



Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Perceção dos Pais Sobre o Consumo Diário de Açúcar Pelos Seus Filhos

Autor:

Paula Lema Ventoso

Orientador:

Professora Doutora Ana Paula Lobo

2019

Declaração de Integridade

Eu, **Paula Lema Ventoso**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado **``Percepção Dos Pais Sobre O Consumo Diário De Açúcar Pelos Seus Filhos´´**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Gandra, 22 de Maio 2019

A aluna,

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Vilela Lobo

Declaração

Eu, Ana Paula Vilela Lobo, com a categoria profissional de Professora Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, assumi o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **Perceção Dos Pais Sobre O Consumo Diário De Açúcar Pelos Seus Filhos**, da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Paula Lema Ventoso, e declaro que sou favorável para que o Relatório Final de Estágio seja presente ao júri para admissão a provas conducentes à obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

Gandra, 22 de Maio 2019

A Orientadora,

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a mi madre, mi gran pilar y motivación, por haberme hecho llegar hasta aquí, ya que sin ella no habría sido posible cumplir mi sueño. Por sus sacrificios, su paciencia inmensa, por guiarme siempre hacia el camino correcto y ser mi gran ejemplo de perseverancia.

A mi novio, por brindarme su ayuda siempre que la necesité, por ser mi apoyo constante todos estos años, por toda su paciencia, por mantenerse a mi lado siempre con palabras de ánimo y no dejarme nunca desistir.

A mi querida Noe, por apoyarme siempre en todo lo que me propongo, por animarme y enseñarme que con esfuerzo todo se consigue; por todos estos años caminando a mi lado.

A ti, Borja, por ser tantas veces la razón de mi motivación; y por todo el orgullo que siento, gracias a ti, de llegar hasta aquí.

Agradeço aos meus companheiros de curso e aos professores que, de uma forma ou de outra, me ajudaram e motivaram a continuar.

E por último, e não menos importante, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Lobo, pela sua ajuda inmensa, dedicação e motivação para tornar possível este projecto.

RESUMO

A cárie dentária é uma doença crónica multifatorial, que constitui um grave problema de saúde pública. A relação entre a alimentação e o desenvolvimento desta doença está bem estabelecida, sendo que um regime alimentar rico em alimentos cariogénicos caracteriza-se por ser rico em açúcares e outros hidratos de carbono fermentáveis.

A alimentação das crianças na etapa escolar é muito importante para o bom crescimento e desenvolvimento.

Com esta investigação pretende-se mostrar a noção que os pais têm do tipo de nutrição dos seus filhos, especificamente da quantidade de açúcar diário que chegam a consumir, e do cuidado da higiene oral que existe com as crianças.

Foi, então, realizado um inquérito em 3 escolas, Area Longa, A Lomba e Xulio Camba, em Espanha; dirigidos aos familiares responsáveis, em crianças de entre 3 e 5 anos.

Foram analisadas um total de 115 crianças. Nos resultados observa-se que o 93,91% das crianças fazem as 5 refeições diárias; que 84,35% utilizam leite e 48,7% utilizam bolachas no pequeno-almoço. No lanche prevalecem as bolachas com 73,91%, seguido de sandes (73,04%) e fruta fresca (72,7%). No jantar prevalece o leite com 66,09%, as sopas com 65,22%, seguido de frango, massa e bolachas. A percentagem de consumo de legumes é maior na opção de 1-3 dias por semana (53,04%) e a ingestão de doces é 53,91% o fim-de-semana. A maioria das crianças bebe água nas refeições e refrescos/sumos ao fim-de-semana 31,3%.

59,13% dos pais toma atenção na quantidade de açúcar diário que o seu filho consome. 41,74% das crianças escova os dentes à noite, sendo que 80,87% não escova os dentes na escola. 83,48% das crianças não tem problemas de cárie e 60,87% das crianças visita o médico dentista uma vez por ano.

Concluindo, assim, que os pais têm maior atenção sobre o consumo de açúcar quanto menor idade tiver a criança. Que a maioria das crianças continuam a realizar refeições com quantidades elevadas de açúcar; e que as crianças da Escola Rural não têm maior problema de cárie que as crianças da Escola Urbana. No que respeita aos cuidados orais, conclui-se que diminuem com a idade.

Palavras-chave: criança, pais, cárie, consciência, prevenção, açúcar.

ABSTRACT

Tooth decay is a chronic multifactorial disease, which is a serious public health problem. The relationship between diet and the development of this disease is well established, and a diet rich in cariogenic foods is characterised by being rich in sugars and other fermentable carbohydrates.

The feeding of children at school is very important for good growth and development. This research aims to show the notion that fathers and mothers have of the type of nutrition of their children, specifically the amount of daily sugar they consume, and the care of oral hygiene that exists with children.

A survey was then carried out in 3 schools, Arealonga, A Lomba and XulioCamba, in Spain, aimed at responsible family members, in children between 3 and 5 years old.

The success of the survey was reasonable; as 193 surveys were delivered in all 3 schools, and a total of 115 surveys were completed and sent out again. A total of 115 children were analyzed. The results show that 93.91% of the children eat the 5 daily meals; 84.35% use milk and 48.7% use biscuits for breakfast. In the snack, biscuits with 73.91% were used, followed by sandwiches (73.04%) and fresh fruit (72.7%). At dinner, milk and 65.22% of soups were used, followed by chicken, pasta and biscuits. The percentage of vegetable consumption is higher in the option of 1-3 days per week (53.04%) and the intake of sweets is 53.91% at the weekend. The majority of children drink water at meals and refreshments/drinks on weekends 31.3%.

59.13% of parents pay attention to the amount of daily sugar their child consumes. 41.74% of children brush their teeth at night, with 80.87% not brushing their teeth at school. 83.48% of children have no caries problems and 60.87% of children visit their dentist once a year.

In conclusion, the parents have more attention on sugar consumption when the child is younger. That most of the children continue to have meals with high amounts of sugar; and that the children of the Rural School do not have a greater problem of caries than the children of the Urban School. With regard to oral care, it is concluded that they decrease with age.

Key Words: childrens, parents, cavities, awareness, prevention, sugar.

Índice Geral

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO I – PERCEÇÃO DOS PAIS SOBRE O CONSUMO DIÁRIO DE AÇÚCAR PELOS SEUS FILHOS | 1 |
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 2. OBJETIVOS | 1 |
| 3. MATERIAIS E MÉTODOS..... | 2 |
| 3.1 METODOLOGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA | 2 |
| 3.2 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO | 2 |
| 4. RESULTADOS..... | 4 |
| 4.1. REFEIÇÕES DIÁRIAS DAS CRIANÇAS | 5 |
| 4.2 DADOS SOBRE CONSUMOS ALIMENTARES | 6 |
| 4.3 HÁBITOS ALIMENTARES DAS CRIANÇAS: | 9 |
| 4.4 CONSUMO DE BEBIDAS PELAS CRIANÇAS | 11 |
| 4.5 PERCEÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE AÇÚCAR | 13 |
| 4.6 AVALIAÇÃO DOS DADOS DE SAÚDE ORAL | 15 |
| 5. DISCUSSÃO | 19 |
| 5.1 HÁBITOS NUTRICIONAIS E CONSUMO DE AÇÚCAR | 19 |
| 6. CONCLUSÕES | 30 |
| 6.1 RECOMENDAÇÕES | 31 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 31 |
| 8. ANEXOS | 36 |
| 8.1 FIGURAS COMPLEMENTARES | 36 |
| 8.2 GRÁFICOS COMPLEMENTARES | 37 |
| 8.3 DECLARAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO | 46 |
| 8.4 INQUÉRITO | 51 |
| CAPÍTULO II - RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO..... | 53 |
| 1. INTRODUÇÃO | 53 |
| 1.2 ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA..... | 53 |
| 1.2 ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR | 54 |
| 1.3 ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA | 55 |
| 2. CONCLUSÃO | 55 |

Capítulo I – PERCEÇÃO DOS PAIS SOBRE O CONSUMO DIÁRIO DE AÇÚCAR PELOS SEUS FILHOS

1. INTRODUÇÃO

A dieta desempenha um papel muito importante na prevenção de doenças orais como a cárie dentária. Esta prevenção parece fácil, sendo possível evitá-la com a eliminação diária de placa bacteriana com pastas de fluor e o controlo da ingestão de açúcar.

A maioria dos pais têm conhecimentos e motivação suficiente para prevenir o aparecimento da doença cárie nos seus filhos, mas, na prática, resulta mais difícil, já que eles experimentam barreiras que nem reparam.

Efetivamente, o consumo frequente e elevado de bebidas, alimentos e medicamentos edulcoradas com açúcar, e não escovar os dentes regularmente são considerados os fatores de maior risco associados à cárie dentária.

Na verdade, os pais, desempenham um papel fundamental na saúde oral das crianças. A promoção de comportamentos de saúde oral das crianças é altamente recomendado. Para conseguir uma boa saúde oral, naturalmente, os pais devem ser educados e motivados para sensibilizar os filhos em comportamentos que permitem o desenvolvimento de bons hábitos de saúde oral.

Por conseguinte, o interesse de realizar inquéritos e comparar os resultados com outros estudos sobre a percepção que têm os pais em relação à alimentação dos seus filhos, da quantidade de açúcares “mascarados” que consomem e, além disso, os cuidados que têm com a saúde oral em relação com as pastas dentífricas e as visitas ao médico dentista.

2. OBJETIVOS

A alimentação das crianças na etapa escolar é muito importante para o bom crescimento e desenvolvimento.

Com esta investigação pretende-se:

1. Analisar a percepção que os pais têm sobre os alimentos/medicamentos que consomem os seus filhos.

2. Analisar a quantidade de açúcar diário que consomem as crianças.
3. Analisar a repercussão que o açúcar tem na saúde oral da criança.

Foi, então, realizado um inquérito em 3 escolas, com um total de 193 crianças na faixa etária 3, 4 e 5 anos, dirigido aos pais/encarregados de educação.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Metodologia de Pesquisa Bibliográfica

Para a realização da Fundamentação Teórica foi realizada uma revisão narrativa através de um levantamento bibliográfico (bases de dados: PubMed, Scielo, Journal ADA, Google Académico) a fim de conseguir obter informação importante para dar resposta aos objetivos propostos. A pesquisa foi realizada entre setembro de 2018 e abril de 2019.

Foram lidos 120 artigos e devido à grande variabilidade de informação existente acerca do tema, tornou-se necessário utilizar critérios de inclusão e exclusão na pesquisa, ficando com um total de 36 artigos. Foram também acrescentados dois manuais da DGS com normas de nutrição infantil por serem pertinentes para o estudo.

Foram utilizados como critérios de inclusão, os artigos publicados de 2005-2019, artigos escritos em inglês, espanhol e português, artigos com o texto completo, artigos que desenvolvessem temas sobre a cáries em crianças, sobre perceção parental de saúde oral, artigos de nutrição infantil, artigos de relação entre a dieta e as cáries, artigos sobre o nível de açúcar que contêm os medicamentos e certos alimentos.

Foram utilizados como critérios de exclusão, os artigos publicados a anos anteriores de 2005, artigos com acesso restrito, artigos não gratuitos, artigos duplicados, artigos que, através do resumo/título, não demonstraram utilidade para este trabalho.

As palavras-chave utilizadas foram: Cárie dentária, dieta, nutrição infantil, higiene oral, odontopediatria, pais, medicamentos pediátricos, fluor.

3.2 Metodologia de Investigação

➤ Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de desenho transversal, quantitativo e observacional, elaborado com base de um inquérito respondido pelos pais/encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 5 anos de idade de ambos os géneros.

➤ **Coleta da Amostra**

A recolha da amostra para a investigação foi realizada em 3 escolas que podem ser divididas e diferenciadas em: Escola Rural, Escola Urbana Com Cantina e Escola Urbana Sem Cantina; analisando um total de 115 recolhas.

➤ **Tipo de amostra**

Amostra de conveniência.

Para a realização do estudo de investigação quantitativo, foi pedida a autorização da Orientadora do Relatório Final de Estágio, a autorização da Direção de cada escola, e foi entregue com o inquérito um consentimento informado para os pais/encarregados de educação das crianças que frequentam a mesma. As escolas foram escolhidas em Espanha por fazer parte do país de residência.

➤ **Critérios de Inclusão**

Foram incluídas neste estudo todas as crianças que estiverem dentro da faixa etária de interesse da investigação, e cujos pais/encarregados de educação responderam ao inquérito de forma completa

➤ **Critérios de Exclusão**

Foram excluídas deste estudo todas as crianças que não estavam dentro da faixa etária de interesse da investigação, e cujos pais/encarregados de educação responderam de forma incompleta ou não responderam ao inquérito.

➤ **Procedimento para a recolha de dados**

Foi realizado e enviado um inquérito de respostas fechado (inquérito 1, anexo) para as 3 escolas, com uma faixa etária de 3,4 e 5 anos, com questões diferentes e adequadas para que os pais/encarregados de educação dessem resposta e de forma a ser possível analisar informação como:

- O tipo de refeições que as crianças realizam.

- A regularidade do consumo de açúcar e de legumes.

O tipo de lanche que levam para a escola.

- A perceção que têm os pais sobre o consumo de açúcar em molhos, bebidas, medicamentos.

- A regularidade de escovagem assim como o número de visitas ao médico dentista das crianças.

Foram enviados um total de 193 inquéritos, juntamente com o consentimento informado, dos quais se obteve 115 respostas.

Os inquéritos foram totalmente anónimos e foi realizada a solicitude e aceitação da Comissão de Ética, fazendo notar que não existem nenhuns riscos ou incómodos aos voluntários envolvidos no estudo. Foram, também, entregues e assinados pelos responsáveis de cada escola, a autorização necessária para a realização do estudo.

➤ Análise Estatística

A análise estadística deste estudo de investigação envolveu medidas de estatística descritivas, sendo que os dados foram apresentados em percentagens para facilitar a interpretação dos mesmos.

Para a apresentação dos dados recorreu-se ao uso de tabelas e gráficos, com os respetivos estatísticos obtidos precedidos de análise. A análise dos dados foi realizada no software Microsoft Excel Windows 10.

4. RESULTADOS

O estudo foi realizado com 115 crianças: 21 da Escola Urbana Sem Cantina, 53 da Escola rural e 41 da Escola Urbana Com Cantina. A idade das crianças compreendida entre o 3 e 5 anos: 44 de 3 anos, 32 de 4 anos e 39 com 5 anos.

