



**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM SAÚDE PÚBLICA/COMUNITÁRIA
ODONTOPEDIÁTRICA REALIZADO NA FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE
DO PORTO**

**ODONTOPEDIATRIC PUBLIC/COMMUNITY HEALTH
INTERNSHIP REPORT PERFORMED AT FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE
DO PORTO**

Ana Filipa Henriques Gomes

Orientadora:

Prof.^a Doutora Cristina Maria Ferreira Guimarães Pereira Areias

Coorientador:

Prof. Doutor António Pedro Soares Ricardo Graça

PORTO, 2024



**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM SAÚDE PÚBLICA/COMUNITÁRIA
ODONTOPEDIÁTRICA REALIZADO NA FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE
DO PORTO**

**ODONTOPEDIATRIC PUBLIC/COMMUNITY HEALTH
INTERNSHIP REPORT PERFORMED AT FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE
DO PORTO**

Ana Filipa Henriques Gomes

Orientadora:

Prof.^a Doutora Cristina Maria Ferreira Guimarães Pereira Areias

Coorientador:

Prof. Doutor António Pedro Soares Ricardo Graça

PORTO, 2024

Resumo

Introdução: A cárie dentária é uma doença multifatorial crónica que afeta cerca de 90% da população a nível mundial. A influência da alimentação, em especial do consumo excessivo de hidratos de carbono fermentáveis, já é conhecida e é um fator de risco de alta importância.

Objetivo: A concretização de um Relatório de Estágio baseado nos novos conhecimentos e competências adquiridas combinando dados clínicos da saúde oral de crianças, dos hábitos alimentares e de evidências científicas, abordando a relação entre a frequência de determinados grupos de alimentos e as cáries, e aplicando os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante o Mestrado Integrado em Medicina Dentária, permitindo, desta forma, a correlação das Ciências da Nutrição e Alimentação com a área da Odontopediatria

Participantes, material e métodos: Participaram no estudo 88 crianças, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 3 e 9 anos, que frequentavam a Escola Básica de Paramos do concelho de Espinho. Foi entregue um inquérito aos encarregados de educação sobre dados sociodemográficos da criança e família, hábitos alimentares e hábitos de higiene oral, seguido de um rastreio para diagnosticar lesões de cárie. Os dados foram recolhidos e tratados estatisticamente com recurso ao programa IBM SPSS®, versão 28 para *Windows*.

Resultados: A amostra é constituída por 88 crianças, com idade média de 7,2 anos; variando entre 3 e 9 anos. A percentagem de alunos em estudo foi ligeiramente mais alta no sexo masculino (54,5%), a maioria frequentava o 3º ano do ensino básico (27.3%) e tinha um irmão (47.7%). Quase 30% dos pais e 40% das mães eram licenciados. A escovagem de dentes com pasta com flúor, era realizada 2 ou mais vezes por dia em 54.5% das crianças. Os valores do índice de Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados são significativamente mais elevados nas crianças cujo responsável desconhece os alimentos/bebidas que potenciam o aparecimento de cárie dentária (3.75 vs. 0.73), $p < .001$. Uma proporção de 26.1% das crianças tinha cáries ativas. Nos hábitos alimentares encontrou-se uma relação entre cáries ativas e o consumo

elevado de pastilhas elásticas com açúcares, consumo de laticínios e produtos hortícolas. Encontrou-se para o índice de cáries nos dentes permanentes e decíduos uma correlação com o maior consumo de açúcar de adição ou mel, cereais açucarados, biscoitos e bolachas e de pastilhas elásticas/chicletes com açúcares e molhos.

Conclusão: No final deste estudo, pode-se concluir que a prevalência da cárie dentária não se encontra estatisticamente associada com os hábitos de higiene oral, mas existe correlação entre a doença e o desconhecimento de alimentos cariogénicos por parte dos responsáveis pelas crianças. Relativamente à frequência de consumo de grupos de alimentos/alimentos e incidência da doença encontramos diferenças estatisticamente significantes para pastilhas elásticas com açúcares, laticínios, produtos hortícolas, açúcar, cereais, bolachas e biscoitos e molhos. É importante educar a população de todas as idades de modo a diminuir a incidência da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Hábitos alimentares, Dieta cariogénica, Higiene Oral, Cárie dentária, Cárie Precoce de Infância, Criança

Abstract

Introduction: Dental caries is a multifactorial chronic disease that affects about 90% of the global population. The influence of diet, especially the excessive consumption of fermentable carbohydrates, is well known and is a highly significant risk factor.

Objectives: The aim of this Internship Report is to apply new knowledge and skills acquired by combining clinical data on children's oral health, dietary habits, and scientific evidence. The report explores the relationship between the frequency of consumption of certain food groups and dental caries. It also applies the theoretical and practical knowledge gained during the Integrated Master's Degree in Dental Medicine, thereby correlating Nutrition and Food Sciences with the field of Pediatric Dentistry.

Materials and Methods: The study involved 88 children, both boys and girls, aged between 3 and 9 years, attending the Paramos Basic School in Espinho municipality. A questionnaire was given to the parents regarding the child's and family's sociodemographic data, dietary habits, and oral hygiene habits. This was followed by a screening to diagnose carious lesions. Data were collected and statistically analyzed using IBM SPSS® software, version 28 for Windows.

Results: The sample consisted of 88 children with an average age of 7.2 years, ranging from 3 to 9 years. The percentage of male students was slightly higher (54.5%). Most children were in the 3rd grade (27.3%) and had one sibling (47.7%). Nearly 30% of fathers and 40% of mothers had a university degree. Brushing teeth with fluoride toothpaste was performed two or more times a day by 54.5% of the children. The values of the Decayed, Missing, and Filled Permanent Teeth Index were significantly higher in children whose guardians were unaware of foods/drinks that promote dental caries (3.75 vs. 0.73), $p < .001$. A proportion of 26.1% of children had active caries. Dietary habits showed a relationship between active caries and high consumption of sugar-containing gum, dairy products, and vegetables. A correlation was found between the Permanent and Primary Teeth Index and Decayed, Missing, and Filled Primary

Teeth Index and higher consumption of added sugar or honey, sugary cereals, cookies and biscuits, sugar-containing gum, and sauces.

Conclusion: At the end of this study, it can be concluded that the prevalence of dental caries is not statistically associated with oral hygiene habits. However, there is a correlation between the disease and the caregivers' lack of knowledge about cariogenic foods. Regarding the frequency of food group/food intake and disease incidence, statistically significant differences were found for sugar-containing gum, dairy products, vegetables, sugar, cereals, cookies and biscuits and sauces. It is important to educate the population of all ages to reduce the incidence of the disease.

KEYWORDS: Dietary habits, Cariogenic diet, Oral Hygiene, Dental Caries, Early Childhood Caries, Child

Lista de abreviaturas

cpod	Dentes decíduos Cariados, Perdidos e Obturados
CPOD	Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
DGS	Direção Geral da Saúde
CPI	Cárie Precoce de Infância
OMS	Organização Mundial da Saúde
FDI	Federação Dentária Internacional
IADR	International Association for Dental Research
GA/A	Grupo de alimentos/alimentos

Índice

Resumo	ix
Abstract	xii
Agradecimentos	xv
Índice	xix
Índice de tabelas	xxi
Lista de abreviaturas	xvii
1. INTRODUÇÃO	24
2. PARTICIPANTES, MATERIAL E MÉTODOS	29
2.1. Tipo de estudo	29
2.2. Duração do estudo	29
2.3. Revisão da literatura	29
2.4. População	30
2.5. Localização do estudo	30
2.6. Critérios de inclusão da amostra	30
2.7. Critérios de exclusão da amostra	30
2.8. Descrição do estudo	31
2.9. Considerações éticas	32
2.10. Análise estatística	33
3. RESULTADOS	36
3.1. Caracterização da amostra	36
3.1.1. Dados sociodemográficos	36
3.1.2. Dados de saúde oral	37
3.1.3. Dados dos hábitos alimentares	39
3.1.4. Dados clínicos	40

3.2.	Influência dos fatores de risco da cárie dentária	41
3.2.1.	Relação entre dados sociodemográficos e dados clínicos	41
3.2.2.	Relação entre dados de saúde oral e dados clínicos	42
3.2.3.	Relação entre dados dos hábitos alimentares e dados clínicos	46
4.	DISCUSSÃO	52
4.1.	Caracterização da amostra	52
4.2.	Dados sociodemográficos	53
4.3.	Hábitos de higiene oral	54
4.4	Hábitos alimentares	56
4.4.1.	Alimentos ricos em hidratos de carbono	57
4.4.1.1.	Açúcares	57
4.4.1.2.	Amido	60
4.4.1.	Outros grupos de alimentos	61
4.5.	Limitações do estudo	61
5.	CONCLUSÃO	64
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	Anexos	76

