

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL: PERCEÇÃO PARENTAL DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

ORAL HEALTH-RELATED WITH QUALITY OF LIFE: PARENTAL PERCEPTIONS OF CHILDHOOD

ISABEL BICA ¹
JOÃO DUARTE ¹
ANA CAMILO ²
ANA JESUS ³
CARLA FERREIRA ³
FILIPA OLIVEIRA ⁴
MARINA CAROLO ⁵
OLINDA FARIA ⁶
TÂNIA PEREIRA ⁷
TÂNIA RODRIGUES ⁸

¹ Docente da Escola Superior de Saúde
e investigador(a) do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: isabelbica@gmail.com e j.duarte@essv.ipv.pt).

² Enfermeira na Santa Casa da Misericórdia de Mortágua – Portugal. (e-mail: ana_sofia_mrt@hotmail.com).

³ Enfermeira no Hospital Gloucestershire Royal – United Kingdom.
(e-mail: anajesus_2@hotmail.com e carla-isferreira@hotmail.com).

⁴ Enfermeira no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva – Portugal.
(e-mail: filipaoliveira91@gmail.com).

⁵ Enfermeira na empresa Teresa, André & Pereira, Lda, Nova Saúde – Cuidados de Enfermagem – Portugal.
(e-mail: marinacarolo@hotmail.com).

⁶ Enfermeira em Seniorie de Vigneron-Ransart – Bélgica. (e-mail: olinda_off@hotmail.com).

⁷ Enfermeira em Kurl di Gallo, Zurique – Suíça. (e-mail: tania_p14@hotmail.com).

⁸ Enfermeira no Centro Médico e de Enfermagem da Portela, Setúbal – Portugal. (e-mail: tania.mrt@hotmail.com).

Resumo

Enquadramento: O conhecimento dos determinantes de saúde que afetam a saúde oral e a qualidade de vida das crianças são da maior importância para alavancar a

definição de políticas de redução do risco de doença e de promoção da saúde (DGS, 2008b).

Objetivo: Avaliar a percepção dos pais sobre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral das crianças em idade pré-escolar.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional e transversal. Foi utilizado o *Questionário Qualidade de Vida Relacionado com a Saúde Oral das Crianças/Adolescentes* (Q₂VRSOC/A), construído por Pahel, Rozier e Slade, (2007) e traduzido e validado por Bica-Costa (2013), numa amostra de 412 pais/educadores de crianças (50,5% meninos e 49,5% meninas), com idades compreendidas entre os 3 e 6 anos (\bar{x} =4,33; DP=0,934), a frequentar jardins de infância do distrito de Viseu.

Resultados: Apurou-se que 47,5% das crianças/adolescentes apresenta bons hábitos de higiene oral; 31,9% fracos e 20,6% razoáveis. A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral é influenciada pela idade da criança (p=.000); pela sua preferência alimentar (p=.014); pelo estado de saúde geral (p=.034) e oral (p=.000); pela abordagem da saúde e higiene oral realizada pelo enfermeiro (p=.026); pela observação da boca e dentes das crianças pelos pais (p=.006); pela consulta no dentista (p=.000) e pela presença de cáries dentárias (p=.000).

Conclusão: Pelos resultados obtidos infere-se que quanto maior o impacto dos problemas orais, pior é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral das crianças e, sendo assim, é de primordial importância desenvolver ações de educação para a saúde oral.

Palavras-chave: crianças, adolescentes, pré-escolar, qualidade de vida, saúde oral, percepção parental.

Abstract

Background: The knowledge of the determinants of health that affect oral health and quality of life of children are of paramount importance to leverage the definition of policies to reduce risk and promote health (DGS, 2008b).

Objective: To evaluate the perception of parents on the Quality of Life Related to Oral Health of children in preschool age.

Methodology: Study descriptive-correlational and cross. A questionnaire was used Quality of Life Related to

Oral Health for Children / Teens (Q₂VRSOC/A) in a sample of 412 parents/carers of children (50.5% boys and 49.5% girls), aged between 3 and 6 years (\bar{x} = 4.33; DP=0,934), who attended the kindergartens from the district of Viseu.