Caracterização da amostra

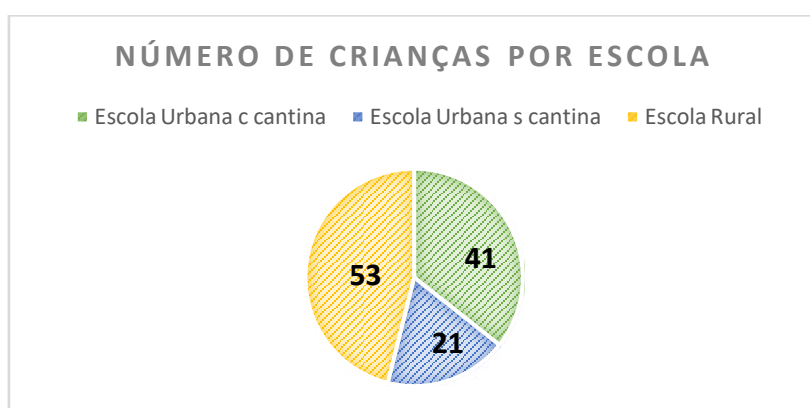


Gráfico 1 – Distribuição das crianças por escolas

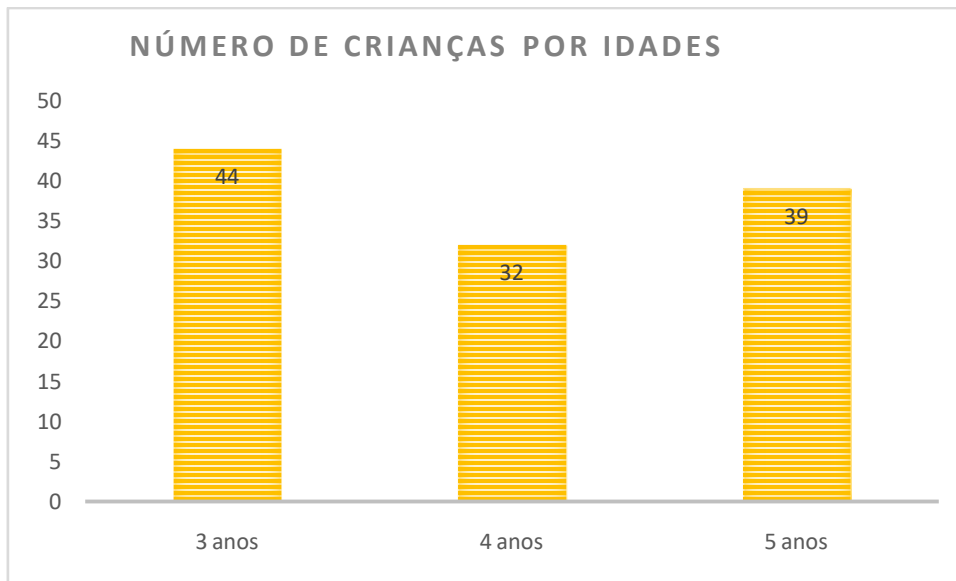


Gráfico 2 – Distribuição por idades

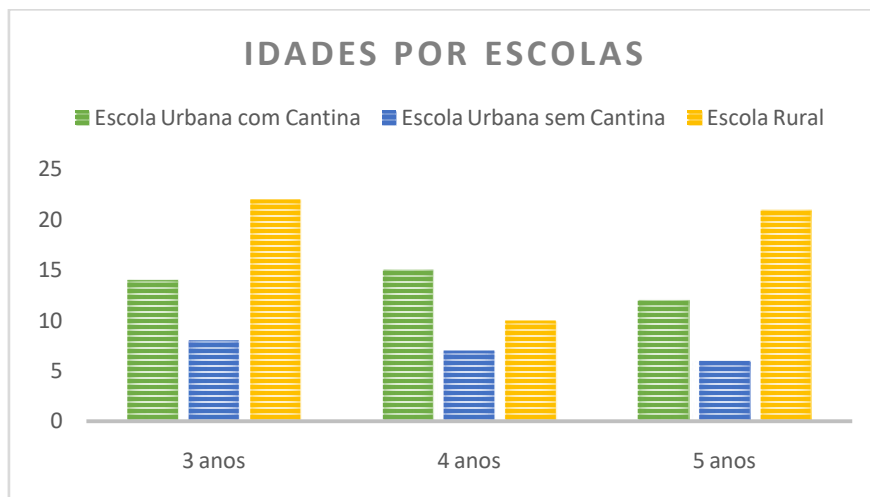


Gráfico 3 – Distribuição por idades e escolas

4.1. Refeições diárias das crianças

Analisando o número de refeições diárias das crianças (pequeno-almoço, lanche manhã, almoço, lanche tarde e jantar), verificou-se que 93,91% (n=115) das crianças realiza as 5 refeições, sendo a Escola Rural a que apresenta maior percentagem, 96,23% (n=53), sendo que a prevalência consoante a idade é mais elevada para 5 refeições é na faixa etária de 4 anos de idade, 96,88% (n=115).

Tabela 1- Percentagem de respostas á questão 1: Quais as refeições que a criança faz:

| Sujeitos | N | 3 refeições | 4 refeições | 5 refeições |
|---------------------------|-----|-------------|-------------|-------------|
| 3 anos | 44 | 2,27% | 4,55% | 93,18% |
| 4 anos | 32 | 0,00% | 3,13% | 96,88% |
| 5 anos | 39 | 2,56% | 5,13% | 92,31% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 4,76% | 4,76% | 90,48% |
| Escola Rural | 53 | 0,00% | 3,77% | 96,23% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 2,44% | 7,32% | 90,24% |
| Total | 115 | 1,74% | 4,35% | 93,91% |

4.2 Dados sobre consumos alimentares

Nas tabelas 2,3 e 4 é possível observar o que as crianças consomem ao pequeno-almoço (tabela 2), ao lanche de manhã na escola (tabela 3) e ao jantar (tabela 4).

Por conseguinte, na tabela 2 podemos constatar, por ordem decrescente, as seguintes percentagens, referentes ao pequeno-almoço: leite com 84,35%, seguido pelas bolachas com 48,70%, cereais com 40,87%, torradas com 22,61%, sumo natural com 20%, iogurte com 18,26%, pastelaria com 14,78%, fruta fresca com 13,91% e por último o sumo brick com 3,48%.

Fazendo a relação do tipo de alimento com a idade, verifica-se que nas crianças de 3 anos prevalece o leite com 77,27%, as bolachas com 50%, os cereais com 43,18% e os restantes alimentos com menos de 30%. Nas crianças de 4 anos prevalece o leite com 93,75%, os cereais com 50%, as bolachas com 43,75% e os restantes alimentos com menos de 30%. Com as de 5 anos prevalece o leite com 84,62%, as bolachas com 51,28%, os cereais com 30,77% e os restantes alimentos com menos de 30%.

É, particularmente, importante destacar, a percentagem de fruta fresca consumida pelas crianças, já que, com 3 anos é de 25% e com 4 e 5 anos desce significativamente para os 6,25% e 7,69% respetivamente.

Tabela 2. Porcentagem de respostas à questão 2 de acordo com a idade e a escola.

| Sujeitos | N | FRUTA FRESCA | CEREAIS | LEITE | SUMO NATURAL | IOGURTE | SUMO BRICK | PASTELARIA | TOSTADA | BOLACHAS | OUTROS |
|--|-----|-----------------|------------|------------|-----------------|---------|---------------|------------|---------|----------|--------|
| 3 anos | 44 | 25,00 % | 43,18% | 77,27 % | 29,55% | 18,18% | 2,27 % | 9,09% | 20,45% | 50,00% | |
| 4 anos | 32 | 6,25% | 50,00 % | 93,75 % | 6,25% | 15,63% | 6,25 % | 21,88% | 18,75% | 43,75% | |
| 5 anos | 39 | 7,69% | 30,77 % | 84,62 % | 20,51% | 20,51% | 2,56 % | 15,38% | 28,21% | 51,28% | |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 0,00% | 33,33 % | 90,48 % | 23,81% | 14,29% | 9,52 % | 14,29% | 23,81% | 47,62% | |
| Escola Rural | 53 | 7,55% | 45,28 % | 90,57 % | 11,32% | 18,87% | 1,89 % | 3,77% | 18,87% | 49,06% | |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 29,27 % | 39,02 % | 73,17% | 29,27% | 19,51% | 2,44 % | 29,27% | 26,83% | 48,78% | |
| Total | 115 | 13,91% | 40,87 % | 84,35 % | 20,00% | 18,26% | 3,48 % | 14,78% | 22,61% | 48,70% | 2,61% |

Ao ser avaliado o tipo de alimentos que as crianças ingerem na escola, observa-se que os alimentos mais consumidos são bolachas, sandes, fruta fresca, iogurte bebível, e sumo brick. (Tabela 3).

Comparando os dados consoante o tipo de escola, podemos constatar que na Escola Urbana Sem Cantina prevalecem as bolachas, a fruta fresca e o iogurte bebível com 66,67%, seguidas do sumo brick e sandes com 38,10% e por último pastelaria com 19,05%.

Na Escola Rural prevalecem as sandes com 88,68%, iogurte bebível com 81,13%, bolachas com 73,58%, fruta fresca com 69,81% e 22,64% o sumo brick. Porém, na Escola Urbana com Cantina prevalece com 78,05% as bolachas e fruta fresca, as sandes com 70,73%, iogurte bebível com 56,10%, o sumo brick com 31,71% e a pastelaria com 19,51%.

Em relação aos doces é de destacar a percentagem de 4,88% na Escola Rural e que no total das crianças, 6,82% do consumo de doces pertence às crianças de 3 anos.

Tabela 3- Percentagem de respostas à questão 3: O que come no lanche da manhã?

| Sujeitos | N | NADA | BOLACHAS | FRUTA FRESCA | SUMO BRICK | CHOCOLATE | IOGURTE BEBÍVEL | PASTELARIA | SANDES | DOCES | OUTROS |
|----------------------------------|-----|--------|----------|--------------|------------|-----------|-----------------|------------|---------|-------|--------|
| 3 anos | 44 | 0,00 % | 75,00% | 63,64 % | 29,55 % | 9,09% | 63,64% | 6,82% | 68,18% | 6,82% | |
| 4 anos | 32 | 3,13% | 62,50% | 78,13% | 43,75 % | 15,63% | 62,50% | 31,25% | 68,75 % | 0,00% | |
| 5 anos | 39 | 0,00 % | 82,05% | 76,92 % | 15,38 % | 5,13% | 82,05 % | 15,38% | 82,05 % | 0,00% | |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 0,00 % | 66,67% | 66,67 % | 38,10 % | 9,52% | 66,67% | 19,05% | 38,10% | 0,00% | |
| Escola Rural | 53 | 0,00 % | 73,58% | 69,81 % | 22,64 % | 5,66% | 81,13% | 13,21% | 88,68 % | 1,89% | |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 2,44% | 78,05% | 78,05 % | 31,71% | 14,63% | 56,10% | 19,51% | 70,73% | 4,88% | |
| Total | 115 | 0,87% | 73,91% | 72,17% | 28,70 % | 9,57% | 69,57% | 16,52% | 73,04% | 2,61% | 6,96% |

Na tabela 4 foi estudada a frequência de alimentos que as crianças consomem ao jantar, e constatasse que os alimentos com maior percentagem são, por ordem decrescente, leite, sopas, frango, massa, bolachas, peixe e batatas; destaca-se, contudo, que a menor das percentagens pertence aos legumes com 18,26%.

Consoante a idade das crianças verificou-se que, nas crianças de 3 anos prevalecem as sopas com 81,82%, o leite com 54,55%, massa com 43,18%, frango com 40,91%, batatas com 34,09% e legumes com 31,82%. Nas crianças de 4 anos prevalece o leite com 56,25%, as sopas com 53,13%, o frango com 43,75%, a massa com 40,63%, as batatas com 34,38% e legumes com 12,50%. E por último, nas crianças de 5 anos prevalece o leite com 87,18%, as sopas com 56,41%, as bolachas com 35,90%, o frango com 33,33%, a massa com 28,21% e legumes com 7,69%.

Pode-se, assim, registar que a ingestão de legumes ao jantar diminui significativamente com a idade da criança.

Tabela 4 - Percentagem de respostas à questão 4: O que come no jantar?

| Sujeitos | N | LEGUME | FRANGO | LEITE | MASSA | PEIXE | SANDES | BATATAS | SOPAS | BOLACHAS | OUTROS |
|----------------------------------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|----------|--------|
| 3 anos | 44 | 31,82% | 40,91% | 54,55% | 43,18% | 34,09% | 18,18% | 34,09% | 81,82% | 29,55% | |
| 4 anos | 32 | 12,50% | 43,75% | 56,25% | 40,63% | 37,50% | 18,75% | 34,38% | 53,13% | 31,25% | |
| 5 anos | 39 | 7,69% | 33,33% | 87,18% | 28,21% | 20,51% | 25,64% | 7,69% | 56,41% | 35,90% | |
| Escola urbana sem cantina | 21 | 14,29% | 33,33% | 66,67% | 19,05% | 28,57% | 19,05% | 23,81% | 71,43% | 38,10% | |
| Escola rural | 53 | 9,43% | 37,74% | 77,36% | 37,74% | 24,53% | 16,98% | 28,30% | 60,38% | 35,85% | |
| Escola urbana com cantina | 41 | 31,71% | 43,90% | 51,22% | 46,34% | 39,02% | 26,83% | 21,95% | 68,29% | 24,39% | |
| Total | 115 | 18,26% | 39,13% | 66,09% | 37,39% | 30,43% | 20,87% | 25,22% | 65,22% | 32,17% | 9,57% |

4.3 Hábitos alimentares das crianças:

Compara-se nas tabelas 5 e 6 a regularidade de ingestão de legumes e doces. Na tabela 7 avalia-se o tipo de molhos que costumam utilizar nas refeições.

Na tabela 5 encontram-se os dados relativos à frequência do consumo de legumes de acordo com a idade e o tipo de escola. No total observa-se que 53,04% das crianças fazem um consumo de 1 a 3 dias por semana.

Em relação à idade, com 3 anos, 63,54% referem que consomem de 1 a 3 dias por semana. Com 4 e 5 anos não há uma diferença estatística significativa com um 43,75% e 48,74% respetivamente, no consumo de 1 a 3 dias por semana.

Em relação ao tipo de escola, também não há uma diferença estatística significativa, já que as percentagens são 30-35% para a resposta de Nunca, entre 50-55% para a resposta de 1 a 3 dias por semana, e entre 14-15% para a resposta de todos os dias.

Tabela 5- Percentagem de respostas à questão 5: Tem por hábito comer legumes?

| Sujeitos | N | Nunca | 1-3 dias/semana | Todos os dias |
|---------------------------|-----|--------|--------------------|---------------|
| 3 anos | 44 | 20,45% | 63,64% | 15,91% |
| 4 anos | 32 | 40,63% | 43,75% | 15,63% |
| 5 anos | 39 | 38,46% | 48,72% | 12,82% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 33,33% | 52,38% | 14,29% |
| Escola Rural | 53 | 30,19% | 54,72% | 15,09% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 34,15% | 51,22% | 14,63% |
| Total | 115 | 32,17% | 53,04% | 14,78% |

Quando se analisa o hábito do consumo de doces observa-se que no total dos resultados, 53,91% consomem doces só aofim-de-semana e 30,43% nunca o fazem.

Ao fazer a comparação de acordo com a idade verificou-se que em crianças de 3 anos a percentagem é de 47,73% para o consumo nofim-de-semana e 22,73% todos os dias. Em crianças de 4 anos a percentagem é de 46,88% para o consumo de fim-de-semana e 18,75% todos os dias. Em crianças de 5 anos a percentagem é de 66,67% para o consumo de fim-de-semana e 7,69% todos os dias.

Relativamente ao tipo de escola, destaca-se que a Escola Urbana Sem Cantina tem uma percentagem de 61,90% para o consumo de fim-de-semana e 19,05% todos os dias; a Escola Rural com uma percentagem de 49,06% para o fim-de-semana e 24,53% todos os dias; a Escola Urbana Com Cantina com uma percentagem de 56,10% para ofim-de-semana e 4,88% todos os dias.

Tabela 6- Percentagem de respostas à questão 6: Tem por hábito comer doces?

| Sujeitos | N | Nunca | Fim de semana | Todos os dias |
|---------------------------|-----|--------|---------------|---------------|
| 3 anos | 44 | 31,82% | 47,73% | 22,73% |
| 4 anos | 32 | 34,38% | 46,88% | 18,75% |
| 5 anos | 39 | 25,64% | 66,67% | 7,69% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 23,81% | 61,90% | 19,05% |
| Escola Rural | 53 | 26,42% | 49,06% | 24,53% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 39,02% | 56,10% | 4,88% |
| Total | 115 | 30,43% | 53,91% | 16,52% |

Encontramos na tabela 7 os dados em relação ao hábito que as crianças tem no acompanhamento das refeições.

Comparando as idades, 59,09% das crianças de 3 anos não utilizam nada de molhos nas refeições, 29,55% utiliza ketchup e 18,18% utiliza maionese. As crianças de 4 anos não têm diferença estatística em comparação às crianças de 3 anos. As crianças de 5 anos têm uma percentagem de 64,10% para a resposta de que “ não utilizam nada” nas refeições e 35,9% utiliza ketchup.

Em relação ao tipo de escola há uma diferença em relação a utilização de maionese com 20,75% na Escola Rural, contudonas escolas urbanas não chegam ao 10%.

Tabela 7- Percentagem de respostas à questão 7: Nas refeições utiliza:

| Sujeitos | N | Ketchup | Maionese | Nada | Outros |
|---------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 3 anos | 44 | 29,55% | 18,18% | 59,09% | |
| 4 anos | 32 | 31,25% | 18,75% | 59,38% | |
| 5 anos | 39 | 35,90% | 7,69% | 64,10% | |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 23,81% | 9,52% | 71,43% | |
| Escola Rural | 53 | 33,96% | 20,75% | 58,49% | |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 34,15% | 9,76% | 58,54% | |
| Total | 115 | 32,17% | 14,78% | 60,87% | 6,09% |

4.4 Consumo de bebidas pelas crianças

As tabelas 8 e 9 fazem referência ao tipo e à frequência de consumo de bebidas pelas crianças.

Ao avaliar, os tipos de bebidas que as crianças podem utilizar nas refeições observa-se que a resposta de “água” obteve mais de 95%, independentemente da idade e do tipo de escola.