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra- crianças (n=88)	36
Tabela 2. Caracterização da amostra- Pais (n=88)	37
Tabela 3. Pasta dentífrica com flúor	38
Tabela 4. Hábitos de saúde oral	38
Tabela 5. Uso de biberão ou chupeta com açúcar ou mel	39
Tabela 6. Frequência de consumo de grupo de alimentos /alimentos	40
Tabela 7. Comparação por género	41
Tabela 8. Comparação por escolaridade dos pais	41
Tabela 9. Comparação por ano de escolaridade	42
Tabela 10. Hábitos de saúde oral e cáries ativas	43
Tabela 11. Hábitos de saúde oral e CPOD	44
Tabela 12. Hábitos de saúde oral e cpod	45
Tabela 13. Relação da frequência de consumo de GA/A e CPOD	46
Tabela 14. Relação da frequência de consumo de GA/A e o cpod	47
Tabela 15. Relação da frequência de consumo de GA/A e presença de cárie	48

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A Saúde Pública, segundo a Organização Mundial de Saúde, define-se como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade” (OMS), é determinante para a qualidade de vida das populações e depende de fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais. (1, 2) Para o bem-estar geral é essencial a saúde oral. (3)

A cárie dentária é uma das principais doenças orais atingindo entre 69% e 90% das crianças e a maioria dos adultos a nível mundial. (4) A Cárie Precoce da Infância (CPI) afeta crianças com idade inferior a 6 anos, estima-se que mais de 20% são afetadas pela CPI (5-7)

O processo metabólico da cárie dentária requer um desequilíbrio na microflora oral, onde bactérias como *Streptococcus mutans* e *Streptococcus sobrinus*, transmitidas principalmente pela mãe após o nascimento, aderem aos dentes. (8, 9) Em contato com hidratos de carbono fermentáveis, essas bactérias produzem ácidos orgânicos que diminuem o pH salivar. Se o pH cair abaixo de 5,5, ocorre a desmineralização dos tecidos dentários, esmalte e dentina. Lesões iniciais de cárie sem cavitação podem remineralizar sob uma alimentação pouco cariogénica e boa higiene oral. (10) Um aumento do pH, por ação tamponante do cálcio e fosfatos na saliva, pode substituir o processo patológico pela remineralização. No entanto, uma vez cavitado, deixa de ser possível a remineralização e o dente não tem alternativa à terapia dental restauradora. (11)

A CPI é caracterizada por manchas brancas de esmalte desmineralizado, o que pode causar dor, desconforto e até afetar a saúde geral das crianças. (12, 13) Diversos fatores estão associados ao desenvolvimento dessa condição, incluindo os hábitos alimentares das crianças. (14)

A ferramenta utilizada neste estudo para avaliar a prevalência da doença é o índice de Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD). É calculado com base no número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. O índice de Dentes decíduos Cariados, Perdidos e Obturados (cpod), corresponde ao índice para dentes decíduos. (15)

O principal responsável etiológico pela prevalência da cárie dentária, nos países desenvolvidos, como Portugal, é a alimentação. Esta influencia o desenvolvimento dentário, a integridade dos tecidos orais, a força óssea, a prevenção e o tratamento de doenças orais e o desenvolvimento cranioencefálico. (16)

Os hábitos alimentares desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da cárie precoce da infância. (17) Uma alimentação rica em açúcares e hidratos de carbono refinados pode favorecer a proliferação de bactérias causadoras da cárie, levando a lesões no esmalte dentário. (18) Além disso, o consumo frequente de alimentos e bebidas ácidas pode contribuir para o desgaste do esmalte, tornando os dentes mais suscetíveis à cárie. (19)

Neste contexto, é fundamental investigar a relação entre os hábitos alimentares das crianças e o desenvolvimento da cárie precoce da infância, a fim de identificar estratégias eficazes de prevenção e controle da doença. A compreensão dos mecanismos envolvidos nessa relação pode auxiliar na implementação de políticas públicas e programas de educação em saúde bucal voltados para a promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. (20)

A promoção da saúde dedica-se à adoção de comportamentos relacionados com os estilos de vida para o bem-estar e prevenção de doenças pelo que é importante assegurar hábitos de vida saudáveis, adequados à idade e características do paciente e comunidades, e uma alimentação correta. A má nutrição resulta em impactos negativos significativos na saúde individual e nos custos dos sistemas de saúde, pois prejudica o funcionamento adequado do corpo e do sistema imunológico e aumenta o risco de condições como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e outras patologias. (21)

Na medicina dentária, a alimentação tem um papel de extrema relevância para prevenir nomeadamente a cárie dentária. É fundamental identificar padrões de alimentação correlacionando o consumo de açúcares e a presença de cáries e a integração de estratégias de promoção da saúde bucal nos programas de prevenção. (22, 23)

Portanto, a conscientização sobre a relação entre alimentação saudável e saúde pública contribui para uma melhoria da saúde geral da população. (24) As instruções e motivação dos pacientes são fulcrais para a mudança de comportamento. (25)

O objetivo deste trabalho é a concretização de um Relatório de Estágio baseado nos novos conhecimentos e competências adquiridas combinando dados clínicos da saúde oral de crianças, dos hábitos alimentares e de evidências científicas, abordando a relação entre a frequência do consumo de determinados grupos de alimentos/alimentos (GA/A), e aplicando os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante o Mestrado Integrado em Medicina Dentária, permitindo, desta forma, a correlação das Ciências da Nutrição e Alimentação com a área da Odontopediatria.

Espera-se que os resultados deste estudo possam auxiliar na implementação de medidas preventivas eficazes e na promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar infantil.



PARTICIPANTES, MATERIAL E MÉTODOS



2. PARTICIPANTES, MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Tipo de estudo

Este estudo é transversal.

2.2. Duração do estudo

Decorreu de fevereiro a junho de 2024

2.3. Revisão da literatura

Após formulada a questão de investigação e os principais objetivos realizou-se uma pesquisa avançada de artigos para inclusão na revisão bibliográfica, tendo sido realizada entre os meses de março (2024) e maio (2024), na base de dados: *PubMed* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), *Cochrane* (<https://www.cochrane.org>), *SCOUPS* (<https://www.scopus.com/home.uri>) e *Web of Science* (<https://www.webofscience.com>).

Como palavras-chave foram usadas: ("*food habits*" **OR** "*food intake*" **OR** "*food consumption*" **OR** "*Eating Behavior*" **OR** *eating* **OR** "*Cariogenic diet*") **AND** ("*dental carie**" **OR** "*dental cavity**" **OR** *demineralization* **OR** "*carious lesion*") **AND** (*child* **OR** *preschoolchild*) **AND** (*oral hygiene*)

Foi ainda utilizado o filtro:

- Publication date: 20 years

Obtiveram-se 195 resultados.

Como parâmetros de inclusão dos artigos utilizamos:

- Artigos publicados em inglês, português e espanhol;
- Artigos de revisão (meta-análises, revisões sistemáticas e narrativas da literatura), estudos, ensaios clínicos, livros e documentos
- Limitadores temporais (2004-2024).

Para os parâmetros de exclusão:

- Artigos que não apresentavam resumo/abstract e os que não estão disponíveis para uma leitura na íntegra gratuita;
- Artigos não apresentam no título nenhuma das palavras-chave.

Entre os resultados encontrados, a seleção foi feita, primeiro, a partir da leitura do título, depois do resumo e finalmente leitura integral. No final, foram selecionados e incluídos 74 artigos.

2.4. População

A amostra utilizada neste estudo incluiu 88 crianças de ambos os géneros, com idades entre os 3 e 9 anos, que frequentavam o ensino pré-escolar e os quatro anos do ensino básico da Escola Básica de Paramos no ano letivo de 2023/2024. Numa primeira fase, distribuíram-se 105 inquéritos e foram devolvidos 98, ou seja, 93,3% da amostra inicial.

Numa segunda fase realizaram-se rastreios às crianças que entregaram o consentimento dos encarregados de educação e respetivos inquéritos. Estiveram presentes apenas 92 crianças. Seis inquéritos foram excluídos por não haver paralelismo com o rastreio e 4 crianças não foram incluídas por não respeitarem os critérios de inclusão relativos ao intervalo etário. A amostra final foi de 88 crianças.

2.5. Localização do estudo

Este estudo foi efetuado na Escola Básica de Paramos, concelho de Espinho.

2.6. Critérios de inclusão da amostra

Neste estudo foram incluídas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 9 anos (inclusive) com o consentimento informado assinado pelos pais ou responsáveis legais.

2.7. Critérios de exclusão da amostra

Neste estudo os critérios de exclusão foram:

- Consentimento informado não assinado;
- Crianças com idade inferior a 3 anos ou superior a 9 anos;
- Crianças não cooperantes.
- Crianças com alterações metabólicas ou cognitivas que restrinjam a alimentação e/ou hábitos de higiene oral

2.8. Descrição do estudo

A Escola Básica de Paramos pertencente ao Agrupamento de Escolas de Espinho, integra crianças desde o pré-escolar ao 4º ano do Primeiro Ciclo do Ensino Básico. O grupo etário escolhido para a realização deste estudo enquadra-se nestas idades escolares.

