



FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da dissertação

Conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade em relação à higiene oral, no Centro de Saúde de Xipamanine

Nome da Estudante Eunice Silvia Daniel Zimba Fumo

Maputo, 26 de Janeiro de 2024



FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da dissertação

Conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade em relação à higiene oral, no Centro de Saúde de Xipamanine

Nome da Estudante Eunice Silvia Daniel Zimba Fumo

Nome dos supervisores: Prof Dr. Leonardo Chavane

Dra. Euridsse Amade

Maputo, 26 de Janeiro de 2024

Declaração de originalidade do projecto

” Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pela Universidade Eduardo Mondlane.”

Agradecimentos

Agradecer a DEUS por sempre me guiar e proteger nesta viagem que é a vida.

Agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Leonardo Chavane, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho, meu muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar.

A Dra Euridsse Amade por sempre mostrar disponibilidade para ajudar, vai o meu muito obrigada.

À Direcção, aos professores e colaboradores do Departamento de Saúde da Comunidade da Faculdade de Medicina, pelos conhecimentos transmitidos durante a minha formação.

A Direcção de Saúde da cidade de Maputo pela autorização para realizar o trabalho no centro de saúde de Xipamanine.

Aos meus colegas de formação em especialidade em Saúde pública, amigos e familiares o meu agradecimento especial

Por último, quero agradecer à minha família, especialmente ao meu esposo Carlos Fumo e filhos Málkia e Malik Fumo, pelo apoio incondicional que me deram durante esta jornada.

A todos meu muito obrigada

Índice

1. Motivação	9
2. Objectivos	10
2.1. Objectivo geral	10
2.2. Objectivos específicos	10
3. Contribuição.....	11
4. Problema	12
5. Revisão bibliográfica	13
6. Enquadramento teórico ou conceptual	17
7.1. Tipo/desenho de estudo	21
7.2. Local do estudo	21
7.3. Período do estudo.....	22
7.4. População do estudo	22
7.5. Modo de selecção dos participantes, amostra, amostragem.....	22
7.6. Amostragem.....	23
7.7. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados	24
7.8. Variáveis.....	26
8. Limitações do estudo	27
9. Considerações éticas.....	28
10. Resultados e Discussão	29
10.1. Resultados.....	29
10.2. Discussão.....	35
11. Conclusões e Recomendações	37
11.1. Conclusões	37
11.2. Recomendações	38
12. Referencias bibliográficas	39
13. Apêndice	42
13.1 Folha de informação ao participante.....	42
13.2 . Consentimento Informado.....	44
14 Instrumento de recolha de dados - Conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade em relação à higiene oral, no Centro de Saúde de Xipamanine ...	47

Resumo

Introdução: É importante que os cuidadores de crianças especialmente as do estudo (2 a 24 meses de idade) tenham conhecimento sobre higiene oral de modo que auxiliem correctamente as crianças na manutenção de adequada saúde oral

Objectivo: O presente estudo avaliou o conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores em relação à higiene oral de crianças de 2 a 24 meses de idade atendidas na consulta de criança sadia no Centro de Saúde de Xipamanine.

Metodologia: foi realizado um estudo observacional descritivo transversal no Centro de Saúde de Xipamanine. Foram realizadas entrevistas estruturadas em 108 cuidadores que se fizeram a unidade sanitária (curva do peso) no período do estudo com crianças de 2 a 24 meses de idade, foram gerados gráficos e tabelas de frequência para todas as variáveis do estudo, para a limpeza e análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS, versão 24.

Resultados: Dos 108 cuidadores entrevistados, 95,4% dos cuidadores eram do sexo feminino, media de idade foi de 29 anos, 64,8 % dos cuidadores tem o ensino secundário; 30,5% (33/108) cuidadores dos entrevistados considerou necessário higienizar a boca de bebés, 38% (41/108) % dos cuidadores defendia que crianças menores de 2 anos não podem apanhar carie dentaria; 85,2% dos cuidadores tinha como hábito acordar os bebés para amamentar ou dar biberão durante a noite; 63% dos cuidadores não limpavam a boca das crianças depois de amamentar ; 37 % (40/108) dos cuidadores dava líquidos adocicados a seus bebés pelo menos 1 vez por dia.

Conclusões A importância e a preocupação com a saúde oral começam a ser percebidas após o aparecimento dos dentes decíduos sendo para as crianças sem dentes ainda é deficiente. Entretanto, Apesar de algum conhecimento por parte dos cuidadores, ainda é possível verificar lacunas no que concerne as atitudes e práticas. Há necessidade de nas consultas pré-natais, planeamento familiar, maternidade reforçar junto as mães a necessidade de higienizar a cavidade oral das crianças mesmo que estes não apresentem os dentes erupcionados;

Palavras chaves: Conhecimento, atitude, pratica, higiene oral, cuidadores

Summary

Introduction: It is important that caregivers of children, especially those in the study (2 to 24 months of age), have knowledge about oral hygiene so that they can correctly assist children in maintaining adequate oral health.

Objective: The present study evaluates the knowledge, attitudes and practices of caregivers regarding the oral hygiene of children aged 2 to 24 months attended at the healthy child consultation at the Xipamanine Health Center.

Methodology: a cross-sectional descriptive observational study was carried out at the Xipamanine Health Center. Structured interviews were carried out with 108 caregivers who attended the health unit (weight curve) during the study period with children aged 2 to 24 months, graphs and frequency tables were generated for all study variables, for cleaning and for data analysis, the SPSS statistical package, version 24, was used.

Results: Of the 108 caregivers received, 95.4% of caregivers were female, mean age was 29 years, 64.8% of caregivers had secondary education; 30.5% (33/108) caregivers of care considered necessary to clean the mouth of babies, 38% (41/108) of caregivers defend that children under 2 years old cannot get tooth decay; 85.2% of the caregivers had the habit of waking up the babies to breastfeed or give a bottle during the night; 63% of caregivers did not clean their children's mouths after breastfeeding; 37% (40/108) of caregivers gave their babies sweetened liquids at least once a day.

Conclusions: The importance and concern for oral health begins to be realized after the appearance of deciduous teeth, and for children without teeth it is still deficient. However, despite some knowledge on the part of caregivers, it is still possible to identify gaps regarding attitudes and practices. There is a need for prenatal, family planning and maternity consultations to reinforce with mothers the need to clean their children's oral cavity even if they do not have erupted teeth.

Keywords: Knowledge, attitude, practice, oral hygiene, caregivers

Acrónimos e abreviaturas

CAP	Conhecimento, Atitudes e Práticas
CPI	Carie precoce da infância
CPO-D	Dente Cariado, Perdido e Obturado
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSX	Centro de Saúde de Xipamanine
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DNT	Doenças não transmissíveis
ID	Identificação
INE	Instituto Nacional de Estatística
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
US	Unidade Sanitária

1. Motivação

A cavidade oral de bebês precisa ser higienizada logo após o aleitamento para remover acúmulo de leite na língua, gengiva e palato. Os microorganismos presentes na boca representam uma ameaça à saúde do bebê, podendo levar ao desenvolvimento de doenças como a gengivite. Mesmo antes do início da dentição por volta dos 6 meses, há necessidade de iniciar a higienização da cavidade oral e quando já existem dentes na cavidade oral, geralmente a partir dos 6 meses, é importante começar a escovar para evitar o aparecimento de cáries, e esta escovagem deve ser em toda superfície do dente com instrução de um adulto e de uma escova apropriada para crianças.

O reconhecimento de área de saúde feito pela investigadora em 2017, evidenciou que as mulheres estavam em maior percentagem nesta área (63%) também com tendência a ter filhos mais novas, portanto é importante que estas tenham conhecimento correcto sobre praticas de higiene oral em suas crianças ainda em tenra idade.

Higiene oral definida como sendo todas as medidas, acções e praticas que são adoptadas com o intuito de evitar doenças e preservar a saúde oral. A mulher desta área de saúde tem maioritariamente trabalho informal e muitas vezes para se deslocar aos postos de trabalho tem tendência a deixar as crianças em casa com cuidadores como sogra, pai, sobrinhas e desse modo deixando a responsabilidade de toda higiene oral a estes que por sua vez devido a sobrecarga de trabalho doméstico acabam negligenciando ainda mais a saúde das crianças.

Provado que as crianças nesta idade são totalmente dependentes dos seus cuidadores, despertou-me a dúvida em relação ao conhecimento destes sobre cuidados de saúde oral das crianças, pois a falta dos devidos cuidados poderá comprometer em grande parte a saúde das crianças sob seus cuidados.

