



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estudo psicométrico da Parental-Caregiver Perception Questionnaire

Madalena Leonor Almeida de Sousa

junho de 2026

Estudo psicométrico da Parental-Caregiver Perception Questionnaire

Madalena Leonor Almeida de Sousa

Estágio com Relatório Final

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Luís Miguel Condeço

junho de 2026

"Se cheguei até aqui, foi porque me apoiei no ombro de gigantes."
Isaac Newton

Agradecimentos

A realização do presente relatório de estágio representa a concretização de um percurso académico e pessoal exigente, que só foi possível graças ao contributo, apoio e incentivo de várias pessoas, a quem deixo palavras de sincero reconhecimento.

Ao meu orientador, Professor Luís Condeço, expresso o meu profundo agradecimento pela disponibilidade, orientação científica, partilha de conhecimentos e acompanhamento ao longo desta etapa, que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento académico e profissional.

Às enfermeiras supervisoras de estágio, Carla, Salete e Helena, agradeço a proximidade, o apoio constante, a partilha de experiências e a orientação prática, que contribuíram de forma decisiva para a consolidação de competências enquanto enfermeira na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Aos meus colegas de trabalho, agradeço a compreensão nos momentos em que as exigências académicas se sobrepuseram, e o encorajamento que tornou esta conciliação possível.

À minha família e amigos, deixo um agradecimento especial pelo incentivo, compreensão e apoio demonstrados ao longo de todo este caminho, sobretudo nos momentos de maior exigência e cansaço.

À minha **Mãe**, um agradecimento muito especial pelo apoio incondicional e constante ao longo de todo o meu caminho desde estudante de enfermagem. Destaco, de forma particular, toda a ajuda prestada no cuidado dos meus filhos durante a minha ausência para aulas, estágio e trabalho, permitindo-me conciliar as exigências académicas, profissionais e familiares. A sua dedicação, disponibilidade e amor foram determinantes para a concretização desta etapa formativa. Sem ela, nada teria sido possível.

Resumo

Introdução: Ao longo da formação especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foram desenvolvidas competências centradas na criança e na família, com enfoque na promoção da saúde, na prevenção da doença e na qualidade dos cuidados. A saúde oral assume particular relevância pelo seu impacto no bem-estar e na qualidade de vida infantil. A sua avaliação pode ser realizada através da percepção dos pais/cuidadores, sendo o Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) um instrumento amplamente utilizado para este fim.

Objetivo: Refletir criticamente sobre as competências desenvolvidas ao longo do percurso de estágio e avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do P-CPQ.

Metodologia: Recorreu-se a uma metodologia crítico-reflexiva para analisar as competências desenvolvidas nos contextos de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Neonatologia. Paralelamente, realizou-se um estudo metodológico, transversal e quantitativo, com uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 250 pais/cuidadores de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos. Procedeu-se à análise da consistência interna, fiabilidade compósita, validade convergente e discriminante e análise fatorial confirmatória.

Resultados: A versão portuguesa do P-CPQ apresentou elevada consistência interna para a escala global ($\alpha = 0,909$; $\omega = 0,906$), com melhores indicadores nas dimensões de Bem-estar Emocional e Bem-estar Social. A análise fatorial confirmatória sustentou globalmente a estrutura teórica do instrumento, verificando-se cargas fatoriais estatisticamente significativas para todos os itens. Os resultados evidenciaram propriedades psicométricas globalmente adequadas, embora as dimensões clínicas tenham apresentado indicadores menos robustos de validade convergente e discriminante. O percurso de estágio permitiu consolidar competências especializadas na avaliação da criança e da família, comunicação terapêutica, gestão da dor, promoção do desenvolvimento infantil, capacitação parental e prestação de cuidados centrados na família.

Conclusão: A versão portuguesa do P-CPQ demonstrou propriedades psicométricas globalmente adequadas, sustentando a sua utilização na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças portuguesas. O percurso formativo contribuiu para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reforçando a integração da evidência científica na prática clínica e a prestação de cuidados centrados na criança e na família.

Palavras-chave: qualidade de vida; saúde oral; criança; cuidadores; estudos de validação.

Abstract

Introduction: Throughout the specialization in Child and Pediatric Health Nursing, competencies focused on child- and family-centred care were developed, with emphasis on health promotion, disease prevention, and quality of care. Oral health plays a key role in children's overall well-being and quality of life. Its assessment may be undertaken through parental and caregiver perceptions, with the Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) being a widely used instrument for this purpose.

Objective: To critically reflect on the competencies developed throughout the clinical placement experience and to evaluate the psychometric properties of the Portuguese version of the P-CPQ.

Methods: A critical-reflective approach was used to analyse the competencies developed in Pediatric Emergency Care, Pediatric Inpatient Care, and Neonatology settings. In parallel, a quantitative, cross-sectional, methodological study was conducted with a non-probabilistic convenience sample of 250 parents/caregivers of children aged between 6 and 14 years. Internal consistency, composite reliability, convergent and discriminant validity, and confirmatory factor analysis were assessed.

Results: The Portuguese version of the P-CPQ demonstrated high overall internal consistency ($\alpha = 0.909$; $\omega = 0.906$), with stronger indicators in the Emotional Well-being and Social Well-being dimensions. Confirmatory factor analysis generally supported the theoretical structure of the instrument, with statistically significant factor loadings for all items. The findings indicated overall adequate psychometric properties, although the clinical dimensions showed less robust convergent and discriminant validity indicators. The clinical placement experience contributed to the development of specialized competencies in child and family assessment, therapeutic communication, pain management, child development promotion, parental empowerment, and family-centred care.

Conclusion: The Portuguese version of the P-CPQ demonstrated overall adequate psychometric properties, supporting its use in assessing oral health-related quality of life among Portuguese children. The training pathway contributed to the development of specialized competencies in Child and Pediatric Health Nursing, reinforcing the integration of scientific evidence into clinical practice and the delivery of child- and family-centred care.