Elaborou-se um consentimento informado do estudo bem como um inquérito para que fossem distribuídos e assinados/preenchidos pelos pais ou responsáveis legais das crianças. (anexo I) O inquérito incluía dados sociodemográficos, dados de higiene oral e frequência de grupos de alimentos/alimentos. (anexo II).

Em seguida, os alunos tiveram uma sessão de sensibilização sobre higiene oral e alimentação cariogénica. Cerca de um mês após a primeira abordagem presencial, realizaram-se os rastreios para detetar a presença de cáries. Os pais/responsáveis legais foram informados sobre os dados obtidos para saberem o estado de saúde oral das crianças e saber se havia necessidade urgente de consultar um odontopediatra para que sejam tratadas as cáries ou outros problemas diagnosticados. (anexo III)

No ato de recolha dos inquéritos foi realizado o rastreio da cárie dentária e de outros problemas orais que pudessem ser identificados tendo em conta que apenas se realizaria exame clínico observacional com impossibilidade de exame radiográfico. Para os rastreios foram necessários kits de exploração clínica constituídos por um espelho, uma sonda e uma pinça, numa sala isolada e com boa iluminação.

Em relação ao inquérito incluímos questões sociodemográficas, de saúde oral e de alimentar.

a) Dados Sócio Demográficos

Os dados sócio demográficos das crianças recolhidos foram: género, idade, ano escolar, escolaridade dos pais, situação profissional dos pais e número de irmãos.

a) Dados de Saúde Oral

As questões abordadas foram se: realizava a escovagem dos dentes com pasta dentífrica fluoretada, a escovagem era supervisionada, eram usados métodos auxiliares na higiene oral, já tinha ido ao dentista, já tinha feito tratamentos restauradores ou preventivos com flúor, os pais sabiam interpretar rótulos de alimentos, os pais sabem quais alimentos/bebidas são cariogénicas e a criança dorme com chupeta/biberão com açúcares ou mel.

b) Dados de Hábitos Alimentares

Questionou-se a frequência de consumo de determinados grupos de alimentos/alimentos, nomeadamente de açúcar de adição ou mel, chocolates, cereais açucarados, biscoitos e bolachas, sobremesas doces e bolos, rebuçados, caramelos, chupa-chupas, gomas e outros semelhantes, pastilhas elásticas com açúcares, pastilhas elásticas sem açúcares, molhos, laticínios, gelados ou iogurtes açucarados, fruta ácida, fruta, produtos hortícolas, frutos secos, arroz, massa e pão muito refinados com a seguinte chave de resposta:

- 1- Nunca
- 2- 1 a 2 dias/semana
- 3- 3 a 6 dias/semana
- 4- Todos os dias, uma vez por dia
- 5- Todos os dias, mais do que uma vez por dia

No que respeita ao rastreio foram recolhidos dados relativos à cárie dentária. A avaliação clínica foi observacional, onde se avaliou a prevalência de cárie dentária ativa e dentes restaurados. Posteriormente calcularam-se os índices cpod e CPOD.

2.9. Considerações éticas

A realização deste estudo foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (21/2024- anexo IV), bem como pelo Serviço

de Tratamento de Dados da Universidade do Porto (0101/2024 –anexo V) Todos os dados recolhidos têm assegurada a anonimidade por uma codificação.

2.10. Análise estatística

A análise estatística foi efetuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28 para Windows.

As variáveis incluídas no estudo foram caracterizadas através de frequência (variáveis qualitativas) e das medidas descritivas mínimo, máximo, média e desvio-padrão (variáveis quantitativas).

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, o coeficiente de correlação de *Spearman*, o teste de *Fisher*, o teste do *Qui-quadrado* de independência e o teste de *Mann-Whitney*. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de *Shapiro-Wilk*. O pressuposto do *Qui-quadrado* de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do *Qui-quadrado* por simulação de Monte Carlo. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados.

O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $p \leq .05$.



RESULTADOS



3. RESULTADOS

3.1. Caracterização da amostra

3.1.1. Dados sociodemográficos

A amostra foi constituída por 88 crianças. A média de idades foi de 7.2 ($\pm 1,6$) anos, variando entre um mínimo de 3 e máximo de 9 anos. A maioria pertencia ao género masculino (54.5%), frequentava o 3º ano do ensino básico (27.3%) e tinha um irmão (47.7%). (Tabela 1)

Tabela 1. Caracterização da amostra- crianças (n=88)

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Género		
Feminino	40	45,5
Masculino	48	54,5
Ano frequentado		
Pré-escolar	15	17,0
1º	18	20,5
2º	18	20,5
3º	24	27,3
4º	13	14,8
Nº de irmãos		
Sem irmãos	22	25,0
1 irmão	42	47,7
2 irmãos	17	19,3
3 ou mais	7	8,0

Relativamente à escolaridade dos pais, verificou-se que 29,5% dos pais eram licenciados e 93.2% encontrava-se na situação profissional, empregado. No caso das mães, 39,8% eram licenciadas e 96.6% encontrava-se empregada. (Tabela 2)

Tabela 2. Caracterização da amostra- Pais (n=88)

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Escolaridade Pai		
≤ 3º ciclo	25	28,4
Ensino secundário	21	23,9
Licenciatura	26	29,5
Pós-graduação	2	2,3
Mestrado	8	9,1
Doutoramento	2	2,3
Escolaridade Mãe		
≤ 3º ciclo	21	23,9
Ensino secundário	17	19,3
Licenciatura	35	39,8
Pós-graduação	1	1,1
Mestrado	10	11,4
Doutoramento	4	4,5
Situação profissional Pai		
Trabalhador-estudante	1	1,1
Empregado	82	93,2
Situação profissional Mãe		
Empregada	85	96,6
Doméstica	3	3,4

3.1.2. Dados de saúde oral

Na Tabela 3 são apresentadas as percentagens relativas à escovagem dos dentes com pasta dentífrica fluoretada por parte das crianças. Um pouco mais de metade realizava a escovagem através de dentífrico com flúor, 2 ou mais vezes por dia (54.5%). Apenas 3,4% da amostra, (3 crianças), não realizavam escovagem com pasta fluoretada.

Tabela 3. Pasta dentífrica com flúor

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nunca	3	3,4
Sim, menos de 2 vezes/dia	37	42,0
Sim, 2 ou mais vezes/dia	48	54,5
Total	88	100,0

A Tabela 4, apresenta as percentagens dos hábitos de saúde oral das crianças e da informação que os pais consideram ter na área da nutrição. A maioria das crianças realiza escovagem com supervisão de uma pessoa mais velha (86,4%) e sem uso de métodos auxiliares (70,5%). Grande percentagem dos alunos já visitou o dentista (81,6%) e mais de metade nunca tratou cáries ou aplicou flúor tópico no consultório (54,7%).

Os responsáveis pelas crianças consideram que sabem interpretar os rótulos dos alimentos, 97,9%, e que conhecem os alimentos e bebidas cariogénicas, 95,3%. (Tabela 4)

Tabela 4. Hábitos de saúde oral

	Sim		Não		Não sei	
	Frequência (n)	Percentagem (%)	Frequência (n)	Percentagem (%)	Frequência (n)	Percentagem (%)
A escovagem dos dentes é supervisionada por alguém mais velho.	76	86,4	12	13,6	0	0,0
A higiene oral da criança inclui métodos auxiliares (elixires, fio dentário ou escovilhões).	25	28,4	62	70,5	1	1,1
A criança já foi ao dentista.	72	81,8	16	18,2	0	0,0
A criança já fez tratamento de cáries ou aplicação de flúor num consultório dentário.	38	44,2	47	54,7	1	1,2
O responsável pela criança sabe interpretar os rótulos dos alimentos.	84	97,7	2	2,3	0	0,0

O responsável pela da criança sabe quais 81 95,3 4 4,7 0 0,0
alimentos/bebidas potencializam o
aparecimento de cárie dentária.

Analizando o uso de biberão/chupeta com adoçante obtivemos uma resposta positiva, correspondente a 1,1%, mas na maioria não se aplica (58%), pela criança já não utilizar. (Tabela 5)

Tabela 5. Uso de biberão ou chupeta com açúcar ou mel

	Sim		Não		Não se aplica	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
A criança dorme com biberão ou chupeta com mel, açúcar ou outros alimentos ricos em açúcares.	1	1,1	34	38,6	51 a)	58,0

3.1.3. Dados dos hábitos alimentares

Na Tabela 6, apresentam-se as percentagens da frequência de consumo de diversos grupos de alimentos/alimentos.

Existem 8 grupos de alimentos para os quais a frequência com maior representatividade é um ou dois dias por semana. Estes são açúcar de adição ou mel (51,7%), chocolates (62,8%), sobremesas doces e bolos (69,0%), rebuçados, caramelos, chupa-chupas, gomas e outros semelhantes (69,0%), gelados e iogurtes açucarados (58,1%), bebidas açucaradas (51,7%), fruta ácida (55,7%) e frutos secos (38,6%).

Cereais açucarados, biscoitos e bolachas são consumidos 3 a 6 dias por semana em cerca de 43,7% da amostra.

