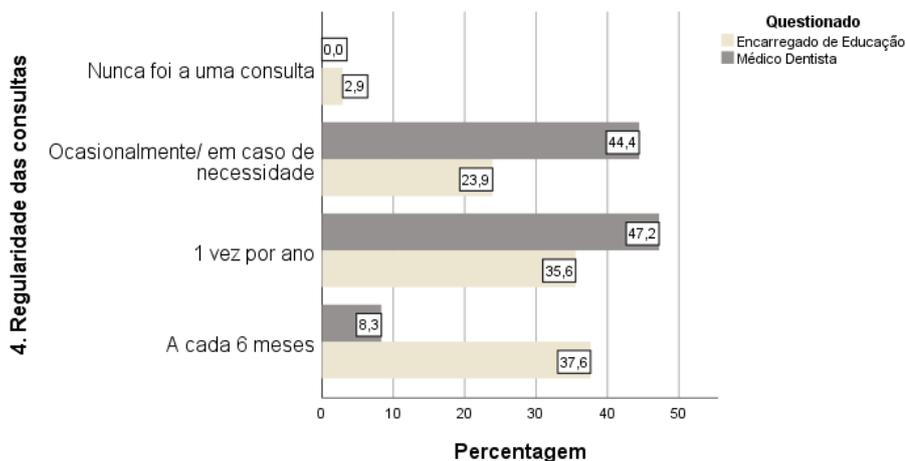


Figura 4. Representação gráfica em barras da regularidade das consultas, por grupo.

3.5 Motivo da primeira consulta

O motivo da primeira consulta teve uma diferença estatisticamente significativa. A maioria dos EE 67,3%, referiu que o motivo da primeira consulta foi rotina/revisão/limpeza, comparativamente a apenas 22,2% dos MD, que referiram ser esse o motivo mais comum da primeira consulta.

Para 29,2% dos MD o motivo mais comum da primeira consulta foi cárie e para 25% dos MD dor, percentagens bastante distintas dos EE, 11,3% e 4,7%, respetivamente.

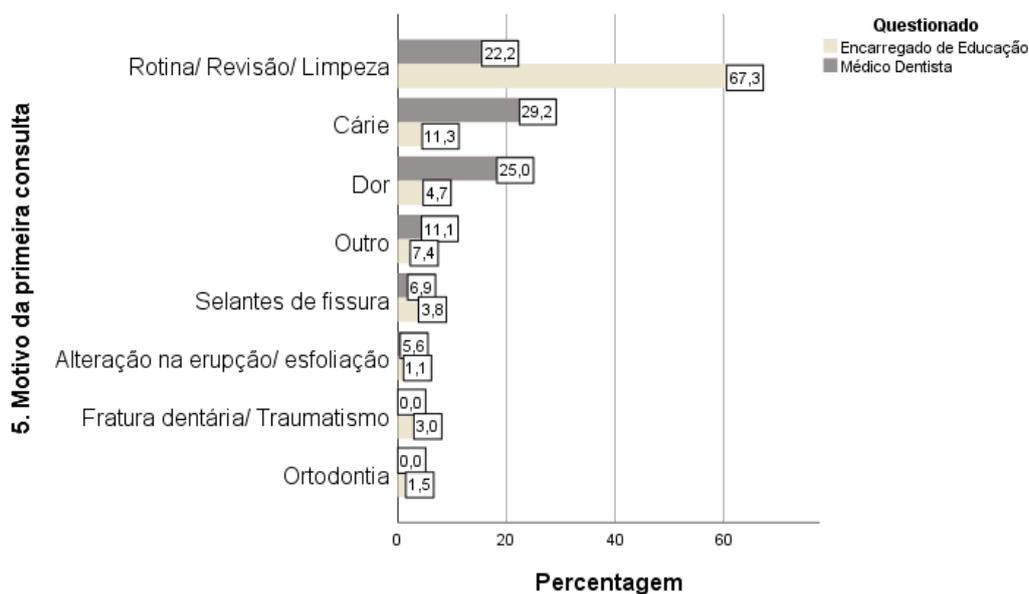


Figura 5. Representação gráfica em barras da distribuição do motivo da primeira consulta, por grupo.

3.6 Perceção da Classificação da Saúde Oral e da Satisfação com os Serviços

A maioria dos EE 50,1%, classificou a saúde oral dos seus educandos como boa, comparativamente a apenas 20,8% dos MD.

Por sua vez, a maior parte dos Médicos Dentistas 65,3%, classificou a saúde oral das crianças dos 6 aos 10 anos que atende no seu consultório como razoável, comparativamente a apenas 22,2% dos Encarregados de Educação. Deste modo, houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

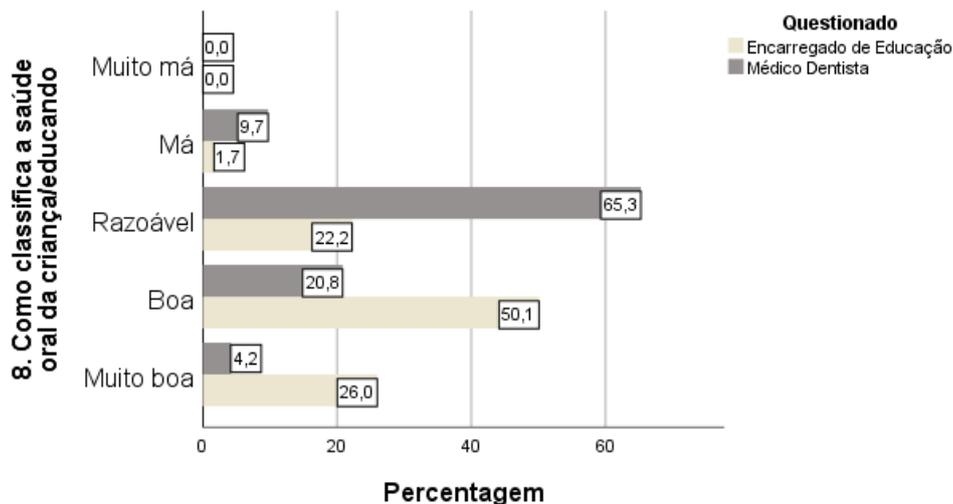


Figura 6. Representação gráfica em barras da distribuição da percepção da classificação da saúde oral da criança, por grupo.

A maioria dos EE 50,3%, e 41,7% dos MD consideram que os serviços satisfazem bem as necessidades.

Uma percentagem considerável de MD 40,3%, referiu que os serviços satisfazem muito bem as necessidades, um número bastante distinto da percentagem de EE 23%, que concordam com esta afirmação. Desta forma, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

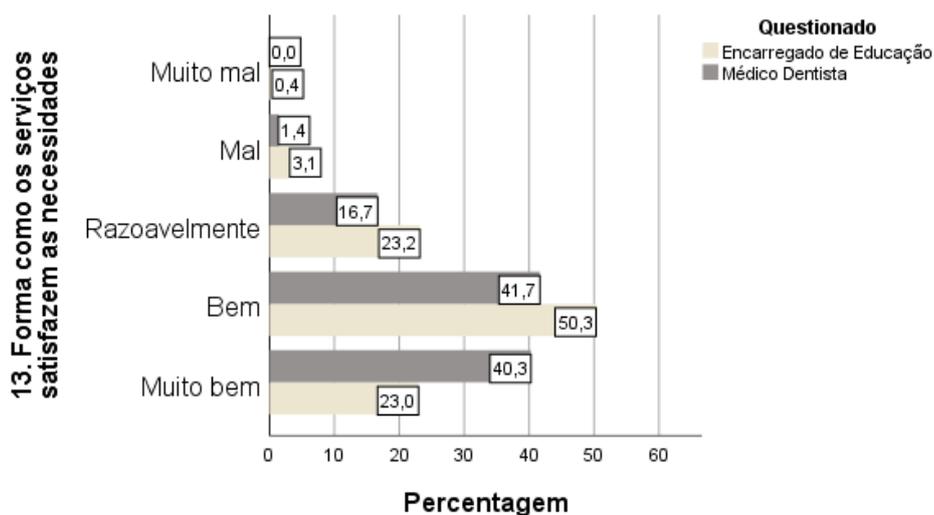


Figura 7. Representação gráfica em barras da distribuição da percepção de satisfação com os serviços, por grupo.