Results: The majority of oral hygiene habits are good (47.5%), 31.9% are poor and 20.6% reasonable. The overall score Q₂VRSOC/A is influenced by age ($p = .000$), food preference ($p = .014$), general and oral health ($p = .034$ $p = .000$, respectively); approach to health and oral hygiene performed by nurses ($p = .026$); observation of the mouth and teeth of children ($p = .006$); consultation at the dentist ($p = .000$); and for the presence of dental caries ($p = .000$).

Conclusion: With regard to parental perception, the greater the impact of oral problems, the worse the quality of life related to oral health of children and therefore it is of paramount importance to develop education activities for oral health.

Keywords: children, adolescents, pre-school, quality of life, oral health, parental perception.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a “qualidade de vida é uma percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*WHOQOL Group*, 1995, cit. por Alves & Gonçalves, 2009, p. 298).

Uma boa saúde oral é fundamental para a saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida. Uma boca saudável é condição essencial para que as pessoas possam comer, falar e socializar sem dor, desconforto ou impedimento (DGS, 2011).

O impacto das doenças orais na vida diária das pessoas é subtil, mas a sua influência é bem real e faz-se sentir nas nossas necessidades mais básicas, alterando os papéis sociais. A prevalência e a recorrência dessas doenças na vida das pessoas constituem uma “epidemia silenciosa” (DGS, 2011, p. 9). Daí que a investigação em saúde tenha vindo a preocupar-se cada vez mais com a avaliação da qualidade de vida, porquanto é necessário evidenciar o peso que as doenças orais têm na saúde física e psicológica dos indivíduos. Nos últimos tempos tem havido uma proliferação de medidas para quantificar a qualidade de vida e outros indicadores, mas a informação mais usual é, normalmente, obtida por questionários, os quais nos dão perfis, mais

gerais ou mais específicos (DGS, 2008a). Esses indicadores designados como indicadores dento-sociais ou indicadores subjetivos de saúde oral, são referenciados como medidas de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) (Locker, 2007, cit. por Alves & Gonçalves, 2009).

O conhecimento dos determinantes de saúde que afetam a saúde oral e a qualidade de vida das crianças são da maior importância para alavancar a definição de políticas de redução do risco e de promoção da saúde (DGS, 2008b). Deste modo, o impacto da saúde na qualidade de vida e a percepção que as pessoas disso têm são temas cada vez mais estudados e têm aumentado a sua importância na fundamentação para a tomada de decisões, quer relativamente à gestão de recursos, quer no estabelecimento de prioridades e estratégias nos cuidados de saúde oral, quer, ainda, na implementação e promoção da saúde, numa perspetiva global de saúde.

Face a esta problemática, realizou-se este estudo com o intuito de alertar para a importância da saúde oral das crianças e das consequências na qualidade de vida que daí possam advir. Delineou-se como objetivo analisar a percepção parental sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral das crianças em idade pré-escolar.

Material e métodos

Para dar resposta aos objetivos delineados efetuou-se um estudo, em corte transversal descritivo correlacional, numa amostra do tipo não probabilístico, por conveniência, constituída por 412 pais/educadores, com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos (mulheres: \bar{x} = 33,51; DP= 5,68; homens: \bar{x} = 37,80; DP= 5,78) de 412 crianças. Utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário, que foi aplicado aos pais/Educadores das crianças em idade pré-escolar (dos 3 aos 6 anos de idade) dos diferentes Agrupamentos de Escolas pertencentes ao distrito de Viseu, nomeadamente, São Pedro do Sul, Campia, Mortágua, Cinfães, Penedono e aos da Zona Urbana de Viseu.