Keywords: oral health-related quality of life; oral health; child; caregivers; validation studies

Sumário

Lista de tabelas

Lista de quadros

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Introdução	19
Parte I – Percurso Formativo em Estágio	21
1. Desenvolvimento das competências comuns do EE.....	23
2. Desenvolvimento das competências específicas do EEESIP	25
3. Estágio Urgência Pediátrica.....	27
4. Estágio Internamento de Pediatria	33
5. Estágio Neonatologia	39
Parte II – Estudo de Investigação	43
6. Enquadramento Teórico.....	45
6.1. Saúde Oral na Infância: Epidemiologia e Impacto Multidimensional	46
6.2. Políticas Públicas em Portugal: O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO).....	47
6.3 Utilização dos Serviços de Saúde Oral em População Infantil	49
6.4. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral e o Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica	50
6.5. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral	51
6.6. Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ): Desenvolvimento e Evidência Internacional	52
7. Metodologia.....	55
7.1. Objetivos da Investigação.....	55
7.2. Tipo de Estudo	56
7.3. População e Amostra	57
7.4. Instrumentos de Colheita de Dados.....	57
7.5. Tratamento de Dados	59
7.6. Procedimentos Éticos	60
8. Resultados	63
9. Discussão dos Resultados	77

10. Conclusão	83
Considerações Finais.....	85
Referências bibliográficas	87
Anexos	97
Anexo I – Escala P-CPQ	99

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1	Caracterização Sociodemográfica 64
Tabela 2	Saúde oral e comportamentos dos pais/cuidadores 65
Tabela 3	Vigilância de saúde e hábitos da criança 66
Tabela 4	Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (versão portuguesa) 67
Tabela 5	Estatísticas descritivas dos itens do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire 69
Tabela 6	Consistência interna do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire 71
Tabela 7	Rácios críticos e cargas fatoriais padronizadas da análise fatorial confirmatória do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire 74
Tabela 8	Fiabilidade compósita, validade convergente e discriminante do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire 76

Lista de quadros

		Pág.
Quadro 1	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019)	24
Quadro 2	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018)	26
Quadro 3	Idades de referência e atribuição do cheque-dentista no âmbito do PNPSO	48

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APAV	Associação de Apoio à Vítima
CNPDP CJ	Comissão Nacional de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens
DGS	Direção Geral de Saúde
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
MESIP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
MTS	Manchester Triage System
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
HBM	Health Belief Model
OE	Ordem dos Enfermeiros
OHIP	Oral Health Impact Profile
OMD	Ordem dos Médicos Dentistas
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
P-CPQ	Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire
PIPP	Premature Infant Pain Profile
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
QVRSO	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral
RN	Recém-nascido
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SP	Serviço de Pediatria
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCERN	Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido
ULSTMAD	Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro
VSR	Vírus Sincicial Respiratório
WHO	World Health Organization

Introdução

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel central na promoção do potencial máximo de saúde da criança e do recém-nascido, integrando uma abordagem especializada que reconhece a singularidade de cada fase do desenvolvimento e a importância do contexto familiar. Cuidar da criança implica, assim, mais do que responder à doença; exige compreender a sua experiência, promover o seu bem-estar e capacitar a família enquanto parceira ativa no processo de cuidados.

O presente relatório insere-se no percurso formativo conducente à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo um espaço de reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências clínicas especializadas ao longo de diferentes contextos de prática. Este percurso é enquadrado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, relativo às competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), e pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

A construção de uma prática especializada implicou a mobilização integrada de competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Paralelamente, foram desenvolvidas competências específicas orientadas para a maximização da saúde da criança, do jovem e da família (E1), a resposta a situações de especial complexidade (E2) e a prestação de cuidados adequados ao ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança e do jovem (E3), refletindo uma prática centrada na criança e família, sustentada na evidência científica e na tomada de decisão clínica fundamentada.

Neste contexto, a saúde oral emerge como uma dimensão essencial da saúde global da criança, com impacto significativo no seu bem-estar físico, emocional e social (WHO, 2022). Apesar dos avanços na promoção da saúde, a cárie dentária mantém-se como uma das patologias crónicas mais prevalentes na infância, constituindo um importante problema de saúde pública (Peres et al., 2019). O seu impacto ultrapassa a dimensão clínica, podendo interferir com funções básicas como a alimentação e o sono, bem como com o desempenho escolar e a qualidade de vida da criança (Wu et al., 2024).

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) traduz a perceção subjetiva do impacto das condições orais no quotidiano e bem-estar da criança, sendo um constructo multidimensional que integra dimensões físicas, emocionais e sociais. Contudo, em idade pediátrica, a avaliação desta perceção apresenta desafios, uma vez que as limitações do desenvolvimento cognitivo e linguístico podem dificultar a expressão direta da

criança. Neste sentido, os pais/cuidadores assumem um papel fundamental enquanto informadores privilegiados da experiência da criança.

O Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), desenvolvido por Jokovic et al. (2003), constitui um instrumento de referência internacional para avaliar a percepção parental sobre o impacto da saúde oral em crianças dos 6 aos 14 anos, organizando-se em quatro domínios: sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social.

Embora tenha sido realizado um processo prévio de adaptação cultural do P-CPQ para o contexto português, no âmbito de uma monografia de licenciatura (Pinto et al., 2025), é necessário proceder à avaliação das suas propriedades psicométricas na população nacional. A literatura metodológica sustenta que a adaptação transcultural deve ser consolidada por um processo rigoroso de validação, assegurando a fiabilidade, a validade de construto e a adequação sociocultural do instrumento (Hair et al., 2022; Kyriazos, 2018).

Assim, foi desenvolvido um estudo metodológico com o objetivo de validar a versão portuguesa do P-CPQ, através da análise da sua consistência interna e validade estrutural, numa amostra de pais/cuidadores de crianças em idade escolar. Este estudo assume uma abordagem quantitativa, de natureza transversal, contribuindo para a disponibilização de um instrumento robusto para a prática clínica e investigação em saúde infantil.

Paralelamente à componente de investigação, este relatório reflete o percurso formativo experienciado em contexto de estágio. Mais do que um requisito formal, teve como objetivo o aprimoramento de competências especializadas na prestação de cuidados à criança, ao recém-nascido e à família. O contacto direto com diferentes cenários de prática clínica permitiu desenvolver competências na avaliação das necessidades da criança e da família, na implementação de intervenções preventivas e promotoras da saúde e na utilização da comunicação terapêutica como instrumento de cuidado. Este percurso foi sustentado por uma abordagem centrada na família e orientada pela reflexão crítica sobre a prática.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes distintas: a primeira descreve o percurso formativo em contexto de estágio, com reflexão crítica sobre as experiências nas diferentes áreas de prática clínica; a segunda corresponde ao estudo de investigação, incluindo o enquadramento teórico, a metodologia, os resultados e a respetiva discussão.

Parte I – Percurso Formativo em Estágio

1. Desenvolvimento das competências comuns do EE

Durante o percurso de estágio foram desenvolvidas as competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Quadro 1).

A competência A1, "*Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*", orientou a tomada de decisão clínica, com enfoque na gestão da informação, na confidencialidade dos dados e na adequação da comunicação ao nível de literacia em saúde de cada família. Em contexto de urgência pediátrica, esta competência revelou-se especialmente exigente, nomeadamente na transmissão de informação em momentos de instabilidade clínica, onde a clareza da comunicação e o respeito pela família se tornam ainda mais determinantes.