A frequência classificada como “Nunca” obteve 76,1% e 68,2% das respostas relativamente a pastilhas elásticas com e sem açúcares, respetivamente. Nos molhos foi em 59,8%.

Os laticínios são consumidos em 35,6% dos casos todos os dias, uma vez por dia. Para a mesma frequência, com percentagem de 35,2% encontramos a fruta. Nos grupos de alimentos consumidos todos os dias, mais do que uma vez por dia, encontramos os produtos hortícolas em 43,2% e arroz, massa e pão muito refinados em 59,1%.

Tabela 6. Frequência de consumo de grupo de alimentos /alimentos

	1	2	3	4	5
	%	%	%	%	%
Açúcar de adição ou mel:	20,7	51,7	18,4	9,2	0,0
Chocolates	8,1	62,8	18,6	9,3	1,2
Cereais açucarados, biscoitos e bolachas	1,1	28,7	43,7	20,7	5,7
Sobremesas doces e bolos	19,5	69,0	9,2	2,3	0,0
Rebuçados, caramelos, chupa-chupas, gomas e outros semelhantes	24,1	69,0	6,9	0,0	0,0
Pastilhas elásticas/chicletes com açúcares	76,1	20,5	3,4	0,0	0,0
Pastilhas elásticas/chicletes sem açúcares	68,2	26,1	5,7	0,0	0,0
Molhos	59,8	33,3	6,9	0,0	0,0
Laticínios	4,6	8,0	20,7	35,6	31,0
Gelados ou iogurtes açucarados:	10,5	58,1	24,4	4,7	2,3
Bebidas açucaradas	26,4	51,7	9,2	11,5	1,1
Fruta ácida	15,9	55,7	26,1	2,3	0,0
Fruta	2,3	23,9	27,3	35,2	11,4
Produtos hortícolas	1,1	6,8	20,5	28,4	43,2
Frutos secos	31,8	38,6	19,3	8,0	2,3
Arroz, massa e pão muito refinados	0,0	3,4	10,2	27,3	59,1

Legenda 1: 1 – Nunca; 2 - 1 a 2 dias/semana; 3 - 3 a 6 dias/semana; 4 - Todos os dias, uma vez por dia; 5 - Todos os dias, mais do que uma vez por dia

3.1.4. Dados clínicos

Uma proporção de 26.1% das crianças tinha cáries ativas (n=23). O índice de dentes permanentes com história passada ou presente de cárie, CPOD, tem média de 0,53 ($\pm 0,99$). O índice para dentes decíduos, cpod, tem média 0,88 ($\pm 1,32$).

3.2. Influência dos fatores de risco da cárie dentária

3.2.1. Relação entre dados sociodemográficos e dados clínicos

O cpod era mais elevado nas crianças do género masculino e o CPOD mais elevado nas crianças do género feminino, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabela 7. Comparação por género

	Feminino		Masculino		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	
cpod	0,82	1,24	0,92	1,40	.748
CPOD	0,71	1,19	0,38	,75	.181

Legenda 2: Utilizado o Teste de Levene; M – Média; DP – Desvio padrão; p- Significância;

$p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Para comparar com a escolaridade dos pais uni-mos as classes de “Escolaridade do Pai” e “Escolaridade da Mãe”. O cpod e CPOD eram mais elevados nas crianças cujos pais tinham baixo nível de escolaridade, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p > .05$).

Tabela 8. Comparação por escolaridade dos pais

	$\leq 3^{\circ}$ ciclo		Ens secundário		Ens superior		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP	
cpod	1,53	2,13	0,89	1,37	,66	,94	.519
CPOD	0,85	1,14	0,58	1,24	,42	,88	.328

Legenda 3: Utilizado o Teste de Levene; M – Média DP – Desvio padrão; p- Significância;

$p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

O cpod era mais elevado nas crianças que frequentavam o 3º ano de escolaridade e o CPOD nas que frequentavam o 4º ano, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p > .05$).

Tabela 9. Comparação por ano de escolaridade

	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
cpod	0,83	1,79	0,89	1,08	0,96	1,33	0,85	1,21	.716
CPO	0,28	0,75	0,33	0,77	0,75	1,22	0,77	1,01	.211

Legenda 4: Utilizado o Teste de Levene; M – Média DP – Desvio padrão; p- Significância;

$p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

3.2.2. Relação entre dados de saúde oral e dados clínicos

Na Tabela 10, temos a relação entre a presença de cáries ativas e os hábitos de saúde oral. Para as cáries ativas, a frequência de escovagem com pasta de flúor é maior na opção “Sim, 2 ou mais vezes/dia”. 84,6% dos casos de cárie ativa responderam que os filhos realizam escovagem supervisionada e 67,7% não usam métodos auxiliares. A maioria das crianças com cáries ativas já esteve no dentista (84,6%) e realizou tratamento restauradores ou preventivos (60,3%).

Quase a totalidade da presença de cáries ativas ocorreu em crianças cujos responsáveis sabem interpretar rótulos dos alimentos (98,4%) e consideram saber alimentos/bebidas têm poder cariogénico (100%). O biberão/chupeta com adoçante é um hábito que já não se aplica em 63,5% das crianças com cárie ativa.

Quando comparamos os hábitos de saúde oral em função do tipo de cáries, encontramos diferença estatisticamente significativa quando o responsável pela criança considera saber quais alimentos/bebidas são cariogénicos. Pelo teste de Fisher, $p = .004$, há uma proporção significativamente mais elevada de crianças com cáries ativas em que o responsável pela criança não sabe quais alimentos/bebidas potenciam o aparecimento de cárie dentária (18.2% vs. 0.0%).

Tabela 10. Hábitos de saúde oral e cáries ativas

		Ativa	Sem cárie ativa	p
Pasta com flúor	Nunca	1,5%	8,7%	.098
	Sim, menos de 2 vezes/dia	38,5%	52,2%	
	Sim, 2 ou mais vezes/dia	60,0%	39,1%	
Escovagem supervisionada	Sim	84,6%	91,3%	.724
	Não	15,4%	8,7%	
Métodos auxiliares	Sim	32,3%	17,4%	.400
	Não	67,7%	82,6%	
Dentista	Sim	84,6%	73,9%	.345
	Não	15,4%	26,1%	
Tratamento dentário prévio	Sim	38,1%	60,9%	.153
	Não	60,3%	39,1%	
	Não sei	1,6%	0,0%	
Interpretar os rótulos dos alimentos	Sim	98,4%	95,7%	.466
	Não	1,6%	4,3%	
Conhece alimentos/bebidas cariogênicas	Sim	81,8%	100,0%	.004**
Biberão ou chupeta com adoçante	Não	18,2%	0,0%	.424
	Sim	1,6%	0,0%	
	Não	34,9%	52,2%	
	Não se aplica	63,5%	47,8%	

Legenda 5: Utilizado o teste de Fisher *; $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .00$; p- Significância;

Na Tabela 11, o CPOD é superior para a frequência de escovagem com pasta de flúor é maior na opção “Sim, menos de 2 vezes/dia”. A escovagem não supervisionada tem média de 1,17 (vs. 0,96) e a ausência de métodos auxiliares tem 1,02 (vs. 0,94). O CPOD é superior se a criança já visitou o dentista e se realizou tratamento restauradores ou preventivos. Todos os pais consideram saber interpretar os rótulos dos alimentos e para os pais que não conhecem os alimentos/bebidas cariogênicas a média é de 1,53 (vs. 0,91).

Quando comparamos os valores do CPOD em função dos hábitos de saúde oral, encontramos diferença estatisticamente significativa para a questão “criança alguma vez

fez tratamento de cáries ou aplicação de flúor num consultório dentário”, MU = 343.000, $p < .001$, os valores do CPOD são mais elevados nas crianças que fizeram tratamento (0.97 vs. 0.11).

Para a questão “O responsável pela criança sabe quais alimentos/bebidas potenciam o aparecimento de cárie dentária?”, MU = 50.000, $p < .001$, os valores do CPOD são significativamente mais elevados nas crianças cujo responsável desconhece os alimentos/bebidas que potenciam o aparecimento de cárie dentária (0,45 vs. 1,67).

Tabela 11. Hábitos de saúde oral e CPOD

		Média	DP	p
Pasta com flúor	Sim, menos de 2 vezes/dia	,73	1,11	.100
	Sim, 2 ou mais vezes/dia	,37	,87	
Escovagem supervisionada	Sim	,54	,96	.679
	Não	,50	1,17	
Métodos auxiliares	Sim	,39	,94	.539
	Não	,59	1,02	
Dentista	Sim	,57	1,03	.133
	Não	,30	,67	
Tratamento dentário prévio	Sim	,97	1,22	.001***
	Não	,11	,40	
Rótulos dos alimentos	Sim	,54	1,00	---
	Não	--	--	
Conhece alimentos/bebidas cariogénicas	Sim	,45	,91	.013*
	Não	1,67	1,53	
Biberão/chupeta	Não	,33	,76	.560
Não se aplica		,65	1,10	

Legenda 6: Utilizado o teste de Fisher *; $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$; DP – Desvio padrão; p- Significância

Na Tabela 12, o índice cpod é superior para as crianças que não realizam escovagem com pasta dentífrica com flúor. A escovagem não supervisionada tem média

de 1,17 (vs. 0,83) e a ausência de métodos auxiliares tem 0,98 (vs. 0,60). O cpod é superior se a criança já visitou o dentista e se realizou tratamento restauradores ou preventivos. Todos os pais consideram saber interpretar os rótulos dos alimentos e para os pais que não conhecem os alimentos/bebidas cariogénicas há uma média de 3,75.