O instrumento de recolha de dados encontra-se estruturado em sete partes: a primeira respeita aos dados biográficos dos pais/educadores; a segunda aos dados biográficos das crianças; a terceira reporta-se aos antecedentes perinatais, a quarta à vigilância de saúde geral e oral das crianças; a quinta aos hábitos de higiene oral e a sexta parte permite avaliar a percepção parental da qualidade de vida relacionada com a saúde oral das crianças em idade pré-escolar, através do *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS), desenvolvido por (Pahel, Rozier & Slade, 2007) e traduzido e validado para a população portuguesa por Bica-Costa (2013), e designado por *Questionário da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Criança/Adolescente* (Q₂VRSOC/A). Este é constituído por duas subescalas (*o impacto dos problemas orais na qualidade de vida da criança e o impacto dos problemas orais na*

qualidade de vida da família), sendo a perceção parental sobre a qualidade de vida (*score* global do Q₂VRSOC/A) obtido através da soma dos valores das subescalas. Quanto menor a cotação maior a perceção parental. A recolha de dados foi precedida de parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de saúde de Viseu.

Os dados foram tratados informaticamente, recorrendo à utilização do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*®), versão 21.0 para Windows.

Resultados

Dados biográficos e estado da saúde oral da criança

A idade dos filhos/educandos dos participantes neste estudo oscilou, em ambos os sexos, entre os 3 e os 6 anos, com uma média de 4,33 anos ($\pm 0,934$ DP).

Apurou-se que a maioria das crianças, (57,3%), têm preferência pelos doces e que a frequência de introdução de alimentos ricos em açúcar ocorria em 76,5%, entre 1 a 3 vezes por semana (cf. Tabela 1). Verificou-se, ainda, que 7,7% dos rapazes e 10,8% das raparigas nunca comem alimentos ricos em açúcar, (cf. Tabela 1). Não se encontraram significâncias estatísticas.

Tabela 1: Preferências e hábitos alimentares das crianças

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Qui-Quadrado Residuais		
	N	%	n	%	n	%	M	F	p
Preferência alimentar									
Doce	119	57,2	117	57,4	236	57,3	0,0	0,0	0,673
Salgado	77	37,0	71	34,8	148	35,9	0,5	-0,5	
Doce e salgado	12	5,8	16	7,8	28	6,8	-0,8	0,8	
Introdução de alimentos ricos em açúcar									
Nunca	16	7,7	22	10,8	38	9,2	-1,1	1,1	0,603
De 1 a 3 vezes/semana	162	77,9	153	7,0	35	76,5	0,7	-0,7	
De 4 a 7 vezes/semana	21	10,1	23	11,3	44	10,7	-0,4	0,4	
Todos os dias	9	4,3	6	2,9	15	3,6	0,8	-0,8	
Total	208	100.0	204	100.0	412	100.0			

A saúde oral das crianças é na sua maioria descrita pelos progenitores/educadores como boa (45,9%), quer para o sexo masculino (39,5%), quer para o feminino (46,6%) e apenas 2,2% descrevem a saúde oral das crianças como má, correspondendo a 2,6% das crianças do sexo masculino e 2,2% das crianças do sexo feminino, mas sem significância estatística (cf. Tabela 2). A perceção dos

pais/educadores é de que 78,9% das crianças não apresentavam cáries dentárias e que 21,1% apresentavam essa patologia. Refira-se, ainda, que segundo os pais/educadores a maioria das crianças (55,1%) nunca foi observada pelo médico dentista, contudo, 44,9% já foi a essa consulta.

Tabela 2: Níveis de saúde oral das crianças

Saúde oral	Sexo		Total		Qui-Quadrado				
	Masculino	Feminino	Total		Residuais		p		
	N	%	n	%	n	%	M	F	
Muito boa	11	28,9	108	29,3	119	29,2	0,0	0,0	0,762
Boa	15	39,5	172	46,6	187	45,9	-0,8	0,8	
Razoável	11	28,9	81	22,0	92	22,6	1,0	-1,0	
Má	1	2,6	8	2,2	9	2,2	0,2	-0,2	
Total	38	100,0	369	100,0	407	100,0			