4. Comparação das respostas dos Encarregados de Educação conforme o sexo dos educandos

Relativamente a diferenças que pudessem existir nas respostas dos EE, mediante o sexo do seu educando, sexo feminino ou sexo masculino, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das questões do questionário.

Tabela 3. Estatísticas descritivas e comparação das respostas dos Encarregados de Educação (EE) conforme Sexo dos educandos (Teste Qui-Quadrado). n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

| Questão (numeração do questionário EE) | | Sexo | | p |
|---|--|---------------------|--------------------|-------|
| | | Feminino n (%) | Masculino n (%) | |
| 1. Idade da criança | 6 | 38 (14,8) | 38 (17) | 0,187 |
| | 7 | 68 (26,5) | 54 (24,1) | |
| | 8 | 63 (24,5) | 62 (27,7) | |
| | 9 | 66 (25,7) | 41 (18,3) | |
| | 10 | 22 (8,6) | 29 (12,9) | |
| 3. Quem acompanha habitualmente a criança | Mãe | 204 (79,4) | 168 (75,3) | 0,145 |
| | Pai | 52 (20,2) | 50 (22,4) | |
| | Outro | 1 (0,4) | 5 (2,2) | |
| 4. Importância do aconselhamento a grávidas | Não | 20 (7,8) | 18 (8) | 1,000 |
| | Sim | 237 (92,2) | 206 (92) | |
| 5. Idade da primeira consulta | <12 meses | 15 (5,8) | 16 (7,1) | 0,416 |
| | 1 ano | 16 (6,2) | 13 (5,8) | |
| | 2 anos | 39 (15,2) | 40 (17,9) | |
| | 3 anos | 43 (16,7) | 52 (23,2) | |
| | 4 anos | 52 (20,2) | 36 (16,1) | |
| | 5 anos | 61 (23,7) | 40 (17,9) | |
| | 6 anos | 15 (5,8) | 11 (4,9) | |
| | 7 anos | 4 (1,6) | 9 (4) | |
| | 8 anos | 2 (0,8) | 1 (0,4) | |
| | 9 anos | 1 (0,4) | 1 (0,4) | |
| | 10 anos | 0 (0) | 0 (0) | |
| | Nunca foi a uma consulta | 9 (3,5) | 5 (2,2) | |
| | 6. Há quanto tempo foi a última consulta | Nos últimos 6 meses | 165 (64,2) | |
| 6 meses a 1 ano | | 41 (16) | 38 (17) | |
| 1 ano | | 25 (9,7) | 25 (11,2) | |
| 2 anos ou mais | | 17 (6,6) | 19 (8,5) | |
| Nunca foi a uma consulta | | 9 (3,5) | 5 (2,2) | |
| 7. Regularidade das consultas | Nunca foi a uma consulta | 9 (3,5) | 5 (2,2) | 0,728 |

| | | | | |
|--|--|------------|------------|-------|
| | Ocasionalmente/ em caso de necessidade | 63 (24,5) | 52 (23,2) | |
| | 1 vez por ano | 93 (36,2) | 78 (34,8) | |
| | A cada 6 meses | 92 (35,8) | 89 (39,7) | |
| 8. Motivo da primeira consulta | Rotina/ Revisão/ Limpeza | 164 (65,6) | 153 (69,2) | 0,649 |
| | Dor | 14 (5,6) | 8 (3,6) | |
| | Cárie | 27 (10,8) | 26 (11,8) | |
| | Ortodontia | 5 (2) | 2 (0,9) | |
| | Fratura dentária/ Traumatismo | 9 (3,6) | 5 (2,3) | |
| | Selantes de fissura | 7 (2,8) | 11 (5) | |
| | Alteração na erupção/ esfoliação | 3 (1,2) | 2 (0,9) | |
| | Outro | 21 (8,4) | 14 (6,3) | |
| 9. Questionado acerca dos hábitos de higiene oral e alimentares | Não | 67 (26,4) | 63 (28,5) | 0,608 |
| | Sim | 187 (73,6) | 158 (71,5) | |
| 10. Informado acerca dos hábitos de higiene oral e alimentares | Não | 35 (13,8) | 29 (13,1) | 0,893 |
| | Sim | 219 (86,2) | 192 (86,9) | |
| 11. Como classifica a saúde oral do educando | Muito má | 0 (0) | 0 (0) | 0,488 |
| | Má | 3 (1,2) | 5 (2,2) | |
| | Razoável | 53 (20,6) | 54 (24,1) | |
| | Boa | 136 (52,9) | 105 (46,9) | |
| | Muito boa | 65 (25,3) | 60 (26,8) | |
| 12. Oferta apropriada de serviços de medicina dentária às crianças | Não | 66 (25,7) | 63 (28,3) | 0,537 |
| | Sim | 191 (74,3) | 160 (71,7) | |
| 13. Custo monetário como impedimento | Não | 41 (16) | 25 (11,2) | 0,145 |
| | Sim | 215 (84) | 198 (88,8) | |
| 14. Tempo de espera como impedimento | Não | 185 (72,3) | 144 (64,3) | 0,062 |
| | Sim | 71 (27,7) | 80 (35,7) | |
| 15. Ansiedade/medo como barreira no acesso | Não | 130 (50,6) | 116 (51,8) | 0,855 |
| | Sim | 127 (49,4) | 108 (48,2) | |
| 16. Forma como os serviços satisfazem as necessidades | Muito mal | 2 (0,8) | 0 (0) | 0,466 |
| | Mal | 6 (2,3) | 9 (4) | |
| | Razoavelmente | 56 (21,9) | 55 (24,7) | |
| | Bem | 134 (52,3) | 107 (48) | |
| | Muito bem | 58 (22,7) | 52 (23,3) | |
| 17. Utilização do cheque dentista | Não | 75 (29,2) | 75 (33,5) | 0,325 |
| | Sim | 182 (70,8) | 149 (66,5) | |

5. Comparação das respostas dos Encarregados de Educação conforme a idade dos educandos

Para se perceber se existiam diferenças nas respostas dos EE consoante a idade do seu educando, foi se verificar se existiam diferenças nas médias de idades entre categorias das respostas dos EE. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em algumas das questões colocadas no questionário.

Relativamente à idade da primeira consulta, houve uma diferença estatisticamente significativa. Os educandos dos EE que responderam que nunca foi a uma consulta tinham em média 6,7 anos, sendo a média de idade mais baixa para todas as categorias da questão 5.

Em relação à utilização do cheque-dentista, houve também uma diferença estatisticamente significativa. Os educandos dos EE que responderam que nunca utilizou o cheque-dentista tinham em média 7,4 anos, enquanto os educandos dos EE que responderam que já utilizou o cheque-dentista tinham em média uma idade superior, 8,1 anos.