No entanto, analisando o consumo de Coca-Cola, verifica-se que é maior o consumo em crianças que frequentam a Escola Rural (13,21%), assim como, em crianças de 3 anos (15,91%). (Tabela 8)

Tabela 8 - Percentagem de respostas à questão 8: nas refeições bebe:

| Sujeitos | N | Água | Sumos | Coca-Cola | Outros |
|---------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 3 anos | 44 | 95,45% | 22,73% | 15,91% | |
| 4 anos | 32 | 100,00% | 12,50% | 9,38% | |
| 5 anos | 39 | 97,44% | 10,26% | 5,13% | |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 95,24% | 19,05% | 4,76% | |
| Escola Rural | 53 | 100,00% | 13,21% | 13,21% | |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 95,12% | 17,07% | 9,76% | |
| Total | 115 | 97,39% | 15,65% | 10,43% | 2,61% |

Na tabela 9 descrevem-se os dados da frequência com que as crianças bebem refrescos ou sumos.

Em relação à idade verificou-se que com 3 anos a percentagem para “fim-de-semana” é de 31,82%, “quase nunca” 43,18%, “todos os dias” 18,18% e finalmente, 6,82% “nunca”.

Com 4 anos as percentagens são praticamente iguais às crianças de 3 anos. E nos 5 anos aparece uma pequena variação com 23,08% no consumo de “fim-de-semana” e 15,85% no parâmetro “nunca”.

Em relação ao tipo de escola, as percentagens não têm uma diferença estatística significativa, sendo que a maioria consome ao “fim-de-semana”.

Tabela 9 - Percentagem de respostas à questão 9: Com que regularidade bebe refrescos/sumos?:

| Sujeitos | N | Fim de semana | Quase nunca | Todos os días | Nunca |
|---------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 3 anos | 44 | 31,82% | 43,18% | 18,18% | 6,82% |
| 4 anos | 32 | 40,63% | 31,25% | 18,75% | 9,38% |
| 5 anos | 39 | 23,08% | 48,72% | 12,82% | 15,38% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 28,57% | 38,10% | 23,81% | 9,52% |
| Escola Rural | 53 | 33,96% | 39,62% | 15,09% | 11,32% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 29,27% | 46,34% | 14,63% | 9,76% |
| Total | 115 | 31,30% | 41,74% | 16,52% | 10,43% |

4.5 Percepção dos pais em relação ao consumo de açúcar

Para a análise da percepção de consumo de açúcar, há 4 questões dirigidas aos pais, que se encontram identificadas nas tabelas 10, 11, 12 e 13.

Assim, na tabela 10 analisam-se os dados do que os pais das crianças acham que é melhor; iogurtes bebíveis ou não bebíveis, em relação à quantidade de açúcar.

De acordo com a idade da criança, a maioria acha que são melhores os não bebíveis, com percentagens de 59,09% em crianças de 3 anos, 68,75% em crianças de 4 anos e 82,05% em crianças de 5 anos.

De acordo com o tipo de escola, a maioria acha que são melhores os iogurtes não bebíveis, com percentagens de 47,62% na Escola Urbana Sem Cantina; 79,25% na Escola Rural e 68,29% na Escola Urbana Com Cantina.

Tabela 10 - Percentagem de respostas à questão 10: O que acha que é melhor, os iogurtes:

| Sujeitos | N | Bebíveis | Não bebíveis |
|---------------------------|-----|----------|--------------|
| 3 anos | 44 | 47,73% | 59,09% |
| 4 anos | 32 | 37,50% | 68,75% |
| 5 anos | 39 | 17,95% | 82,05% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 47,62% | 47,62% |
| Escola Rural | 53 | 26,42% | 79,25% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 39,02% | 68,29% |
| Total | 115 | 34,78% | 69,57% |

Na tabela 11 é possível analisar se os pais prestam atenção ao consumo diário de açúcar que os seus filhos consomem. No total obteve-se 59,13% que "sim", tomam atenção, e 40,87% que "não". Em relação à idade e ao tipo de escola, não há uma grande diferença estatística em comparação com o total da amostra.

Tabela 11 - Percentagem de respostas à questão 11: Toma atenção da quantidade de açúcar que consome o seu filho/a?

| Sujeitos | N | Sim | Não |
|---------------------------|-----|--------|--------|
| 3 anos | 44 | 65,91% | 34,09% |
| 4 anos | 32 | 53,13% | 46,88% |
| 5 anos | 39 | 56,41% | 43,59% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 47,62% | 52,38% |
| Escola Rural | 53 | 64,15% | 35,85% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 58,54% | 41,46% |
| Total | 115 | 59,13% | 40,87% |

É possível analisar, na tabela 12, a noção que os pais têm do açúcar que os medicamentos contêm. Os resultados das respostas indicam que independentemente do tipo de escola e idade da criança, a maioria, 74,78%, acha que os medicamentos contêm açúcar e 25,22% acha que não.

Tabela 12 - Percentagem de respostas à questão 12: Acha que os medicamentos contêm açúcar?

| Sujeitos | N | Sim | Não |
|---------------------------|-----|--------|--------|
| 3 anos | 44 | 65,91% | 34,09% |
| 4 anos | 32 | 81,25% | 18,75% |
| 5 anos | 39 | 79,49% | 20,51% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 76,19% | 23,81% |
| Escola Rural | 53 | 75,47% | 24,53% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 73,17% | 26,83% |
| Total | 115 | 74,78% | 25,22% |

Quando se avalia se os pais têm cuidados especiais na escovagem quando os seus filhos estão a tomar medicação, verificou-se que as percentagens são praticamente semelhantes nas respostas de “sim” ou “não”, sendo que no total 49,57% respondeu que “sim” e 50,43% diz que não têm especial cuidado, independentemente da idade ou do tipo de escola. (Tabela 13)

Tabela 13 -Percentagem de respostas à questão 13:Cuidados especiais de escovagem com os medicamentos:

| Sujeitos | N | Sim | Não |
|---------------------------|-----|--------|--------|
| 3 anos | 44 | 59,09% | 40,91% |
| 4 anos | 32 | 37,50% | 62,50% |
| 5 anos | 39 | 48,72% | 51,28% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 52,38% | 47,62% |
| Escola Rural | 53 | 54,72% | 45,28% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 41,46% | 58,54% |
| Total | 115 | 49,57% | 50,43% |

4.6 Avaliação dos dados de saúde oral

Na tabela 14 analisa-se quando é que as crianças escovam os dentes.

Os valores das percentagens não têm diferenças significativas em relação à idade e ao tipo de escola, pelo que, analisando o total das crianças,verificou-se-que a maioria escovam os dentes só à noite, com um valor de 41,74%; depois de cada refeição com 31,30%; só de manhã com 16,52%;e a resposta de quase nunca tem um valor de 10,43%.Em relação à idade, o valor de “quase nunca” atinge 15,38% nas crianças de 5 anos.

Tabela 14. Percentagem de respostas à questão 14: Quantas vezes é que escova os dentes?

| Sujeitos | N | Depois das refeições | Ànoite | De manhã | Quase nunca |
|---------------------------|-----|----------------------|--------|----------|-------------|
| 3 anos | 44 | 31,82% | 43,18% | 18,18% | 6,82% |
| 4 anos | 32 | 40,63% | 31,25% | 18,75% | 9,38% |
| 5 anos | 39 | 23,08% | 48,72% | 12,82% | 15,38% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 28,57% | 38,10% | 23,81% | 9,52% |
| Escola Rural | 53 | 33,96% | 39,62% | 15,09% | 11,32% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 29,27% | 46,34% | 14,63% | 9,76% |
| Total | 115 | 31,30% | 41,74% | 16,52% | 10,43% |

Na tabela 15 foi recolhida a informação sobre se as crianças escovam a língua quando escovam os dentes.

Nos resultados observa-se que, de acordo com a idade, 63,64% das crianças com 3 anos não escovam a língua. Com 4 e 5 anos as percentagens das crianças que não escovam a língua são 53,13% e 53,85% respetivamente.

De acordo com o tipo de escola verifica-se que è na Escola Urbana com Cantina onde a percentagem de crianças que escovam a língua é superior, 48,78%.

Tabela 15 - Percentagem de respostas à questão 15: Escovam a língua?

| Sujeitos | N | Sim | Não |
|---------------------------|-----|--------|--------|
| 3 anos | 44 | 36,36% | 63,64% |
| 4 anos | 32 | 46,88% | 53,13% |
| 5 anos | 39 | 46,15% | 53,85% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 38,10% | 61,90% |
| Escola Rural | 53 | 39,62% | 60,38% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 48,78% | 51,22% |
| Total | 115 | 42,61% | 57,39% |

Com a tabela 16 observa-se a quantidade de crianças que escovam os dentes na escola.

Na Escola Urbana Sem Cantina, 80,95% não escovam os dentes e 14,29% dos pais “não fazem ideia”. Na Escola Rural 80,95% não escovam os dentes e 5,66% dos pais “não fazem ideia”. Na Escola urbana com cantina, 65,85% não escovam os dentes e 9,76% dos pais “não fazem ideia”.

Em relação à idade das crianças, verifica-se que aos 3 anos 13,64% escovam os dentes na escola; com 4 anos apenas 6,25% escovam, e com 5 anos a percentagem de crianças que escovam os dentes na escola é de 10,26%.

Tabela 16- Percentagem de respostas á questão 16: Escova os dentes na escola?

| Sujeitos | N | Sim | Não | Não faço ideia |
|---------------------------|-----|--------|--------|----------------|
| 3 anos | 44 | 13,64% | 68,18% | 18,18% |
| 4 anos | 32 | 6,25% | 93,75% | 0,00% |
| 5 anos | 39 | 10,26% | 84,62% | 5,13% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 4,76% | 80,95% | 14,29% |
| Escola Rural | 53 | 1,89% | 92,45% | 5,66% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 24,39% | 65,85% | 9,76% |
| Total | 115 | 10,43% | 80,87% | 8,70% |

A tabela 17 apresenta os dados relativos aos meios que as crianças utilizam para escovar os dentes.

Verificou-se que independentemente do tipo da escola, mas de acordo com a idade da criança, o meio mais utilizado pelas crianças de 3 anos é a escova manual (77,27%), seguido da escova eléctrica (22,73%) , o flúor (11,36%) e por último o uso de colutório (9,09%). Com as crianças de 4 anos o mais utilizado é a escova manual (84,83%), a escova eléctrica (21,88%) e colutório (12,50%). Com as crianças de 5 anos o mais utilizado é a escova manual (69,23%), escova eléctrica (43,59%) e flúor (10,26%).

Tabela 17. Percentagem de respostas à questão 17 de acordo com a idade e a escola.

| Sujeitos | N | Escova manual | Flúor | Colutório | Escova eléctrica |
|---------------------------|-----|---------------|--------|-----------|------------------|
| 3 anos | 44 | 77,27% | 11,36% | 9,09% | 22,73% |
| 4 anos | 32 | 84,38% | 9,38% | 12,50% | 21,88% |
| 5 anos | 39 | 69,23% | 10,26% | 5,13% | 43,59% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 95,24% | 19,05% | 9,52% | 9,52% |
| Escola rural | 53 | 67,92% | 9,43% | 5,66% | 37,74% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 78,05% | 7,32% | 12,20% | 29,27% |
| Total | 115 | 76,52% | 10,43% | 8,70% | 29,57% |

Na tabela 18 pretende-se analisar se as crianças gostam das pastas dentífricas que utilizam e observa-se nos resultados que, independentemente da idade e do tipo de escola, a maioria das crianças gosta da pasta que utilizam, com um valor de 88,70%.

Tabela 18- Percentagem de respostas à questão 18: O seu filho/a gosta da pasta dentífrica?

| Sujeitos | N | Sim | Não | Nãofaçoidéia |
|---------------------------|------------|---------------|--------------|--------------|
| 3 anos | 44 | 93,18% | 2,27% | 4,55% |
| 4 anos | 32 | 93,75% | 6,25% | 0,00% |
| 5 anos | 39 | 79,49% | 17,95% | 5,13% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 80,95% | 14,29% | 4,76% |
| Escola Rural | 53 | 90,57% | 9,43% | 1,89% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 90,24% | 4,88% | 4,88% |
| Total | 115 | 88,70% | 8,70% | 3,48% |

Na tabela 19, avalia-se se as crianças têm algum problema relacionado com cáries e verificou-se que de acordo com a idade e o tipo de escola não há diferença estatística significativa. Observando o total, 83,48% das crianças não apresentam problemas com cáries.

Tabela 19- Percentagem de respostas à questão 19: Tem problemas com cáries?

| Sujeitos | N | Sim | Não |
|---------------------------|------------|---------------|---------------|
| 3 anos | 44 | 11,36% | 88,64% |
| 4 anos | 32 | 28,13% | 71,88% |
| 5 anos | 39 | 12,82% | 87,18% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 4,76% | 95,24% |
| Escola Rural | 53 | 16,98% | 83,02% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 21,95% | 78,05% |
| Total | 115 | 16,52% | 83,48% |

A informação recolhida na tabela 20 dà-nos a informação de quantas vezes as crianças da amostra visitam o médico dentista. De acordo com a idade observa-se que 29,55% das crianças de 3 anos nunca tinha visitado o médico dentista e 59,09% vai uma vez ao ano. Nas crianças de 4 anos, 37,50% nunca tinham visitado o médico dentista e 53,13% vai

uma vez ao ano. Nas crianças de 5 anos, 23,08% vão 2 vezes por ano e 69,23% vão uma vez por ano.

Tabela 20- Percentagem de respostas á questão 20: Quantas vezes visita ao dentista.

| Sujeitos | N | Nunca | 2 vezes/ano | 1 vez/ano |
|---------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|
| 3 anos | 44 | 29,55% | 11,36% | 59,09% |
| 4 anos | 32 | 37,50% | 9,38% | 53,13% |
| 5 anos | 39 | 7,69% | 23,08% | 69,23% |
| Escola Urbana Sem Cantina | 21 | 33,33% | 9,52% | 57,14% |
| Escola Rural | 53 | 28,30% | 13,21% | 58,49% |
| Escola Urbana Com Cantina | 41 | 14,63% | 19,51% | 65,85% |
| Total | 115 | 24,35% | 14,78% | 60,87% |

5. Discussão

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a perceção que os pais têm sobre o consumo diário de açúcar dos seus filhos, assim como o nível nutricional e da saúde oral dos mesmos.

Para melhor sistematização da discussão, esta vai ser dividida em dois subtemas: Hábitos nutricionais e consumo de açúcar e Cuidados de saúde oral.

5.1 Hábitos Nutricionais e Consumo de Açúcar

A tríade saúde, hábito saudável e qualidade de vida está intrinsecamente relacionada ao consumo alimentar adequado. É durante o período pré-escolar, que vai dos 3 aos 6 anos, que se verifica um crescimento acentuado, embora de ritmo mais ou menos constante, a qualidade da alimentação é determinante, para a maturação orgânica e a saúde física e psicossocial. Sendo um período menos vulnerável aos atrasos de crescimento por malnutrição do que os dois primeiros anos de vida, é, no entanto, particularmente

importante, porque é durante ele que muitos dos comportamentos relacionados com a alimentação se adquirem e muitos dos erros alimentares do adulto se iniciam, como seja o excesso de ingestão de doces e gorduras, acompanhado por um défice de ingestão de hortaliças, legumes e frutos. Trata-se, portanto, de um período ótimo para o início da educação alimentar. [1]

Assim, últimos anos tem aumentado a preocupação na alimentação infantil, sobre tudo em termos de doces e alimentos com alto conteúdo em hidratos de carbono, gorduras ou sal; socialmente percebidos como não saudáveis e associados ao horário em que são consumidos. [2]

Portanto, o consumo de alimentos e a forma como estes são consumidos pelo indivíduo caracterizam o hábito alimentar. Quando nutricionalmente adequado, é considerado um hábito saudável. Reconhece-se, hoje, que uma alimentação saudável durante a infância é duplamente benéfica, pois, por um lado, facilita o desenvolvimento intelectual e o crescimento adequado para a idade, e, por outro, previne uma série de patologias relacionadas com uma alimentação incorrecta e desequilibrada, como a anemia, obesidade, desnutrição, cáries dentárias, atraso de crescimento, entre outras (Rego et al., 2004)[3]

A dieta contribui um papel fundamental no aparecimento da cárie, devido a que os microorganismos derivam de alimentos como hidratos de carbono, entre os que aparece a sacarose e contribui para a formação de placa, causando desmineralização do esmalte e diminuição do pH. [4-7,8,9]

Efetivamente, existem muitos estudos epidemiológicos que relacionam o consumo de açúcar com a prevalência de cárie dentária. [2-6,8-11,12-18]

Esta, surge da combinação de fatores como a alimentação, a flora microbiana da boca, o pH da saliva, a higiene oral, a disponibilidade de flúor, o tempo que os açúcares estão em contacto com as bactérias orais, a suscetibilidade dos dentes, o nível socioeconómico, o nível de educação e outras características do estilo de vida. [2-6,8,12,13,16,18]

Neste estudo foi analisado a número de refeições que as crianças fazem diariamente, observando que a quase totalidade das crianças fazem as 5 refeições diárias.