A competência A2, "*Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*", foi desenvolvida através da promoção da participação ativa dos pais/cuidadores no processo de tomada de decisão. Em contexto de internamento pediátrico e neonatologia, esta competência concretizou-se através da negociação e do incentivo ao envolvimento progressivo dos pais nos cuidados ao recém-nascido, respeitando o seu ritmo, valores e crenças.

Quanto à melhoria contínua da qualidade, a competência B1, "*Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*", foi desenvolvida através da integração nos protocolos institucionais e da elaboração de instrumentos de apoio à prática clínica, como normas e materiais de suporte à equipa, com vista à uniformização dos cuidados.

A competência B2, "*Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua*", concretizou-se na utilização sistemática de evidência científica e recomendações atualizadas, nomeadamente na vigilância clínica da criança com patologia respiratória, na capacitação dos pais para a continuidade dos cuidados no domicílio e na implementação de intervenções alinhadas com as melhores recomendações disponíveis.

No que respeita à competência B3, "*Garante um ambiente terapêutico e seguro*", esta foi evidenciada na gestão do ambiente de cuidados, quer pela adaptação de estímulos em contexto de urgência para crianças com maior sensibilidade sensorial, quer pela implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção em neonatologia.

Na gestão dos cuidados, a competência C1, "*Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde*", foi desenvolvida através da colaboração com a equipa multidisciplinar e da partilha estruturada de informação durante as passagens de turno, assegurando a continuidade e a coerência dos cuidados.

A competência C2, "*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*", assumiu particular relevância em contexto de urgência pediátrica, onde a priorização dos cuidados e a gestão eficiente dos recursos exigiram uma postura proativa e uma adaptação contínua à variabilidade da situação clínica.

A competência D1, "*Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*", foi trabalhada através da reflexão crítica contínua sobre a prática e da adaptação da comunicação às diferentes faixas etárias e contextos familiares, promovendo relações terapêuticas sustentadas na confiança.

Por fim, a competência D2, "*Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*", esteve presente de forma transversal ao longo de todo o percurso formativo, sustentando a tomada de decisão clínica através da integração da melhor evidência científica disponível, dos protocolos institucionais e das recomendações atualizadas, com vista à prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na criança e na família.

Quadro 1 — Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019)

Código	Domínio	Competência
A1	Responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional
A2	Responsabilidade profissional, ética e legal	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
B1	Melhoria contínua da qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
B2	Melhoria contínua da qualidade	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua
B3	Melhoria contínua da qualidade	Garante um ambiente terapêutico e seguro
C1	Gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde
C2	Gestão dos cuidados	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados
D1	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
D2	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

2. Desenvolvimento das competências específicas do EEESIP

O desenvolvimento das competências específicas do EEESIP constituiu o eixo central do percurso de estágio, enquadrando-se no Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, da Ordem dos Enfermeiros. A sua concretização implicou a mobilização integrada de conhecimentos técnico-científicos, capacidades relacionais e tomada de decisão clínica em contextos de crescente complexidade.

Estas competências, sistematizadas no quadro 2, organizam-se em torno de três grandes áreas: a maximização da saúde da criança/jovem e família (E1), a gestão de situações de especial complexidade (E2) e a prestação de cuidados adequados ao desenvolvimento infantil (E3). Na prática, traduziram-se em intervenções de promoção do crescimento e desenvolvimento, vigilância e intervenção precoce em situações de desvio, capacitação da família para a autogestão da doença, identificação de situações de risco e vulnerabilidade, e resposta a contextos de urgência e doença crónica complexa.

Os diferentes contextos de estágio, urgência de pediatria, internamento e neonatologia, constituíram espaços complementares de aprendizagem, cada um com as suas especificidades e exigências. De entre eles, a neonatologia revelou-se o contexto mais marcante. O contacto com recém-nascidos pré-termo e gravemente doentes confrontou-me com uma realidade de elevada fragilidade e complexidade, para a qual a preparação teórica, embora essencial, não é suficiente. Foi neste contexto que experienciei de forma mais intensa a responsabilidade inerente à prática especializada, mas também aquele em que a confiança clínica mais se consolidou, à medida que a experiência prática se transformava em aprendizagem significativa.

Ao longo dos diferentes contextos, a evolução foi progressiva. A segurança técnica foi sendo construída através da prática repetida e reflexiva, mas foi sobretudo a relação com a criança, a família e a equipa que moldou o meu desenvolvimento enquanto futura EEESIP. Nas secções seguintes, cada contexto é descrito e analisado de forma crítica, articulando as experiências vividas com as competências desenvolvidas.

Quadro 2 — Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018)

Código	Competência	Subcompetências
E1	Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde	—
E1.1	Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade e da capacidade para gerir o regime	E1.1.1 Negoceia a participação da criança/jovem e família; E1.1.2 Comunica com técnicas apropriadas à idade e cultura; E1.1.3 Utiliza estratégias motivadoras; E1.1.4 Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas; E1.1.5 Procura oportunidades para trabalhar com a família
E1.2	Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco	E1.2.7 Avalia conhecimentos e comportamentos relativos à saúde; E1.2.8 Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança
E2	Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade	—
E2.1	Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados apropriados	E2.1.1 Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória
E2.2	Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas	E2.2.3 Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor
E2.3	Responde de forma eficaz em situações de risco	—
E2.5	Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade	E2.5.1 Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem
E3	Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	—
E3.1	Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil	E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento
E3.2	Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais	E3.2.1 Avalia o desenvolvimento da parentalidade
E3.3	Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura	E3.3.3 Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem

3. Estágio Urgência Pediátrica

O estágio em Urgência Pediátrica constituiu o primeiro contexto de prática clínica do percurso formativo em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assumindo um papel estruturante no desenvolvimento do raciocínio clínico, da priorização e da resposta a situações agudas e potencialmente emergentes. Este contexto, marcado pela imprevisibilidade e pela exigência de respostas céleres, obrigou à mobilização imediata de conhecimentos que não se limitam à dimensão técnica, estendendo-se também à gestão emocional da criança e da sua família.

O estágio decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de uma Unidade Local de Saúde do norte do país, que presta cuidados diferenciados à criança e ao jovem desde o período neonatal até aos 17 anos e 364 dias, em situações agudas e emergentes.

O serviço dispõe de uma estrutura física adequada à especificidade pediátrica, com sala de triagem, sala de emergência equipada com carro de emergência pediátrico, desfibrilhador, ventiladores e monitores multiparamétricos, unidades de internamento de curta duração, sala de inaloterapia e copa de leites. Esta organização, aliada à disponibilidade de recursos humanos e materiais, garante uma resposta eficaz a situações clínicas de diferente gravidade.