Tabela 4. Comparação da Idade da criança/educando entre categorias das respostas dos Encarregados de Educação (Teste Mann-Whitney U ou Kruskal-Wallis). \bar{x} : média amostral; s: desvio-padrão amostral.

| Questão (numeração do questionário EE) | | Média de Idade da Criança | | p |
|---|----------------------------------|---------------------------|-----|-------|
| | | \bar{x} | s | |
| 3. Quem acompanha habitualmente a criança | Mãe | 7,9 | 1,2 | 0,743 |
| | Pai | 7,8 | 1,3 | |
| | Outro | 8 | 1,3 | |
| 4. Importância do aconselhamento a grávidas | Não | 8 | 1,2 | 0,532 |
| | Sim | 7,9 | 1,2 | |
| 5. Idade da primeira consulta | <12 meses ^A | 8,3 | 1,1 | 0,002 |
| | 1 ano ^A | 8,1 | 1,1 | |
| | 2 anos ^{AB} | 7,7 | 1,1 | |
| | 3 anos ^{AB} | 7,9 | 1,2 | |
| | 4 anos ^{AB} | 7,8 | 1,3 | |
| | 5 anos ^{AB} | 7,8 | 1,2 | |
| | 6 anos ^A | 8,1 | 1,4 | |
| | 7 anos ^{AB} | 8 | 0,8 | |
| | 8 anos ^{AB} | 9 | 1 | |
| | 9 anos ^A | 10 | 0 | |
| | 10 anos | . | . | |
| Nunca foi a uma consulta ^B | 6,7 | 0,7 | | |
| 6. Há quanto tempo foi a última consulta | Nos últimos 6 meses ^A | 7,8 | 1,2 | 0,003 |
| | 6 meses a 1 ano ^A | 8,1 | 1,2 | |

| | | | | |
|--|---|-----|-----|------------------|
| | 1 ano ^A | 8 | 1,4 | |
| | 2 anos ou mais ^A | 7,9 | 1,3 | |
| | Nunca foi a uma consulta ^B | 6,7 | 0,7 | |
| 7. Regularidade das consultas | Nunca foi a uma consulta ^B | 6,7 | 0,7 | 0,003 |
| | Ocasionalmente/ em caso de necessidade ^A | 7,8 | 1,2 | |
| | 1 vez por ano ^A | 7,9 | 1,2 | |
| | A cada 6 meses ^A | 7,9 | 1,3 | |
| | | | | |
| 8. Motivo da primeira consulta | Rotina/ Revisão/ Limpeza | 7,9 | 1,2 | 0,842 |
| | Dor | 7,8 | 1,2 | |
| | Cárie | 7,8 | 1,3 | |
| | Ortodontia | 7,7 | 1,1 | |
| | Fratura dentária/ Traumatismo | 7,5 | 1,2 | |
| | Selantes de fissura | 8,2 | 1,2 | |
| | Alteração na erupção/ esfoliação | 7,8 | 0,8 | |
| | Outro | 7,9 | 1,3 | |
| 9. Questionado acerca dos hábitos de higiene oral e alimentares | Não | 7,9 | 1,3 | 0,804 |
| | Sim | 7,9 | 1,2 | |
| 10. Informado acerca dos hábitos de higiene oral e alimentares | Não | 7,6 | 1,3 | 0,076 |
| | Sim | 7,9 | 1,2 | |
| 11. Como classifica a saúde oral do educando | Muito má | . | . | 0,874 |
| | Má | 7,6 | 1,3 | |
| | Razoável | 7,9 | 1,3 | |
| | Boa | 7,9 | 1,2 | |
| | Muito boa | 7,8 | 1,2 | |
| 12. Oferta apropriada de serviços de medicina dentária às crianças | Não | 7,7 | 1,2 | 0,085 |
| | Sim | 7,9 | 1,2 | |
| 13. Custo monetário como impedimento | Não | 7,6 | 1,2 | 0,060 |
| | Sim | 7,9 | 1,2 | |
| 14. Tempo de espera como impedimento | Não | 7,8 | 1,2 | 0,246 |
| | Sim | 8 | 1,2 | |
| 15. Ansiedade/medo como barreira no acesso | Não | 7,9 | 1,3 | 0,346 |
| | Sim | 7,8 | 1,2 | |
| 16. Forma como os serviços satisfazem as necessidades | Muito mal | 7 | 1,4 | 0,851 |
| | Mal | 7,9 | 1,2 | |
| | Razoavelmente | 7,9 | 1,2 | |
| | Bem | 7,8 | 1,2 | |
| | Muito bem | 7,9 | 1,2 | |
| 17. Utilização do cheque dentista | Não | 7,4 | 1,3 | <0,001 |
| | Sim | 8,1 | 1,2 | |

^{A, B} Categorias com diferenças estatisticamente significativas estão assinaladas com letras diferentes (comparações múltiplas referentes ao Teste Kruskal-Wallis).

IV. DISCUSSÃO

Caraterização da amostra

O questionário foi distribuído a aproximadamente 48% dos MD a exercer no concelho de Viana do Castelo, a amostragem foi feita de forma aleatória e os MD incluídos na amostra representam diversas áreas geográficas do concelho, pelo que pensamos que a amostra provavelmente se aproxima da realidade existente no concelho.

Por sua vez, o questionário foi distribuído a aproximadamente 27% dos EE dos educandos na faixa etária de interesse, a estudar no concelho. É necessário ter em consideração que embora a amostragem geograficamente se disperse por todo o concelho em termos quantitativos, a amostra de EE pode não ser totalmente representativa de todos os EE no concelho de Viana do Castelo, e desta forma ter alguma cautela nas generalizações efetuadas com base nos resultados obtidos.

Questões específicas aos Encarregados de Educação

Relativamente ao tempo decorrido desde a última consulta, a maioria dos EE, 62,8%, referiu que o seu educando foi a uma consulta nos últimos 6 meses e apenas uma pequena parte dos EE, 2,9%, referiu que o seu educando nunca foi a uma consulta. Comparando com o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, que relatou que 70,2% das crianças com 12 anos foram a uma consulta à menos de 1 ano, observa-se que os resultados do presente estudo são ligeiramente inferiores, mas relativamente próximos, considerando que o presente estudo avalia um período de 6 meses.⁽²⁰⁾ Adicionalmente, a 8ª Edição do Barómetro da Saúde Oral de 2023 revelou que 5,1% das crianças entre os 7 e os 9 anos nunca foram a uma consulta, um valor superior ao encontrado no presente estudo, 2,9%.⁽²¹⁾ Esta discrepância pode refletir uma maior sensibilização dos EE e um maior acesso às consultas, quando comparado com a realidade a nível nacional.

Comparação entre as respostas dos Encarregados de Educação e dos Médicos Dentistas

Quando questionados acerca do acompanhante habitual da criança, a maioria dos MD, 90,3%, respondeu que era a mãe, comparativamente com os 77,5% de EE. Por sua vez, houve

muito menos MD, 6,9%, a responder que era o pai, quando comparados aos EE, 21,3%. Estes resultados são semelhantes aos de Cardoso e Loureiro (2008), onde 91,8% das crianças eram acompanhadas pelas mães e ao estudo de Virdee e Rodd (2007) que, no entanto, encontrou uma menor predominância de mães 62,1%, e uma maior representação de pais, 13,1%.^(22,23) Comparativamente ao estudo realizado na FMDUP, onde 69,34% dos acompanhantes eram mães, 18,23% pais, e 12,43% outras pessoas, os resultados do presente estudo indicam uma maior prevalência de mães como acompanhantes.⁽²⁴⁾ Em todos os estudos se verificou que a mãe é quem mais acompanha a criança às consultas de medicina dentária. Esse resultado pode ser atribuído às normas culturais e sociais que ainda rotulam as mães como as principais responsáveis pelos cuidados infantis, bem como por uma maior percepção de conforto e segurança para as crianças na presença da mãe. O facto de muito menos MD terem respondido que é o pai o acompanhante habitual da criança, quando comparado à resposta dos EE, pode sugerir que os EE tenham tentado transmitir uma visão mais equilibrada da participação dos pais, possivelmente para evitar a percepção de que os pais estão menos envolvidos nos cuidados dos seus filhos.