As recomendações dizem que a distribuição dietética de crianças em idade pré-escolar e escolar deve ser dividida em 5 refeições, evitando os alimentos entre horas.[1,19] Segundo a

OMS, a saúde é criada e vivida num marco de vida quotidiana, com um importante papel da família e da escola^[20,21,22]

Foi então também analisado o tipo de alimentos que as crianças comem no pequeno-almoço, no lanche da escola e no jantar à noite.

Nos resultados deste estudo observa-se que no pequeno-almoço o mais consumido é o leite, as bolachas e os cereais, coincidindo, assim, com outros estudos e artigos, nomeadamente o artigo de J. Basulto et al (2016) ^[11]

A fruta fresca é mais consumida pelas crianças de 3 anos e diminui muito o seu consumo com a idade, o que é de estranhar, tendo conta que a fruta e legumes são um dos alimentos mais importantes na dieta das crianças.^[1,5,19]

Geralmente, o alimento mais consumido ao pequeno-almoço é o leite. O açúcar do leite, a lactose, não fermenta no mesmo grau que os demais açúcares, pelo que é menos cariogénico.^[3,13] No entanto, se falarmos de leite gordo, a gordura do leite tem um alto conteúdo de ácidos gordos saturados e considera-se que a partir dos 2 anos de idade deve-se substituir o leite gordo por leite sem gordura ou com 1% de gordura.^[2,15]

Quanto às bolachas e cereais no pequeno-almoço, artigos nutricionais asseguram que mais do 30% da energia total destes produtos podem vir dos açúcares. As recomendações são não superar 20% de açúcar.^[11] Um estudo de Peña Quintana et al (2010) recomenda como substituto das bolachas e cereais, as torradas de pão fresco, visto estas conterem menos açúcar.^[19] No presente estudo verificamos uma percentagem de 22% no consumo de torradas, que está, efetivamente, abaixo do ideal.

Na análise dos alimentos que as crianças consomem no lanche, na escola, observa-se que os alimentos mais consumidos são as bolachas, as sandes, a fruta fresca, o iogurte bebível e o sumo brick. Destaca-se que o mais consumido nas escolas urbanas foram bolachas e fruta fresca, e na escola rural as sandes e iogurte bebível. Segundo o estudo de Peña Quintana et al (2010) o aconselhável seria a tríada composta por lácteos, cereais (integrais ou não adocicados) e fruta ou sumo de fruta fresca, que pode, não complementado com outros alimentos proteicos, chegar até 20-25% das necessidades energéticas diárias das crianças.^[5,19]

O açúcar está presente nos cereais, nas bolachas, nos derivados de lácteos e chocolates, e todos estes alimentos estão presentes na dieta infantil mais de uma vez por dia, isto favorece a preferência das crianças pelos sabores doces.^[10,11,15]

Será interessante referir que ao nascimento, a preferência por alimentos ricos em açúcares tem relação com aspetos inatos e primitivos, pois a alta densidade energética dos açúcares pode representar a sobrevivência da espécie. Por outro lado, a aversão ao gosto azedo e amargo, manifestada pelo reflexo gustofacial no lactente, é também um comportamento protetor uma vez que compostos tóxicos como fenóis, alcaloides, glicosídeos e taninos podem estar presentes em certos vegetais ou em alimentos em decomposição.^[23,24]

Existem fatores que afetam na eleição de alimentos, como os modelos transmitidos na escola, ou a disponibilidade de tempo dos pais para preparar os alimentos.^[2]

O mais destacável, neste estudo, é o consumo de doces no lanche, que é maior na Escola Urbana Com Cantina e em crianças de 3 anos; um pouco contraditório já que quanto menor for a idade, menos deveria ser o consumo. Infelizmente, a incorporação de doces na dieta das crianças ocorre já no segundo semestre de vida.^[2] Um estudo realizado por Pires de Souza et al (2013), analisa o conhecimento de funcionárias de escolas sobre a alimentação complementar, verificando que acham influenciar positivamente na qualidade de alimentação das crianças evitando o consumo exagerado de doces.^[25]

Comparando com outros estudos, este está em concordância, que a pior refeição que fazem as crianças é o lanche, já que o menos consumido é a fruta fresca, e o mais cómodo para os pais são os sumos de brick ou iogurtes bebíveis acompanhados de alimentos com altos conteúdos em açúcar.^[2,4,5,17]

O risco de cárie é maior se os açúcares ficam na boca durante longo período de tempo, sendo que as crianças não escovam os dentes no lanche da escola. Este é um fator muito prejudicial, já que os primeiros anos de vida são os de maior risco para o desenvolvimento de cáriedentária.^[4,6,10,12,13,26,27]

Neste estudo é possível verificar, também, que o consumo de doces diários diminui com a idade, sendo que com 5 anos consomem mais no fim-de-semana e muito menos todos os dias, que, comparado com crianças de 3 anos que têm o consumo diário mais alto. Comparando com as escolas, o consumo diário é maior na Escola Rural. Concluindo que o

consumo de doces, na escola, é maior na Escola Urbana Com Cantina, mas o consumo em casa, é muito maior nas crianças da Escola Rural.

Efetivamente, o nível social e educacional são comumente associados a atitudes menos favoráveis em relação ao cuidado odontológico.^[12,16,28] Pôde-se supor que, comparando com outros estudos, a educação é permitir que pais e filhos com seus próprios esforços mantenham os dentes saudáveis e melhorar a sensibilização dos pais e filhos de forma a mudar comportamentos.^[20,21,26,]

Durante a infância, a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança através da aprendizagem social, tendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais. Sem dúvida, a dieta desempenha um papel fundamental na saúde oral das crianças ^[4,5,19,], um bom assoreamento aos pais para uma dieta variada e equilibrada é de vital importância para crianças e assim mudar certos comportamentos alimentícios.
^[4,6,19,20]

Na pirâmide nutricional (Figura 1) é possível observar a importância do consumo de legumes, fruta e peixe a diário ^[5,29], e comparando com outros estudos, verifica-se que a maior ingestão total de energia das crianças provêm dos carboidratos e destaca o consumo deficiente de nutrientes.^[5,29] A distribuição calórica deve ser de 50-55% hidratos de carbono, 30-35% de gorduras (equilibrando gordura animal e vegetal), um 15% proteínas animais e 50% proteínas vegetais.^[1,19,20] Os carboidratos são considerados fator de risco para a cárie, baseasse na frequência de consumo e do tempo que permanecem na boca.^[4,5,12]

Neste estudo foi analisado o tipo de alimentos que as crianças consomem ao jantar e observa-se nos resultados que comparado com a idade, o consumo de sopas, peixe, e legumes é maior com 3 anos e desce com a idade das crianças, sendo que com 5 anos o mais consumido é leite e bolachas e o consumo de legume desce consideravelmente. Se for comparado com o tipo de escola, observa-se que o consumo de leite é maior na Escola Rural e na Escola Urbana Sem Cantina; e os restantes de alimentos como massa, legumes e peixe, têm valores maiores na Escola Urbana Com Cantina. É possível assim supor que as crianças que almoçam em casa, têm o jantar mais fraco; e os pais que não almoçam com os seus filhos, realizam um jantar mais reforçado e muito provavelmente também tem

maior informação nutricional ao se inteirarem dos alimentos que os filhos consomem na cantina da escola.

Em relação ao consumo de legumes, é destacável que os 5 anos de idade, têm menor consumo, possivelmente porque as crianças têm maior poder de decisão. Nos resultados é possível observar que no estudo de hábito de comer legumes, a opção de resposta ``Nunca``, aumenta com a idade, e que a opção de resposta `` 1/3 dias por semana`` e ``Todos os dias``, desce com a idade. O aconselhável é a ingestão de mais de 2 porções de legumes ao dia.^[1,19,20] É possível comparar estes resultados com o estudo de Fernando del R. et al (2012).^[20]

Contudo, é importante analisar com que acompanham todos estes alimentos com particular referência para molhos e bebidas. A maioria das crianças têm o ketchup ou a maionese como molho principal, e bebidas açucaradas como refrescos e sumos para acompanhar as refeições.^[15,30,31]

Se analisarmos os valores nutricionais do Ketchup pode-se observar que na maioria das marcas comerciais, uma porção de 100g contem 24g de açúcar e 25g de hidratos de carbono. Nos resultados deste estudo observa-se que, no que respeita aos molhos que as crianças utilizam nas refeições, são um pouco contraditórios, já que são as crianças de 3 anos as que mais utilizam o ketchup, embora vá diminuindo com a idade. Em comparação com outros estudos pode-se confirmar que os fatores sociais e demográficos afetam às perceções nutricionais.^[4]

Existem evidências de certas bebidas que não têm propriedade de saciedade e implicam uma grande descompensação dietética.^[30] Os sumos de frutas são cada vez mais utilizados para substituir os refrescos, mas não é boa eleição já que contêm igual ou mais açúcares; assim como os refrescos, a maioria adoçados com sacarose, ou com adoçantes baixos em calorias que são aditivos alimentares.^[9,30] Os estudos em geral recomendam em crianças, que o consumo de sumos seja limitado a meio copo por dia e evitado o consumo de refrescos.^[9,15,30]

No que respeita às bebidas que utilizam nas refeições, foram obtidos bons resultados, sendo que quase a maioria das crianças bebe água. De novo, como em outros estudos, o consumo de Coca-cola é maior na escola rural e é destacável que o seu consumo diminui com a idade, sendo que o aconselhável é ao contrário.^[1,14,30] E quando foi analisada a

frequência de consumo de refrescos ou sumos verificou-se que com a idade, diminuem o consumo de refrescos.

Estes resultados que podem ser comparados com o estudo de Rivera et al(2008) que expõe o aumento da ingestão de bebidas açucaradas e à base de fruta em crianças de 1 a 4 anos.^[30]

Relativamente aos iogurtes bebíveis, os quais são percebidos como uma melhor forma para as crianças consumir derivados de lácteos durante o dia, e são incluídos no seu lanche, às vezes, até todos os dias. O leite e o seus derivados, incluídos os iogurtes líquidos, contribuem para uma dieta equilibrada, mas com moderação, já que são adicionadas quantidades de açúcares e edulcorantes aditivos que são prejudiciais e altamente cariogénicos, e o consumo frequente de bebidas açucaradas e falta na escovagem são os maiores riscos para o desenvolvimento de cárie.^[4,615,17,32]

É aconselhável em crianças, não superar de 2 a 4 porções de lácteos, iogurtes e queijo por dia. A água deve ser sempre o acompanhante das refeições, evitar o uso de molhos com azeite, manteiga ou ovo.^[1,5,19,30]

Neste estudo foi analisado a perceção que os pais têm sobre o que é melhor, se os iogurtes bebíveis ou os não bebíveis. A perceção de que são melhores os não bebíveis aumenta com a idade das crianças; de acordo com o tipo de escola, têm maior perceção os pais da Escola Rural. Também foi estudada a atenção que eles têm com a quantidade de açúcar que os seus filhos consomem ao dia e, de acordo com a idade da criança, a maior atenção é para as crianças de 3 anos e, de acordo com a escola, volta a ser maior a percentagem na escola rural e menos na Escola Urbana Sem Cantina; contrariando, assim, estudos como o de Cupé-Araujo (2015).^[33]

Contudo, acha-se importante estudar a perceção que têm os pais quanto ao nível de açúcar que contêm os medicamentos infantis, e se têm algum cuidado especial à hora da escovagem quando os seus filhos estão a consumir medicamentos.

O uso de medicamentos faz parte do quotidiano em muitas crianças que sofrem problema crónicos como alergias respiratórias, asma, convulsões, ou doenças recorrentes como amigdalite, otite ou sinusite.^[36,37] A grande maioria dos medicamentos tem na sua composição algum tipo de açúcar para mascarar o seu sabor. Um dos piores açúcares com nível cariogénico é a sacarose, pela sua ação de fermentação e conseqüente queda do pH

da saliva e desmineralização do esmalte. [2,4,11,12,29,30,36] A sacarose pode desempenhar um papel mais dominante no desenvolvimento de caries de superfícies lisas do que nas fissuras dos dentes, visto no seu metabolismo estarem incluídos polissacarídeos extracelulares, substâncias que aumentam a aderência de *streptococcusmutans* no esmalte das superfícies lisas dos dentes. Em relação aos medicamentos pediátricos, um dos açúcares comumente utilizados destaca a sacarose, pelo qual se constitui uma preocupação. [36,37] Em estudos como de Maciel de Sousa et al(2010) é ressaltado que o risco de doenças cárie associado ao uso de medicamentos torna-se maior quando nenhuma medida de higiene oral é realizada, pior quando a maioria desses medicamentos são administrados à noite ou durante o sono, período em que há redução do fluxo salivar. [36]

Foi analisado, então, a percepção que os pais têm sobre toda esta informação de acordo com os medicamentos pediátricos; sendo que, nos resultados deste estudo verificou-se que os valores em percentagem foram iguais em relação à idade ou o tipo de escola, e no total, um 74,78% dos pais têm conhecimento de que os medicamentos contêm açúcar. Embora os resultados da percepção dos pais são satisfatórios, na análise de quantos pais têm especiais cuidados quando os seus filhos estão a tomar medicação, verificou-se que em relação à idade, é maior o número de pais que têm cuidados especiais em crianças de 3 anos que em crianças de 4 e 5 anos; e em relação ao tipo de escola, é maior o valor para crianças da Escola Rural, contrariando, assim, outros de estudos, ao relacionar o nível educacional; nomeadamente um estudo realizado por N. Dagon et al (2019) [28]

No estudo de Maciel de Sousa et al (2010) foi sugerido que todos os medicamentos pediátricos deveriam ser produzidos em forma livre de açúcar e utilizar sempre que possível, os medicamentos "sugar free". [36]

É necessário também, por parte dos pediatras e médicos dentistas, orientar os pais quanto à digestão das medicações no horário das refeições e à escovação após a administração. [36]

5.2 Cuidados de Saúde Oral

A cárie dentária é uma doença multifatorial causada por bactérias e mediada por açúcares e hidratos de carbono dietéticos. Está bem estabelecido que a cárie é um processo dinâmico que pode progredir ou regredir, dependendo de uma infinidade de variáveis. [2,8,12,15,34,35,]. A formação de cavidades cariosas começa com pequenas áreas de desmineralização na sub-superfície do esmalte, com a possibilidade de progressão para a dentina e finalmente na polpa dentária. [4,6,8,17,37,38]

As bactérias aderidas ao dente, sendo o grupo *Streptococcus Mutans* o mais fortemente associado a carie, utilizam açúcares simples (glucosa, frutosa, sacarose) para produzir energia, produzindo ácido como subproduto do seu metabolismo. Este ácido é o que vai produzir a acidez necessária para a desmineralização do dente, que é consoante à diminuição de pH absoluta. [5,7,15,37]

Fatores extrínsecos são, por exemplo, a presença e ausência de serviços sanitários e programas de saúde oral, nível socioeconômico, stress, etnia, cultura... [4,12,28]

O tratamento com fluor, diminuição de hidratos de carbono e de açúcares que possam ser utilizados pelas bactérias são métodos de prevenção para a remineralização da cárie inicial. [4,14,27,39,40]

Os hábitos de higiene devem iniciar-se mesmo antes da erupção do primeiro dente. As crianças entre os 3 e 6 anos de idade devem escovar os dentes duas vezes ao dia com dentífrico fluoretado, sendo uma delas obrigatoriamente antes de deitar; no entanto esta medida só se torna eficaz quando aliada a uma redução do consumo de alimentos com açúcares. [5,7,27,34,39-41]

Neste estudo foi analisada a frequência com que as crianças escovam os dentes, se escovam também a língua e se escovam os dentes na escola. Os resultados verificam que a maioria das crianças escovam os dentes à noite e é destacável também que os valores para a opção de escovar os dentes 'quase nunca', aumenta com a idade. De acordo com o tipo de escola, a maioria das crianças escovam os dentes à noite, sendo maior número na escola urbana e a opção de 'quase nunca' é maior na escola rural.

Contudo, é muito importante na escovagem das crianças o uso de pastas fluoretadas, a frequência, e também escovar a língua, e assim eliminar todos os restos alimentares e possíveis bactérias. Neste estudo, as crianças que mais escovam a língua junto com os

dentes são as crianças de 4 anos; e menos, as de 3 anos, o que é normal devido à dificuldade e sensação de reflexo de vômito que produz.