Quando comparamos os valores do cpod em função dos hábitos de saúde oral, encontramos os seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Se a criança alguma vez fez tratamento de cáries ou aplicação de flúor num consultório dentário, MU = 303.500, $p < .001$, os valores do cpod são significativamente mais elevados nas crianças que fizeram tratamento (1.63 vs. 0.32).

Se o responsável pela criança sabe quais alimentos/bebidas que potenciam o aparecimento de cárie dentária, MU = 24.500, $p < .001$, os valores do cpod são significativamente mais elevados nas crianças cujo responsável desconhece os alimentos/bebidas que potenciam o aparecimento de cárie dentária (3.75 vs. 0.73).

Tabela 12. Hábitos de saúde oral e cpod

		Média	DP	p
Pasta com flúor	Nunca	1,08	1,53	.191
	Sim, 2 ou mais vezes/dia	,65	1,04	
Escovagem supervisionada	Sim	,83	1,29	.347
	Não	1,17	1,53	
Métodos auxiliares	Sim	,60	,91	.320
	Não	,98	1,44	
Dentista	Sim	,90	1,30	.284
	Não	,75	1,44	
Tratamento dentário prévio	Sim	1,63	1,42	.001***
	Não	,32	,91	
	Sim	,87	1,30	---
Interpretar os rótulos dos alimentos	Não	--	--	
	Sim	0,73	1,08	.001***
Conhece alimentos/bebidas cariogénicas				

	Não	3,75	2,36
	Não	1,00	1,61
Biberão ou chupeta com adoçante			
	Não se aplica	,84	1,12

Legenda 7: Utilizado o teste de Fisher *; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .00$; DP – Desvio padrão; p- Significância

3.2.3. Relação entre dados dos hábitos alimentares e dados clínicos

Encontrámos correlações significativas entre os hábitos alimentares e o CPOD nas questões Consumo de açúcar de adição ou mel ($r_{sp} = .284$, $p = .016$), Consumo de cereais açucarados, biscoitos e bolachas ($r_{sp} = .262$, $p = .026$) Consumo de pastilhas elásticas/chicletes com açúcares ($r_{sp} = .442$, $p < .001$). Como os coeficientes de correlação são positivos isso significa que quanto maior é o consumo destes alimentos mais elevado é o valor do CPOD.

Tabela 13. Relação da frequência de consumo de GA/A e CPOD

	CPOD
Açúcar/mel	,284*
Chocolates	,138
Cereais, bolachas e biscoitos	,262*
Bolos, sobremesa	,177
Rebuçados	,104
Chiclete com açúcares	,442***
Chiclete sem açúcares	-,063
Molhos	,095
Lacticínios	-,020
Gelados ou iogurtes	,019
Bebidas açucaradas	,167
Fruta ácida	,096
Fruta	,110
Produtos hortícolas	,095
Frutos secos	-,003
Arroz, massa e pão	,069

Legenda 8: Utilizado o Coeficiente de Correlação de Speraman; * * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .00$

Encontrámos correlações significativas entre os hábitos alimentares e o cpod no *Consumo de molhos* (por exemplo ketchup, mostarda e maionese ($r_{sp} = .273$, $p = .011$)). Como o coeficiente de correlação é positivo isso significa que quanto maior é o consumo destes molhos mais elevado é o valor do cpod.

Tabela 14. Relação da frequência de consumo de GA/A e o cpod

	cpod
Açúcar/mel	,175
Chocolates	,029
Cereais, bolachas	,195
Bolos, sobremesa	-,075
Rebuçados	,064
Chiclete com açúcares	,198
Chiclete sem açúcares	-,152
Molhos	,273*
Lacticínios	-,021
Gelados ou iogurtes	,211
Bebidas açucaradas	,166
Fruta ácida	-,021
Fruta	-,148
Produtos hortícolas	-,116
Frutos secos	-,059
Arroz, massa e pão	-,039

Legenda 9: Utilizado o Coeficiente de Correlação de Speraman; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

A Tabela 15, refere que os alimentos, aliados a presença de cáries ativas, consumidos com maior frequência são a fruta, produtos hortícolas e massa, arroz e pão muito refinados.

Quando comparamos os hábitos alimentares em função do tipo de cáries, encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Consumo de pastilhas elásticas/chicletes com açúcares, χ^2 (3 a 6 dias/semana) = 9.914, $p = .010$, há uma proporção significativamente mais elevada de crianças com cáries ativas e com consumo 3 a 6 dias/semana (13,0% vs. 0,0%). No entanto existem mais cáries ativas para um consumo igual a “Nunca” e a “1 a 2 dias por semana”.

Consumo de laticínios (leite, queijo e iogurtes naturais), χ^2 (todos os dias, uma vez por dia) = 10.835, $p = .026$, há uma proporção significativamente mais elevada de crianças com cáries ativas e com consumo todos os dias, uma vez por dia (60,9% vs. 26.6%). O consumo mais frequente está mais relacionado com a presença de cáries ativas.

Consumo de produtos hortícolas (hortaliças e legumes), χ^2 (todos os dias, uma vez por dia) = 10.396, $p = .024$, há uma proporção significativamente mais elevada de crianças com cáries ativas e com consumo todos os dias, uma vez por dia (47,8% vs. 21.5%). Os resultados dizem-nos que 47,7% das crianças que consomem todos os dias, mais do que uma vez por dia, não apresentam cáries ativas.

Tabela 15. Relação da frequência de consumo de GA/A e presença de cárie

		1	2	3	4	5	p
Açúcar/mel	Ativa	21,7%	39,1%	21,7%	17,4%	0,0%	.346
	Sem cárie						
Chocolates	Ativa	20,3%	56,3%	17,2%	6,3%	0,0%	.260
	Sem cárie						
Cereais, bolachas	Ativa	8,7%	47,8%	26,1%	13,0%	4,3%	.958
	Sem cárie						
Sobremesa, bolos	Ativa	7,9%	68,3%	15,9%	7,9%	0,0%	1.000
	Sem cárie						
Rebuçados	Ativa	1,6%	29,7%	43,8%	20,3%	4,7%	.239
	Sem cárie						
Chiclete com açúcar	Ativa	20,3%	68,8%	9,4%	1,6%	0,0%	.010*
	Sem cárie						
	Ativa	13,0%	82,6%	4,3%	0,0%	0,0%	
	Sem cárie						
	Ativa	28,1%	64,1%	7,8%	0,0%	0,0%	
	Sem cárie						

	Sem cárie						
	ativa	81,5%	18,5%	0,0%	0,0%	0,0%	
Chiclete sem açúcar	Ativa	73,9%	21,7%	4,3%	0,0%	0,0%	.843
	Sem cárie						
	ativa	66,2%	27,7%	6,2%	0,0%	0,0%	
Molhos	Ativa	47,8%	47,8%	4,3%	0,0%	0,0%	.227
	Sem cárie						
	ativa	64,1%	28,1%	7,8%	0,0%	0,0%	
Laticínios	Ativa	0,0%	4,3%	21,7%	60,9%	13,0%	,026*
	Sem cárie						
	ativa	6,3%	9,4%	20,3%	26,6%	37,5%	
Gelados/iogurtes	Ativa	4,5%	59,1%	22,7%	13,6%	0,0%	.149
	Sem cárie						
	ativa	12,5%	57,8%	25,0%	1,6%	3,1%	
Bebidas açucaradas	Ativa	13,0%	60,9%	8,7%	13,0%	4,3%	.251
	Sem cárie						
	ativa	31,3%	48,4%	9,4%	10,9%	0,0%	
Fruta ácida	Ativa	17,4%	47,8%	30,4%	4,3%	0,0%	.757
	Sem cárie						
	ativa	15,4%	58,5%	24,6%	1,5%	0,0%	
Fruta	Ativa	0,0%	34,8%	13,0%	43,5%	8,7%	.251
	Sem cárie						
	ativa	3,1%	20,0%	32,3%	32,3%	12,3%	
Produtos hortícolas	Ativa	4,3%	8,7%	8,7%	47,8%	30,4%	,024*
	Sem cárie						
	ativa	0,0%	6,2%	24,6%	21,5%	47,7%	
Frutos secos	Ativa	34,8%	30,4%	17,4%	13,0%	4,3%	.677

	Sem						
	cárie						
	ativa	30,8%	41,5%	20,0%	6,2%	1,5%	
Arroz, massa, pão	Ativa	0,0%	4,3%	8,7%	30,4%	56,5%	.971
	Sem						
	cárie						
	ativa	0,0%	3,1%	10,8%	26,2%	60,0%	

Legenda 10: Utilizado o Teste Qui-quadrado; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