O estudo destacou a importância atribuída por MD e EE à consulta de aconselhamento a grávidas, com uma elevada percentagem de ambos os grupos a reconhecerem a sua importância, 95,8% e 92,1%, respetivamente. Este resultado vai de encontro às recomendações da literatura, nomeadamente da DGS, que enfatizam a necessidade de cuidados de Medicina Dentária adequados durante a gravidez.⁽⁶⁾ Conforme indicado pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, o facto das grávidas darem particular atenção à sua saúde oral, pode ser explicado por alterações orais sentidas durante a gravidez.⁽²⁵⁾ É fundamental que os profissionais de saúde garantam que as grávidas recebem os cuidados de Medicina Dentária necessários, educando-as sobre a prevenção de lesões de cárie, uma vez que existem evidências da transmissão de bactérias causadoras de lesões de cárie das mães para os bebés.⁽²⁶⁾ Ademais, conforme as diretrizes do PNPSO, as consultas durante a gravidez podem ser um momento crucial para sensibilizar e educar os pais sobre a importância de uma alimentação adequada e da higiene oral infantil, especialmente após a erupção do primeiro dente.⁽⁶⁾

Relativamente aos hábitos de higiene oral e alimentares, a grande maioria dos MD 98,6%, afirma que questiona acerca dos mesmos, enquanto uma percentagem menor de EE 72,6%, refere ter sido questionado. Relativamente a informar e ser informado, as percentagens também diferem entre os dois grupos, 97,2% e 86,5%, respetivamente. A OMS destaca a importância da promoção da saúde oral através do aconselhamento acerca de uma dieta

equilibrada e de uma higiene oral adequada.⁽²⁷⁾ Por sua vez, a AAPD também recomenda que os MD eduquem os pacientes sobre a higiene oral e realizem aconselhamento dietético como parte de uma abordagem preventiva para a saúde oral.⁽¹⁷⁾ Verificou-se que, no presente estudo, a maioria dos MD agiu em consonância com as recomendações da literatura, o que é um aspeto positivo. Podemos deduzir possíveis motivos para a diferença de percentagens entre o grupo de MD e o grupo de EE, como os EE não se recordarem ou não terem entendido todas as informações fornecidas pelo MD. Outro possível motivo deve-se à ausência de uma comunicação eficaz. O MD pode não ter sido suficientemente claro ou compreensível ao tentar transmitir as informações.

Segundo 86,1% dos MD e 73,1% dos EE, existe uma oferta apropriada de serviços de Medicina Dentária às crianças. Estes dados sugerem uma perceção positiva de ambos os grupos sobre a disponibilidade dos serviços de medicina dentária no concelho de Viana Do Castelo, embora estatisticamente diferentes, o que vai de encontro aos dados da ERS (2014), que refere ser na zona norte do país a área onde existe um maior número de estabelecimentos privados.⁽²⁸⁾

No presente estudo, foi observado que uma grande parte dos EE 86,2%, e uma menor parte de MD 55,6%, embora com diferença estatisticamente significativa, concordam que o custo monetário é um impedimento no acesso aos cuidados de saúde oral. Este resultado pode ser comparado com os dados da 8ª Edição do Barómetro da Saúde Oral 2023, onde 51,8% dos portugueses acreditam que a Medicina Dentária tem o mesmo custo que outras áreas da saúde, enquanto 44,7% a consideram mais cara. Além disso, a insatisfação com os serviços de Medicina Dentária é frequentemente atribuída aos preços elevados, representando 37,8% dos motivos de insatisfação.⁽²¹⁾ A disparidade nas percentagens observadas nas respostas entre os MD e os EE neste estudo, podem ser atribuídas há existência de diferentes perceções e experiências em relação aos custos dos serviços de Medicina Dentária. Por um lado, os EE, ao lidarem diretamente com o pagamento das consultas, podem estar mais conscientes e sensíveis ao impacto financeiro que esses custos acarretam. Por outro lado, os MD, sendo profissionais da área, podem ter uma visão mais moderada dos custos, possivelmente por estarem mais familiarizados com os preços e por terem uma perspetiva interna sobre o valor dos serviços prestados. Esta diferença nas perceções destaca a importância de considerar as perspetivas dos diversos grupos envolvidos ao avaliar o impacto dos custos na acessibilidade dos serviços de Medicina Dentária.

Quanto ao tempo de espera como impedimento no acesso, 31,5% dos EE e 9,7% dos MD concordam que é um impedimento, havendo uma diferença estatisticamente significativa. Segundo Gulliford et al. (2001), a qualidade dos serviços de saúde está relacionada com o tempo de espera, sugerindo que melhorias nesta área podem aumentar a acessibilidade e satisfação dos pacientes.⁽²⁹⁾ No entanto, no presente estudo, não aparenta ser um fator determinante no acesso.

Quando questionados acerca da ansiedade/medo como barreira no acesso, a percentagem de EE 48,9%, que concordou com a afirmação foi inferior à de MD, 63,9%. As estimativas obtidas em diferentes estudos revelam que existe uma elevada variabilidade na prevalência do medo associado às consultas de Medicina Dentária.⁽³⁰⁾ Conforme relatado por Caprioglio et al. (2009), foi observada uma prevalência de 26% numa população de crianças italianas dos 6 aos 10 anos.⁽³¹⁾ Por sua vez, Lara et al. (2012) destacou uma prevalência de apenas 4,9% numa população espanhola de crianças entre os 7 e os 12 anos.⁽³²⁾ Um possível motivo para a diferença de percentagens entre os dois grupos no presente estudo, poderá dever-se aos EE não estarem tão familiarizados com a extensão do problema do medo e ansiedade das crianças nas consultas. Além disso, os MD podem estar a projetar parte da sua própria ansiedade, resultante de tratar crianças, nas suas respostas.

Relativamente à utilização do cheque-dentista, 68,8% dos EE afirmou que o seu educando já utilizou, enquanto 88,9% dos MD concordou que, de modo geral, as crianças usufruem do cheque-dentista. As percentagens são relativamente próximas das obtidas no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, onde foram utilizados 74% dos cheques-dentistas emitidos e no estudo da 8ª Edição do Barómetro da Saúde Oral 2023, em que 72,5% dos menores que tinham direito ao cheque-dentista o utilizaram.^(20,21)

No presente estudo, a maioria dos MD 37,5%, mencionou que a idade mais frequente da primeira consulta é aos 6 anos, enquanto apenas 5,4% dos EE afirmaram o mesmo para os seus educandos. Nenhum MD citou o primeiro ano de vida como idade mais comum para a primeira consulta, em contraste com 6,4% dos EE. Comparando esses resultados com as recomendações da literatura, que referem que a primeira consulta deve ser realizada aquando da erupção do primeiro dente e, o mais tardar, até aos 12 meses de idade, observa-se uma discrepância significativa.⁽¹²⁾ É, portanto, fundamental melhorar a adesão às diretrizes recomendadas, nomeadamente através da implementação de campanhas de consciencialização dirigidas aos EE. Adicionalmente, é expectável que os MD generalistas não atendam crianças tão pequenas, sendo provável que esta percentagem fosse bastante mais elevada se apenas se

considerassem as respostas de MD especialistas em Odontopediatria ou MD que se dediquem preferencialmente ao tratamento de crianças.