Na análise de se escovam os dentes na escola, verificou-se que de acordo com a idade, é maior o valor para as crianças de 3 anos que escovam os dentes na escola. Em relação ao tipo de escola, é a Escola Urbana Com Cantina com maior número de crianças que escovam os dentes quando comparado com o rural, mas analisando só a Escola Urbana é maior o número de crianças que não escovam os dentes ao fim do almoço. A escovagem na escola é maior na Escola Urbana Com Cantina em comparação com as outras. No total das crianças, conclui-se que a maioria escova os dentes só à noite e sem escovar a língua, coincidindo assim com o estudo de M. Blanco et al (2015) [27]; em que a maioria das crianças não escovam os dentes na escola, nem depois do almoço no caso da escola urbana com cantina, nem depois do lanche, no caso das outras duas.

Isto revela que grande parte das crianças não está a proceder de acordo com as recomendações e têm risco elevado de desenvolver cárie dentária.

Para a eliminação correta da placa bacteriana e microrganismos da cavidade oral é necessário a frequência e a prática correta de escovagem, assim como a utilização de complementos de higiene com pastas e colutórios fluoretados e visitas e revisões no médico dentista mínimo uma vez por ano.[6,8,14,27,38-40]

Muitos estudos recomendam que a quantidade de pasta utilizada deve ser do tamanho de uma ervilha, para as crianças mais pequenas, sendo que existe risco de fluorose se utilizar excesso de pasta.[38-40]

O papel do médico dentista é de vital importância para o assoreamento dos pais em relação ao tipo de escovagem, a quantidade de pasta, como afeta a nutrição e até como alimentos podem ajudar incrementando o nível de fluxo salivar, aumentando pH e até diminuindo S.Mutans com o poder cariostático. [4,19,27,34,41]

Neste estudo foram analisados os meios de escovagem que utilizam as crianças, se gostam da pasta dentífrica que utilizam, se já têm algum problema relacionado com cárie e quantas vezes visitou ao dentista.

No estudo dos meios utilizados observou-se que as crianças, com o aumento da idade, utilizam mais a escova elétrica que a escova manual, e que o fluor é mais utilizado em crianças de 3 anos. Num artigo de C. Palma et al (2010) explicam que as crianças utilizam

escovas infantis até a erupção dos molares, que já devem utilizar uma escova manual normal, com cerdas suaves e ponta arredondada, e com um tamanho adequado com a boca da criança.^[41] Um estudo realizado por R. A. Riera et al (2006), verificou que a escova elétrica não faz diferença estatística importante no que respeita à remoção de placa e conclui que o importante é educar bem a criança e assim realizar uma boa escovagem.^[42]

Em relação ao tipo de escola, a escova manual e o fluor é mais utilizada por crianças da Escola Urbana e a escova elétrica é mais utilizada na Escola Rural.

É destacável também que quantos mais anos tiver a criança, menos gosta da pasta dentífrica, pode ser pelo facto dos pais acharem que com a idade já pode mudar para pastas de adulto. Em relação ao número de escovagens e pastas dentífricas que as crianças devem utilizar, a OMD refere que a escovagem deve ser realizada progressivamente pela criança, devidamente supervisionada e auxiliada, 2x/dia (uma das quais obrigatoriamente ao deitar), utilizando escova macia de tamanho adequado.

A quantidade de dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm) deverá ser semelhante ao tamanho da unha do 5º dedo da criança.^[43]

Na análise das crianças que podem ter algum problema com cárie observou-se que é maior em crianças de 4 anos e diminui em crianças de 5 anos; em relação à escola, são mais as crianças com cáries na Escola Urbana Com Cantina, seguida da Escola Rural, contrariando assim estudos como o de González Sanz et al(2013) ^[4]

Os estudos aconselham a promover as visitas ao médico dentista pelo menos 2 vezes ao ano e assim obter um diagnóstico precoce permitir realizar práticas preventivas e orientações adequadas aos pais. ^[28,38,38,39,41] A OMD recomenda que, quando existe uma boa saúde oral, a criança deve ser observada a cada seis meses, e em situações de elevado risco de cárie, esta periodicidade deve ser reduzida para intervalos de três meses.^[43]

No total das crianças, a maioria foram ao dentista uma vez por ano, e em comparação ao tipo de escola foram melhores resultados para as crianças da escola urbana com cantina, mas a Escola Rural obteve melhores resultados que as Escola Urbana Sem Cantina e fica então contrariando um bocado aos demais estudos, sendo que a Escola Rural não obteve os piores resultados. Ressalta-se então, que na Escola Rural é possível observar mais

noção em relação aos cuidados orais em comparação com os nutricionais, e supõe-se, assim, que vai havendo melhorias quanto a saúde oral mas não na alimentação.

Limitações

Uma das limitações deste estudo é o tamanho da população estudada, que varia entre as escolas, a Escola Urbana Sem Cantina apresenta um número muito reduzido de crianças em cada grupo e por isso mesmo não foi possível fazer muitas comparações e desta forma limitou a discussão.

É possível crer que algumas questões podem ter influenciado a resposta dos pais/encarregados de educação, já que foram obtidos resultados contraditórios na percepção que estes têm em relação aos cuidados com o açúcar. Além disso, foram encontrados poucos estudos em comparação com alguns pontos, no entanto, foi possível analisar e coincidir com a grande maioria dos estudos, que comparam as escolas urbanas com as rurais.

Teria sido interessante registrar os dados demográficos, nomeadamente o nível educacional e socioeconómico dos pais. Contudo, o estudo foi direcionado para analisar a percepção dos pais independentemente do seu status socio/cultural/económico.

6. Conclusões

- No que respeita à percepção que pais têm sobre o consumo de açúcar dos seus filhos, observa-se nos resultados que estes têm maior atenção quando a criança tem menor idade.
- No que respeita ao consumo de açúcar e hábitos alimentares, a maioria das crianças do estudo fazem as 5 refeições diárias; no entanto, continua a haver uma quantidade elevada de açúcar no pequeno-almoço e no lanche das crianças, e uma quantidade insuficiente de legumes e alimentos saudáveis.
- A repercussão principal do consumo excessivo de açúcar é a doença cárie. Observa-se nos resultados do estudo que, não sendo o esperado, as crianças da escola rural não têm maior problema de cárie que as crianças de escola urbana. No que respeita aos cuidados

orais, verifica-se que diminuem com a idade e que é menor na escola rural, o número de escovagens diárias, a utilização de fluor e a escovagem na escola.

6.1 Recomendações

- Vigiar a alimentação: tipo, hora e frequência.
- Reduzir a ingestão de sacarose e produtos açucarados.
- Tentar substituir a sacarosa por edulcorantes não cariogénicos e produtos cariostáticos.
- Introduzir legumes, hortaliças e fruta fresca.
- Promover as visitas ao dentista pelo menos 2 vezes ao ano e assim obter um diagnóstico precoce.
- Melhorar a educação de nutrição e saúde oral em casa e nos centros educativos.

7. Referências Bibliográficas

1. Guía para educadores- Alimentação em Idade Escolar. Direção-Geral do consumidor. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
2. Jackson Portia, Romo M Marcela, Castillo A Marcela, Castillo-Durán Carlos(2004). Las golosinas en la alimentación infantil: Análisis antropológico nutricional. Rev. méd. Chile ,132.
3. Nazareth Margarida, Rêgo Carla, Lopes Carla, Pinto Elisabete. Recomendações Nutricionais em Idade Pediátrica: O Estado da Arte. Acta Port Nutr. 2016 Dez [citado 2019 Maio 22] ; (7): 18-33.
4. González Sanz Ángel Miguel, González Nieto Blanca Aurora, González Nieto Esther. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. 2013 Jul [citado 2019 Mayo 20] ; 28(Suppl 4): 64-71
5. Tinanoff N. (2005). Association of Diet with Dental Caries in Preschool Childre. Dental Clinics of North America, 49(4) , 725-737.

6. Cangussu, M.C., Cabral, M.B.B. de S., Mota, E.L.A., & Vianna, M.I.P. (2016). Factores de riesgo para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador –BA- Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 16(1), 57-65.
7. Ng, MW y Chase, I. (2013). Caries en la primera infancia. Clínicas dentales de América del Norte, 57 (1), 1-16.
8. Aguilera GLA, Sánchez RCG, Neri RCA, Aceves MMC, Padilla BMP Streptococcus mutans en saliva y su relación con caries dental en una población infantil de la comunidad de Tacoaleche Guadalupe, Zacatecas Rev ADM 2009; 66 (6)
9. Serra-Majem L., Raposo, A., Aranceta-Bartrina, J., Varela-Moreiras, G. Logue, C. Laviada, H.,... Cunha Velho de Sousa, S. (2018). Consenso iberoamericano sobre edulcorantes sin calorías o con pocas calorías: seguridad, aspectos nutricionales y beneficios en alimentos y bebidas. Nutrientes, 10 (7), 818.
10. Gil-Campos, M., San José González, M. A., & Díaz Martín, J. J. (2015). Uso de azúcares y edulcorantes en la alimentación del niño. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Anales de Pediatría, 83(5), 353.e1-353.e7.
11. Basulto J, Ojuelos FJ, Baladia E, Manera M. Azúcares en alimentos infantiles. La normativa española y europea, ¿a quién protege?. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;69:e47-e53.
12. Córdova D., Santa María F., Requejo A. Caries Dental y estado nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo, Perú, 2010. Kiru. 2010; 7(2): 57-64.
13. Rubin, M. S., Nunez, N., Quick, J. D., & Edelstein, B. L. (2018). A survey of US early childhood caries programs: findings and recommendations.
14. Mónica, Albert & Leyda, Ana & Ribelles, Marta. (2018). Artículo Original Caries de infancia temprana. Prevalencia y factores etiológicos de una muestra de niños valencianos: estudio transversal Early childhood caries.
15. Martínez Rubio A., Azúcares en la dieta infantil: el enemigo en casa. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016; 18:11-3.
16. Elger, W., Kiess, W., Körner, A., Schrock, A., Vogel, M., & Hirsch, C. (2019). Influence of overweight/obesity, socioeconomic status, and oral hygiene on caries in primary dentition. Journal of Investigative and Clinical Dentistry, 10(2), e12394.

17. Casperson, S. L., Johnson, L., & Roemmich, J. N. (2017). The relative reinforcing value of sweet versus savory snack foods after consumption of sugar- or non-nutritive sweetened beverages. *Appetite*, 112, 143–149
18. M. E. Téllez Villagómez. *Nutrición Clínica*. Capítulo 6, *Nutrición en la Odontología*, María Angélica Díaz Aranda.
19. LP Quintana, LR Mar, DG Santana, RR González -..., *Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP*, 2010. Alimentación de Preescolar y escolar.
20. Vio del R Fernando, Salinas C Judith, Lera M Lydia, González G Carmen Gloria, Huenchupán M Carolina. Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. *Rev. chil. nutr.* 2012 Sep 2019 Mayo 20 ; 39(3): 34-39.
21. Phanthavong, S., Nonaka, D., Phonaphone, T., Kanda, K., Sombouaphan, P., Wake, N., ... Arasaki, A. (2019). Oral health behavior of children and guardians' beliefs about children's dental caries in Vientiane, Lao People's Democratic Republic (Lao PDR). *PLOS ONE*, 14(1), e0211257.
22. World Health Organization. *Healthy Diet; Fact Sheet n° 394*, Updated May 2015.
23. FUENTES, A.; FRESNO, M. J.; SANTANDER, H.; VALENZUELA, S.; GUTIÉRREZ, M. F. & MIRALLES, R. Sensopercepción gustativa: una revisión. *Int. J. Odontostomat.*, 4(2):161-168, 2010.
24. P. Pasquet, C. M. Hladik et L. Tarnaud. Évolution des perceptions gustatives. *Eco-Anthropologie et Ethnobiologie* 2011 in : *BIOFUTUR* 320 : 38-42.
25. J. Pires de O. Souza, Amanda Moura Prudente, Dyene Aparecida Silva, Leandro Alves Pereira, Ana Elisa M. Rinald. Avaliação do conhecimento de funcionárias de escolas municipais de educação infantil sobre aleitamento e alimentação complementar. *Rev Paul Pediatr* 2013;31(4): 408-7.
26. Duijster, D. (2017). The family's influence on the oral health of children. A peek behind the front door. *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*, 124(4), 180–186.
27. Blanco, M., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., & Smyth, E. (2016). Salud e higiene oral en los adolescentes gallegos. *Anales de Pediatría*, 85(4), 204–209.

28. Dagon, N., Ratson, T., Peretz, B., & Blumer, S. (2019). Maternal Knowledge of Oral Health of Children Aged 1–4 Years. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 43(2), 116–120.
29. ROJAS D, Carlos et al. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, [S.l.], ene. 2004. ISSN 21(2)1726-4642.
30. Rivera Juan A, Muñoz-Hernández Onofre, Rosas-Peralta Martín, Aguilar-Salinas Carlos A, Popkin Barry M, Willett Walter C. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Salud pública Méx* . 2008 Abr [citado 2019 Mayo 20] ; 50(2): 173-195
31. E. Nunes, J. Breda. *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Direção Geral de Saúde.
32. Borges, T., Ferreira, I., Pinho, O., Trindade, E., Pissarra, S., y Amil, J. (2014). Cuanta lactosa há no meu iogurte? *Revista Portuguesa de Pediatria*, Vol. 41 No 2 (2010)
33. Cupé-Araujo Ana Cecilia, García-Rupaya Carmen Rosa. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2015 Abr [citado 2019 Mayo 20] ; 25(2): 112-121.
34. Iglesias Guerra, J. A., Fernández Calvo, M. T., Barrón Sinde, J., & Bartolomé Lozano, M. (2013). Evolución de los conocimientos y hábitos de higiene bucodental en escolares de educación primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 362–364.
35. Soltani R., Sharifirad Gh, Mahaki B., Eslami AA., Determinantes do Comportamento Saúde Bucal entre crianças pré-escolares: Aplicação da Teoría do Comportamento planejado. *J. Dent Shiraz Univ Med Sci.*, 2018 Dezembro; 19(4): 273-279.
36. Ri. Maciel de Sousa, M da Costa Oliveira, M. A. Clementino, A. Leite Cavalcanti, F. Fernandes Vieira. Potencial Erosivo e Cariogênico de anti-histamínicos de uso infantil. *RFO, Passo Fundo* 2010; 15(3): 257-262.
37. Xavier, A. F. C., Moura, E. F., Azevedo, W. F., Vieira, F. F., Abreu, M. H., & Cavalcanti, A. L. (2013). Erosive and cariogenicity potential of pediatric drugs: study of physicochemical parameters. *BMC Oral Health*, 13(1)

38. Brecher, E. A., & Lewis, C. W. (2018). Infant Oral Health. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 909–921.
39. Lussi, A., Buzalaf, M. A. R., Duangthip, D., Anttonen, V., Ganss, C., João-Souza, S. H., ... Carvalho, T. S. (2019). The use of fluoride for the prevention of dental erosion and erosive tooth wear in children and adolescents. *European Archives of Paediatric Dentistry*.
40. Bhongsatiern, P., Manovilas, P., Songvejkasem, M., Songsiripraduboon, S., Tharapiwattananon, T., Techalertpaisarn, P., ... Trairatvorakul, C. (2019). Adjunctive use of fluoride rinsing and brush-on gel increased incipient caries-like lesion remineralization compared with fluoride toothpaste alone in situ. *Acta Odontologica Scandinavica*, 1–7.
41. C. Palma, A. Cahuana, L. Gómez. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Orientation guide for oral health during the first years of life *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68(7): 351-357.
42. R. A. Riera, F. Guinot J., A.B. Cubells, L. J. Bellet. Relación entre la aplicación de programas de control de placa y el índice de caries en niños en edad escolar. Revisión de la literatura *ODONTOL PEDIÁTR* 2006 Vol. 14. N.º 2, pp. 36-42.
43. OMD adopta definição universal; saúde oral em crianças; - Ordem dos Médicos Dentistas. Available from:
<https://www.omb.pt/content/uploads/2017/12/folheto-omb-crianca.pdf>

8. Anexos

8.1 Figuras Complementares



Figura 1: Pirâmide Nutricional

8.2 Gráficos Complementares

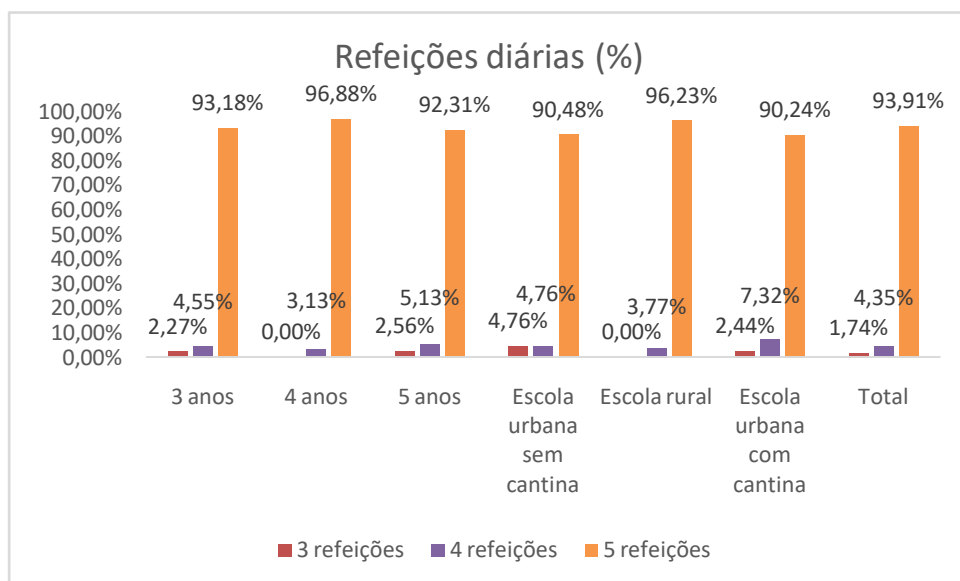


Gráfico 4: Refeições diárias que a criança faz.