A cárie dentária é o motivo de perdas dentárias entre 63.3% a 75.3%, seguida pelas doenças periodontais, entre 13.1% a 15.1% dos casos. As doenças orais estão entre as doenças não transmissíveis (DNT) mais comuns e podem afectar as pessoas ao longo da sua vida, causando dor, desfiguração e até mesmo a morte.

Portanto, senti me motivada em entender exactamente até que ponto o conhecimento dos cuidadores nesta área de saúde tem influenciado na higiene oral das crianças.

2. Objectivos

2.1. Objectivo geral

- Avaliar o conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores em relação à higiene oral de crianças de 2 a 24 meses de idade atendidas na consulta de criança sadia no Centro de Saúde de Xipamanine.

2.2. Objectivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos cuidadores e das crianças de 2 a 24 meses de idade atendidas nas consultas de criança sadia no Centro de Saúde de Xipamanine, no período em estudo.
- Verificar o conhecimento dos cuidadores em relação à higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade.
- Analisar as atitudes dos cuidadores em relação à higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade.
- Relatar as práticas dos cuidadores em relação à higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade.

3. Contribuição

Os estudos publicados sobre a Saúde Oral em criança no País ainda são escassos e destes existentes poucos estão virados para o conhecimento, atitudes e práticas, portanto, esta escassez incentivou-nos a desafiar o tema em estudo, esperando contribuir na elevação do conhecimento nesta área, e não só, como também para enriquecer as evidências científicas no campo de Saúde Pública do país; Acreditamos ainda que o presente trabalho possa servir de base para pessoas chave, os trabalhadores de saúde como também para a comunidade que frequenta a unidade sanitária, e dota-los de conhecimento sobre boas práticas de em relação a higiene oral.

A partir do momento que tivermos dados concretos sobre conhecimentos, atitudes e práticas sobre higiene oral neste grupo em estudo poderemos intervir com acções de promoção de saúde com vista a melhorar o cenário pois existe elevado número de criança que aparecem com afecções de cavidade oral dos dentes decíduo na unidade sanitária.

Em 2004, Kaliyaperumal defendeu que a metodologia Conhecimento, atitudes e praticas (CAP), através de inquéritos, após acções educativas, objectivava realizar um diagnóstico da comunidade, verificando as mudanças no conhecimento, atitudes e práticas. O autor ainda avançou que a partir da compreensão dos níveis de conhecimento, atitude e prática, um processo mais eficiente de conscientização será criado, uma vez que irá permitir que as actividades desenvolvidas sejam adaptadas às necessidades da comunidade.

4. Problema

O crescente aparecimento nas consultas de estomatologia de crianças antes da dentição completa decídua (em torno dos 24 meses) com dores de dentes e dentes cariados.

Analisando a saúde oral num contexto mundial, verifica-se um cenário que se traduz num enorme problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência, impacto nos indivíduos e na sociedade assim como às despesas relativas com o tratamento (Rocha et al., 2000).

Em Moçambique a semelhança de outros países embora existam estratégias preventivas disponíveis (saúde escolar, Mídias, etc.) que possibilitem a consciencialização de manutenção do órgão dentário, a perda dentária ocorre em consequência de progressão da cárie dentária, isto porque as medidas preventivas não são acatadas, ou por procura tardia do processo curativo, culminando então com a extracção dentaria como único de tratamento.

Os pacientes apresentam-se na estomatologia dos centros de saúde com cárie e periodontite em fase avançada, por outro lado, sabendo que nos países em desenvolvimento o nível de educação sobre a saúde na população é baixa, e mais, tomando em consideração as fragilidades que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta nos últimos anos o défice dos consumíveis e material dentário restaurador, constituem problema para os cuidados de saúde primários em Moçambique.

Para Kwan et al, 2005, educação com sucesso e uma boa saúde estão intimamente ligadas. Por exemplo os estudantes saudáveis vão com maior frequência à escola, assim como uma melhor capacidade de concentração e melhor desempenho escolar ao passo que as crianças que sofrem de uma má saúde oral têm uma probabilidade consideravelmente maior de faltarem às actividades educativas ou perderem muitos dos benefícios delas resultantes, tanto que milhões de horas de escola são perdidas todos os anos, devido a problemas de saúde oral e isto afecta não só o desempenho escolar das crianças, como pode também reduzir as possibilidades de sucesso na sua vida futura

5. Revisão bibliográfica

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença”. Porém para Scliar, 2007, esta definição, demonstra complexidade da sua medição e a necessidade de intervenção de várias áreas de conhecimento para atingir a saúde, oferecendo grandes desafios para os profissionais de saúde, sejam eles da prática clínica ou da gestão.

Ainda para a OMS, saúde oral é a ausência de doenças orais, dor na cavidade oral e facial, cancro cavidade oral e na garganta, úlceras orais, doença periodontal, cárie dentária e perda de dentes (edentulismo), malformações congénitas, como fendas lábio-naso-palatinas, e outras doenças como distúrbios que afectam a cavidade oral. Portanto, para Scarpelli et al, 2011 saúde oral infantil é importante na qualidade de vida do indivíduo, tanto na primeira infância como na adolescência, dado seu potencial impacto no bem-estar e na auto-imagem.

E para Rocha et al., 2000, a preservação da dentição decídua está intimamente relacionada com a consciencialização da população especialmente em relação ao conhecimento e preocupação dos pais da criança. Achamos interessante e mais adequado à nossa realidade a posição de Scarpelli et al, 2011, segundo a qual a cárie dental é a doença crónica mais comum na infância, consistindo em um problema de saúde pública.

Um estudo da OMS, 2008 avançou que na região africana, as doenças orais são das mais comuns e podem afectar as pessoas ao longo da sua vida, causando dor, desfiguração e até a morte. Partilham dos factores de risco das principais DNT, nos quais se incluem o tabagismo, consumo nocivo de álcool e regimes alimentares pouco saudáveis com elevados teores de açúcar, que têm vindo a aumentar na região. Já um estudo feito pela mesma organização em 2009, revela que as doenças orais têm um impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas afectadas, enquanto o seu tratamento constitui um encargo económico significativo para as comunidades e os indivíduos.

Muitos países não possuem sequer uma política nacional de saúde oral e confrontam-se com uma carência de profissionais de saúde neste domínio.

Segundo Sheiham, 2005, defende que as doenças orais constituem problemas crónicos muito comuns e constituem problemas importantes de saúde pública devido à sua elevada prevalência, seu impacto nos indivíduos e na sociedade e às despesas relativas com o tratamento. Tendo em conta o facto de serem doenças de etiologia multifactorial, com factores

concorrentes de natureza cultural, social, biológica e ambiental, tornam-se de difícil análise e avaliação.

Em 2003, a OMS declarou que as doenças orais têm um impacto considerável nos indivíduos e nas comunidades pela dor e sofrimento que causam, levando à redução da função e da qualidade de vida.

E para Santos, Soviero, 2002, lesões de cárie na primeira infância afectam inicialmente os incisivos decíduos superiores, que clinicamente aparecem como manchas brancas ao longo da margem gengival. Em casos avançados, as coroas podem ser completamente destruídas. Considerando que as primeiras lesões de cárie podem se desenvolver assim que os incisivos superiores erupcionam, é muito importante que os cuidadores sejam capazes de reconhecer os primeiros sinais da doença, avançam ainda que vários estudos sobre a prevalência de cáries em crianças de até 36 meses de idade têm sido realizados em muitos países.

Os estudos realizados no Brasil, 2003 constataram que a prevalência de cárie na infância varia de 12 a 46%, e o levantamento epidemiológico no mesmo ano, encontrou uma prevalência de 27% na experiência de cárie em crianças entre 18 e 36 meses, passando para 59% em crianças de 5 anos. E a OMS, 2008, diz que no nível mais básico, as doenças e as situações clínicas que afectam a boca e face prejudicam funções vitais como a mastigação, a deglutição, a fala e o sono. Podem, portanto, afectar negativamente a qualidade de vida, as relações sociais, a capacidade de comunicação e a auto-estima. Sendo que a cárie dentária é a doença mais comum na infância.

A expressão cárie precoce de infância “CPI” é usada para se referir a qualquer estágio da lesão de cárie em qualquer superfície de dentes decíduos de crianças até aos 71 meses de idade.

Ferreira et al, 2007, avançaram e demonstraram que há uma associação entre condições socioeconómicas desfavoráveis e a prevalência de CPI. Enquanto isso pesquisadores como Traebert et al, 2009, identificaram a baixa escolaridade da mãe como factor determinante para ocorrência da cárie precoce de infância. Entretanto, questões relacionadas aos hábitos alimentares (aleitamento materno/bovino), bem como hábitos de higiene oral têm sido largamente estudadas na literatura contemporânea, sob diferentes desenhos metodológicos, em diferentes populações, mostrando-se frequentemente associadas à presença da doença, (Mohebbi et al, 2008).