1-Nunca 2 - 1 a 2 dias/semana 3 - 3 a 6 dias/semana 4 - Todos os dias, uma vez por dia 5 - Todos os dias, mais do que uma vez por dia



DISCUSSÃO



4. DISCUSSÃO

A CPI é uma das patologias mais prevalentes mundialmente, com esforços crescentes de prevenção desde a infância. Em crianças e adolescentes, pode interferir com a saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. As complicações podem ser orais, sistêmicas e psicológicas, incluindo odontalgias, dores de garganta e cabeça, infecções respiratórias e digestivas, perda prematura de dentes com alterações no desenvolvimento dos maxilares, fala, sono e alimentação, além de perda de apetite e malnutrição devido à dificuldade de mastigação. (26)

A prevalência da cárie dentária é influenciada por fatores de risco biológicos, sociais, psicológicos e ambientais. (27) Embora não possamos controlar a genética, nível socioeconômico e nível de educação, podemos alterar fatores de risco como o estilo de vida, a alimentação, o tempo de contato dos alimentos com os dentes, hábitos de higiene e a quantidade de flúor na cavidade oral. Autores como *Yukie Nakai e Yukako Mori-Suzuki et al.* presumem que o estilo de vida e os hábitos orais dos cuidadores da criança tenham forte associação com o estabelecimento dessas práticas. (17, 28)

4.1. Caracterização da amostra

Numa amostra constituída por crianças foram avaliados e relacionados os hábitos alimentares, dados sociodemográficos, hábitos de higiene oral, cpod e CPOD.

A OMS (Organização Mundial de Saúde), FDI (Federação Dentária Internacional) e IADR (International Association for Dental Research) anunciaram como objetivo para 2020, um CPOD inferior a 1,5 para crianças de 12 anos.(29) Através da análise da amostra total, obtivemos cpod 0,88 ($\pm 1,32$) e CPOD 0,54 ($\pm 0,99$), no entanto as idades da amostra variavam entre 3 e 9 e a idade é um fator de risco. A Direção Geral da Saúde (DGS) apresentou um estudo realizado de 2012 a 2014 sobre doenças orais, que revelou que aos 12 anos houve uma melhoria no índice CPOD de 2,95 em 2000 para 1,18 (DGS, 2021) (30). Os valores obtidos no rastreio confirmam a tendência para a descida do valor.

A meta da OMS era, em 2020, ter 80% das crianças de 6 anos livres de cáries. Nos dados coletados, 26,1% das crianças tinham cáries ativas, indicando que 73,9% estavam livres de cáries. Comparando com a meta, observamos que não tenha sido

completamente alcançada, mas os resultados estão relativamente próximos. Portanto, os dados podem ser considerados positivos, embora haja espaço para melhorias.(29)

4.2. Dados sociodemográficos

A incidência de cárie relaciona-se com fatores sociodemográficos como o gênero, escolaridade dos pais e idade. (31)

Da análise do índice cpod, por gênero, no masculino, obtemos um valor mais elevado, uma média de 0,92 ($\pm 1,40$). Para o CPOD, a média era mais alta no gênero feminino, 0,71 ($\pm 1,19$), o que se pode explicar pelo facto dos dentes permanentes erupcionarem mais cedo, ficando mais tempo expostos aos fatores dietéticos cariogénicos. *Bashirian et al.*, publicaram trabalhos onde associam o sexo feminino a um maior risco. (32-34) Enquanto outros estudos indicaram que os homens tinham maior risco. (35-37). As variações entre os sexos são dependentes da diferença nos comportamentos alimentares, higiene oral ou utilização de cuidados de saúde bucal. (38-40)

Outro fator de risco sociodemográfico é a escolaridade dos pais. Observou-se que tanto o cpod quanto o CPOD eram mais elevados nas crianças cujos pais tinham um baixo nível de escolaridade, embora essas diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Os dados apoiam a teoria que afirma que uma criança tem melhores hábitos de higiene oral e mais acesso a cuidados odontopediátricos se a família tem um nível de renda mais elevado, estando muitas vezes associado a formação académica superior. A escolaridade da mãe é frequentemente apontada como tendo mais influência. (41-43)

No presente estudo, a idade não revelou ter muita importância nos valores cpod e CPOD. Não apresentavam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao ano escolar que frequentavam. No entanto, o índice cpod era superior para o 3º ano, 0,96 ($\pm 1,33$), e o CPOD para o 4º ano, 0,85 ($\pm 1,21$). O aumento dos índices com idade foi identificado como um fator de risco independente para cáries dentárias em vários estudos, provavelmente refletindo o efeito cumulativo da doença, o que está de acordo com a literatura. (44, 45)

4.3. Hábitos de higiene oral

A escovagem dos dentes é um método preventivo barato e eficaz, se aliado a um baixo consumo de açúcares. (46) A escovagem mais importante é à noite, antes de deitar. (27) Deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia com um dentífrico fluoretado. A DGS revelou num estudo em 2015 que cerca de 78,7% das crianças aos 6 anos e 89,8% aos 12 anos escovavam os dentes com pasta fluoretada. (47) O nosso estudo revelou que 54,5% têm este hábito diariamente. Apesar de nos nossos resultados não se encontrarem relações, existe uma evidência que os hábitos de higiene oral influenciam a incidência de lesões cariosas. (46) A escovagem necessita de um agente anti-cariogénico, como o flúor, para ser eficiente. (48) O flúor tem um efeito protetor contra a prevalência e desenvolvimento da cárie e pode ser encontrado em pastas dentífricas, géis e colutórios. A aplicação tópica por dentistas é necessária na presença de lesões de manchas brancas para remineralização e prevenção de cavitação. Para crianças com alto risco de cárie, o dentista pode aplicar um suplemento sistêmico, mas geralmente, o uso tópico de dentifrícios fluoretados é suficiente. (49)

A relação entre o uso de pasta com flúor e escovagem supervisionada não apresentou diferenças estatisticamente significativas para cpod e CPOD, apesar de os índices terem valores mais elevados nos casos em que não efetuavam escovagem ou se efetuavam, não era supervisionada por alguém mais velho. (42) As crianças até aos 8 anos não têm destreza manual para efetuar eficazmente a escovagem sem que haja supervisão ou ajuda. (27, 50)

Ainda nos hábitos de higiene oral podemos introduzir na nossa rotina o fio dentário, elixires, escovilhão e outros métodos auxiliares. Num estudo realizado por *Hujoel, P. P., et al.*, não encontraram fortes evidências que os métodos auxiliares baixassem o cpod e CPOD. (51) No nosso estudo, também não se verificou correlação com o métodos auxiliares e presença de cáries.

A OMS recomenda que os estudos epidemiológicos deveriam ser repetidos a cada cinco anos. Ressalta a importância dos métodos preventivos e dos estudos que permitem identificar os diversos fatores de risco e maneiras de os controlar, que é o foco da promoção de Saúde Comunitária na área da Medicina Dentária. É essencial o acompanhamento alimentar/nutricional, a educação sobre higiene oral, o uso correto de

fluoretos e o acesso a cuidados dentários preventivos e restauradores. As consultas no odontopediatra devem começar no primeiro ano de vida. (52) Na nossa amostra, 81,6 % das crianças já tinham tido pelo menos uma consulta e 44,2% realizaram tratamentos restauradores ou preventivos. O facto de a maioria já ter sido avaliada por um dentista pode justificar não se encontrarem diferenças significativas estatisticamente com a presença de cáries. Apesar de, em percentagem, as crianças que já realizaram tratamentos terem menos cáries ativas e os que não realizaram terem maior prevalência, não se pode estabelecer relação com valor estatístico. Como tratamento dentário preventivo incluímos, por exemplo, a aplicação de gotearas de flúor e selantes. Existem medidas de prevenção neo-natais, nas consultas a monitorização da saúde oral das mães é recomendada para minimizar a transmissão de bactérias cariogénicas e deve haver uma sensibilização dos cuidadores sobre o tema da prevenção.(52, 53)

É importante os pais saberem realizar uma higienização oral correta aos filhos, mas a escovagem é verdadeiramente mais eficaz se for aliada a uma boa alimentação, então os cuidadores devem estar informados sobre as consequências do consumo de alguns grupos de alimentos. (54) Neste trabalho, 97,7% dos responsáveis pelas crianças referiram saber interpretar os rótulos dos alimentos e 95,3% consideram que sabem quais alimentos são potencializadores do aparecimento das cáries. (42, 55) Um estudo realizado durante 2013, 2014 e 2015 identificou que numa amostra de 97 pais, 24% sabiam que as principais causas etiológicas da cárie dentária são uma alimentação rica em açúcares e a falta de cuidados orais com um dentífrico com flúor. No entanto, 8% dos responsáveis pela criança acreditavam que a única causa da doença era não escovar os dentes, 37% achavam que a única causa era o consumo de açúcares, 22% não sabiam o que causava a cárie e 8% achavam que a cárie se deve a "maus genes".(56) Existem também estudos que comprovam que o consumidor tem pouco conhecimento sobre os alimentos e bebidas que são fontes de açúcares. (57) Os nossos resultados obtiveram diferença significativa relativamente à presença de cáries ativas, CPOD e cpod e os pais não conhecerem os alimentos e bebidas cariogénicas. A falta de conhecimento origina erros nutricionais e as suas consequências na saúde.(56)

A sensibilização e educação sobre educação alimentar e de saúde bucal deve ser feita nas crianças em idade pré-escolar. para formar bons hábitos deve ser introduzida o mais precocemente possível pelos pais e professores. (49)

Para combater a CPI, é necessário também conhecer e controlar hábitos como uso prolongado do biberão ou chupeta que pode resultar numa redução do fluxo de saliva e capacidade tamponante da mesma, expondo os dentes por um maior período aos ácidos resultantes do metabolismo das bactérias cariogênicas. (38, 58) Estes objetos ajudam a proliferar a flora microbiana oral e se forem usados com formulas infantis ricas em hidratos de carbono fermentáveis, tornam-se num fator de risco para o aparecimento de cáries. (59) No estudo que realizamos, a frequência de uso foi baixa, pelo que não foi encontrada nenhuma relação.