A equipa multidisciplinar inclui enfermeiros, entre os quais enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, médicos pediatras e internos de especialidade, e assistentes operacionais e administrativos. O modelo de cuidados privilegia a segurança e a humanização, assegurando a presença e o envolvimento da família sempre que a situação clínica o permite.

A prática quotidiana no SUP confrontou-me com uma vasta diversidade de situações clínicas, desde patologias respiratórias e traumatismos até crises convulsivas, cuja imprevisibilidade exigiu uma resposta ágil e fundamentada.

Os objetivos delineados para este estágio centraram-se no conhecimento da estrutura e funcionamento do serviço, na compreensão do papel do EEESIP na gestão e coordenação dos cuidados em urgência, na aplicação de protocolos em situações emergentes, na integração na equipa multidisciplinar e no desenvolvimento de competências na identificação e proteção da criança em situações de risco. A sua concretização ocorreu através de uma participação ativa nas diferentes áreas da urgência, em que cada atividade, da triagem à preparação do material de emergência, foi assumida como uma oportunidade de aprendizagem.

A aplicação sistemática do Manchester Triage System (MTS), em conformidade com as diretrizes da Direção-Geral da Saúde (DGS), constituiu o suporte elementar para a tomada

de decisão em contextos de pressão. Importa salientar que a realização da triagem está reservada a enfermeiros com formação específica, pelo que a minha participação decorreu sempre sob supervisão e com apoio sistemático a documentos orientadores.

Apesar de já ter contactado com a urgência pediátrica no estágio de licenciatura, regressar a este contexto após anos de prática em medicina interna de adultos e, mais recentemente, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), constituiu um desafio de adaptação superior ao inicialmente esperado. A pediatria exige uma reconfiguração do olhar clínico, os sinais são diferentes, as respostas fisiológicas são distintas e a criança não verbaliza o que sente da mesma forma que um adulto. A este desafio técnico juntou-se a dimensão emocional: estar perante uma criança doente e uma família assustada exige uma presença que vai além do conhecimento.

Foi precisamente nesta dimensão que a minha experiência de parentalidade se revelou facilitadora da relação terapêutica com a criança e a família. Na triagem de um lactente de 40 dias, com sinais de dificuldade respiratória, operacionalizei o fluxograma com atribuição de prioridade laranja (muito urgente), sustentada na presença de tiragem, uso de músculos acessórios, taquipneia e diminuição da tolerância alimentar, na ausência de sinais de compromisso vital imediato, como apneia, cianose central ou alteração do estado de consciência, que configurariam prioridade vermelha (Zachariasse et al., 2021). A decisão clínica foi tecnicamente fundamentada, mas o que ficou foi a memória da mãe do lactente, visivelmente angustiada, e de como uma palavra calma e uma explicação clara fizeram tanta diferença quanto a classificação de triagem em si. Acalmar os pais não é um gesto secundário, é, muitas vezes, a primeira intervenção terapêutica. Esta experiência mobilizou a competência de identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória (E2.1.1), mas também reforçou a convicção de que cuidar em pediatria é sempre cuidar a dois, a criança e quem a ama.

Neste mesmo contexto, a segurança do doente foi reforçada pelo cumprimento do tempo de resposta preconizado, atendimento médico em até 10 minutos, e por uma norma informal do serviço que determinava a sinalização imediata à equipa médica de todos os lactentes com idade igual ou inferior a dois meses, independentemente da prioridade atribuída. Esta prática, justificada pela maior vulnerabilidade imunológica destes lactentes, ilustra a capacidade de antecipar risco clínico para além dos critérios formais de triagem, integrando princípios de segurança e adaptação à especificidade da população pediátrica.

A par da triagem, a prática na urgência exigiu a mobilização de competências na prestação de cuidados em situações críticas. A abordagem ABCDE permitiu substituir uma observação subjetiva por um raciocínio clínico estruturado, essencial para o reconhecimento precoce de sinais de compromisso vital (E2.1). Na assistência a um lactente de 4 meses com

dificuldade respiratória, a identificação de tiragem intercostal, gemido expiratório e hipoxemia (SpO₂ de 84%) fundamentou a atribuição de prioridade vermelha, a transferência para sala de emergência e a instituição imediata de suporte respiratório. Perante um adolescente de 15 anos em crise asmática, a mesma abordagem sustentou a decisão de priorização de inaloterapia com broncodilatadores e a necessidade de acesso venoso periférico, antecipando a falência respiratória.

Conforme defendem Bruinink et al. (2024) e McCahill et al. (2022), esta metodologia é o suporte essencial para a identificação precoce da deterioração clínica. A experiência demonstrou, porém, que a sua aplicação em pediatria exige adaptação constante às variações fisiológicas de cada estágio de desenvolvimento, como na distinção entre a taquipneia compensatória do lactente e os sinais de exaustão muscular no adolescente. O recurso a indicadores objetivos e mensuráveis, como a frequência respiratória, o esforço ventilatório ou a presença de fala entrecortada, revelou-se determinante na prevenção do erro clínico e na eficácia da comunicação multidisciplinar.

A intervenção do EEESIP na urgência pediátrica vai muito além do rigor técnico, residindo igualmente na capacidade de assistir a criança e a família na gestão emocional da doença. Perante uma criança de 4 anos com traumatismo frontal, assustada e chorosa, a comunicação terapêutica assumiu-se como a principal ferramenta de cuidado (E3.3). A decisão de utilizar estratégias lúdicas, transformando a explicação do procedimento numa brincadeira e permitindo que a criança manuseasse o termómetro e colocasse uma ligadura num boneco, funcionou como uma ponte de confiança. Vygotsky (1967) defende que o brincar é o mediador essencial para a criança processar significados e medos, visão validada por estudos contemporâneos que demonstram que o brinquedo terapêutico reduz eficazmente a ansiedade hospitalar (Zengin, Yayan & Düken, 2021). Apesar da consistência dos resultados reportados na literatura, a efetividade destas intervenções depende de fatores como a idade da criança, o contexto clínico e os recursos disponíveis, exigindo uma adaptação individualizada por parte do enfermeiro.

Os pais foram integrados como parceiros e agentes de conforto, incentivando-se o toque, a presença constante e a verbalização tranquilizadora (E1.1). Seniwati et al. (2023) sublinham que estas estratégias de parceria são fundamentais para o bem-estar emocional da criança em crise e para a minimização do trauma hospitalar. Esta filosofia foi igualmente aplicada numa criança de 6 anos com febre e dor abdominal, em que o envolvimento ativo da mãe na vigilância da temperatura e na ingestão de líquidos reduziu a ansiedade parental e promoveu uma gestão mais eficaz do regime terapêutico.