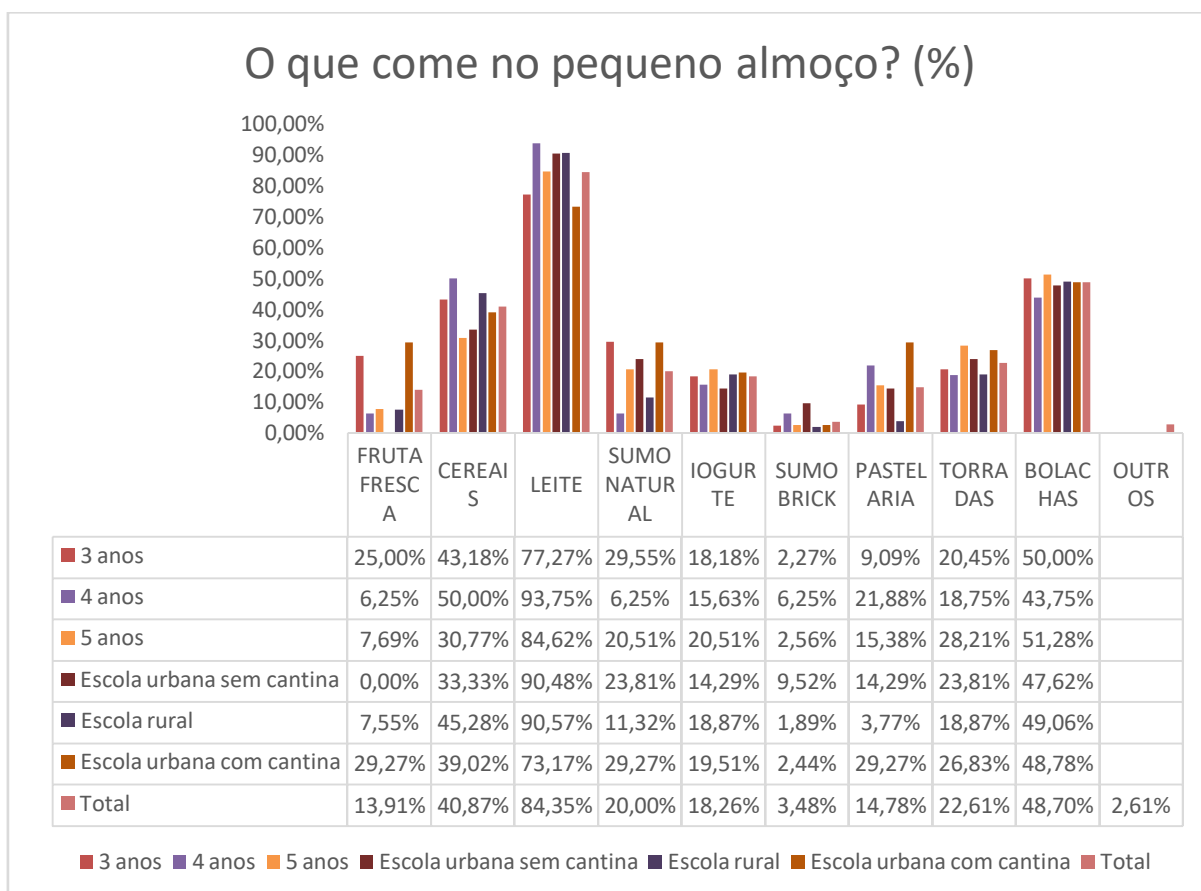


Gráfico 5: O que come no pequeno almoço.

O que come no lanche da manhã? (%)

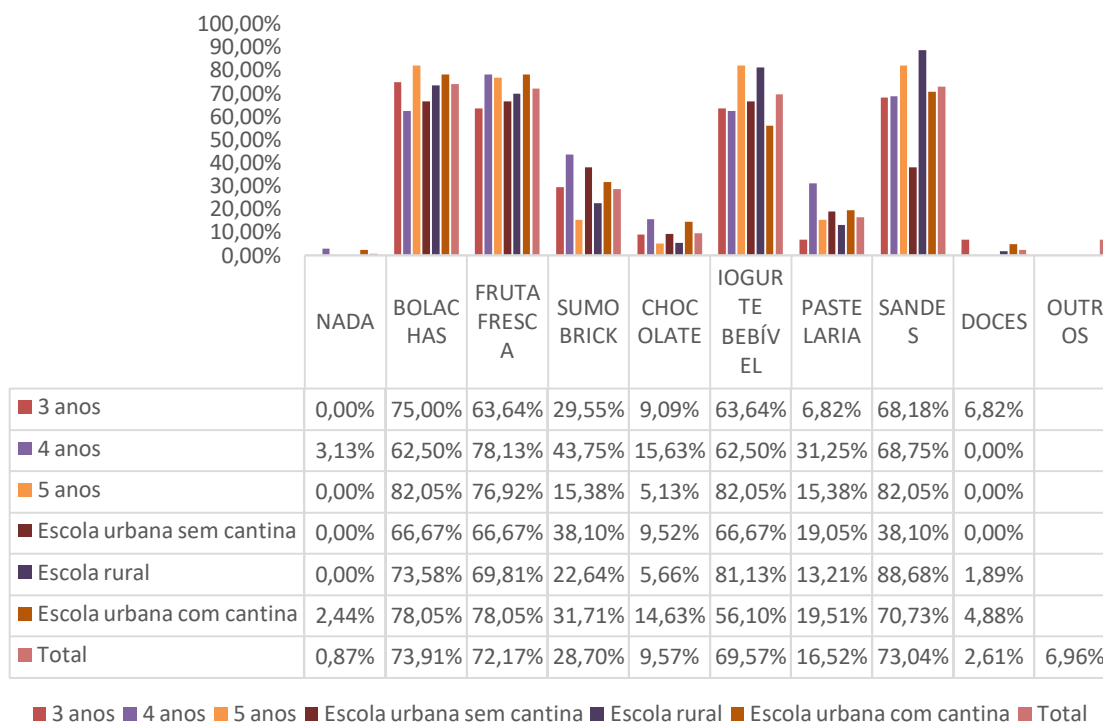


Gráfico 6: O que come no lanche

O que come no jantar? (%)