4.4 Hábitos alimentares

A alimentação humana é um ato biológico, social e cultural. A alimentação e a nutrição representam traços de relações da vida humana com o ambiente e melhoram qualidade de vida, tendo repercussão especial nas crianças e jovens. (60)

Como os alimentos influenciam o desenvolvimento da cárie dentária, podem ser classificados como: cariogênicos, anticariogênicos e cariostáticos (*Touger-Decker, Riva et al.*). (61) Um alimento cariogénico reduz o pH salivar a valores menores do que 5,5, causando, em conjunto com as bactérias, desmineralização dos tecidos dentários. Os alimentos mais cariogênicos são os ricos em hidratos de carbono fermentáveis. Os alimentos anticariogênicos e carioestáticos têm um efeito contra a cárie dentária. Os alimentos anticariogênicos promovem a remineralização, impedindo o desenvolvimento da cárie dentária. Os alimentos cariostáticos não produzem descidas bruscas do pH salivar, porque não são metabolizados pelas bactérias da microflora oral. Como exemplos de alimentos não cariogênicos podemos encontrar laticínios e produtos hortícolas. (62)

Apesar do fator dietético ser considerado o principal comportamento de risco, estudos revelam que a importância da redução do consumo de açúcares era maior antes da era do flúor, devido ao seu efeito protetor. (63) Em países desenvolvidos, a suplementação de água com flúor é uma medida de prevenção comum, reduz a incidência de cárie em 20 a 40%. A água fluoretada não foi avaliada no nosso estudo, pelo que pode enviesar os resultados, pois a literatura comprova que reduz a história de cárie em dentes permanentes. (20)

4.4.1. Alimentos ricos em hidratos de carbono

Os alimentos com maior presença na incidência e desenvolvimento das caries dentárias são os alimentos ricos em hidratos de carbono fermentáveis, isto é, os açúcares e alguns amidos, excluindo as fibras. (46)

4.4.1.1. Açúcares

Existem três tipos de açúcares: açúcares extrínsecos não lácteos, também chamados de açúcares adicionados ou “livres” pela OMS, açúcares intrínsecos, presentes na estrutura de alimentos como fruta, produtos hortícolas e grãos integrais, e açúcares do leite e produtos lácteos (lactose). (Moynihan, Paula, et al.). (64)

Dentro dos açúcares, evidências mostram que o consumo dos livres, os mono e dissacarídeos, relacionam-se com valores mais elevados de CPOD e cpod, mesmo na presença dos outros fatores etiológicos da cárie e ausência de flúor tópico. (22) Os açúcares de adição ou mel apresentaram $p=0,16$, quando relacionadas com o CPOD, logo existe maior prevalência de cárie quando são adicionados. (22) O dissacarídeo mais encontrado no mel, xaropes, bebidas e alimentos, e com maior poder cariogénico é a sacarose. Por diminuiu o pH e favorecer a aderência da placa bacteriana à superfície dentária, tornando mais prolongado o tempo de ação das bactérias, ou seja, diminuindo a capacidade tamponante. (22) Karjalainen, Sára, et al., através do seu estudo, revelou uma forte ligação entre a existência de carie dentária aos 6 anos de idade e o consumo diário de alimentos ricos em sacarose. (65) Num estudo, Mattila, M-L., et al., refere que estes alimentos na infância se relacionam com um cpod superior a 0. Os nossos resultados apresentaram relação estatisticamente significativa com o CPOD, no entanto não parecia ter relação com o cpod. Como o desenvolvimento da doença é progressivo e lento e acumulativo, os índices podem ainda não detetar as consequências da alimentação incorreta. (66)

Uma diretriz recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda reduzir o consumo de açúcares livres para menos de 10% do consumo diário de energia, ou até para menos de 5%, para diminuir problemas de saúde como obesidade e cáries. (22) O consumo de açúcar adicionado, por uma criança, deve seja inferior a 25 gramas, o seu excesso é um problema crescente, em especial na população mais jovem. (22) Neste

trabalho não foram avaliadas as quantidades, mas a frequência de consumo. A maioria das crianças consome açúcares frequentemente, tendo uma alimentação cariogénica. O poder cariogénico também varia pela frequência. (62) Esta variável tem maior influência na prevalência da cárie do que a quantidade. Uma maior regularidade traduz-se em mais ataques ácidos aos dentes. (67) Num estudo transversal realizado em crianças concluiu que a cariogenicidade de um alimento/bebida estava mais dependente da frequência e duração do consumo do que o tipo de açúcar (*Marshall et al.*). (68)

Para além da quantidade, frequência e conteúdo nutricional de cada alimento, o seu nível de cariogenicidade depende da forma, consistência, duração de permanência na boca e capacidade de estimular a saliva. (69) Alimentos refinados, pegajosos e açucarados têm alto potencial cariogénico, são mais propensos a causar cáries dentárias. (42, 70). O nosso estudo vai de encontro com a literatura, visto que grupo de alimentos que apresentou uma diferença significativa do seu consumo e índice CPOD foram os cereais açucarados, biscoitos e bolachas (p inferior a 0,026), estes para além de serem ricos em açúcares, têm uma textura que aumenta o tempo de exposição dos dentes ao alimento. Outro exemplo são os molhos como ketchup e mostarda, costumam ser ricos em hidratos de carbono e com uma consistência pouco líquida, ficam em contacto com as superfícies dos dentes por um maior período, produzem mais ácidos, o que torna o tempo de desmineralização superior ao de remineralização. No nosso estudo, em dentes decíduos revelou-se uma correlação significativa entre o seu consumo e um cpod mais elevado. Quanto mais frequente o consumo de molhos como o ketchup, mais prevalente é a cárie dentária. Seria de esperar um resultado parecido para o chocolate, bolos, sobremesas doces e rebuçados, mas quando comparada o seu consumo com os valores de cpod ou CPOD não apresentavam uma significância estatística.

Um outro grupo alimentar com consistência mais pegajosa são as pastilhas elásticas. No caso das pastilhas elásticas, por terem açúcares na sua composição tornam-se cariogénicas. (71) Apresentaram correlação positiva com cáries ativas e com o CPOD, o que revela que mesmo estimulando a saliva, na presença de hidrocarbonatos, são considerados potencializadores do aparecimento de cárie. Para combater a incidência da cárie dentário e todos os problemas que origina, empresas do sector alimentício, especialmente de pastilhas elásticas, estão a introduzir produtos com

substituição dos açúcares por adoçantes não cariogênicos, como sorbitol, xilitol, sacarina, aspartame, manitol e maltitol. Estes são não-cariogênicos e alguns apresentam propriedades cariostáticas. O xilitol destaca-se por ter propriedades superiores, não é fermentado pela microbiota oral, estimula o fluxo salivar e favorece a remineralização do esmalte. (72) A OMS classifica a evidência de redução de cáries com pastilhas elásticas sem açúcares como 'provável'. (24) No nosso estudo também não foram detetadas relações com significância entre o consumo e baixos índices CPOD e cpod.

A OMS considera que não há relação entre frutas frescas inteiras e cáries, os resultados obtidos neste trabalho também não encontram relação. Enquanto bebidas açucaradas com sabor de frutas são uma causa significativa de cáries em crianças pequenas, não há evidências suficientes sobre o sumo de fruta puro e cáries. (73) No caso da fruta ácida e dos refrigerantes sem açúcares, embora não sejam cariogênicos, a sua acidez pode causar erosão do esmalte dentário. (74) Os dados de consumo das frutas ácidas e não ácidas, não revelou ter influência nos índices de prevalência de cárie na amostra em análise relativamente à presença de cáries ativas, CPOD e cpod.

As bebidas ricas em açúcares, incluindo refrigerantes e sumos, são um fator muito associado a cáries dentárias em crianças. (*Marshall et al.*) Há uma excessiva quantidade de açúcares nos refrigerantes, uma lata típica de refrigerante com gás contém cerca de 35 gramas e são muito consumidos entre refeições. (43, 73, 75) Como são comercializados para consumo frequente, são um grande foco nas campanhas de promoção da saúde. (76) Nos nossos resultados não existia associação, provavelmente pelo baixo consumo.