Um factor importante que deve ser levado em consideração é que a CPI pode ser prevenida, controlada ou mesmo revertida. Para prevenção, é necessário conhecer sua etiologia e os factores de risco para o seu desenvolvimento. A cárie tem etiologia multifactorial, (Tiberia et al., 2007). Segundo mesmo autor os comportamentos familiares (comportamentos de higiene oral e de dieta), os que mais contribuem para o desenvolvimento da CPI são dormir com biberão (contendo líquidos adocicados), dificuldade na higiene oral da criança e manter líquidos na boca por período prolongado, principalmente durante o sono.

Jain R et al, 2014, realizaram um estudo em Mumbai que mostrou que as mães tinham conhecimento e atitudes precárias em relação à saúde oral das crianças, pelo que a maioria seguia práticas de saúde bucal precárias.

Já Rajesh G, 2008 também demonstrou no seu estudo que crianças menores de 5 anos geralmente passam a maior parte do tempo com pais e responsáveis, especialmente mães, mesmo quando frequentam pré-escolas ou creches. Portanto, estes primeiros anos envolvem a "socialização primária" durante a qual as primeiras rotinas e hábitos da infância são adquiridos. Estes incluem hábitos alimentares e comportamentos saudáveis estabelecidos como normas no lar. Estes são dependentes do conhecimento e comportamento dos pais e irmãos mais velhos, por conseguinte, para o autor a manutenção e os resultados da saúde oral das crianças pequenas são influenciados pelo conhecimento e crenças dos pais, que afectam a higiene oral e os hábitos alimentares saudáveis e são muito importantes no ciclo preventivo.

Kamolmatyakul, 2007, no estudo realizado verificou que quanto mais positivas forem as atitudes dos pais em relação à odontologia, melhor será a saúde dentária de seus filhos. Os valores da sua prevalência são variados, mas apresentam-se mais elevados nos grupos populacionais carenciados. E Losso et al, 2009 defendem que em crianças, a cárie dentária não tratada pode não só levar a dor e infecção, mas também à perda prematura dos dentes o que, por sua vez, pode contribuir para alterações da fala, da alimentação e até para o incorrecto desenvolvimento e crescimento. As suas complicações podem levar à perda de horas escolares e a uma diminuição da qualidade de vida, desgastando a criança física e psicologicamente. Ainda na mesma linha de pensamento a Resolução WHA60.17 da Assembleia Mundial de Saúde, reconheceu a “relação intrínseca entre a saúde oral, a saúde geral e a qualidade de vida”.

Ainda sobre o mesmo assunto destaca-se Brosnan et al, 2007 que defendem que ao nível mais básico, as doenças e as situações clínicas que afectam a boca e face prejudicam funções vitais como a mastigação, a deglutição, a fala e o sono, podem, portanto, afectar negativamente a qualidade de vida, as relações sociais, a capacidade de comunicação e a auto-estima. A dor e o desconforto associados a estas doenças dificultam a concentração, levando a que as pessoas afectadas falem à escola e ao trabalho, e podem conduzir ao isolamento social e à redução dos rendimentos.

A informação para os indivíduos e para as famílias acerca da higiene oral e da escovagem dos dentes com pasta dentífrica fluoretada deve ter a mais vasta divulgação possível, com esforços particulares para alcançar públicos remotos, com pouca educação e com maior propensão para serem vulneráveis. Estas informações podem ser dadas isoladamente, ou associadas a outras mensagens de promoção da saúde básica, salientando-se a alimentação saudável e comportamentos favoráveis à saúde (OMS/AFRO; 2016).

Um estudo realizado em Brasil por Souza e colaboradores em 2017 por analisou conhecimentos de saúde oral de pais e cuidadores de crianças, os resultados mostraram que 74,77% destes já receberam informações sobre higiene bucal e alimentação, 100% considerando-as importantes. 85,05% relataram que seus filhos escovam os dentes diariamente predominando a frequência de 2 vezes ao dia (83,52%). 78,50% falaram que as crianças ingerem alimentos açucarados, sendo que, 64,29% ingerem-nos diariamente. 70,09 % relataram que as crianças tomam leite antes de dormir e em 77,33% dos casos é adicionado açúcar. 78,67% não escovam os dentes após esta refeição e 94,31% nunca visitou o dentista. Concluiu-se que, embora os pais e educadores importem-se e tenham conhecimento sobre saúde oral, a maioria permanece com maus hábitos em relação à saúde oral, reflectidos em escovações insuficientes e ausência da ida ao dentista.

Em Moçambique o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) tem como objectivo melhorar a condição de saúde oral da população moçambicana, para este efeito, deve-se colaborar com Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) no desenho de estratégias de educação, promoção e prevenção de doenças orais, na comunidade; massificar o uso do flúor nas comunidades, através do uso de pasta fluoretada, adição de flúor na água e bochechos com solução de flúor, em crianças entre os 6 e os 12 anos (crianças de risco); elevar o conhecimento da população,

em particular de crianças em idade escolar, sobre as doenças orais e seus factores de risco e promover estilos de vida conducentes a uma boa saúde oral, através de brigadas móveis; aumentar a quantidade de pessoal qualificado, bem como de meios de trabalho em especial nos distritos (MISAU, 2014).

6. Enquadramento teórico ou conceptual

Dentre várias teorias que estudaram esta matéria, destacamos a definição de saúde oral como sendo um estado em que não há qualquer dor crónica oral e facial, cancro oral, da garganta, ferida oral, malformação congénita, fendas labiais, doença periodontal, cárie dentária, perda de dente, e outras alterações que afectem a cavidade oral.

A saúde oral é um indicador-chave da saúde geral e a sua relação com a saúde geral é sistémica e recíproca. A boca (incluindo os dentes, os músculos mastigadores, a língua, os tecidos moles da mucosa e as glândulas salivares), é a principal entrada de nutrientes do corpo. (OMS,2003)

Os inquéritos aplicados através dos estudos do tipo CAP podem esclarecer alguns aspectos intrínsecos dos problemas de determinadas áreas, pois a metodologia CAP, através de inquéritos, após acções educativas, objectiva realizar um diagnóstico da comunidade, verificando as mudanças no conhecimento, atitudes e práticas (Kaliyaperumal, 2004). O autor ainda avança que a partir da compreensão dos níveis de conhecimento, atitude e prática, um processo mais eficiente de conscientização será criado, uma vez que irá permitir que as actividades desenvolvidas sejam adaptadas às necessidades da comunidade.

Embora no nosso estudo não se tenha sentido de imediato esta mudança no comportamento , sentimos que o processo foi iniciado através das questões apresentadas pois em caso de duvidas elas foram prontamente respondidas.