No que respeita à escovagem dos dentes, a maior percentagem das crianças (47,2%) fizeram-no, pela primeira vez, quando tinham 12 meses ou menos de idade, 37,6% escovaram os dentes pela primeira vez a partir dos 21 meses e 15,3% entre os 13 e os 20 meses (cf. Tabela 3), sendo as diferenças entre o sexo e a idade significativas ($p=0,009$) e localizadas entre as crianças do sexo feminino com idade ≤ 12 meses e as crianças do sexo masculino com idade ≥ 21 meses (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Início da escovagem dos dentes

Sexo Idade	Masculino		Feminino		Total		Qui-Quadrado		
	n	%	N	%	n	%	Residuais		p
							M	F	
≤ 12 meses	11	28,9	171	49,1	182	47,2	-2,4	2,4	
13 – 20 meses	4	10,5	55	15,8	59	15,3	-0,9	0,9	0,009
≥ 21 meses	23	60,5	122	35,1	145	37,6	3,1	-3,1	
Total	15	100,0	168	100,0	183	100,0			

Os pais/educadores referiram que a maioria das crianças (64,6%) escovava os dentes duas vezes por dia, sendo que 51,9% escovava os dentes sempre antes de deitar, com a duração de 2 a 3 minutos em 54,4% das crianças. No que concerne ao local de

escovagem, 70,4% das crianças escovavam em casa e 29,1% em casa e no jardim de infância.

Os hábitos de higiene oral revelaram-se bons em 47,5% das crianças; fracos em 31,9% e razoáveis em 20,6%. As meninas apresentaram um valor percentual mais elevado (35,0%) que os rapazes (28,9%) no que se refere aos fracos hábitos de higiene oral (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Hábitos de higiene oral em função do sexo da criança

Hábitos de higiene oral	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Fracos		58	28,9	69	35,0	127	31,9
Razoáveis		43	21,4	39	19,8	82	20,6
Bons		100	49,8	89	45,2	189	47,5

Percepção parental sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral das crianças em idade pré-escolar

Os *scores* do *impacto dos problemas orais na qualidade de vida da criança* oscilaram entre 9 e 29, com média 10,23 e desvio padrão de 2,97. Considerando-se a amplitude da subescala que oscila entre 9 e 45, afere-se que os pais/educadores possuem uma boa percepção em relação ao impacto dos problemas orais na criança.

Para o *impacto dos problemas orais na qualidade de vida da família* o valor mínimo foi de 4 e o máximo de 17, com uma média de $4,91 \pm 1,96$ DP, numa amplitude esperada para a totalidade entre 4 e 20. Apurou-se que os pais/educadores têm uma boa percepção sobre a influência dos problemas orais na qualidade de vida familiar

Quanto ao *impacto (global) que os problemas orais têm na qualidade de vida relacionada com a saúde oral*, o valor mínimo obtido foi de 13 e o máximo de 42. Com pontuação média de 15,15, (DP=4,49) o que denota uma boa percepção parental acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos seus filhos/educadores. Os coeficientes de variação revelaram dispersões moderadas para o impacto na criança (29,05%) e para o impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança (29,62%) e elevada (39,84%) para o impacto na qualidade de vida da família (cf. Tabela 5).

Tabela 5: Impacto dos problemas orais na Q₂VRSOC/A

Variáveis	Min.	Max.	\bar{x}	DP	CV (%)
Impacto na criança	9	29	10,23	2,97	29,05
Impacto na família	4	17	4,91	1,96	39,84
Q₂VRSOC/A (score global)	13	42	15,15	4,49	29,62

Analisando a perceção dos pais/educadores acerca do impacto que os problemas orais têm na qualidade de vida da criança com a preferência alimentar, denota-se que a preferência pelo doce apresenta médias superiores à preferência pelo salgado no impacto que os problemas orais têm na qualidade de vida da criança ($10,43 \pm 3,29$), na família ($5,03 \pm 2,14$) e no que respeita ao *score* global do Q₂VRSOC/A ($15,46 \pm 4,97$) (cf Tabela 6). Assumindo que não há igualdade de variâncias, o valor de *t* é explicativo de que a preferência alimentar da criança está relacionada com a perceção parental da qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Tabela 6: Teste de t-student entre a preferência alimentar da criança e a Q₂VRSOC/A