Os laticínios tem um papel protetor contra a doença. Apesar de conterem lactose, são anticariogênicos devido a presença de cálcio, fosforo e proteínas como a caseína. (73, 77, 78) Estes, e em particular o queijo, pela sua capacidade tamponante, são capazes de estimular o fluxo salivar, inibir a placa bacteriana e neutralizar o pH salivar (*Radler, Diane Rigassio, et al.*). (79, 80) A OMS considera possível a relação do leite com a redução do risco de cáries (carioestáticos). O estudo realizado obteve uma relação positiva entre a presença de cáries ativas e o consumo frequente de laticínios, ou seja, uma criança que consuma muitas vezes queijo e leite, teria maior tendência a desenvolver cáries, o que não corresponde à informação encontrada na literatura. No entanto, existem laticínios cariogênicos como os gelados e iogurtes açucarados que

contam com açúcares adicionados e, também, o leite materno. Nos nossos resultados, não se verificam diferenças significativas no consumo de laticínios açucarados e a presença de cáries, contudo não foi avaliado o consumo de leite materno. O leite materno é mais cariogénico do que o de vaca, contém mais lactose e menos cálcio e fosfato. (81) A OMS indica o aleitamento materno até 2 anos de idade, no entanto, estudos indicam que, após esse período, a prática prolongada pode aumentar o risco de cárie. (18, 82) Por outro lado, crianças que não fizeram aleitamento materno exclusivo ou com desmame precoce (antes dos 6 meses) parecem apresentar maior risco de cárie e/ou uma expressão mais grave da doença, por dar lugar a hábitos alimentares incorretos e cariogénicos que comprometem a qualidade da saúde da criança e geram programações metabólicas negativas pelo consumo de gorduras saturadas, açúcares e sódio. (83, 84) Ainda há controvérsia na relação entre o leite materno e os índices de cáries. Alguns autores, como *Campus, G., et al. E Mohebbi, Simin Z., et al*, apoiam que não há associação. (85-87)

4.4.1.2. Amido

Ainda nos hidratos de carbono, temos os alimentos com amido, um polissacarídeo, que se podem relacionar com a cárie dentária, principalmente os que são muito refinados, mas de forma mais subtil comparando com os valores para a sacarose. (24, 73) Alimentos básicos amiláceos cozidos, como arroz, batatas e pão, têm baixa cariogenicidade, caso não sejam adicionados açúcares, segundo o estudo de *Rugg-Gunn et al.* (73) A OMS apoia que o risco de cáries aumenta com a quantidade e frequência de açúcares livres, mas não há relação entre cáries e consumo de amido. (88) Os nossos resultados não indicam relação estatisticamente significativa entre a frequência de consumo de arroz, massa e pão muito refinados e cpod ou CPOD. Quando se fez uma outra análise onde se geraram a classe “Frequente”, por agrupar “Nunca e “1 a 2 dias/semana”, e a classe “Pouco frequente”, que é o conjunto de “3 a 6 dias/semana”, “Todos os dias, uma vez por dia” e “Todos os dias, mais do que uma vez por dia”, obtivemos uma relação entre o consumo frequente de arroz, massa e pão muito refinados e os valores de cpod. O índice era mais baixo quando se consumia este grupo de alimentos com maior frequência. Este resultado pode-se relacionar com a existência de alimentos com amido menos refinado, o arroz e massa integral, têm propriedades que

protegem os dentes das lesões cariosas. Pela sua consistência exigem mais mastigação e o estímulo da secreção salivar, aumenta a sua capacidade tamponante. (73)

4.4.1. Outros grupos de alimentos

Os alimentos proteicos apresentam características cariostáticas, não são metabolizados pelas bactérias da placa dentária e são fontes de flúor que ajudam a combater cárie, permitindo a remineralização. Como exemplos temos os ovos, carne, peixe e a maioria dos produtos hortícolas. (80) Os produtos hortícolas, subdivididos em hortaliças e legumes, ricos em fibras, têm, poder protetor contra a cárie dentária por conter minerais como o cálcio, fosfato, piridoxina (vitamina B6) e caseína, para além disso aumentam o estímulo de produção do fluxo salivar. (2, 89) Os autores *Dye, Bruce A., et al* concluíram que crianças que consomem menos de 5 porções de fruta e produtos hortícolas por dia têm maior experiência de cárie dentária. (90) No nosso estudo, 47,8% das crianças que consomem produtos hortícolas 3 a 6 dias por semana, apresentavam cáries ativas. Uma possível razão deste facto, poderá ser uma maior ingestão total de alimentos por parte deste grupo de crianças. Mais estudos são necessário para comprovar a fiabilidade deste resultado.

4.5. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta limitações que podem afetar os resultados esperados sobre os indivíduos, como o facto de não analisar fatores como o consumo de alimentos além dos mencionados, a existência de outras fontes de flúor (por exemplo, as águas fluoretadas), frequência e qualidade das visitas ao odontopediatra, predisposição genética e as condições de rastreios sem acesso a radiologia. Outros fatores influentes não considerados incluem o papel protetor do flúor na era moderna contra a cárie e a diferente influência do consumo dos alimentos cariogénicos durante uma refeição ou como lanche/snack.

Como a investigação se baseia num inquérito, este pode ser preenchido de forma incorreta e em autorretrato, enviesando os resultados. Para além disso, foi utilizado um questionário de frequência alimentar, mas não há consenso sobre o melhor método a avaliar o consumo de alimentos.

O inquérito é uma adaptação de versões anteriores e pode faltar validação para uma avaliação consistente quantitativa e qualitativa dos hábitos alimentares e de saúde oral.

Considerar essas variáveis é essencial para uma compreensão completa e precisa da cárie dentária em crianças. Os resultados do estudo podem não ser aplicáveis à população adulta devido às características específicas da amostra infantil.



CONCLUSÃO



5. CONCLUSÃO

Na nossa amostra de crianças de 3 a 9 anos, a prevalência de cáries ativas não alcança a meta da OMS para crianças com 6 anos, no entanto os resultados são promissores.

Os dados sociodemográficos como gênero, escolaridade dos pais e idade não mostraram relação significativa com os índices de cárie apresentados pelas crianças.

O estudo não encontrou associação estatística entre a prevalência de cáries e os hábitos de higiene oral, sugerindo que as respostas do questionário podem não refletir a realidade. Contudo, houve diferença significativa entre a relação de presença de cáries ativas, CPOD e cpod em crianças cujos pais não sabem identificar alimentos cariogênicos.

Ocorreu com uma correlação entre cáries ativas e consumo elevado de pastilhas elásticas com açúcares, laticínios e produtos hortícolas, e entre CPOD e consumo frequente de açúcar de adição ou mel, cereais açucarados, biscoitos e bolachas e de pastilhas elásticas com açúcares. Para os dentes decíduos encontramos correlação positiva significativa com o consumo de molhos, quanto maior é o consumo destes molhos mais elevado é o valor do cpod.

O aconselhamento alimentar/nutricional deve ser abordado nas consultas de odontopediatria, incluindo evitar alimentos ricos em hidratos de carbono fermentáveis e limitá-los às refeições, educar sobre texturas de alimentos cariogênicos, promover lanches não cariogênicos, cessar o consumo frequente de bebidas açucaradas e desaconselhar o uso de biberões antes de dormir.

A redução do consumo de açúcares enfrenta desafios devido à publicidade de produtos açucarados. Melhorar a alimentação infantil envolve iniciativas como padronização de alimentos em escolas, restrições a anúncios de produtos açucarados durante horários infantis, rotulagem nutricional, uso de rótulos de “semáforo” e taxaço de produtos ricos em açúcares.

A prevenção também envolve uma correta higiene oral, o uso apropriado de fluoretos e o acesso a cuidados dentários preventivos.

Este estágio permitiu-me desenvolver competências em Nutrição e adquirir uma visão global na abordagem com a criança, além da prática médico-dentária. Notei uma mudança nos meus hábitos clínicos, especialmente na anamnese e recolha da história clínica odontopediátrica. A interação com este grupo etário mostrou-se crucial para facilitar a cooperação na alteração de hábitos, com a explicação de que a alimentação é um fator de risco para doenças orais sendo essencial para o sucesso terapêutico. A anamnese centrada na nutrição e as sessões de sensibilização com crianças proporcionaram uma aprendizagem única, aprofundando a abordagem pediátrica e destacando a importância da prevenção e da cooperação.

Durante o estágio, com a aplicação do inquérito e a realização da sessão de esclarecimento verificou-se a falta de conhecimento dos pais e crianças sobre questões alimentares e a dificuldade em motivar a diminuição do consumo de alimentos cariogénicos. A elaboração deste relatório sistematizou as competências adquiridas e permitiu estudar teoricamente as situações observadas. Em suma, este estágio supervisionado em nutrição em saúde pública foi crucial para a minha formação profissional, integrando saberes teóricos com a realidade prática.