Embora a literatura clássica de Coyne (2015) defenda a parceria de cuidados como um pilar da pediatria, estudos mais recentes reconhecem que a sua concretização pode ser

condicionada por fatores como a pressão assistencial, a escassez de recursos e a complexidade clínica, podendo limitar o envolvimento efetivo dos pais no processo de tomada de decisão (Aljawad et al., 2025; Hodgson et al., 2024). Importa, contudo, reconhecer que a maioria destes estudos foi desenvolvida em contextos hospitalares com características organizacionais distintas, pelo que a transferência dos seus resultados para outros contextos deve ser interpretada à luz das especificidades locais. A experiência clínica permitiu-me, contudo, observar que a parceria é exequível mesmo em contextos de elevada exigência assistencial. No caso da criança de 6 anos, a intervenção passou pela negociação da participação da mãe na vigilância, contrariando a premissa de que a urgência dita uma atuação meramente diretiva, evidenciando a capacidade de integrar a família como parceira ativa mesmo sob pressão.

A urgência pediátrica revelou-se igualmente um espaço de promoção da saúde e capacitação do binómio criança/família, desafiando a ideia de que este contexto se esgota na resolução do episódio agudo (E1.2). Esta intervenção foi evidente no acompanhamento de um adolescente com exacerbação asmática que manifestava resistência à utilização do inalador. Através da demonstração prática da técnica inalatória e do incentivo à autogestão, foi possível converter a barreira inicial numa adesão terapêutica efetiva. Esta atuação reflete o conceito de *teachable moment*, defendido por Halterman et al. (2024), que identifica a exacerbação aguda como uma janela de oportunidade para a educação em saúde, momento em que a receptividade da família e do adolescente é superior, permitindo transformar um evento de vulnerabilidade numa oportunidade de literacia em saúde.

Um dos momentos mais marcantes do estágio foi a operacionalização da Via Azul, um protocolo da ULS para o atendimento personalizado na Urgência Pediátrica a crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), distinguido com o 1.º prémio na iniciativa Best Ideas in Healthcare (2024). O circuito prevê que, após a admissão, a sinalização de PEA desencadeie o encaminhamento imediato para uma enfermaria com baixos estímulos sensoriais. Contudo, no atendimento a uma criança com Trissomia 21 e possível PEA associada, esta via não foi ativada automaticamente, pois a condição não constava no sistema e a progenitora desconhecia a existência do protocolo. Perante a inquietação crescente da criança, o julgamento clínico permitiu identificar precocemente a sobrecarga sensorial como causa do sofrimento (E2.5.1), levando à ativação manual do circuito e ao encaminhamento imediato para um ambiente com menor estimulação. A garantia da presença materna e uma comunicação adaptada asseguraram a colaboração durante a triagem e a segurança do processo assistencial. Esta situação reforçou que os protocolos são ferramentas essenciais, mas que o olhar clínico atento é insubstituível quando o sistema falha. Conforme sustentam Butun et al. (2025), a capacidade de resposta proativa às necessidades específicas é

determinante para a equidade e humanização nos cuidados de urgência, reforçando o papel do EEESIP como agente crítico na construção de ambientes assistenciais inclusivos (Portillo et al., 2023). Embora a existência de circuitos diferenciados constitua uma estratégia relevante para a promoção da equidade nos cuidados, a sua eficácia depende não apenas da correta identificação das crianças elegíveis, mas também da sensibilização dos profissionais e das famílias para a sua utilização, bem como da integração consistente destes protocolos na prática assistencial.

O alívio do sofrimento físico e emocional foi assumido como uma garantia clínica inegociável (E2.2). Privilegiei uma abordagem multimodal, integrando intervenções não farmacológicas como estratégia complementar à terapêutica analgésica como distração visual, aplicação de frio local durante a venopunção e explicação antecipatória antes de procedimentos invasivos. Estas intervenções encontram suporte nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2013) e são corroboradas por evidência recente que reforça o papel da distração e do conforto físico na redução da dor em contexto pediátrico (Azak et al., 2022). O envolvimento dos pais como agentes ativos na promoção do conforto contribuiu para mitigar a ansiedade e a percepção exacerbada da dor (González et al., 2023; Simpson-Collins et al., 2024; Sousa et al., 2023). Contudo, importa reconhecer que níveis elevados de ansiedade parental podem ser transmitidos à criança, intensificando a experiência dolorosa, pelo que o grau de envolvimento parental deve ser avaliado de forma crítica e individualizada (Ventura Expósito et al., 2024).

A identificação precoce de situações de risco constituiu igualmente uma dimensão central da prática em urgência pediátrica (E2), exigindo a mobilização de competências relacionadas com a deteção, referenciação e atuação perante situações de perigo para a criança e família (E2.3). Embora não tenham sido identificadas situações concretas de maus-tratos durante o estágio, a análise da realidade nacional, onde a negligência (30,4%) e a violência doméstica (27,5%) continuam a ser as tipologias de perigo mais prevalentes (CNPDPJCJ, 2024), evidencia a magnitude do problema. Esta análise foi enriquecida pela minha experiência enquanto representante da área da saúde numa Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), onde o contacto frequente com situações de maus-tratos reforçou a percepção da relevância desta problemática no quotidiano dos serviços de saúde.

A evidência indica que os serviços de urgência constituem frequentemente o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde para crianças em situação de risco (González et al., 2023), exigindo do enfermeiro especialista uma vigilância clínica sustentada numa avaliação holística, visto que a ausência de sinais evidentes não exclui a presença de perigo. Neste sentido, a minha intervenção centrou-se na capacitação da equipa para a identificação de sinais físicos e emocionais de alerta, através de uma ação formativa e da elaboração de

uma Norma de Enfermagem para a abordagem a suspeitas de maus-tratos ou abuso sexual, acompanhada de um fluxograma de atuação e uma checklist de sinais de alerta. Foi ainda criado um kit de colheita de espécimes forenses pediátricos, com o objetivo de uniformizar a preservação de evidências e salvaguardar o superior interesse da criança. A implementação de protocolos claros é reconhecida como fundamental para a qualidade da resposta em contextos de elevada complexidade (Sousa et al., 2023; Ventura Expósito et al., 2024).

Em síntese, o estágio em urgência pediátrica foi simultaneamente desafiante e transformador. A imprevisibilidade do contexto, a diversidade das situações clínicas e a necessidade de resposta rápida exigiram uma mobilização constante de conhecimento técnico, humano e clínico. Mais do que consolidar competências técnicas e relacionais, este percurso permitiu aprofundar o raciocínio clínico, a capacidade de tomada de decisão em situações complexas e a compreensão do papel do EEESIP na promoção de cuidados seguros, humanizados e centrados na família.