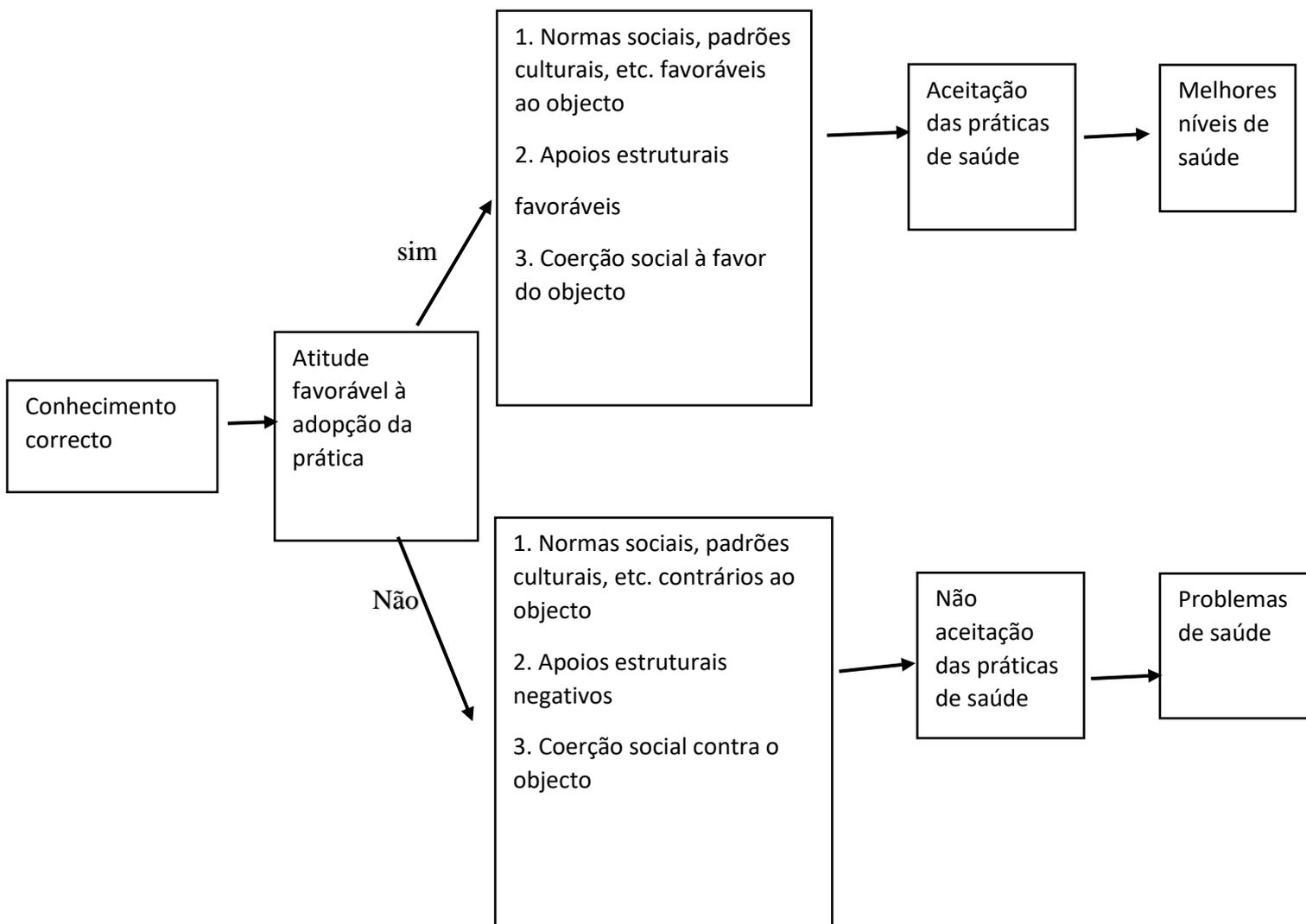


Figura 1. Diagnóstico em educação em saúde pública – modelo para análise das relações entre conhecimento, atitudes e práticas na área de saúde pública, (Warren e de Fleur 1969).

De acordo com os estudos de Rokeach, Yinger, Warren e de Fleur, é preciso considerar as atitudes dos educandos não só em relação a determinado objecto, mas também em relação à situação em que o mesmo se encontra.

Como se observa na figura acima, por um lado, o cuidador pode ter sido exposto a um conhecimento cientificamente correcto sobre determinado objecto de saúde, apresentar uma atitude favorável em relação a este e encontrar, no ambiente médico, factores situacionais positivos, e neste caso, passa a adoptar a prática recomendada, adquirindo assim um CAP positivo (CAP+) que lhe permite alcançar melhores níveis de saúde. (Yinger, 1965, Warren e de Fleur 1969), por outro, pode ocorrer também, que o cuidador adquira conhecimentos cientificamente correctos em relação a determinado objecto, apresente uma atitude favorável quanto a este, sem alcançar um CAP positivo (CAP+) em decorrência da situação negativa do ambiente em que o mesmo se encontra. O CAP negativo (CAP—) será responsável, nestas circunstâncias, por determinados problemas de saúde do indivíduo, que poderiam ser controlados ou eliminados a partir da perspectiva da medicina preventiva. Já para (Candeias e Marcondes, 1979) educação em saúde é um processo essencialmente activo que envolve uma mudança no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos, visando à obtenção da saúde, tal como definida pela OMS, ou seja, representando um bem-estar físico, mental e social. É, assim, o processo pelo qual os indivíduos mudam ou adquirem conhecimentos, atitudes e práticas conducentes à saúde.

Em relação à CPI, o levantamento CAP pode fornecer informações tais como a relação intrínseca entre hábitos alimentares e o aparecimento de CPI, o que a população sabe sobre essa doença, o que as pessoas pensam sobre as crianças que possuem CPI e sobre os serviços de saúde disponíveis.

Além disso, este tipo de estudo pode identificar falhas no entendimento da doença por parte da população, bem como crenças culturais ou padrões de comportamento que dificultam a prevenção da doença. Como este instrumento permite aceder as informações que são usualmente conhecidas e atitudes frequentemente tomadas pela população, é possível identificar factores que explicam as razões pelas quais as pessoas pensam e praticam determinados comportamentos de saúde (Advocacy, 2008).

O conhecimento e a percepção das medidas de prevenção em relação a saúde oral, assim como a percepção da gravidade e susceptibilidade das doenças orais, levam a mudanças no comportamento do indivíduo, tanto na higienização da cavidade oral (escovagem) assim como nos hábitos alimentares. E deste modo o indivíduo terá o estado saudável da sua higiene oral.

As actividades como palestras e demonstrações de escovagem dos dentes na unidade sanitária e na comunidade podem melhorar a saúde oral para todos. Uma vez compreendida como melhorar a saúde oral e a situação em que se encontra a saúde oral do indivíduo, as pessoas devem ser encorajadas a pensar nas medidas que podem tomar e como envolverem-se nas decisões que afectam a sua saúde assim na saúde da sua comunidade.

7. Metodologia

7.1.Tipo/desenho de estudo

Estudo Observacional Descritivo Transversal.

Este estudo consistiu na descrição das características gerais e distribuição da doença ou condição no tocante a pessoa lugar e tempo.

7.2.Local do estudo

O presente estudo decorreu no Centro de Saúde de Xipamanine, na Consulta de Criança Sadia:(curva de peso).

O Centro de Saúde de Xipamanine (CSX), está localizado na cidade de Maputo, região norte do distrito municipal Nhamankulo, na zona suburbana do Bairro Aeroporto B” ao longo da Avenida (Av.) Joaquim Chissano na sua margem sul, há 900 metros da Av. Angola e 1.100 metros da Av. De Moçambique.

O CS de Xipamanine, Construído no ano 1997 é classificado como CS Urbano do Tipo A, é uma das 6 Unidades Sanitárias (US) públicas do Distrito Municipal (DM) Nhamankulo no Município de Maputo, capital do País.

A área de Saúde do Centro de Saúde de Xipamanine, abrange sete de um total de onze bairros que compõem o distrito, estes são: Aeroporto “A”, Aeroporto “B” (onde está situado o centro de saúde), Chamanculo “D”, Munhuana, Minkadjuine, Unidade 7 e Xipamanine.

7.3.Período do estudo

O estudo foi realizado em três semanas do mês de Janeiro de ano 2023.

Salientar que o estudo iniciou com o desenho e submissão do protocolo e culminou com aprovação ética em julho de 2022, em Janeiro foi feita a colheita dos dados e em Junho a submissão da dissertação.

7.4.População do estudo

Cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade que se dirigiam a consulta de criança sadia

E como amostra foram entrevistados 108 cuidadores de crianças de idade compreendida entre de 2 a 24 meses

7.5.Modos de selecção dos participantes, amostra, amostragem

Seleccção de participantes

Foi feita uma selecção de cuidadores de crianças entre 2 a 24 meses de idade, que se apresentarem a consulta de criança sadia durante o período do estudo.

Tem como critério de inclusão do cuidador no estudo:

- Ser cuidador de criança com idade compreendida entre 2 a 24 meses de idade,
- Ser cuidador a residir na área de Saúde de Xipamanine;
- Concordar livremente em fazer parte do estudo, isto é, dar o seu consentimento informado, assinando o formulário;

A exclusão do cuidador no estudo basear-se-á em:

- Cuidadores cujas Crianças tenham idade superior a 24 meses de idade;
- Cuidadores que não residam na área e saúde de Xipamanine;
- Cuidadores que não queiram participar do estudo

Caso o participante não consiga assinar poderá dar a sua autorização através de impressão digital num local previamente identificado para o efeito.

7.6.Amostragem

A amostragem da pesquisa foi probabilística aleatória simples. Consistiu em seleccionar os participantes aleatoriamente pelo método de lotaria, todos participantes tinham a mesma probabilidade de participar.

Seleccionamos as 108 fichas, escolhemos ao acaso um número entre 1 a 10 o qual indicava o primeiro a ser seleccionado, e a lista foi completada tomando em conta o número escolhido.

Definição da amostra

Para seleccionar os participantes, o tamanho da amostra foi determinado mediante a fórmula:

$$N = (Z^2_{\alpha/2} pq) / E^2$$

Onde,

n = tamanho da população;

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

p = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria a estudar;

q = proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria estudada ($q = 1 - p$);

E = margem de erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional.

Grupo alvo: 3,9% = 1138 crianças de 2 a 24 meses. O tamanho da amostra após os cálculos efectuados ficou em 108 indivíduos a entrarem para o nosso estudo.