Quando questionados acerca da frequência das consultas, 37,6% dos EE referiu que o seu educando vai a cada 6 meses a uma consulta. Em contraste, apenas uma pequena parte dos MD 8,3%, referiu que as crianças costumam ir às suas consultas a cada 6 meses. Segundo 47,2% dos MD, as crianças costumam ir à sua consulta uma vez por ano, comparativamente a 35,6% dos EE. Segundo a AAPD, a criança deve ir a uma consulta a cada 6 meses, ou com uma maior frequência em caso de apresentar um maior risco de desenvolver cárie, pelo que uma parte considerável das crianças não está a seguir esta recomendação.⁽¹²⁾ Comparando com a 8ª Edição do Barómetro da Saúde Oral 2023, que indica que 23,7% das crianças entre 7 e 9 anos vão a consultas a cada 6 meses, a situação verificada no presente estudo é melhor ou pior que a realidade a nível nacional, se se considerar a resposta do EE ou do MD, respetivamente.⁽²¹⁾ Deste modo, é fundamental reforçar a educação para a saúde oral e a importância das consultas regulares de Medicina Dentária.

Em relação ao motivo da primeira consulta, a maioria dos EE 67,3%, referiu que o motivo da primeira consulta foi rotina/revisão/limpeza, comparativamente a apenas 22,2% dos MD. Para 29,2% dos MD, o motivo mais comum da primeira consulta foi cárie e para 25% dor, percentagens bastante distintas dos EE, 11,3% e 4,7%, respetivamente. Em alguns estudos realizados, foi possível verificar que o motivo principal de consulta referido pelos EE foi exame de rotina, seguindo-se tratamento de cárie.^(33,34) Num estudo realizado na FMDUP, o motivo da primeira consulta foi igualmente rotina 39,7%, seguindo-se cárie, 24%.⁽²⁴⁾ Uma possível razão para um número muito mais elevado de EE ter referido que foi rotina em relação aos MD, pode dever-se ao facto de muitos pais desconhecerem a existência de patologias já instaladas com necessidades de tratamento ou de vigilância, não se referindo a elas como motivo de consulta concreto.

No que diz respeito à classificação da saúde oral das crianças, a maioria dos EE 50,1%, classificou a saúde oral dos seus educandos como boa, enquanto apenas 20,8% dos Médicos Dentistas concordaram. A maior parte dos MD 65,3%, considerou a saúde oral das crianças dos 6 aos 10 anos razoável, em comparação a apenas 22,2% dos Encarregados de Educação. Segundo Imes et al. (2021), as perceções dos EE sobre a saúde oral dos seus filhos são indicadores úteis e influenciam significativamente o comportamento de procura de cuidados de Medicina Dentária.⁽³⁵⁾ Uma possível razão para a diferença na classificação da saúde oral pelos

dois grupos, pode eventualmente dever-se aos EE basearem a sua classificação em experiências pessoais e na comunicação com o educando, podendo subestimar problemas não visíveis. Em contrapartida, os MD realizam avaliações clínicas detalhadas, com critérios diagnósticos específicos associadas à experiência profissional para detetar problemas que podem não ser aparentes para os EE.

Os resultados do estudo relativos à forma como os serviços de Medicina Dentária satisfazem as necessidades, indicaram que a maioria dos EE 50,3%, e 41,7% dos MD consideraram que satisfazem bem. Por sua vez, 40,3% dos MD e 23% dos EE referiram que satisfazem muito bem. Se forem agregados os bem e os muito bem, obtêm-se o valor de satisfação de 73,3% dos EE e de 82% dos MD, que podem ser comparados com resultados obtidos pela 8ª Edição do Barómetro da Saúde Oral 2023, a nível nacional. O Barómetro da Saúde Oral, revelou que 96,1% dos portugueses demonstram estar satisfeitos com os seus médicos dentistas.⁽²¹⁾ Os resultados do presente estudo indicam uma discrepância na perceção entre EE e MD quanto à qualidade dos serviços, sendo a perceção do MD um pouco melhor. Tal pode dever-se a um grupo ter uma perspetiva baseada na experiência clínica e o outro grupo na observação quotidiana. Ademais, verifica-se que embora os valores de satisfação dos EE e dos MD se possa aproximar do valor obtido pelo Barómetro da Saúde Oral, apresenta valores inferiores. Essa diferença pode ser justificada pela diferença nas amostras estudadas nos dois estudos.

Comparação das respostas dos Encarregados de Educação conforme o sexo dos educandos

No presente estudo, o sexo dos educandos não influenciou nenhuma das respostas dadas pelos EE. Segundo Kalyoncu et al. (2021), a saúde oral e a qualidade de vida relacionada à saúde de um grupo de crianças não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre o género das crianças.⁽¹¹⁾ Foi documentado que, de modo geral, as mulheres procuram mais os serviços de saúde. No entanto, dado que são os pais os responsáveis pela saúde das crianças, parece expectável que o sexo dos educandos não influencie as respostas dadas pelos EE.^(33,36)

Comparação das respostas dos Encarregados de Educação conforme a idade dos educandos

Os resultados mostram padrões interessantes relacionados com a idade dos educandos. Notavelmente, os educandos dos EE que nunca foram a uma consulta tinham em média 6,7

anos, a média de idade mais baixa. Isto sugere que muitas dessas crianças ainda não foram a uma consulta por serem mais novas, e possivelmente irão mais tarde. De igual modo, os educandos dos EE que nunca utilizaram o cheque-dentista tinham em média 7,4 anos, enquanto os que já utilizaram tinham em média 8,1 anos. Este resultado sugere que o cheque-dentista é mais frequentemente utilizado por crianças mais velhas. Estes dados reforçam a necessidade de consciencializar os EE sobre a importância de introduzir consultas de Medicina Dentária numa idade mais precoce, garantindo uma boa saúde oral ao longo do desenvolvimento da criança.

Limitações do estudo

O estudo apresenta algumas limitações a serem consideradas. A amostra de EE pode não ser totalmente representativa da realidade no concelho de Viana do Castelo, a validação do questionário limitou-se apenas à validação facial, e algumas palavras utilizadas no questionário destinado aos EE podem não ter sido suficientemente acessíveis.

VI. CONCLUSÕES

Com base nos resultados do estudo podem retirar-se as seguintes conclusões:

- A percentagem de crianças que ainda não foram a uma consulta é baixa.
- As mães são as acompanhantes mais frequentes das crianças.
- A consulta de aconselhamento a grávidas é valorizada por MD e EE.
- A maioria dos MD e EE afirma que são feitas perguntas e dadas informações sobre hábitos de higiene oral e alimentares durante as consultas.
- Tanto a maioria dos EE como MD consideram que os serviços de Medicina Dentária satisfazem as necessidades das crianças e que existe uma oferta apropriada.
- O tempo de espera não é um impedimento para a maioria dos EE e MD.
- Verificou-se que a maioria das crianças utilizam o cheque-dentista.
- Não se verificaram diferenças entre o género feminino e o masculino nas respostas dos EE.
- Crianças mais velhas têm uma maior probabilidade de já terem tido uma consulta e utilizado o cheque-dentista.
- A primeira consulta da maioria das crianças não ocorre durante o primeiro ano de vida.
- A maioria das crianças não vai a uma consulta a cada 6 meses.