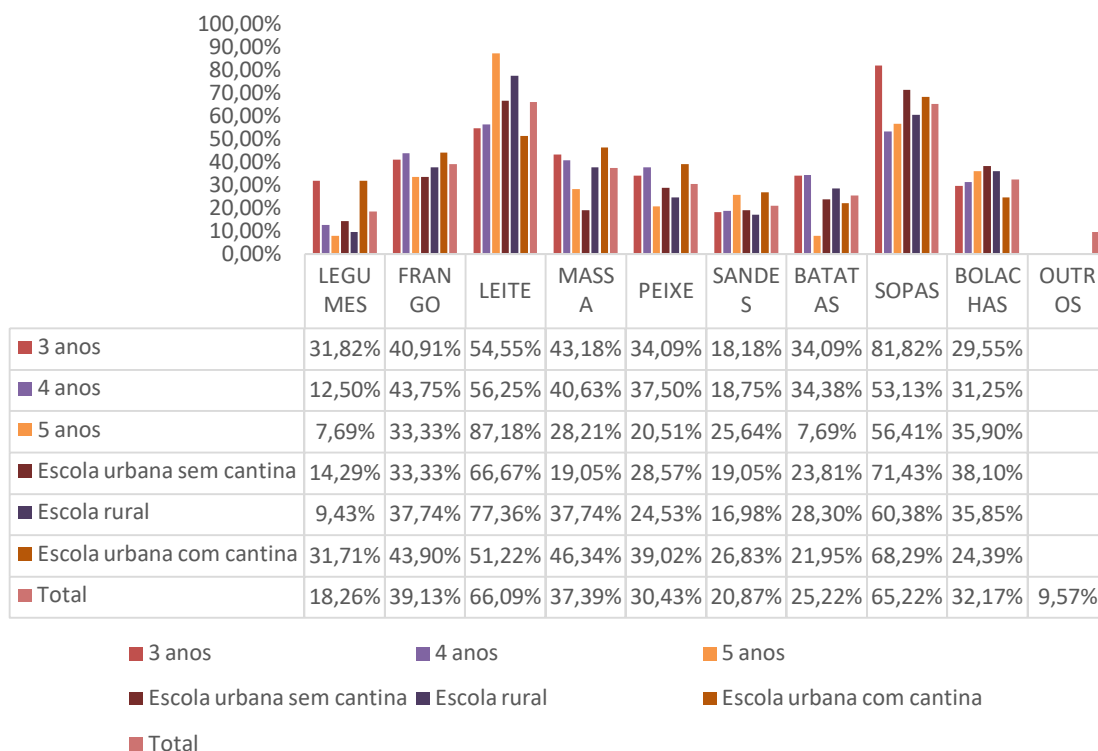


Gráfico 7: O que come no jantar

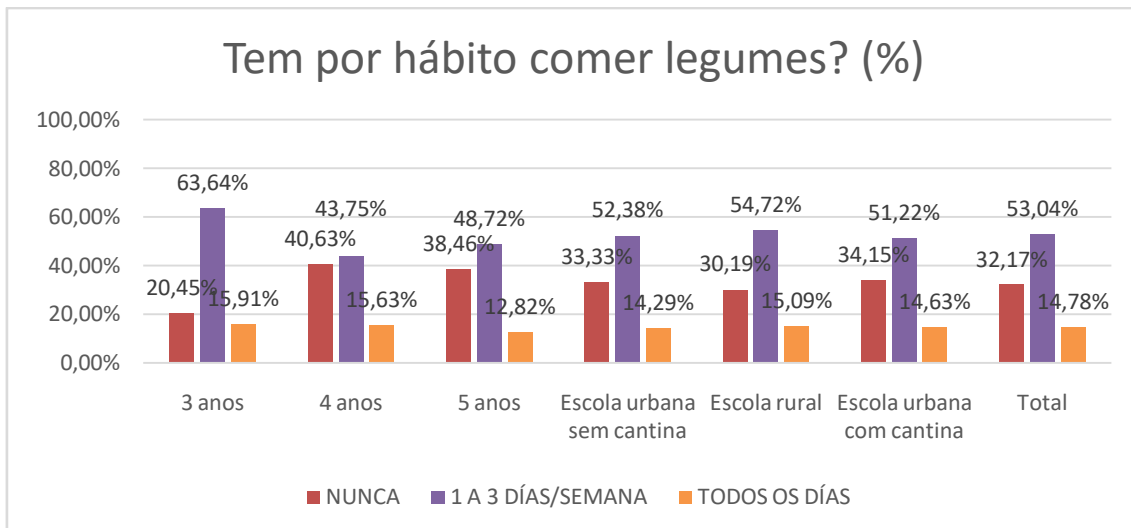


Gráfico 8: Hábito de comer legumes

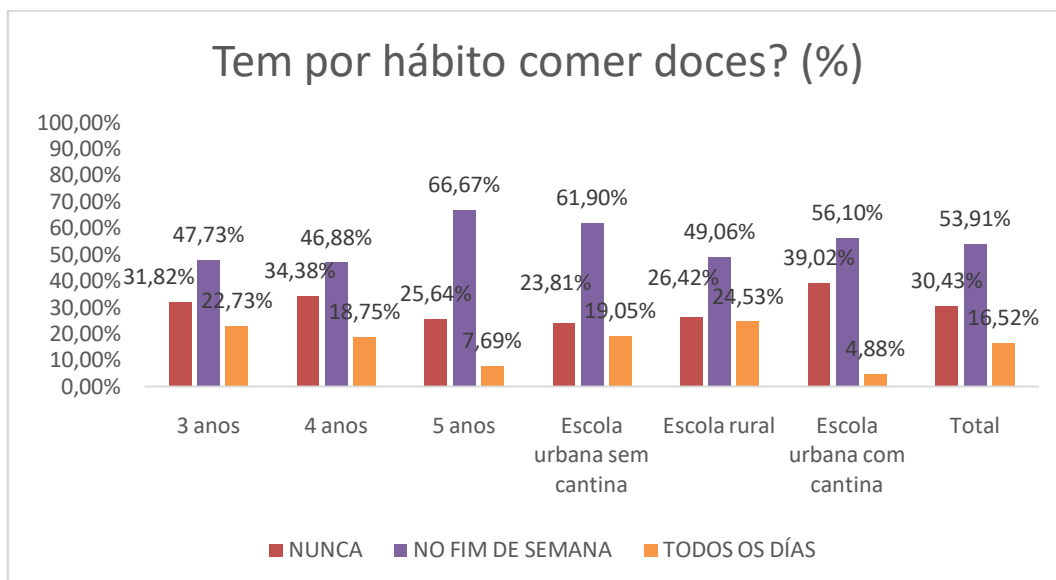


Gráfico 9: Hábito de comer doces

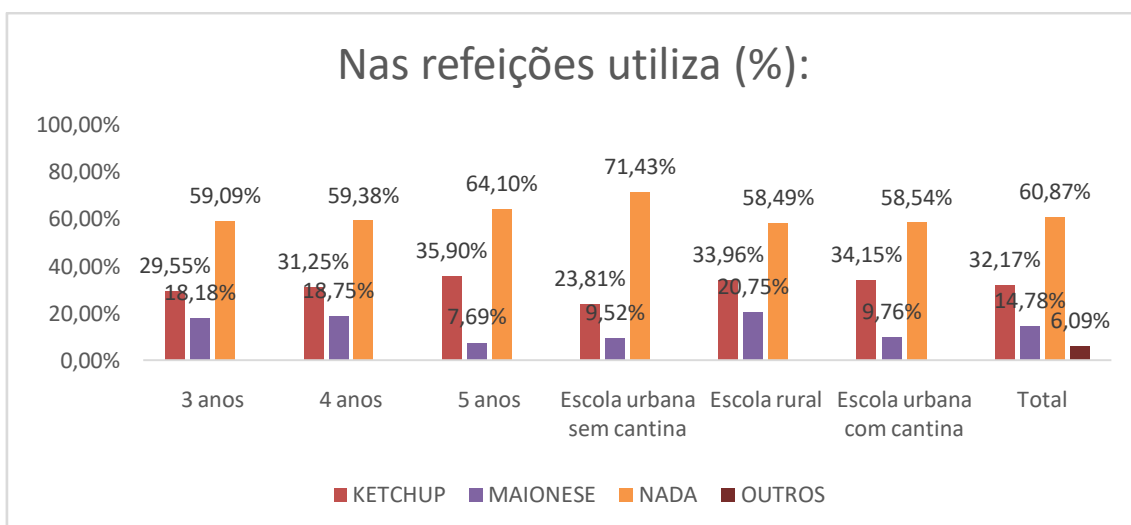


Gráfico 10: O que utiliza nas refeições

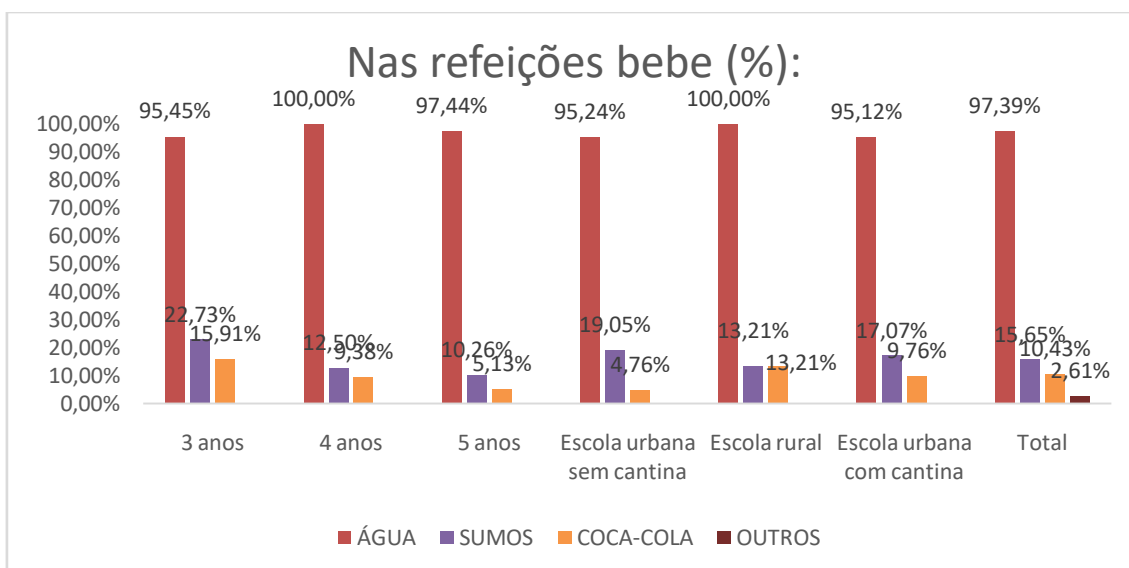


Gráfico 11: O que bebe nas refeições

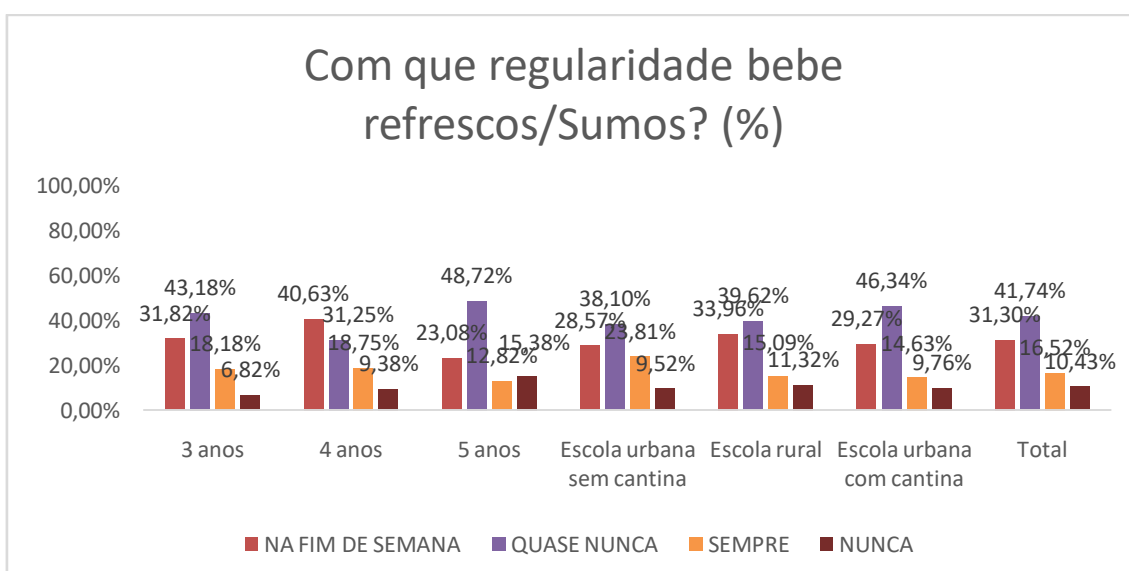


Gráfico 12: Hábito de bebidas

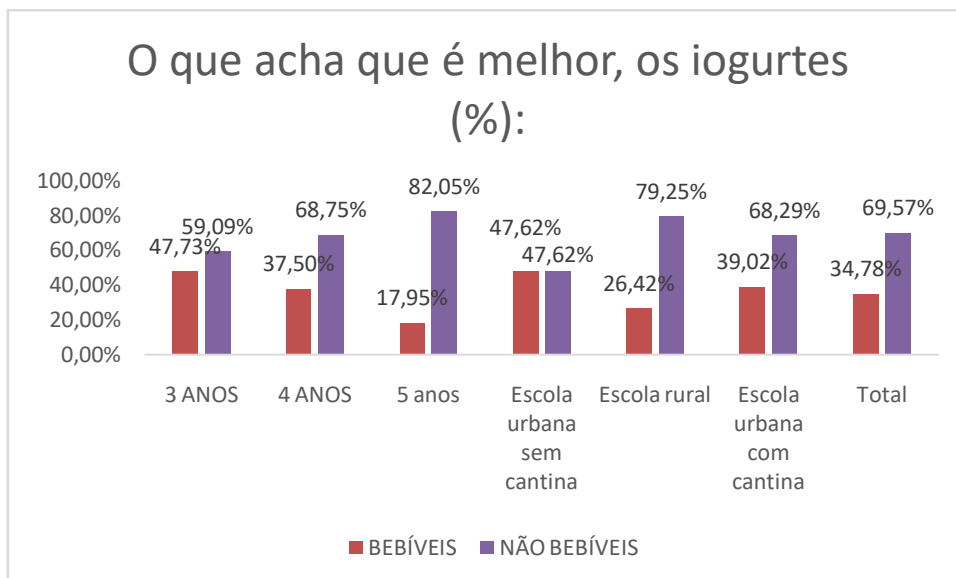


Gráfico 13: O que acham melhor

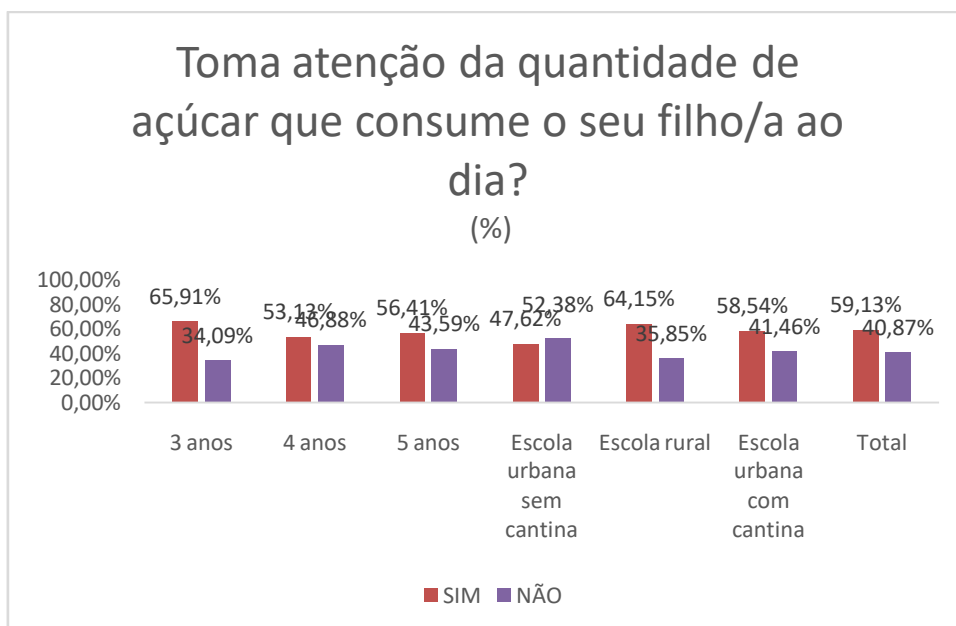


Gráfico 14: Atenção no consumo de açúcar diário

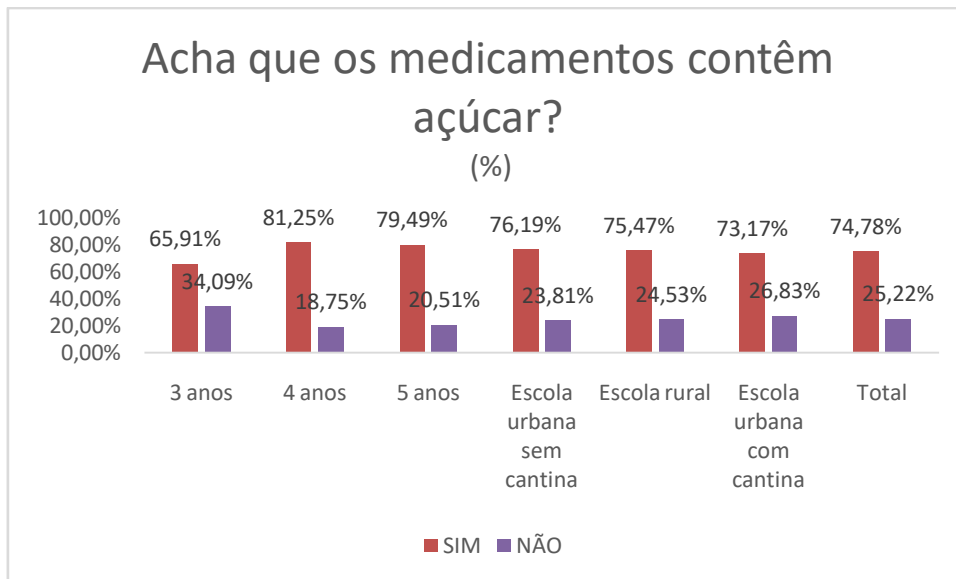


Gráfico 15: Acha que os medicamento contêm açúcar

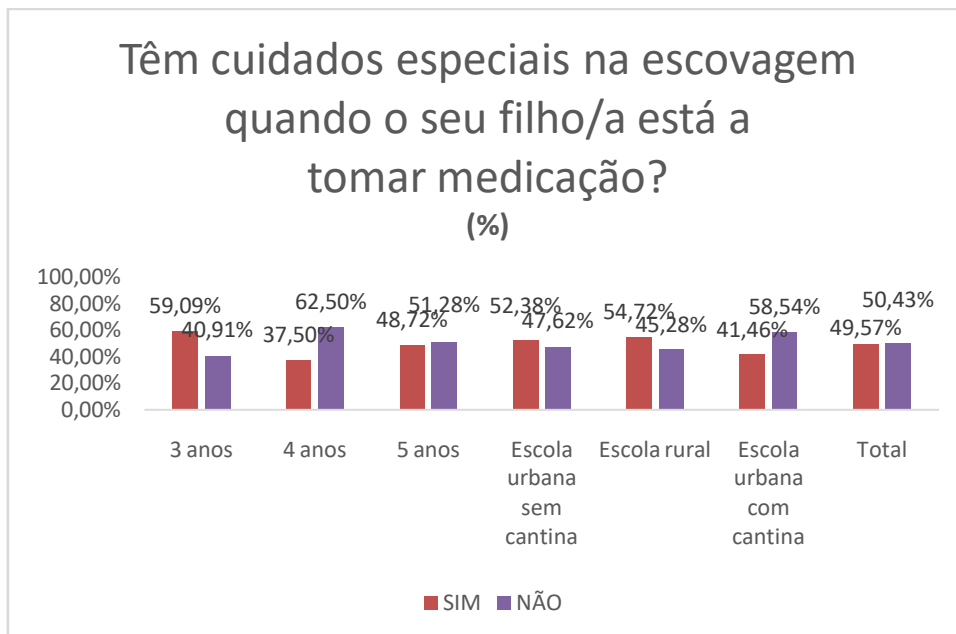


Gráfico 16: Cuidados especiais com a medicação

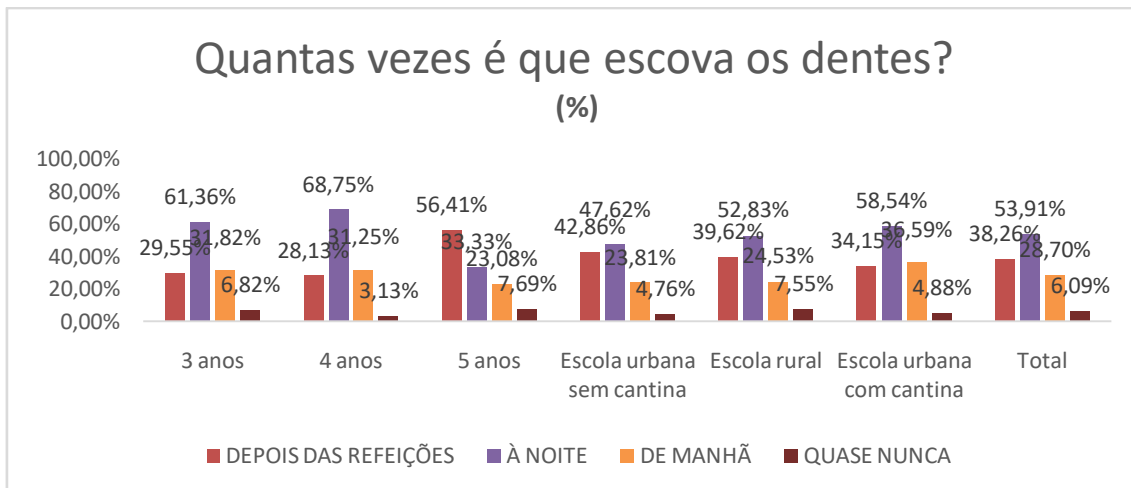


Gráfico 17: Quantas vezes é que escova os dentes

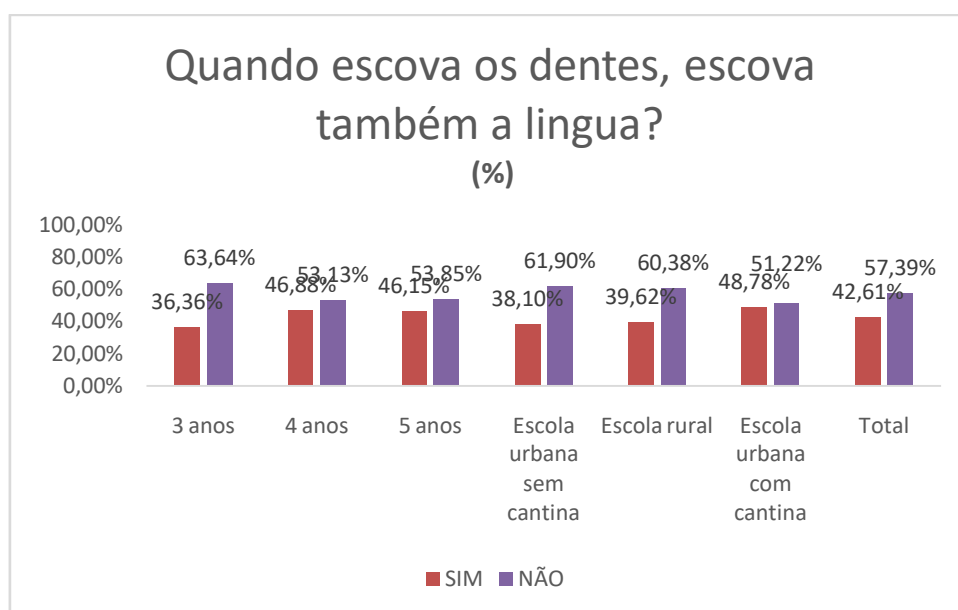


Gráfico 18: Escovagem da língua

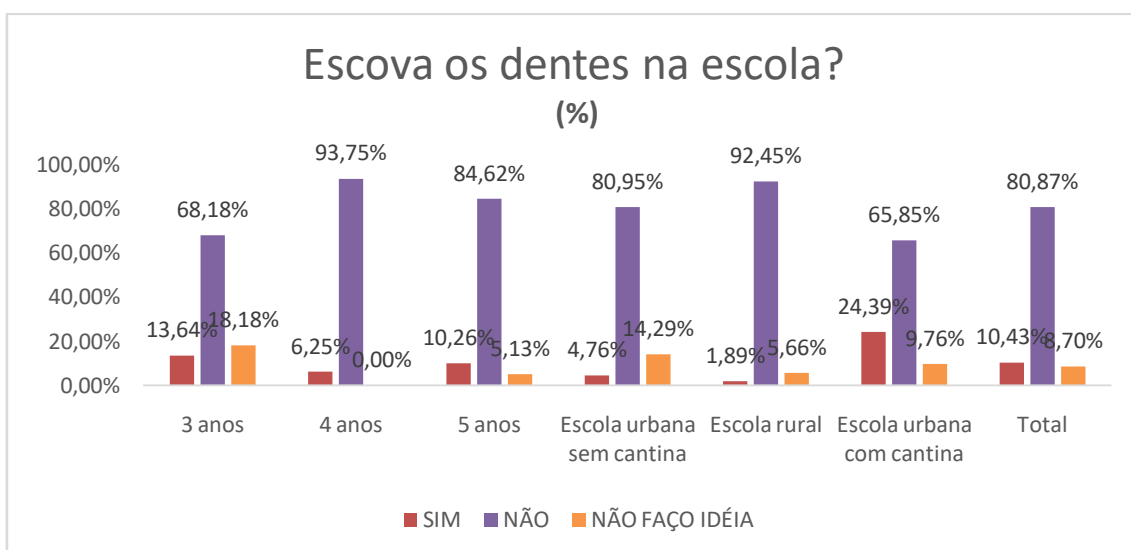


Gráfico 19: Escovagem dos dentes na escola

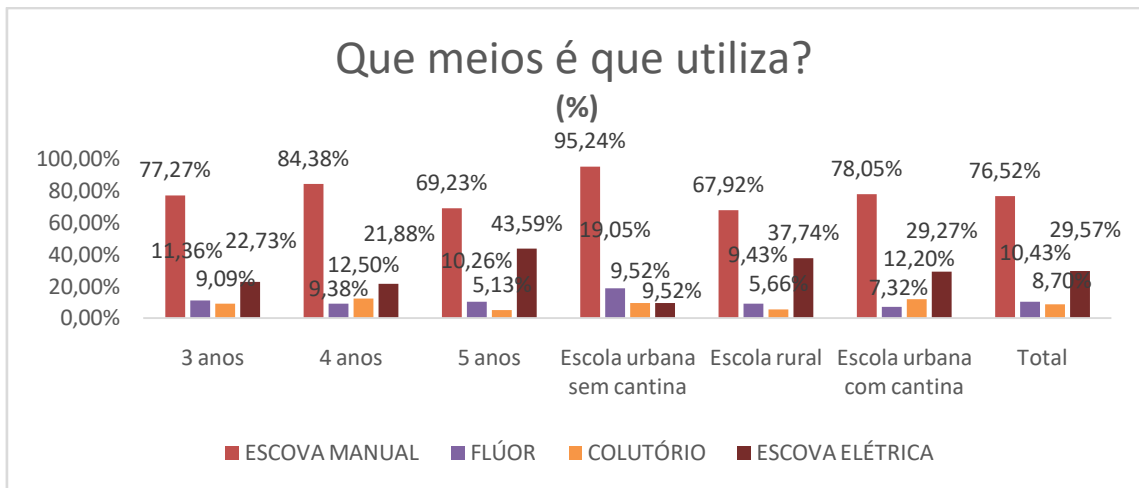


Gráfico 20: Meios de escovagem

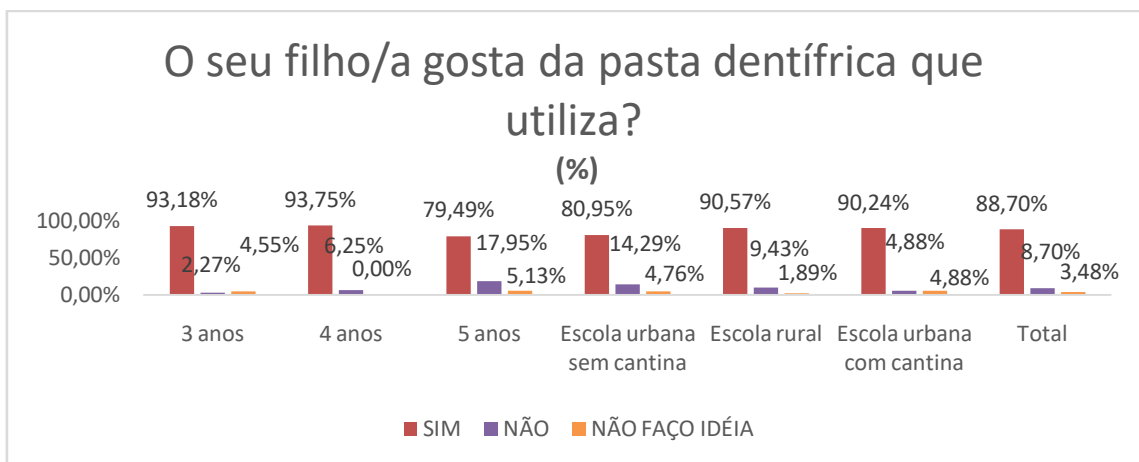


Gráfico 21: A criança gosta da pasta dentífrica?

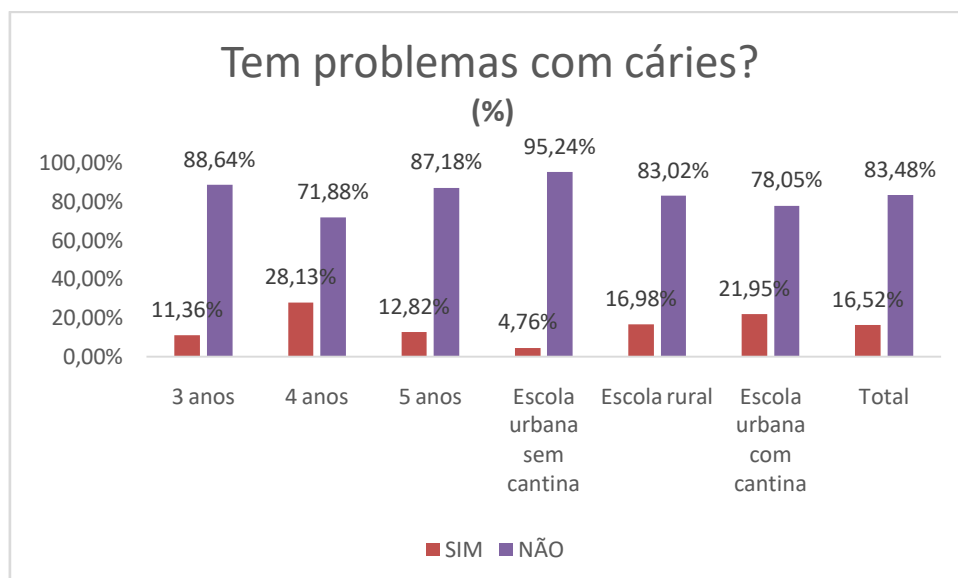


Gráfico 22: Problemas com cárie

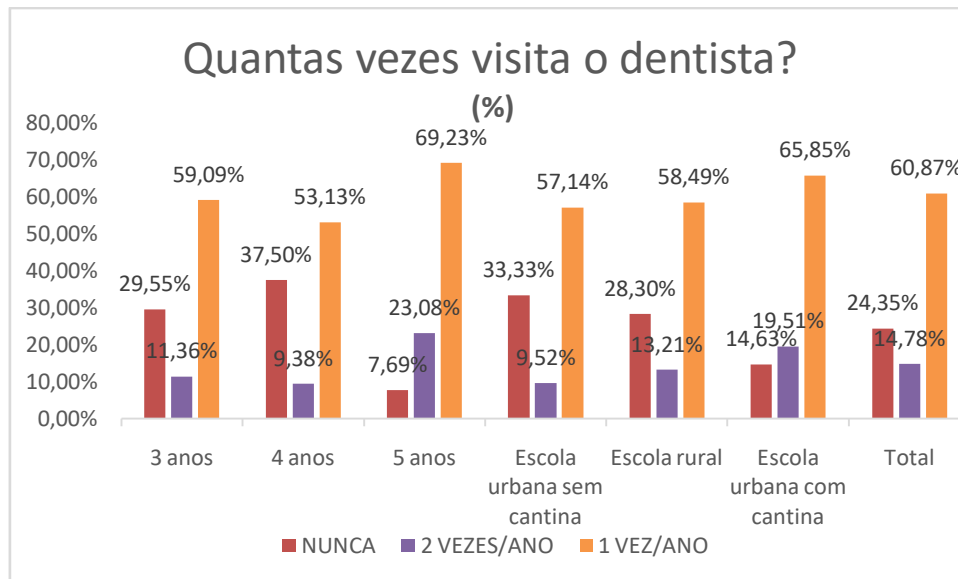


Gráfico 23: Visitas ao dentista

8.3 Declarações de Autorização



Por medio de este presente, la Dirección del C.E.I.P. A Lomba, en Vilagarcía de Arousa, acepta y autoriza la solicitud de Paula Lema Ventoso, estudiante de Odontología, para la realización de una encuesta anónima a los padres de los alumnos de 3 a 5 años para su trabajo de fin de grado, titulado:

“Consciencia parental sobre el consumo de azúcar de sus hijos”.

En Vilagarcía de Arousa, a 8 de Marzo de 2019.

Atentamente:

Paulino Portas Blanco

Declaração 1: Autorização escola A Lomba.



Por medio de este presente, la Dirección del C.E.I.P. Arealonga, en Vilagarcía de Arousa, acepta y autoriza la solicitud de Paula Lema Ventoso, estudiante de Odontología, para la realización de una encuesta anónima a los padres de los alumnos de 3 a 5 años para su trabajo de fin de grado, titulado:

“Consciencia parental sobre el consumo de azúcar de sus hijos”.

En Vilagarcía de Arousa, a 8 de Marzo de 2019.

Atentamente:

Declaração 2: Autorização escola Arealonga.

Por medio de este presente, la Dirección del C.E.I.P. Xulio Camba, en Vilanova de Arousa, acepta y autoriza la solicitud de Paula Lema Ventoso, estudiante de Odontología, para la realización de una encuesta anónima a los padres de los alumnos de 3 a 5 años para su trabajo de fin de grado, titulado:

“Consciencia parental sobre el consumo de azúcar de sus hijos”.

En Vilanova de Arousa, a 8 de Marzo de 2019.

Atentamente:



Rocio Varela Oubina
xefa de estudos

Declaração 3: Autorização escola Xulio Camba.

CARTA RESPOSTA

Título do projeto: Perceção dos pais sobre o consumo diário de açúcar pelos seus filhos

Investigador responsável: Paula Lema Ventoso

Orientador: Prof. Doutora Ana Paula Lobo

Nº Registo: 16/CE-IUCS/2019

Parecer:

Exmo(a). Senhor(a),

Em resposta ao pedido efetuado por V. Exa. a esta Comissão de Ética, para emissão de parecer sobre o projeto de investigação supra identificado, somos a informar que, e de acordo com o regulamento, o mesmo recebeu parecer favorável por parte desta Comissão.

Gandra, 4 de abril de 2019



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Doutor Jorge Almeida Proença
Presidente da Comissão de Ética

4000-110 Gandra
E-mail: 224157136 • E.T.S. 2019
www.cespu.pt

Declaração 4: Parecer favorável por parte da Comissão de Ética do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.



O inquérito apresentado a seguir forma parte de um trabalho de investigação titulado:

“ Perceção dos pais sobre o consumo diário de açúcar pelos seus filhos” , da Instituto Universitário de Ciências da Saúde do curso de Mestrado integrado em Medicina Dentária; no qual o principal objectivo é realizar um estudo sobre a relação direta que existe entre a saúde oral infantil e a ingestão diária de açúcar, pelo que solicitamos a sua participação de forma objectiva.

A informação fornecida é totalmente anónima e os resultados serão utilizados unicamente para o trabalho de investigação.

A seguir apresento 20 questões que deverá marcar com um X na resposta correcta, havendo a possibilidade de ter mais de uma resposta correcta em cada questão.

Agradeço antecipadamente a sua valiosa colaboração.

Declaração 5: Consentimento informando enviado aos pais/encarregados de educação.

8.4 Inquérito

- Idade:

1. Quais são as refeições que o seu filho/a faz?

Pequeno almoço Lanche (manhã) Almoço Lanche(tarde)

Jantar

2. O que come no pequeno almoço?

Fruta fresca Cereais Leite

Sumo natural Iogurte Sumo brick

Bolachas Torradas Pastelaria

Outros _____

3. O que come no lanche da manhã?

Nada Bolachas Fruta fresca

Sumo brick Chocolate Iogurte Bebível

Pastelaria Sandes Doces

Outros _____