7.7.Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados

Entrevista

O estudo foi realizado pela investigadora principal, dirigindo-se ao Centro de Saúde de Xipamanine, na consulta de criança sadia. Esta realizou entrevistas semiestruturadas (consiste em um modelo de entrevista flexível, ou seja, ela possui um roteiro prévio, mas abre espaço para que o cuidador e entrevistadora façam perguntas fora do que havia sido planejado) com duração de aproximadamente 15 minutos por cuidador.

As entrevistas semiestruturadas foram orientadas por um guião de entrevista previamente elaborado, incluído as questões socio demográficas e outras questões relacionadas a higiene oral nas áreas de conhecimento, atitudes e práticas. A entrevista aos cuidadores foi realizada em língua portuguesa, felizmente não tivemos quem não estivesse confortável com a língua portuguesa, mas para estes casos a entrevistadora estava preparada para tradução das perguntas pois tem domínio da língua changana (falada na região do estudo).

A entrevista decorreu de seguinte modo:

1. O cuidador foi identificado com base nos critérios de elegibilidade acima descritos,
2. Realizou a consulta da criança;
3. O cuidador foi abordado e convidado a participar do estudo.

O questionário teve a combinação de perguntas abertas e fechadas com opções de escolha única e/ou escolha múltipla e facilmente perceptíveis por parte dos cuidadores, e foram recolhidos no final de cada dia e correctamente guardados pela investigadora em um arquivo destinado para o efeito.

Conhecimento: este bloco foi composto por cinco perguntas que visam avaliar o conhecimento das mães em relação à cárie dentária. As quatro primeiras questões tinham como alternativa de resposta “sim”, “não” e “não sei”. A quinta pergunta é uma lista de sete alimentos dos quais o cuidador deve indicar aqueles que podem causar a doença cárie.

Atitude: este bloco visava traçar o perfil do cuidador, quanto ao seu posicionamento em relação a higiene oral. É composto por cinco afirmações onde os entrevistados devem optar por uma das cinco respostas: “sim”, “não” e “não sei”

Praticas: este bloco visava desenvolver a aplicação de certos conhecimentos. É a tomada de decisão para executar a acção, foi composto por oito perguntas.

As perguntas foram feitas no consulta de criança sadia onde decorreu a consulta ,as respostas eram registadas no folha e posteriormente no tablete para alimentar a base de dados no mesmo dia.

Gestão e análise de dados

Os cuidadores responderam ao questionário administrado pela investigadora e estes diariamente foram inseridos na base de dados para análise e interpretação dos resultados. Houve sigilo e anonimato mediante a não identificação dos participantes nos questionários a durante a colheita de dados.

Os questionários foram armazenados pela própria investigadora no computador pessoal durante o período de realização do estudo.

Para a limpeza e análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS, versão 24.

Foram gerados gráficos e tabelas de frequência para todas as variáveis do estudo.

7.8. Variáveis

Objectivos específicos	Perguntas	Fonte de dados
Descrever os dados socio demográficos dos cuidadores	Local de residência, escolaridade, sexo, idade do cuidador em anos, profissão, estado civil, idade da criança em meses. Bairro, nacionalidade, tipo de habitação, profissão disponibilidade de água, disponibilidade de luz	CUIDADORES
Verificar o conhecimento dos cuidadores em relação à higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade.	<ul style="list-style-type: none"> - Um bebé de 2 meses precisa de higienizar a boca? - A cárie pode afectar crianças menores de 2 anos? - É possível que os dentes dos bebés já nasçam com cáries? - A boca sem dentes precisa de cuidados da mesma forma que os que tem dentes? - Quais desses alimentos causam cáries? 	
Analisar as atitudes das mães em relação à higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade	<ul style="list-style-type: none"> - A única forma de acalmar o bebé é oferecendo mama? - É normal um bebé de 2 anos acordar durante a noite para mamar (biberão/peito) - Limpa a boca do bebé depois de amamentar? - Tenta escovar os dentes do meu bebé, mas ele não deixa 	

<p>Relatar as práticas das mães em relação à higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade.</p>	<p>- O que dá para o seu bebé para adormecer?</p> <p>- Com que frequência examina a boca de seu bebé?</p> <p>- Com que frequência dá líquidos adocicados no beberão para o bebé?</p> <p>- Com que frequência dá água pura para bebé?</p> <p>- Com que frequência limpa os dentes do bebé?</p> <p>-Em que momento realiza a limpeza dos dentes do seu bebé?</p> <p>-Até que idade seu bebé mamou exclusivamente no peito?</p> <p>-Até que idade seu bebé mamou de forma não exclusiva no peito?</p>	<p>CUIDADORES</p>
--	--	-------------------

8. Limitações do estudo

- A principal limitação do estudo foi o facto da realização do questionário na Unidade Sanitária e não na comunidade, o que limita a generalização dos resultados para a área de estudo
- Limitação em relação ao desenho do estudo pois poderíamos ter aprofundado mais e realizar um estudo com abordagem qualitativa de forma a explorar melhor esta temática
- Devido a indisponibilidade financeira para deslocação a comunidade

9. Considerações éticas

Autorizações: o protocolo de pesquisa foi submetido ao Comité Institucional de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) & Hospital Central de Maputo (HCM) e aprovado pelo mesmo.

Declaração de conformidade: durante o estudo foram respeitadas as considerações éticas estabelecidas pelas normas e directrizes para a realização da pesquisa em seres humanos (o consentimento informado, a adequação do balanço de riscos e potenciais benefícios), tendo em conta os princípios básicos da bioética (a autonomia, beneficência e a Justiça) que asseguram os direitos e deveres dos entrevistados e do entrevistador

Referir que se trata de um estudo de carácter voluntário, com observação das recomendações para anonimato a todos participantes seleccionados para o estudo.

Para cada guião de entrevista teve um número de identificação (ID) do estudo, gerado segundo a sequência das entrevistas, e apenas a investigadora teve o acesso ao arquivo que ligue o ID e unidade sanitária. Foi garantida confidencialidade dos resultados obtidos e assinado o termo de consentimento informado pelos cuidadores que aceitaram participar no estudo. Todas as informações de identificação do participante foram mantidas em um arquivo fechado e os dados electrónicos mantidos em um computador protegido por senha e acessível apenas para a investigadora

10. Resultados e Discussão

10.1. Resultados

Participaram do estudo 108 cuidadores todos residentes na área de saúde de Xipamanine

Características sociodemográficas dos participantes.

Dos cuidadores entrevistados 95,4% eram do sexo Feminino, a média de idade foi de 29 anos, 70% dos cuidadores eram casados; 23,68% dos cuidadores residiam no bairro de aeroporto B onde se localiza o centro de saúde de Xipamanine; Em relação a profissão 44,04% exerciam a actividade doméstica: O último nível de ensino frequentado pelos cuidadores foi o secundário (65%) e uma pequena parte 3% era analfabeto; 96,3% dos cuidadores vivia em uma casa de alvenaria e em relação a disponibilidade de água potável no quintal 7% dos cuidadores não possuía água no seu quintal.

Tabela 1. Caracterização da amostra(n=108)

Variáveis	Frequência(N)	%
-----------	---------------	---

Sexo do Cuidador		
Feminino	104	95.4
Masculino	4	3.6
Idade dos Cuidadores		
16-26	42	38.9
27-36	53	49.1
37-56	13	12.0
Estado civil dos cuidadores		
Casado	77	71.3
Solteiro	30	27.8
Divorciado	1	0.9
Local de residência dos cuidadores		
Aeroporto A	22	20,4
Aeroporto B	26	24,1
Chamanculo D	19	17,6
Chamanculo D Munhuana	1	0,9
Minkadjuine	4	3,7
Munhuana	5	4,6
Unidade 7	9	8,3
Xipamanine	22	20,4
Profissão		
Domestica	48	44.4
Outras	60	55.6
Escolaridade		
Analfabeto	3	2,8
Ensino primário	21	19,4
Ensino secundário	70	64,8
Ensino superior	11	10,2
Ensino técnico	3	2,8
Tipo de habitação		
Alvenaria	104	96.3
Madeira e areia	4	3.7
Acesso à fonte de água		

Com água potável no quintal	100	92.5
Sem água potável no quintal	8	7.5

Verificar o conhecimento dos cuidadores em relação à higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade

Ao verificar o conhecimento dos cuidadores em relação a higiene oral foi possível constatar o seguinte:

Somente 30,28 % dos entrevistados considerou necessário higienizar a boca de bebês,