- A percepção da classificação da saúde oral das crianças é melhor nos EE do que nos MD.
- A maioria dos EE desconhece a existência de necessidade de tratamento aquando da primeira consulta da criança.
- Há mais MD a considerar que a ansiedade/medo é uma barreira no acesso das crianças, quando comparado com a percepção dos EE.
- Os EE sentem mais o impacto dos custos na acessibilidade às consultas.

De um modo geral, este estudo permitiu verificar que existem aspetos a ser melhorados relativamente à saúde oral das crianças no concelho de Viana Do Castelo. É fundamental educar os EE sobre a importância de consultas regulares desde cedo, implementar estratégias para reduzir a ansiedade/medo das crianças, melhorar a comunicação entre MD e EE e obter um equilíbrio entre as expectativas de ambos os grupos relativamente à saúde oral.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization; 2020.
2. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Azul A, Céu A, Ferreira CS, Jordão M. Direção-Geral da Saúde, editor. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral 2021-2025. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde; 2021-2025. 2021 May.
4. FDI World Dental Federation. FDI visão 2020 (2020). Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. Consultado a 12 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/fdi-visao-2020-pt.pdf>.
5. Poirier BF, Hedges J, Smithers LG, Moskos M, Jamieson LM. Child-, Family-, and Community-Level Facilitators for Promoting Oral Health Practices among Indigenous Children. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1150. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031150>.
6. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular normativa N^o: 1/DSE de 18 de janeiro de 2005.
7. Singh R, Mendiratta P, Saraf BG, et al. Knowledge, attitude, and practices of parents toward the oral health of their school-going children in Faridabad City. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2022;15(5):549-553.
8. Alkarimi HA, Watt RG, Pikhart H, Sheiham A, Tsakos G. Impact of treating dental caries on schoolchildren's anthropometric, dental, satisfaction and appetite outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2012;12:706.
9. World Health Organization. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva: World Health Organization; 2019.
10. Simancas-Pallares MA, Ginnis J, Vann WF Jr, Ferreira Zandoná AG, Shrestha P, Preisser JS, Divaris K. Children's oral health-related behaviours and early childhood caries: A latent class analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022 Jun;50(3):147-155. doi:10.1111/cdoe.12645.
11. Kalyoncu IÖ, Özcan G, Kargül B. Oral health practice and health-related quality of life of a group of children during the early stage of the COVID-19 pandemic in Istanbul. *J Educ Health Promot*. 2021 Aug 31;10:314. doi: 10.4103/jehp.jehp_1311_20.

12. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. In: *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023. p. 288-300.
13. Prabhu A, Rao AP, Shenoy R, Pai P, Rao A. Parental knowledge of pre-school child oral health. *J Community Health*. 2013;38(5):880-884.
14. Almas K, Albaker A, Felemban A. The knowledge and practice of oral hygiene methods and attendance pattern among school teachers in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2003;24(10):1087-1091.
15. Wallace BB, MacEntee MI. Access to dental care for low-income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *J Community Health*. 2012;37(1):32-39.
16. Fisher-Owens SA, Soobader MJ, Gansky SA, Isong IA, Weintraub JA, Platt LJ, Newacheck PW. Geography matters: state-level variation in children's oral health care access and oral health status. *Public Health*. 2016 May;134:54-63. doi: 10.1016/j.puhe.2015.04.024. Epub 2016 Mar 16. PMID: 26995567.
17. American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and infant oral health care. In: *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023. p. 312-316.
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. In: *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023. p. 108-112.
19. Portaria n.º 430/2023, de 12 de dezembro de 2023. *Diário da República*, 1.ª série. 2023;1(999):[109]. Consultado a 20 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://www.ond.pt/content/uploads/2023/12/20231212-cheque-dentista-atualizacao.pdf>.
20. Direção-Geral da Saúde. III Estudo de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015.
21. Ordem dos Médicos Dentistas. *Barómetro da Saúde Oral: 8ª edição*. Portugal; 2023.
22. Cardoso CL, Loureiro SR. Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. *Psicol Estud*. 2008 jan-mar;13(1):133-41.
23. Virdee PK, Rodd HD. Who accompanies children to a dental hospital appointment?. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2007;8(2):95-8.

24. Esperança AL. Percepção dos pais/encarregados de educação sobre saúde oral infantil e necessidade de tratamento [dissertação de mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto; 2013.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 569: Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan. *Obstet Gynecol*. 2013 Aug;122(2):417-22. doi: 10.1097/01.AOG.0000433007.16843.10.
26. Barzel R, Holt K, eds. 2020. *Oral Health During Pregnancy: A Resource Guide* (3rd ed.). Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center.
27. World Health Organization. *Global strategy and action plan on oral health 2023–2030*. Geneva: World Health Organization; 2024.
28. Entidade Reguladora da Saúde. (ERS) Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Porto. 2014.
29. Gulliford M, Morgan M, Hughes D, Beech R, Munoz M, Hudson M, Arumugam P, Connell A, Mohiddin A. Access to Health Care. Report of a Scoping Exercise for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation. R & D. 2001.
30. Carrillo-Díaz M, Migueláñez-Medrán BC, Nieto-Moraleda C, Romero-Maroto M, González-Olmo MJ. How Can We Reduce Dental Fear in Children? The Importance of the First Dental Visit. *Children*. 2021;8:1167. Available from: <https://doi.org/10.3390/children8121167>
31. Caprioglio A, Mariani L, Tettamanti L. A pilot study about emotional experiences by using CFSS-DS in young patients. *Eur J Paediatr Dent*. 2009;10:21-24.
32. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: The fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent*. 2012;22:324-330. doi: 10.1111/j.1365-263X.2011.01200.x
33. Costa CHM, Forte FDS, Sampaio FC. Motivos para consulta e perfil socioeconômico de usuários de uma clínica infantil. *Rev Odontol UNESP*. 2010 Sep-Oct;39(5):285-289.
34. Massoni ACLT, Vasconcelos FMN, Katz CRT, Rosenblatt A. Utilização de serviços odontológicos e necessidades de tratamento de crianças de 5 a 12 anos, na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev Odontol UNESP*. 2009;38(2):73-8.
35. Imes EP, Ginnis J, Shrestha P, Simancas-Pallares MA, Divaris K. Guardian reports of children's sub-optimal oral health are associated with clinically determined early

childhood caries, unrestored caries lesions, and history of toothaches. *Front Public Health*. 2021;9:751733. doi: 10.3389/fpubh.2021.751733.