Variáveis	Doce		Salgado		T-student		
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	Leven's p	t	p
Impacto na criança	10,43	3,29	9,80	2,08	0,000	2,286	0,023
Impacto na família	5,03	2,14	4,63	1,56	0,003	2,141	0,033
Q₂VRSOC/A (score global)	15,46	4,97	14,43	3,22	0,000	2,469	0,014

Quanto ao estado de saúde geral, os resultados evidenciam que os que apresentam um estado razoável revelam maior impacto, e com significância estatística na perceção dos problemas orais na qualidade de vida da criança (OM=220,85), na qualidade de vida da família (OM=227,27) e no *score* global do Q₂VRSOC/A (OM=230,00), pelo que se deduz que o estado de saúde geral influencia a qualidade de vida relacionada com a saúde oral ($p < 0,05$) (cf. Tabela 7).

Tabela 7: Teste de Kruskal-Wallis entre a Q₂VRSOC/A e o estado de saúde geral

Variáveis	Muito bom	Boa	Razoável	Kruskal-Wallis	
	Ordenação	Ordenação	Ordenação	X ²	P
	Média	Média	Média		
Impacto na criança	189,84	209,30	220,85	6,141	0,046
Impacto na família	192,81	204,75	227,27	6,233	0,044
Q₂VRSOC/A (score global)	190,83	205,36	230,00	6,735	0,034

Para o estado de saúde oral também se encontraram significâncias estatísticas, sendo que são os que apresentam estado razoável os que revelam maior impacto na qualidade de vida da criança (OM=271,74) e na qualidade de vida da família (OM=270,96) e com *score* global do Q₂VRSOC/A (OM=288,90) (cf. Tabela 8).

Tabela 8: Teste de Kruskal-Wallis entre a Q₂VRSOC/A e o estado de saúde oral

Variáveis	Muito bom	Bom	Razoável	Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	X ²	P
Impacto na criança	173,71	185,96	271,74	71,506	0,000
Impacto na família	166,43	191,02	270,96	74,567	0,000
Q₂VRSOC/A (score global)	162,26	184,08	288,90	95,778	0,000

A abordagem da saúde e higiene oral feita pelo dentista e pelo médico de família apresenta sempre médias superiores à abordagem que não é feita por estes profissionais, quer relativamente à perceção que os problemas orais têm na criança; quer ao impacto na família ou ao impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Contudo, o facto de o enfermeiro não abordar o tema da saúde e da higiene oral produz um maior impacto dos problemas orais na qualidade de vida da criança, da família e no *score* global do Q₂VRSOC/A (cf. Tabela 9).

Tabela 9: Teste de T-student entre os profissionais de saúde que informaram sobre saúde e higiene oral e a Q₂VRSOC/A

Variáveis	Sim		Não		T-student		
	\bar{x}	DP	\bar{x}	dp	Leven's p	T	p
Informou o dentista							
Impacto na criança	10,69	3,19	9,56	1,96	0,000	-4,165	0,000
Impacto na família	5,46	2,37	4,31	1,03	0,000	-6,159	0,000
Q₂VRSOC/A (score global)	16,15	5,04	13,88	2,62	0,000	-5,545	0,000
Informou o médico de família							
Impacto na criança	10,14	2,75	10,12	2,66	0,978	-0,083	0,934
Impacto na família	4,90	1,94	4,89	1,91	0,666	-0,092	0,927
Q ₂ VRSOC/A (score global)	15,05	4,29	15,01	4,03	0,787	-0,096	0,924
Informou o enfermeiro							
Impacto na criança	9,74	2,44	10,30	2,81	0,009	1,924	0,056
Impacto na família	4,58	1,94	5,03	1,91	0,012	2,056	0,041
Q ₂ VRSOC/A (score global)	14,31	3,81	15,32	4,31	0,013	2,239	0,026

Discussão e resultados

Neste estudo a idade das crianças oscilou entre os 3 e os 6 anos de idade, com uma média de 4,33 anos. Existem alguns ensaios na literatura (Alvarez, 2009) que englobam esta faixa etária sobre o impacto das doenças e desordens orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral de crianças pré-escolares e de seus pais.