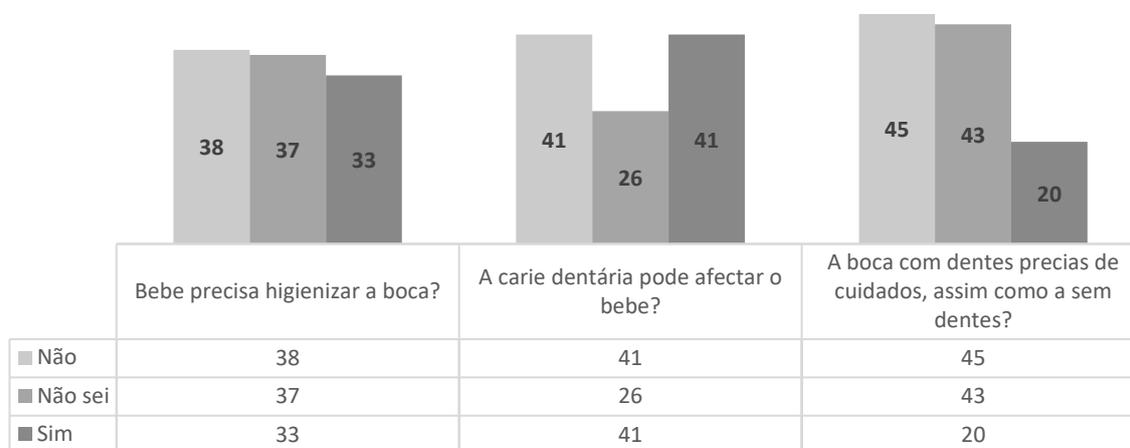
23 % dos cuidadores não sabia se crianças menores de 2 anos de idade podiam desenvolver cárie dentária e 38.53% defendeu que sim é possível uma criança de menos de 2 anos desenvolver carie dentária.

40% dos cuidadores considerou que a boca com dentes necessita de cuidados de higienização se comparado com a boca sem dentes

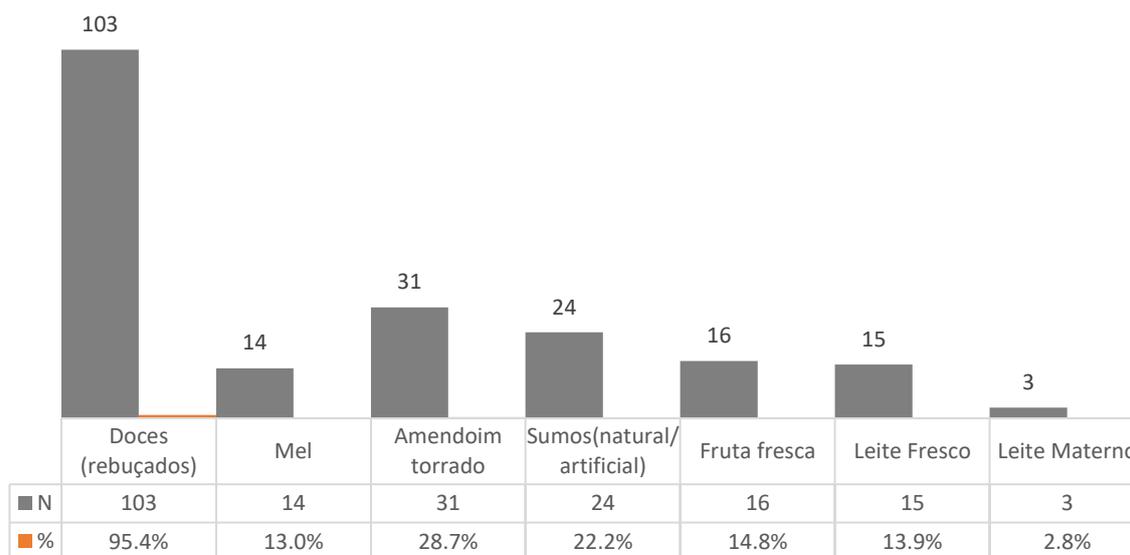
Dos alimentos mencionados no questionário, os doces foram considerados com mais probabilidade de desencadear carie dentaria em 95%.

Gráfico 1 :

Conhecimento dos cuidadores em relação à higiene oral das crianças



Quais alimentos desencadeiam carie dentaria



Analisar as atitudes dos cuidadores em relação á higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade.

Na análise da atitude dos cuidadores foi possível constatar que:

53.4% dos cuidadores consideraram que a única forma de acalmar o bebé era dando leite (peito ou biberão); 84,4 dos cuidadores tinha como hábito acordar os bebés para amamentar ou dar

biberão durante a noite; 62,39 % dos cuidadores não limpavam a boca das crianças depois de amamentar e 66,06% das crianças não deixava que os cuidadores limpassem a boca ou dentes

Perguntas	Alternativas	N	%
A única forma de acalmar o bebé é oferecer mama?	Não	50	46,3
	Não sei	1	0,9
	Sim	57	52,8
É normal um bebé acordar durante a noite para mamar?	Não	14	13,0
	Não sei	2	1,9
	Sim	92	85,2
É fácil limpar a boca do bebé depois de amamentar?	Não	68	63,0
	Não sei	22	20,4
	Sim	18	16,7
Eu tento escovar o meu bebé mais ele não deixa	Não	72	66,7
	Não sei	20	18,5
	Sim	16	14,8

Relatar as práticas dos cuidadores em relação à higiene oral das crianças de 2 a 24 meses de idade.

Em relação a prática dos cuidadores foi possível apurar o seguinte:

Para adormecer os bebés 97,3% dos cuidadores tinha como pratica dar leite ou biberão as crianças (as vezes, sempre e raramente) e 2,8% nunca deram leite ou biberão para adormecer os bebes; Em relação ao exame da cavidade oral das crianças: 6,5% dos cuidadores nunca examinaram a boca das crianças e 40,7% sempre examinam; 37,0% dos cuidadores as vezes adocicava o biberão dos bebes e 10,02% sempre adocicava o biberão; 74,1% dos cuidadores sempre dava água as crianças ,5,6% nunca deu água ,18,5 as vezes dava água e 1,9 raramente dava água as crianças .

Perguntas	Alternativas	N	%
	Às vezes (pelo menos uma vez ao dia)	50	46,3

Com que frequência você examina a boca do seu bebê?	Nunca	7	6,5	
	Raramente (não todos os dias)	7	6,5	
	Sempre (todas as vezes que dorme)	44	40,7	
Com que frequência você dá líquidos adocicados no beberão para seu bebê?	Às vezes (pelo menos uma vez ao dia)	40	37,0	
	Nunca	41	38,0	
	Raramente (não todos os dias)	16	14,8	
	Sempre (todas as vezes que dorme)	11	10,2	
	Com que frequência você dá água pura para seu bebê?	Às vezes (pelo menos uma vez ao dia)	20	18,5
		Nunca	6	5,6
Raramente (não todos os dias)		2	1,9	
	Sempre (todas as vezes que dorme)	80	74,1	
	Voce dà mama para o seu bebè adormecer?	Às vezes (pelo menos uma vez ao dia)	56	51,9
		Nunca	3	2,8
Raramente (não todos os dias)		20	18,5	
	Sempre (todas as vezes que dorme)	29	26,9	

10.2. Discussão

O presente estudo visou avaliar o conhecimento, atitude e praticas dos cuidadores sobre a higiene oral de crianças de 2 a 24 meses de idade, realçando o papel fundamental que este tem na saúde e nos hábitos das crianças.

É pertinente ressaltar que o presente estudo não é representativo para toda área de Xipamanine. Os resultados encontrados não devem ser extrapolados para outros grupos de crianças e cuidadores, considerando a especificidade e o tamanho da amostra deste estudo.

Verificou-se que 94,41% dos participantes do estudo eram do sexo feminino. Estudos mostram que na maioria das vezes é a mulher que se responsabiliza pelas questões que envolvem a saúde, exercendo a função de formadora de saberes e de hábitos da criança; Em estudos anteriores, a população estudada parece reproduzir este padrão, visto uma maior participação de mães nas pesquisas (Kumar,2019).