- 36.** Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl 2)

Apêndice I – Tabela 1 e Tabela 2

Tabela 1. Descrição das Variáveis do Questionário para Encarregados de Educação

| Grupo | Designação | Descrição/Categorias | Tipo de Variável |
|---------------------------------------|--|--|-----------------------|
| Informações Demográficas | Idade da criança | “6”, “7”, “8”, “9”, “10” | Quantitativa de razão |
| | Sexo da criança | “Feminino”, “Masculino” | Qualitativa nominal |
| Acompanhante | Acompanhante habitual da criança | “Mãe”, “Pai”, “Outro” | Qualitativa nominal |
| | Importância da consulta de aconselhamento a grávidas | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| Consultas de Medicina Dentária | Idade da primeira consulta | “<12meses”, “1”, “2”, “3”, “4”, “5”, “6”, “7”, “8”, “9”, “10”, “nunca foi” | Qualitativa ordinal |
| | Tempo decorrido desde a última consulta | “Nos últimos 6 meses”, “6 meses a 1 ano”, “1 ano”, “2 anos ou mais”, “Nunca foi a uma consulta” | Qualitativa ordinal |
| | Regularidade das consultas | “A cada 6 meses”, “1 vez por ano”, “Ocasionalmente/ Em caso de necessidade”, “Nunca foi a uma consulta” | Qualitativa ordinal |
| | Motivo da primeira consulta | “Rotina/Revisão/Limpeza”, “Dor”, “Cárie”, “Ortodontia”, “Fratura dentária/Traumatismo”, “Selantes de fissura”, “Alterações na erupção/esfoliação”, “Outro” | Qualitativa nominal |
| Hábitos Alimentares e de Higiene Oral | Foi questionado acerca dos hábitos | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| | Foi informado/motivado acerca dos hábitos | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| Avaliação da Saúde Oral | Classificação da Saúde Oral | “Muito boa”, “Boa”, “Razoável”, “Má”, “Muito má” | Qualitativa ordinal |
| Acesso aos Serviços de Saúde Oral | Existência de oferta apropriada de serviços de Medicina Dentária | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| | Custo monetário como impedimento ao acesso | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| | Tempo de espera como impedimento ao acesso | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| | Medo/ansiedade como impedimento ao acesso | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |

| | | | |
|----------------------------|---|---|---------------------|
| Satisfação com os Serviços | Classificação da satisfação com os serviços | “Muito bem”, “Bem”, “Razoavelmente”, “Mal”, “Muito mal” | Qualitativa ordinal |
| Cheque Dentista | Utilização do cheque dentista | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |

Tabela 2. Descrição das Variáveis do Questionário para os Médicos Dentistas

| Grupo | Designação | Descrição/Categorias | Tipo de Variável |
|---------------------------------------|--|--|---------------------|
| Acompanhante | Acompanhante habitual da criança | “Mãe”, “Pai”, “Outro” | Qualitativa nominal |
| Consulta de Aconselhamento | Importância da consulta de aconselhamento a grávidas | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| Consultas de Medicina Dentária | Idade mais comum da primeira consulta | “<12meses”, “1”, “2”, “3”, “4”, “5”, “6”, “7”, “8”, “9”, “10”, “nunca foi” | Qualitativa ordinal |
| | Regularidade mais comum das consultas | “A cada 6 meses”, “1 vez por ano”, “Ocasionalmente/ Em caso de necessidade”, “Nunca foi a uma consulta” | Qualitativa ordinal |
| | Motivo mais comum da primeira consulta | “Rotina/Revisão/Limpeza”, “Dor”, “Cárie”, “Ortodontia”, “Fratura dentária/Traumatismo”, “Selantes de fissura”, “Alterações na erupção/esfoliação”, “Outro” | Qualitativa nominal |
| Hábitos Alimentares e de Higiene Oral | Questiona acerca dos hábitos | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| | Informa/motiva acerca dos hábitos | Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| Avaliação da Saúde Oral | Classificação da Saúde Oral | “Muito boa”, “Boa”, “Razoável”, “Má”, “Muito má” | Qualitativa ordinal |
| Acesso aos Serviços de Saúde Oral | Existência de oferta apropriada de serviços de Medicina Dentária | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| | Custo monetário como impedimento ao acesso | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| | Tempo de espera como impedimento ao acesso | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| | Medo/ansiedade como impedimento ao acesso | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |
| Satisfação com os Serviços | Classificação da satisfação dos serviços | “Muito bem”, “Bem”, “Razoavelmente”, “Mal”, “Muito mal” | Qualitativa ordinal |
| Cheque Dentista | Se de uma forma geral, ocorre a utilização do cheque dentista | “Não”, “Sim” | Qualitativa nominal |

Apêndice II – Consentimento Médico Dentista



Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Consentimento livre e informado para trabalho de investigação sobre a saúde oral em crianças de Viana do Castelo, perspetiva do médico dentista versus encarregados de educação.

O presente formulário tem por objetivo obter um acordo escrito, mediante o qual autoriza a realização de um questionário. Qualquer questão poderá ser colocada para o endereço de correio eletrónico das investigadoras ou para o telefone da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. A qualquer altura poderá anular o presente consentimento, informando as investigadoras da sua intenção.

Objetivos do estudo: Pretende-se com este estudo avaliar o estado atual da saúde oral em crianças do concelho de Viana do Castelo, mediante a perspetiva dos encarregados de educação e dos médicos dentistas do concelho.

Procedimentos do estudo: Será entregue um questionário aos encarregados de educação de crianças que se encontrem a frequentar o 1º ciclo do ensino básico com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos no concelho de Viana do Castelo, bem como aos médicos dentistas a exercer a sua profissão no concelho de Viana do Castelo que atendam crianças dentro desses parâmetros.

Confidencialidade: Os questionários serão numerados, para assegurar que no questionário não fica registada a identificação. O investigador principal terá uma lista que associa a listagem dos nomes aos números, que após a recolha total dos dados será destruída. Como tal, todos os questionários serão confidenciais, nunca sendo revelada a identidade dos participantes.

SE CONCORDAR EM PARTICIPAR NO ESTUDO, POR FAVOR, PREENCHA O QUESTIONÁRIO E COLOQUE-O DENTRO DO ENVELOPE, JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO. EM SEGUIDA, SELE O ENVELOPE. Agradecemos a sua participação. Qualquer dúvida, não hesite em contactar-nos.



Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Consentimento livre e informado para trabalho de investigação sobre a saúde oral em crianças de Viana do Castelo, perspetiva do médico dentista versus encarregados de educação.

Declaro que li e compreendi toda a informação presente neste documento, e que autorizo a utilização do questionário para esta investigação, com garantia de confidencialidade e anonimato.

Contactos:

Mafalda Lago: mafaldalago@campus.ul.pt

Telefone da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa: +351 217 922 600

Viana do Castelo, ___ de _____ de 2024

O médico dentista:

Rua Professora Teresa Ambrósio, Cidade Universitária 1600-277 Lisboa +351 217 922 600

Apêndice III – Consentimento Encarregado de Educação



Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Consentimento livre e informado para trabalho de investigação sobre a saúde oral em crianças de Viana do Castelo, perspetiva do médico dentista versus encarregados de educação.

O presente formulário tem por objetivo obter um acordo escrito, mediante o qual autoriza a realização de um questionário. Qualquer questão poderá ser colocada para o endereço de correio eletrónico das investigadoras ou para o telefone da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. A qualquer altura poderá anular o presente consentimento, informando as investigadoras da sua intenção.

Objetivos do estudo: Pretende-se com este estudo avaliar o estado atual da saúde oral em crianças do concelho de Viana do Castelo, mediante a perspetiva dos encarregados de educação e dos médicos dentistas do concelho.

Procedimentos do estudo: Será entregue um questionário aos encarregados de educação de crianças que se encontrem a frequentar o 1º ciclo do ensino básico com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos no concelho de Viana do Castelo, bem como aos médicos dentistas a exercer a sua profissão no concelho de Viana do Castelo que atendam crianças dentro desses parâmetros.

Confidencialidade: Os questionários serão numerados, para assegurar que no questionário não fica registada a identificação. O investigador principal terá uma lista que associa a listagem dos nomes aos números, que após a recolha total dos dados será destruída. Como tal, todos os questionários serão confidenciais, nunca sendo revelada a identidade dos participantes.

SE CONCORDAR EM PARTICIPAR NO ESTUDO, POR FAVOR, PREENCHA O QUESTIONÁRIO E COLOQUE-O DENTRO DO ENVELOPE, JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO. EM SEGUIDA, SELE O ENVELOPE E ENTREGUE-O À PROFESSORA DO SEU FILHO. Agradecemos a sua participação. Qualquer dúvida, não hesite em contactar-nos.