4. O que come no jantar?

Legumes Frango Leite

Massa Peixe Sandes

Batatas Sopas Outros _____

5. Tem por hábito comer legumes?

Nunca 1 a 3 dias/ semana Todos os dias

6. Tem por hábito comer doces?

Nunca Todos os dias No fim de semana

Todos os dias

7. Nas refeições utiliza:

Ketchup Nada
Maionese Outros _____

8. Nas refeições bebe:

Água Sumo
Coca-cola Outros _____

9. Com que regularidade bebe refrescos/Sumos?

Quase nunca Nunca
Na fim de semana Sempre

10. O que acha que é melhor, os iogurtes:

Bebíveis Não bebíveis

11. Toma atenção da quantidade de açúcar que consume o seu filho/a ao dia?

Sim Não

12. Acha que os medicamentos contêm açúcar?

Sim Não

13. Têm cuidados especiais na escovagem quando o seu filho/a está a tomar
medicação?

Sim Não

14. Quantas vezes é que escova os dentes?

Depois das refeições À Noite
De manhã Quase nunca

15. Quando escova os dentes, escova também a língua?

Sim Não

16. Escova os dentes na escola?

Sim Não Não faço ideia

17. Que meios é que utiliza?

Escova Manual Escova Elétrica
Flúor Colutório

18. O seu filho/a gosta da pasta dentífrica que utiliza?

Sim Não

19. Tem problemas com cáries?

Sim Não

20. Quantas vezes visita o dentista?

Nunca 2 vezes/ano

1 vez/ano

Inquérito 1: Inquérito enviado aos pais/encarregados de educação das crianças.

Capítulo II - Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio

1. Introdução

Os estágios realizados fazem parte da componente prática onde os alunos praticam tudo o que aprendido em anos anteriores. Todos os estágios são supervisionados e orientados por professores médicos dentistas, sendo o principal objetivo a aplicação de todos os conhecimentos obtidos, preparando assim o aluno para o futuro. Os estágios são três: Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio em Clínica Hospitalar e Estágio em Saúde Oral e Comunitária.

1.2 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, na Clínica Universitária Filinto Baptista, num período de 5 horas semanais com início a 14 de setembro de 2018 e término a 11 de junho de 2019, perfazendo um total de 180 horas. Foi supervisionado pelo Mestre João Batista, onde foram aplicados todos os ensinamentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso, proporcionando um contato direto com os diferentes tipos de pacientes e as formas de intervir com os mesmos.

| Ato clínico | Operador | Asistente | Total |
|------------------------------|-----------------|------------------|--------------|
| Destartarização total | 3 | 2 | 4 |
| Exodontia | 3 | 1 | 4 |
| Restaurações | 11 | 2 | 13 |
| Endodontias | 4 | 1 | 5 |
| Outros | 3 | 1 | 4 |
| Total | 24 | 7 | 31 |

Tabela 1: Atos clínicos realizados no Estágio de Clínica Geral Dentária

1.2 Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Hospital Da Senhora Da Oliveira, em Guimarães, durante o período de 12 de Setembro de 2018 a 12 de Junho de 2019 com 4h semanais: quarta-feira das 9h- 13h perfazendo um total de 196 horas. Este estágio foi supervisionado pela Professora Doutora Ana Manuela Salvaterra Azevedo e permitiu ter contacto com pacientes mais diversificados, isto é, pacientes com vários tipos de doenças nomeadamente doenças sistémicas, crónicas, entre outras e polimedicados.

| Ato clínico | Operador | Asistente | Total |
|------------------------------|-----------------|------------------|--------------|
| Destartarização total | 14 | 3 | 17 |
| Exodontia | 32 | 12 | 44 |
| Restaurações | 23 | 4 | 27 |
| Endodontias | 5 | 3 | 8 |
| Outros | 18 | 3 | 21 |
| Total | 92 | 25 | 117 |

Tabela 2: Atos clínicos realizados no Estágio de Clínica Hospitalar

1.3 Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral e Comunitária teve uma carga horária de 4,5 horas compreendida entre o dia 14 de Setembro de 2018 a 12 de Junho de 2019 perfazendo um total de 162 horas e foi supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante. Foram realizadas actividades de Saúde Oral Comunitária no Estabelecimento Prisional de Penafiel, e na Unidade Hospitalar de Santo Tirso.

| Ato clínico | Operador | Asistente | Total |
|------------------------------|-----------------|------------------|--------------|
| Destartarização total | 3 | 4 | 7 |
| Exodontia | 4 | 9 | 13 |
| Restaurações | 1 | 5 | 6 |
| Endodontias | 0 | 1 | 1 |
| Outros | 3 | 3 | 6 |
| Total | 11 | 22 | 33 |

Tabela 3: Atos clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral Comunitária

2. Conclusão

A execução destes estágios possibilita que o aluno consolide todos os conhecimentos obtidos durante os anos anteriores e ganhe prática clínica para que possa ser autónomo. O aluno aprende a lidar com os pacientes, que são todos diferentes, com os colegas e com os professores em situações distintas. Além disso, permite que o aluno aprofunde mais os seus conhecimentos sobre unidades curriculares e assuntos menos abordados no pré-clínico, podendo aumentar assim o interesse em áreas mais específicas de trabalho. Concluindo, o aluno consegue crescer tanto a nível pessoal como a nível profissional.