4. Estágio Internamento de Pediatria

O estágio em Internamento de Pediatria constituiu um contexto de aprendizagem particularmente significativo, tanto pela riqueza das situações clínicas como pelo ambiente da equipa, que me acolheu de forma calorosa e tornou este percurso particularmente gratificante. Vinda de anos de prática em internamento de medicina interna de adultos, senti desde cedo uma familiaridade com a dinâmica do contexto, a continuidade dos cuidados, a construção gradual da relação com a família, o acompanhamento da evolução clínica dia após dia. Esta proximidade com o ritmo do internamento facilitou a integração e permitiu que a atenção se centrasse naquilo que é verdadeiramente específico da pediatria: a criança, o seu desenvolvimento e a família como parceira incontornável do cuidar.

O estágio decorreu num Serviço de Internamento Pediátrico de uma Unidade Local de Saúde do norte do país, integrado no Departamento da Mulher e da Criança, que presta cuidados hospitalares diferenciados a crianças e jovens desde o período neonatal até aos 17 anos e 364 dias, em contexto médico e cirúrgico, em consonância com os princípios da Carta da Criança Hospitalizada.

O serviço dispõe de enfermarias individuais, duplas e triplas, sala de tratamentos, sala de emergência, espaços lúdicos adaptados à faixa etária e equipamento clínico adequado à especificidade pediátrica. Esta organização favoreceu o desenvolvimento de competências na vigilância clínica sistemática, na segurança dos cuidados e na gestão do risco em enfermagem pediátrica.

A equipa multidisciplinar inclui enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, médicos pediatras, assistentes operacionais, educadora de infância, nutricionista, psicóloga e assistente social. O modelo de cuidados privilegia a presença permanente da família, reconhecendo-a como parceira fundamental no processo terapêutico.

As principais patologias observadas incluíram infeções respiratórias como bronquiolite e pneumonia, gastroenterite aguda, doença oncológica e hematológica, patologia dermatológica dolorosa, doença crónica com internamentos recorrentes e patologia cirúrgica programada em regime SIGIC. A diversidade destas situações exigiu uma abordagem holística e diferenciada, mobilizando competências na avaliação clínica, identificação precoce de sinais de agravamento, gestão da terapêutica e resposta às necessidades físicas, emocionais e desenvolvimentais da criança hospitalizada (Simpson-Collins et al., 2024; Sousa et al., 2023).

Os objetivos delineados para este estágio centraram-se na prestação de cuidados holísticos e seguros em parceria com a família, na vigilância clínica e prevenção de complicações, na promoção do conforto e bem-estar físico e emocional, e na educação em

saúde para a continuidade dos cuidados após a alta. A implementação de práticas baseadas na evidência e a utilização de instrumentos estruturados contribuem para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados em contexto hospitalar (Pinto & Mota, 2023), sendo reconhecido que a participação ativa dos pais promove melhores resultados clínicos e emocionais na criança hospitalizada (Shdaifat et al., 2022).

A parceria de cuidados com a criança/jovem e família constituiu um eixo estruturante da prática em internamento, mobilizando competências associadas à negociação e promoção da participação ativa da família no processo de cuidar (E1.1, E1.1.1, E1.1.2).

No internamento de uma criança de cinco anos por pneumonia, com necessidade de oxigenoterapia e vigilância clínica contínua, a ansiedade manifestada pela criança e pela mãe relativamente à máscara de oxigénio exigiu uma abordagem cuidadosa e progressiva. Começou-se por criar um espaço de escuta ativa, validando as preocupações expressas, antes de avançar para a explicação dos cuidados em linguagem simples e adaptada ao estadio de desenvolvimento, incluindo a demonstração da máscara antes da sua aplicação. O recurso a metáforas simples, como explicar que a máscara "ajuda a respirar melhor", facilitou a compreensão e cooperação da criança (E1.1.2). A mãe foi incentivada a participar nos cuidados de conforto, nomeadamente no posicionamento da criança e no incentivo à ingestão hídrica, reforçando o seu papel como elemento ativo no processo terapêutico. O reforço positivo sempre que a criança colaborava com a terapêutica contribuiu para a redução da ansiedade, o aumento da adesão ao tratamento e o fortalecimento da confiança da família na equipa (E1.1.3).

A parceria de cuidados é reconhecida como elemento central na humanização e qualidade dos cuidados pediátricos, associada a ganhos na satisfação das famílias, no envolvimento parental e na redução do stress durante o internamento (Aljawad et al., 2025; Hodgson et al., 2024; Seniwati et al., 2023). Contudo, a sua operacionalização exige uma gestão intencional e adaptada, considerando fatores como a literacia em saúde, o estado emocional dos cuidadores e a complexidade clínica, para que a participação não se torne meramente simbólica, mas represente uma colaboração autêntica entre profissionais e família (Aljawad et al., 2025; Ghavi et al., 2026; Hodgson et al., 2024).

No domínio da capacitação da família para a gestão da saúde e da doença, foram mobilizadas competências transversais, articulando a promoção da parentalidade, a gestão da complexidade clínica e a adequação ao desenvolvimento da criança (E1.1, E1.1.4, E1.1.5).

Durante o estágio, acompanhei uma criança de dois anos internada por gastroenterite aguda, em fase de recuperação clínica. Os ensinamentos dirigidos aos pais incidiram sobre o reconhecimento precoce de sinais de desidratação, como diminuição da diurese, mucosas secas e prostração, e sobre a preparação e administração de soluções de reidratação oral

em pequenas quantidades e de forma fracionada (E1.1.4). Foi também reforçada a importância da vigilância da ingestão hídrica, da manutenção de uma alimentação adequada à idade e da identificação de sinais de alerta que justificassem nova observação clínica, transformando o internamento numa oportunidade de educação em saúde (E1.1.5). Esta intervenção integrou ainda competências do domínio da complexidade clínica (E2.1, E2.2), ao considerar o impacto do desconforto físico e emocional associado à doença e ao capacitar os cuidadores para a identificação precoce de sinais de agravamento, numa abordagem preventiva e antecipatória essencial na gestão de situações potencialmente evolutivas como a desidratação. A comunicação com os cuidadores foi adaptada ao seu nível de literacia em saúde, recorrendo a estratégias como a demonstração prática e o feedback, reconhecidas como eficazes na melhoria da compreensão e na promoção da adesão aos cuidados no domicílio (Carroll et al., 2024; Guarino et al., 2023; Roshan-Nejad et al., 2025).