O presente estudo mostra que em relação ao conhecimento dos cuidadores sobre higiene oral, a maioria dos participantes concorda que os dentes decíduos devem ser escovados (38.53%). Tais resultados corroboram com achados prévios que demonstram que os pais sabem da necessidade de higiene oral, mesmo na dentição decídua, como medida de prevenção a carie e de manutenção da saúde (Martins,2016). No entanto, estudos sugerem que alguns cuidadores deixam a higiene oral a cargo dos filhos, que nesta idade ainda não conseguem realiza-la de forma satisfatória (Gurunathan,2018)

Em relação aos hábitos de dieta, os cuidadores consideraram a ingestão de alimentos açucarados como doces e rebuçados (90%) como alimentos que interferem muito no desenvolvimento da carie. Crianças que apresentam um padrão gustativo preferencial por alimentos açucarados e que realizam um consumo maior de açúcar tem sido relacionada com níveis mais altos de carie (Medeiros,2015)

Os resultados referentes as frequências de higiene oral mostraram que 45,85% examinam a boca das crianças as vezes (não todos os dias). Todos os estudos que avaliaram esta frequência encontraram resultados diferentes pelo senso comum, as pessoas sabem que a frequência de escovação ideal e pelo menos duas vezes ao dia, fazendo com que os participantes tenham uma maior tendência por escolher esta opção de resposta (Santos,2011)

Da mesma forma foram interpretados os resultados em relação a frequência do consumo de bebidas adoçadas pelas crianças. A grande maioria (47,7%) respondeu que o consumo ocorre ate três vezes ao dia.

Muitas vezes, a população recebe orientações sobre a saúde oral e em alguns casos não conseguem compreende-las ou interpreta-las, dificultando dessa forma que as aplique na rotina diária (Garbin CAS,2015)

O desconhecimento sobre saúde oral na infância pelos cuidadores representa um factor a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes Mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, e apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde (PauletoARC,2004). conhecer os hábitos e as informações que os pais/responsáveis apresentam sobre a saúde oral na infância, permite a elaboração de estratégias coerentes com esta realidade, que poderá propiciar a aquisição e manutenção da saúde como um todo da criança

11. Conclusões e Recomendações

11.1. Conclusões

A importância e a preocupação com a saúde oral começam a ser percebidas após o aparecimento dos dentes decíduos sendo para as crianças sem dentes ainda escassa;

Apesar de algum conhecimento por parte dos cuidadores, ainda é possível verificar lacunas no que concerne as atitudes e práticas.

A avaliação do conhecimento detalhado dos cuidadores em relação a higiene oral é importante para a percepção das dificuldades encontradas para higienizar a cavidade oral das crianças.

Contudo, os resultados do presente estudo indicam a necessidade de intervenção na educação em Saúde com maior enfoque para as crianças antes do aparecimento da dentição decídua esta educação em saúde pode ser feita a nível das consultas pré-natais, maternidade e nas curvas de peso

Portanto, este estudo constitui um documento legítimo de conhecimento da realidade e da proposta para melhoria

11.2. Recomendações

A partir dos resultados encontrados neste estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos cuidadores em relação a higiene oral de crianças de 2 a 24 meses de idade faz-se as seguintes recomendações:

1. Nas palestras de promoção de saúde, colocar também tema sobre a higiene oral das crianças: Nas consultas pré-natais, planeamento familiar, maternidade reforçar as mães da necessidade de higienizar a cavidade oral das crianças mesmo que estes não apresentem a dentição erupcionados;
2. Especificamente na curva do peso reforçar a necessidade de higienizar a cavidade oral das crianças pelos cuidadores;
3. Divulgar para os Mídias a necessidade de higienizar a cavidade oral de bebés e crianças mesmo sem dentes, pois a situação encontrada na área de Xipamanine pode estar a repetir se em outras áreas de saúde.

12. Referencias bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Projecto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília; 2010.
- Kumar G, Dhillon JK, Vignesh R, Garg A. Knowledge, attitude, and practical behavior of parents regarding their child's oral health in New Delhi. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2019;37(1):3
- Braga, M. M.; Mendes, F. M.; Imparato, J. C. P. A Doença Cárie Dentária. In: Imparato, J. C. P.; Raggio, D. P.; Mendes, F. M. Selantes de Fossas e Fissuras: Quando como e por quê? 1. Ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.
- Klein, H; Palmer, Ce; Knutson, Jw. Studies On Dental Caries: I. Dental Status and Dental Needs of Elementary School Children. Public Health Rep. 1938; 53 (1): 751-76.
- Brasil. Ministério da Saúde. Legislação Básica do Sus. Portal da Saúde (Www.Saúde.Gov.Br). Brasília: Ministério da Saúde. Acessado a 5 de Abril de 2013. Disponível. Em: [Http://Portalsaude.Saude.Gov.Br/Portalsaude/Área/313/Legislação.Html](http://Portalsaude.Saude.Gov.Br/Portalsaude/Área/313/Legislação.Html). (A)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

- Básica. Coordenação Nacional De Saúde Bucal. Brasília: Ms-Cnsb, 2004a.
- Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projecto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ms-Cnsb, 2004b.
 - Andrade, P.; Júnior, J.; Penha, E.; Almeida, M. E Costa, C. 2016. Conhecimento de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na infância. *Revista Brasileira de Ciências de Saúde*, Volume 20, 133- 140.
 - Antunes, J.L.F. E Peres, M.A. 2006. *Fundamentos de Odontologia - Epidemiologia da Saúde Bucal*. São Paulo, Editora Santos.
 - Barbato, P.R. 2007. Perdas Dentárias e Factores Sociais, Demográficos e de Serviços Associados, em Adolescentes e Adultos Brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (3), 7.
 - Bardin, L. 2009. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
 - Brasil. 2008. Lei n.º 11.889, de 24 de Dezembro de 2008. Acedido a 28 de Janeiro de 2020, disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2008/lei-11889-24-dezembro-2008-585075-veto-107998-pl.html>
 - Candeias, N.M.F. E Marcondes, R.S. 1979. Diagnóstico em Educação em Saúde: Um Modelo para Analisar as Relações entre Atitudes e Práticas na Área de Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, 13:63-8.
 - Arora A, Scott Ja, Bhole S, do L, Schwarz E, Blinkhorn As. Early Childhood Feeding Practices and Dental Caries in Preschool Children: A Multi-Centre Birth Cohort Study. *Bmc Public Health* 2011; 11:28.
 - Oral Health [Website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/topics/oral_health/en/, Accessed 2 December 2015).
 - Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1, Accessed 2 December 2015).
 - Marcenes W, Kassebaum Nj, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010. A Systematic Analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592–7.
 - Reis Dm, Pitta Dr., Ferreira Hmb, Jesus Mcpd, Moraes Meld, Soares Mg. Educação em

Saúde como Estratégia de Promoção de Saúde Bucal em Gestantes. *Ciência & Saúde Colectiva*.2010;15(1):269-76.

- Losso em, Tavares Mcr, Silva Jybd, Urban4 Cda. Severe Early Childhood Caries: An Integral Approach. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*. 2009;85(4):295-300.
- Lin Dl, Harrison R, Aleksejuniene J. Can a Prenatal Dental Public Health Program Make a Difference? *J Can Dent Assoc*. 2011;77: B32.
- ScarpelliI et al. Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-Ecohis). *Bmc Oral Health, London*, V.13, P. 11-19, Jun. 2011.
- Mohebbi Sz, Virtanen Ji, Murtomaa H, Vahiid-Golpayegani M, Vehkalahti Mm. Mothers as Facilitators of Oral Hygiene in Early Childhood. *International Journal of Pediatric Dentistry*. 2008; 18:48-55.
- Souza, e. r. l. de; Santos, j. f. d. dos; Oliveira-filho, a. a. de; Alves, m. a. s. g. conhecimento de pais e cuidadores sobre saúde bucal de crianças pré-escolares. *revista ufg, goiânia*, v. 17, n. 20, 2018.

13. Apêndice

13.1 Folha de informação ao participante

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DA SAÚDE DA COMUNIDADE
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
Informação para o Cuidador

Título de estudo: Conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade em relação à higiene oral, no Centro de Saúde de Xipamanine

Introdução

Esta declaração tem como finalidade dar-lhe informação sobre esta pesquisa de modo a ajudar a decidir se quer participar ou não. Uma cópia desta declaração ficará caso aceite participar.

Chamo-me Eunice Silvia Daniel Zimba Fumo, sou Médica Dentista e mestranda em saúde pública na UEM, Faculdade de Medicina. Estou a realizar uma pesquisa sobre Conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade em relação à higiene oral, no Centro de Saúde de Xipamanine.

As doenças orais estão entre as doenças não transmissíveis mais comuns e podem afectar as pessoas ao longo da sua vida, causando dor, desfiguração e até mesmo a morte.

Durante o estágio realizado por mim em 2017 nesta unidade sanitária, algumas mães apareceram as consultas de estomatologia com crianças de dentição decídua com dor de dente e despertou na investigadora a curiosidade em saber se cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade, têm conhecimento sobre a importância de cuidar de saúde oral das crianças?

O conhecimento dos cuidadores sobre a prevenção das doenças orais pode ser uma das bases para diminuir o número de crianças com idade compreendida entre 2 a 24 meses que chegam a Unidade Sanitária com os dentes em uma fase completa de destruição, levando a extração como a única opção do tratamento.