Rua Professora Teresa Ambrósio, Cidade Universitária 1600-277 Lisboa

+351 217 922 600



Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Consentimento livre e informado para trabalho de investigação sobre a saúde oral em crianças de Viana do Castelo, perspetiva do médico dentista versus encarregados de educação.

Declaro que li e compreendi toda a informação presente neste documento, e que autorizo a utilização do questionário para esta investigação, com garantia de confidencialidade e anonimato.

Contactos:

Mafalda Lago: mafaldalago@campus.ul.pt

Telefone da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa: +351 217 922 600

Viana do Castelo, ___ de _____ de 2024

O encarregado de educação:

Apêndice IV – Questionário Médico Dentista



Questionário

Após assinar o consentimento informado, por favor responda às seguintes questões relativamente aos seus pacientes dos 6 aos 10 anos, residentes e a frequentar o 1º ciclo do ensino básico no concelho de Viana do Castelo.

1. Quem é que costuma acompanhar a criança às consultas de medicina dentária?

- Mãe
- Pai
- Outro

2. Considera importante uma consulta de aconselhamento a grávidas para esclarecimento de cuidados preventivos de saúde oral em crianças?

- Sim
- Não

3. Em geral, qual é a idade com que as crianças vão à primeira consulta de medicina dentária?

- < 12 meses
- 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos
- 6 anos
- 7 anos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos

4. Em geral, com que regularidade é que as crianças dos 6-10 anos comparecem nas consultas de medicina dentária?

- A cada 6 meses
- 1 vez por ano
- Ocasionalmente/ em caso de necessidade
- Nunca foi a uma consulta

5. Qual o motivo mais comum da primeira consulta de medicina dentária?

- Rotina/ Revisão/ Limpeza
- Dor
- Cárie
- Ortodontia
- Fratura dentária/Traumatismo
- Selantes de fissura
- Alteração na erupção/esfoliação
- Outro

6. Tem por hábito questionar o acompanhante da criança acerca dos hábitos de higiene oral e hábitos alimentares da mesma?

- Sim
- Não

7. Tem por hábito informar/motivar o acompanhante da criança acerca dos hábitos de higiene oral e hábitos alimentares mais adequados para a criança?

- Sim
- Não

8. Em geral, como classifica a saúde oral das crianças dos 6-10 anos no concelho de Viana do Castelo que atende no seu consultório?

- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Má
- Muito má

9. Considera que existe uma oferta apropriada de serviços de medicina dentária a crianças dos 6-10 anos no concelho de Viana do Castelo?

- Sim
- Não

10. Considera que o custo monetário dos serviços de medicina dentária no concelho de Viana do Castelo possa ser um impedimento para o acesso de crianças dos 6-10 anos a cuidados de saúde oral?

- Sim
- Não

11. Considera que o tempo de espera para o atendimento em serviços de medicina dentária no concelho de Viana do Castelo possa ser um impedimento para o acesso de crianças dos 6-10 anos a cuidados de saúde oral?

- Sim
- Não

12. Em geral, considera que a ansiedade/medo é uma barreira no acesso de crianças dos 6-10 anos a cuidados de saúde oral no concelho de Viana do Castelo?

- Sim
- Não

13. Como classifica a forma como os serviços de medicina dentária no concelho de Viana do Castelo satisfazem as necessidades de crianças dos 6-10 anos?

- Muito bem
- Bem
- Razoavelmente
- Mal
- Muito mal

14. Em geral, considera que as crianças dos 6-10 anos no concelho de Viana do Castelo usufruem do cheque-dentista?

- Sim
- Não

Apêndice V – Questionário Encarregado de Educação



Após assinar o consentimento informado, por favor responda às seguintes questões relativamente ao seu educando.

1. Idade:

- 6 anos
- 7 anos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos

2. Sexo

- Feminino
- Masculino

3. Quem é que costuma acompanhar a criança às consultas de medicina dentária?

- Mãe
- Pai
- Outro

4. Considera importante uma consulta de aconselhamento a grávidas para esclarecimento de cuidados preventivos de saúde oral em crianças?

- Sim
- Não

5. Idade com que o seu educando foi à sua primeira consulta de medicina dentária:

- < 12 meses
- 1 ano

- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos
- 6 anos
- 7 anos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos
- Nunca foi a uma consulta

6. Há quanto tempo foi a última consulta de medicina dentária do seu educando?

- Nos últimos 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 ano
- 2 anos ou mais
- Nunca foi a uma consulta

7. Por norma, com que regularidade é que o seu educando vai às consultas de medicina dentária?

- A cada 6 meses
- 1 vez por ano
- Ocasionalmente/ em caso de necessidade
- Nunca foi a uma consulta

8. Motivo da primeira consulta de medicina dentária:

- Rotina/ Revisão/ Limpeza
- Dor
- Cárie
- Ortodontia
- Fratura dentária /Traumatismo
- Selantes de fissura
- Alteração na erupção/esfoliação

Outro

9. Alguma vez foi questionado pelo médico dentista acerca dos hábitos de higiene oral e hábitos alimentares do seu educando?

Sim

Não

10. Alguma vez o médico dentista o informou/motivou acerca dos hábitos de higiene oral e hábitos alimentares mais adequados para o seu educando?

Sim

Não

11. Como classifica a saúde oral do seu educando?

Muito boa

Boa

Razoável

Má

Muito má

12. Considera que existe uma oferta apropriada de serviços de medicina dentária a crianças dos 6-10 anos no concelho de Viana do Castelo?

Sim

Não

13. Considera que o custo monetário dos serviços de medicina dentária no concelho de Viana do Castelo possa ser um impedimento para o acesso de crianças dos 6-10 anos a cuidados de saúde oral?

Sim

Não

14. Considera que o tempo de espera na marcação para serviços de medicina dentária no concelho de Viana do Castelo condiciona o acesso de crianças dos 6-10 anos a cuidados de saúde oral?

Sim

Não

15. Em geral, considera que a ansiedade/medo é uma barreira no acesso de crianças dos 6-10 anos a cuidados de saúde oral no concelho de Viana do Castelo?

- Sim
- Não

16. Como classifica a forma como os serviços de medicina dentária no concelho de Viana do Castelo satisfazem as necessidades de crianças dos 6-10 anos?

- Muito bem
- Bem
- Razoavelmente
- Mal
- Muito mal

17. O seu educando já usufruiu do cheque-dentista?

- Sim
- Não

Apêndice VI – Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética

Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), em reunião de 22 de fevereiro 2024, apreciou o seguinte pedido de parecer:

| | |
|---|---|
| Código | Título do Estudo |
| CE-FMDUL202423 | "Saúde Oral em crianças de Viana do Castelo: Perspetiva do médico dentista versus encarregados de educação" |
| Âmbito | Dissertação final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária |
| Investigador principal / Estudante | Mafalda Lago |
| Pertinência do estudo e da sua conceção | Adequados |
| Benefícios e riscos previsíveis | Avaliação favorável |
| Avaliação do protocolo | Positiva |
| Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa | Adequados |
| Condições materiais e humanas necessárias | Adequadas |
| Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes | Não se aplica |
| Modalidades de recrutamento dos participantes | Adequadas |
| Conflito de interesses do promotor ou do investigador | Não referidas |
| Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo | Não se aplica |
| Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes | Adequado |

A CE-FMDUL deliberou e decidiu emitir parecer favorável.

Lisboa, 6 de março de 2024

O presidente da CE-FMDUL