No presente estudo, 76,5% das crianças ingerem alimentos ricos em açúcar de uma a três vezes por semana e apenas 9,2% nunca comeram alimentos ricos em açúcar. Estes resultados vão ao encontro dos de Ferreira (2012), em que 66% dos inquiridos, quando questionados sobre se a criança ingeria uma dieta rica em sacarose, responderam afirmativamente.

Embora a maioria das crianças (78,2%) não tenha apresentado problemas de saúde desde criança, de acordo com as respostas dos pais/educadores, 21,8% apresentaram ou apresentam problemas de saúde. No estudo de Bica, Cunha, Rodrigues, Santos (2013), houve uma associação positiva entre hábitos de higiene oral de pais e filhos, de tal modo que aos bons hábitos de higiene oral dos pais correspondem melhores hábitos de higiene oral das crianças.

A evidência científica é clara ao enfatizar que a escovagem dos dentes com um dentífrico com flúor, executada, pelo menos, duas vezes por dia é eficaz na prevenção da cárie dentária (Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, DGS, 2008a, p. 46). Apurou-se que a maioria das crianças escova os dentes mais do que 2 vezes por dia (64,6%). Dados semelhantes foram obtidos por Ferreira (2012), em que a escovagem dentária realizada, na maioria dos casos se situa em 3 ou mais vezes ao dia (55%).

Também se averiguou que 55,1% das crianças nunca tinha ido ao dentista. No estudo de Ferreira (2012) obtiveram-se resultados semelhantes, uma vez que 41,4% das crianças ainda não tinha ido a uma consulta ao dentista.

No geral, 78,9% das crianças não apresentaram cáries dentárias, o que está em consonância com os resultados obtidos por Rodrigues *et al.* (2008), ao verificarem, no seu estudo, que apenas 13% das crianças possuía cáries.

No geral, para a maioria das crianças, os hábitos de higiene oral são bons (47,5%); mas regista-se que em 31,9% esses hábitos são fracos e em 20,6% razoáveis. De acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) (DGS, 2005, p. 7), todas as crianças que frequentam os jardins de infância devem fazer uma das escovagens dos dentes no estabelecimento de educação, sendo esta atividade particularmente importante para as que vivem em zonas mais desfavorecidas e apresentam cárie dentária. Contudo, constatou-se que 70,4% das crianças só lavam os dentes em casa e que 29,1% lavam os dentes em casa e no jardim de infância. No estudo de Calvo (2008), 63,2% dos pais responderam que concordam que o seu filho realize pelo menos uma das escovagens dos dentes no jardim de infância.

A percepção parental sobre a qualidade de vida é influenciada pela idade da criança ($p=0,000$), pela preferência alimentar da criança ($p=0,014$), pelo estado de saúde geral ($p=0,034$), pelo estado de saúde oral ($p=0,000$) e pela abordagem da saúde e higiene oral feita pelo enfermeiro ($p=0,026$), pela observação da boca e dentes das crianças ($p=0,006$), pela consulta no dentista ($p=0,000$) e pela existência de cáries dentárias ($p=0,000$). Alvarez (2009, p. 16), também verificou que houve diferenças estatisticamente significativas entre a gravidade da cárie precoce na infância e o Q₂VRSOC ($p<0,001$), bem como, entre a idade da criança o Q₂VRSOC ($p<0,05$).

Considerações finais

Os resultados indicam que a preferência alimentar, o estado de saúde geral e oral influenciam a percepção que os pais/educadores têm sobre a qualidade de vida oral da criança e da família.