Procedimentos

Se aceitar participar neste estudo, irá responder às perguntas sobre: dados pessoais em relação a idade, nível de escolaridade; local de residência, nacionalidade, tipo de residência, 3 categorias de perguntas sobre higiene oral para verificar o conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores. A aplicação do questionário terá uma duração de 20 minutos em média.

Riscos e benefícios

O estudo apresenta riscos mínimos para si. Em uma primeira fase este estudo não foi concebido para o seu benefício directo. Porém, a posterior dependendo dos resultados do estudo, pode-se avaliar a necessidade de promover educação em saúde em grupos populacionais específicos.

Confidencialidade

Para cada guião de entrevista terá um número de identificação (ID) do estudo, gerado segundo a sequência das entrevistas, e apenas o investigador terá acesso a um arquivo que ligue o ID e o nome da unidade sanitária. Todas as informações de identificação do participante serão mantidas em um arquivo fechado e os dados electrónicos serão mantidos em um computador protegido por senha em um escritório trancado e acessível apenas para o investigador.

Quem contactar se tiver perguntas

Se tiver alguma pergunta sobre esta pesquisa poderá contactar se tiver alguma pergunta sobre os seus direitos em tanto que participante nesta pesquisa, ou se sentir que não foi tratado de forma adequada, pode contactar a Sra. presidente do Comité de bioética (tel. ____823992590)

Investigadora Principal: Eunice Silvia Daniel Zimba Fumo

13.2 . Consentimento Informado

Nome do participante

Código do participante_____

Tendo eu sido convidado/a a participar no estudo: “Conhecimento, atitudes e práticas de cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade em relação à higiene oral, no Centro de Saúde de Xipamanine”

Eu_____declaro que:

Fui informado/a de forma satisfatória que a presente pesquisa tem por finalidade recolher informação sobre o Conhecimento, atitudes e práticas de cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade, em relação á de higiene oral no Centro de Saúde de Xipamanine.

Fui devidamente esclarecido/a da natureza da minha participação nesta pesquisa, dos riscos e benefícios que dela decorrem;

1. Compreendi que não receberei nenhuma recompensa material nem monetária por participar do estudo;
2. Fui devidamente esclarecido do direito que tenho em me retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.
3. Compreendi que a informação relativa à minha participação terá carácter confidencial, e que em termos de grupo a informação será utilizada para caracterizar o que as pessoas sabem e para melhorar a qualidade de provisão dos serviços de saúde com mais qualidade.
4. Compreendi também que se tiver perguntas poderei faze-las, contactando a qualquer momento FM&HCM representado pela Presidente (823992590) ou do Vice-Presidente (846073868).

5. Ou então se tiver alguma pergunta sobre os seus direitos em tanto que participante nesta pesquisa, ou se sentir que não foi tratado de forma adequada, pode contactar a Sra. _____ presidente ____ do Comité _____ de bioética _____ (tel. ____823992590)

Assinatura do participante

Maputo, aos ____ de _____ 2023

FC



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CIDADE DE MAPUTO
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

A
Faculdade de Medicina da Universidade
Eduardo Mondlane (UEM)
MAPUTO

N/Ref. n.º 3852 /SSCM/050/1/2021

Data: 21 de Junho de 2021

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização para desencadear a pesquisa intitulada "Conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores de crianças dos 2 meses aos 24 meses de idade em relação a higiene oral, no Centro de Saúde de Xipamanine"

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo acusa a recepção do pedido da Sra. Eunice Silvia Daniel Zimba Fumo, estudante de Mestrado em Saúde Pública na UEM, com assunto em epígrafe.

Sobre a matéria, comunica-se que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo (SSCM) autoriza a realização da actividade solicitada, devendo apresentar os resultados da pesquisa ao SSCM.

Sem mais de momento, queiram aceitar as nossas calorosas saudações.



Dra. Sheila Márcia Taju Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral da 1ª)

CC: Sra. Eunice Silvia Daniel Zimba Fumo
Centro de Saúde de Xipamanine

Endereço: Serviço de Saúde da Cidade de Maputo
C.P. 2217
Av. Maguigana n.º 1240
E-mail: dscm.gabdirector@gmail.com

Telefone: 21-360276/
Telefax: 21-048658/ 21-4302
MAPUTO - República de Moçambique

14 Instrumento de recolha de dados - Conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores de crianças de 2 a 24 meses de idade em relação à higiene oral, no Centro de Saúde de Xipamanine

A. Dados gerais

Código do participante	
Data da entrevista	__ _ _ 2023
Hora de início da entrevista	__ _ : __ _ horas
Nome do entrevistador (Primeiro e último nome)	

B. Dados sócio demográficos

N.º	Perguntas	Opções de resposta	Observação
P01	Sexo	Masculino 00 Feminino 01	
	Idade do cuidador/a, em anos.	__ _ _	
	Idade da criança em meses		
	Estado civil	Casado(a) 00 Solteiro(a) 01 Divorciado(a) 02	
	Local de residência Indicar o nome do bairro	Listar as opções correspondentes à área de saúde _____	
	Profissão	_____	
	Escolaridade	Ensino primário 00 Ensino secundário 01 Ensino técnico 02 Ensino superior 03 Analfabeto 04	
	Nacionalidade	Moçambicano/a 00 Outro 01 (Especifique) _____	
	Naturalidade Indicar o distrito de nascimento	_____	
	Tipo de habitação	Alvenaria 01 Madeira e areia 02 Caniço 03 Outro 98	
	Acesso à fonte de água potável	Sim 00 Não 01 Não sei..... 96	
	Acesso à energia eléctrica	Sim 00 Não 01	

	Não sei	96	
--	---------------	----	--

C. Conhecimento dos cuidadores em relação à higiene oral

N.º	Pergunta	Opções de resposta	Observação
	Um bebé de 2 meses precisa de higienizar a boca?	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	A cárie dentária (dente podre) pode afectar crianças menores de 2 anos?	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	É possível que os dentes dos bebés já nasçam com cáries (dente podre)?	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	A boca sem dentes precisa de cuidados da mesma forma que os que tem dentes?	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	Quais desses alimentos causam cáries?		
	Doces (rebuçados)	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	Fruta fresca	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	Amendoim torrado	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	Leite fresco	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	Leite materno	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	Mel	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	Sumos (natural/artificial)	Sim 00 Não 01 Não sei 96	

D. Atitudes dos cuidadores em relação à higiene oral

N.º	Perguntas	Opções de resposta	Observação
	A única forma de acalmar o bebé é oferecer mama?	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	É normal um bebé de 2 anos acordar durante a noite para mamar (biberão/peito)	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
	É fácil limpar a boca do bebé depois de amamentar?	Sim 00 Não 01 Não sei 96	

	Eu tento escovar os dentes do meu bebê, mas ele não deixa	Sim 00 Não 01 Não sei 96	
--	---	--	--

E. Práticas das mães em relação à higiene oral

N.º	Perguntas	Opções de resposta	Observação
	Você dá mama para seu bebê adormecer? Sempre (todas as vezes que dorme) Às vezes (pelo menos uma vez ao dia) Raramente (não todos os dias) Nunca	Sempre 00 Às vezes 01 Raramente 02 Nunca 03	
	Com que frequência você examina a boca de seu bebê? Sempre (todas as vezes que dorme) Às vezes (pelo menos uma vez ao dia) Raramente (não todos os dias) Nunca	Sempre 00 Às vezes 01 Raramente 02 Nunca 03	
	Com que frequência você dá líquidos adocicados no beberão para o bebê? Sempre (todas as vezes que dorme) Às vezes (pelo menos uma vez ao dia) Raramente (não todos os dias) Nunca	Sempre 00 Às vezes 01 Raramente 02 Nunca 03	
	Com que frequência você dá água pura para bebê? Com que frequência você limpa os dentes do bebê? Sempre (todas as vezes que dorme) Às vezes (pelo menos uma vez ao dia) Raramente (não todos os dias) Nunca	Sempre 00 Às vezes 01 Raramente 02 Nunca 03	
	Até que idade seu bebê mamou exclusivamente no peito. Sempre (todas as vezes que dorme) Às vezes (pelo menos uma vez ao dia) Raramente (não todos os dias) Nunca	Até 6 meses Até 18 meses..... Até 2 anos	
	Até que idade seu bebê mamou de forma não exclusiva o peito	6 meses 18 meses..... 2 anos.....	

	Sempre (todas as vezes que dorme) Às vezes (pelo menos uma vez ao dia) Raramente (não todos os dias) Nunca		
--	---	--	--