No acompanhamento de uma criança internada por bronquiolite, foram explorados com os pais os conhecimentos prévios sobre sinais de agravamento respiratório e as estratégias habitualmente utilizadas no domicílio. A avaliação permitiu identificar lacunas no posicionamento da criança e na realização da higiene nasal, tendo sido desenvolvido ensino dirigido com demonstração de técnicas de lavagem nasal, posicionamento facilitador da ventilação e identificação de sinais de alerta, como aumento do esforço respiratório, dificuldade alimentar ou prostração (E1.2.7, E1.2.8). Durante esta avaliação clínica, foram reconhecidos indicadores de agravamento respiratório, como tiragem intercostal, gemido expiratório e diminuição da saturação periférica de oxigénio, que motivaram comunicação célere à equipa e antecipação de intervenções terapêuticas, incluindo a instituição de oxigenoterapia e monitorização contínua (E2.1). Foram ainda implementadas medidas de conforto e redução do desconforto respiratório, como a otimização do posicionamento, a realização de higiene nasal e a promoção de um ambiente com menor estimulação (E2.2), estratégias reconhecidas como essenciais para o bem-estar da criança hospitalizada (Abukari & Schmollgruber, 2024; Simpson-Collins et al., 2024). A capacitação da família para a vigilância clínica contribui para uma melhor gestão da doença e para a identificação precoce de complicações, promovendo maior segurança na continuidade dos cuidados após a alta (Florin et al., 2023; NICE, 2021). Contudo, a eficácia das intervenções educativas depende, em grande medida, do nível de literacia em saúde dos cuidadores, da sua capacidade para aplicar os conhecimentos adquiridos no contexto domiciliário e do suporte disponível após a alta hospitalar, exigindo uma adaptação das estratégias educativas às necessidades e características de cada família.

Esta experiência em internamento ganhou um significado particular pela ponte que estabeleceu com a minha prática atual numa UCC. Enquanto enfermeira em contexto

comunitário, reconheço que a ausência de vigilância contínua por profissionais de saúde exige uma maior autonomia e literacia em saúde por parte dos cuidadores, tornando a capacitação parental não um complemento, mas o centro da intervenção. As competências E1.1, E1.2.7 e E1.2.8 revelam-se, por isso, particularmente relevantes na minha prática diária, onde adequar a intervenção educativa às necessidades reais de cada família é, muitas vezes, o fator que determina a segurança da criança no domicílio. A competência E1.1.5 assume igualmente relevo na área da Saúde Escolar, onde desenvolvo grande parte da minha atividade profissional, sendo o enfermeiro um elemento central na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção da doença em idade pediátrica (Dickson et al., 2025; Kühne et al., 2025; Sousa et al., 2024).

A gestão da dor e da ansiedade associadas a procedimentos invasivos constituiu uma dimensão central dos cuidados em internamento, mobilizando a competência de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (E2.2, E2.2.3). Durante o estágio, acompanhei inúmeras crianças e adolescentes submetidos a punção venosa para colheita de sangue. Perante a ansiedade manifestada, foram implementadas estratégias não farmacológicas, a distração através de conversa dirigida, o brincar terapêutico e a explicação antecipatória do procedimento em linguagem ajustada ao estágio de desenvolvimento, complementadas pela promoção da presença da mãe, reforçando o conforto emocional e a sensação de segurança numa perspetiva de cuidados centrados na família.

O brincar terapêutico assume-se como uma intervenção fundamental na prática do EEESIP, permitindo à criança expressar emoções, compreender procedimentos e reduzir o medo associado à hospitalização. A sua utilização contribui para a diminuição da ansiedade, para a adaptação ao ambiente hospitalar e para a cooperação durante os cuidados (Seniwati et al., 2023; Simpson-Collins et al., 2024). Constitui igualmente um mediador do desenvolvimento infantil, particularmente relevante em contexto de hospitalização, onde a interrupção das rotinas pode comprometer o percurso desenvolvimental nas dimensões emocional, cognitiva e social.

Reconhecendo o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil e o papel da formação na qualidade dos cuidados (WHO, 2021), foram mobilizadas competências no domínio do desenvolvimento profissional e da melhoria contínua da prática (A2, B2, E3.1), através da dinamização de uma ação formativa dirigida à equipa de enfermagem, intitulada "O Enfermeiro como Promotor do Desenvolvimento em Crianças Hospitalizadas". Esta formação destacou o papel do brincar terapêutico, da comunicação adaptada e do envolvimento parental como estratégias para minimizar os impactos adversos da hospitalização. Foi ainda elaborado um guia portátil com os principais marcos do desenvolvimento infantil e respetivos sinais de alarme por faixa etária, com o

objetivo de apoiar a avaliação clínica e promover a identificação precoce de alterações no desenvolvimento (E3.1.2).

A promoção do desenvolvimento infantil é reconhecida como componente essencial dos cuidados pediátricos, mesmo em contexto de hospitalização. As experiências precoces influenciam de forma determinante o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança, sendo que a integração de orientações antecipatórias dirigidas à família permite minimizar o impacto negativo do internamento e favorecer o bem-estar emocional (Shonkoff et al., 2021; WHO, 2022). O brincar e o envolvimento parental são igualmente reconhecidos como estratégias fundamentais para a adaptação ao ambiente hospitalar (Simpson-Collins et al., 2024; Sousa et al., 2023).

A comunicação adaptada ao estágio de desenvolvimento da criança constitui um elemento fundamental dos cuidados pediátricos (E3.3, E3.3.3). Durante o estágio, acompanhei uma criança em idade pré-escolar com receio perante a administração de medicação intravenosa. Foi utilizada linguagem simples, concreta e gradual, recorrendo a um boneco para demonstrar o procedimento e utilizando o brincar como estratégia facilitadora da compreensão. A validação das emoções da criança e a promoção de um ambiente de segurança contribuíram para a redução do medo e para o aumento da cooperação (Seniwati et al., 2023; Simpson-Collins et al., 2024).

Importa reconhecer que a implementação consistente de intervenções centradas na criança e na família pode ser condicionada pela sobrecarga assistencial, pela complexidade clínica e pelas limitações organizacionais, exigindo do EEESIP uma adaptação contínua das estratégias de intervenção e comunicação (Abukari & Schmollgruber, 2024; Simpson-Collins et al., 2024).

De forma global, o estágio em Internamento de Pediatria foi, dos três contextos, aquele onde me senti mais próxima de quem quero ser como enfermeira especialista. A familiaridade com a dinâmica do internamento, vinda da prática em medicina interna, libertou-me para estar mais presente, para a criança, para a família e para a equipa. Mas o que tornou este contexto verdadeiramente singular foi algo que a urgência, pela sua natureza, raramente permite: o tempo. O tempo para conhecer a criança, para perceber os seus medos, para construir uma relação que vai além do episódio agudo.