Estudos revelam que o impacto negativo da cárie precoce na infância sobre a vida das crianças inclui a dificuldade na mastigação, a diminuição do apetite, a perda de peso, a dificuldade em dormir, as alterações no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima) e a diminuição do rendimento escolar (Alvarez, 2009).

A educação alimentar torna-se extremamente importante na formação dos hábitos das crianças. Quem consome mais alimentos ricos em açúcar, principalmente no intervalo das refeições, terá um aumento de suscetibilidade à cárie dentária. No jardim de infância e na escola deve ser desaconselhado o consumo de doces ou guloseimas. Deste modo, aumentar o conhecimento das crianças sobre a cárie dentária não é o suficiente para motivá-las. Assim, urge a necessidade de se realizarem ações de promoção para a saúde oral, à população em geral, e aos pais/educadores com crianças em idade pré-escolar, podendo esclarecer conceitos essenciais da doença oral, fatores de risco e medidas preventivas a adotar (Rodrigues *et al.*, 2008).

Apesar de existirem programas de saúde oral em saúde escolar, o facto é que em muitos estabelecimentos de ensino, não são aplicados na sua plenitude. Daí ser necessário um maior esforço por parte dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos de família, pediatras, médicos dentistas e higienistas orais), em conjunto com educadores/professores do ensino pré-escolar e envolvendo a família, de modo a promover eficazmente a saúde oral das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, J. H. A. (2009). *Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais*. (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo). Acedido em: <<http://www.ufvjm.edu.br/site/ppgodonto/wp-content/uploads/2011/12/Dissertacao-Paulo.pdf>>.

- Alves, D. S. A. & Gonçalves, A. (2009). Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos jovens entre os 11 e os 14 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 296-308.
- Bica, I., Cunha, M., Costa, J. & Reis Santos, M. (2013). Impact of oral health of the mother during pregnancy on oral health of children. *Revista Fetal e Neonatal*, 98(Suppl. 1), A1-A112, 99.
- Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V. & Santos, M.R. (2013). Parental oral hygiene practices: influence on their children habits. *Revista Atención Primaria*, 45(5): 91-92.
- Bica-Costa; M. I. (2013). *Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em adolescentes*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto. Porto.
- Calvo, S. M. A. (2008). *Conhecimentos dos pais das crianças dos 3 aos 5 anos face à importância da lavagem dos dentes, num Jardim de Infância, na Maia*. Monografia de licenciatura. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido em <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/807/2/sofiacalvo.pdf>>.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2011). *Orientação n°007*, de 25/03/2011 - *Programa nacional de promoção da saúde oral - Plano B*. Disponível em <<http://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=19748>>.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2005). *Circular normativa n° 1/DSE*, de 18/1/2005 - *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Acedido em:
<http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/223/SOr_doc1.pdf>.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2008a). *Estudo nacional de prevalência das doenças orais*. Lisboa: DGS. Acedido em <<http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=12995>>.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2008b). *Programa nacional de promoção da saúde oral: Escovagem dos dentes como fazer*. Lisboa: DGS. Acedido em:
<https://www.saudeoral.minsaude.pt/sisoPnsoRepo/Folheto_Escovagem_Dentes_Como_Fazer_i007736.pdf>
- Ferreira, M. A. F. (2012). *Odontologia preventiva na primeira infância: Uma alternativa para se evitar o medo e a ansiedade relacionados ao tratamento odontológico*. Monografia de licenciatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Acedido em:
<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3807.pdf>>.
- Pahel, B. T., Rozier, R. G. & Slade, G. D. (2007). Parental perceptions of children's oral health: The early childhood oral health impact scale (ECOHS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 30, 5:6. doi:10.1186/1477-7525-5-6.
- Rodrigues, H., Lamas, A., Rios, J., Torres, A., Ribeiro, C., Araújo, A. & Maciel, I. (2008). O que (não) se sabe sobre higiene oral. *Revista Saúde Infantil*, 30(3), 102-105.

Recebido: 4 de novembro de 2014.

Data da Aprovação pelo Conselho-Técnico Científico da ESSV: 30 de outubro de 2014.