Foi precisamente esse tempo que tornou possível uma das experiências mais marcantes do estágio. Acompanhei uma criança com herpes zóster na face, com elevada sensibilidade à dor e grande resistência aos cuidados, pelo que cada intervenção constituía uma negociação difícil. Numa tentativa de ultrapassar essa barreira, comecei a utilizar piadas e adivinhas curtas durante os cuidados. A criança respondeu positivamente e, progressivamente, começou ela própria a interagir através de adivinhas. O que começou

como uma estratégia terapêutica evoluiu para uma relação de confiança, facilitando a adesão da criança aos cuidados e promovendo uma experiência de hospitalização mais positiva. Quando a mesma criança regressou para um segundo internamento durante o período de estágio, essa confiança já se encontrava estabelecida. Esta experiência reforçou, de forma concreta, aquilo que a literatura descreve relativamente ao brincar terapêutico e à comunicação adaptada, evidenciando que, em pediatria, a relação terapêutica constitui um instrumento fundamental de cuidado.

Do ponto de vista das competências, este contexto permitiu a mobilização integrada dos três domínios específicos do EEESIP: a maximização da saúde da criança/jovem e família (E1), através da parceria de cuidados e da capacitação parental; a gestão de situações de especial complexidade (E2), pela vigilância clínica, gestão da dor e resposta antecipatória a situações de risco; e a adequação dos cuidados ao ciclo de vida e desenvolvimento (E3), pela comunicação adaptada e pelas intervenções promotoras do desenvolvimento em contexto de hospitalização.

A articulação entre os referenciais regulamentares, a evidência científica e as situações práticas vivenciadas consolidou uma prática mais autónoma, reflexiva e fundamentada. Como reforça a literatura, a qualidade dos cuidados pediátricos está diretamente associada à integração da família como parceira ativa e à capacidade do enfermeiro em adaptar as intervenções às necessidades individuais da criança (Shdaifat et al., 2022; Sousa et al., 2023). Contudo, o internamento pode condicionar a implementação consistente destes princípios, exigindo flexibilidade e gestão individualizada face à exigência assistencial (Azak et al., 2022; Simpson-Collins et al., 2024).

Este estágio deixou uma marca que vai além das competências adquiridas, reforçou a certeza de que cuidar em pediatria é, acima de tudo, cuidar com presença, com escuta e com a consciência de que cada criança traz consigo uma história que merece ser respeitada. Esta experiência evidenciou que a qualidade da relação terapêutica pode ser tão determinante para o sucesso dos cuidados quanto a aplicação rigorosa dos procedimentos clínicos.

5. Estágio Neonatologia

O estágio em Neonatologia constituiu o último contexto do percurso formativo em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, precedido pelos estágios de Urgência Pediátrica e Internamento de Pediatria. Chegou num momento em que as competências já tinham uma base sólida, e isso permitiu que a atenção se centrasse naquilo que a neonatologia exige de forma mais intensa: a responsabilidade de cuidar de alguém extraordinariamente vulnerável.

O recém-nascido prematuro não verbaliza, não negocia, não avisa. Depende inteiramente de quem cuida dele e essa consciência esteve presente em cada turno, desde o primeiro dia.

Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN) de um hospital do norte do país, integrada no Departamento da Mulher e da Criança, vocacionada para a prestação de cuidados diferenciados ao recém-nascido pré-termo, de baixo peso ao nascer ou com patologia clínica que exige vigilância contínua e intervenção especializada.

A unidade dispõe de uma estrutura em *open space*, equipada com incubadoras medicalizadas, berços aquecidos, ventiladores invasivos e não invasivos, sistemas de oxigenoterapia de alto fluxo, equipamentos de fototerapia, monitores multiparamétricos e bombas de perfusão. A organização dos circuitos limpo e sujo, associada à existência de protocolos institucionais rigorosos, garante elevados padrões de segurança e prevenção e controlo de infeção, contexto favorável ao desenvolvimento de competências na gestão do risco clínico (Pinto & Mota, 2023).

A equipa multidisciplinar inclui médicos pediatras com formação em neonatologia, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assistentes operacionais e assistente social. O método de trabalho individual favorece a continuidade e a personalização dos cuidados, permitindo uma avaliação sistemática do recém-nascido e o estabelecimento de uma relação terapêutica próxima com os pais. A evidência destaca que o envolvimento parental em contexto neonatal é fundamental para a promoção do vínculo e para a adaptação à parentalidade, contribuindo para melhores resultados no recém-nascido (Franck & O'Brien, 2019; Lopes et al., 2020).

As principais patologias observadas incluíram prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, taquipneia transitória do recém-nascido, icterícia neonatal, infeções neonatais, alterações da termorregulação e dificuldades alimentares. A prestação de cuidados a recém-nascidos com estas condições exigiu vigilância clínica rigorosa, monitorização contínua das funções vitais e capacidade de resposta rápida a situações de instabilidade.

Importa reconhecer que este contexto se caracterizou também por alguma imprevisibilidade na afluência de recém-nascidos, com períodos de menor atividade

assistencial e, pontualmente, ausência de internamentos. Esta realidade, embora tenha limitado a exposição contínua a situações clínicas complexas, constituiu uma oportunidade para aprofundar conhecimentos teóricos, refletir sobre a prática e consolidar competências através da observação e discussão clínica, reforçando a importância da aprendizagem reflexiva no desenvolvimento profissional.

Os objetivos delineados para este estágio centraram-se no conhecimento da estrutura e funcionamento da unidade, na compreensão do papel do EEESIP na gestão e tomada de decisão em cuidados neonatais, na prestação de cuidados centrados no recém-nascido e na família com promoção do envolvimento parental, no desenvolvimento de competências técnicas específicas de neonatologia e na promoção da continuidade dos cuidados através da educação parental.

O internamento neonatal, sobretudo em situações de prematuridade, constitui uma experiência altamente stressante para os pais, podendo comprometer o seu bem-estar psicológico, a adaptação ao papel parental e a vinculação ao recém-nascido (Brondani et al., 2024; Lopes et al., 2020). A prestação de cuidados centrados na família assume-se, assim, como uma abordagem fundamental, promovendo o envolvimento parental, o vínculo precoce e a participação ativa nos cuidados (Franck & O'Brien, 2019; Lopes et al., 2020).

Foi precisamente neste domínio que a neonatologia evidenciou a complexidade do cuidado especializado, exigindo não apenas competências técnicas, mas também a capacidade de apoiar os pais no processo de adaptação à parentalidade em contexto de internamento neonatal. A observação de pais hesitantes perante a incubadora, receosos de tocar no filho ou de participar nos cuidados devido à sua fragilidade clínica, permitiu compreender o impacto emocional associado ao nascimento de um recém-nascido com necessidades especiais. A minha experiência de parentalidade contribuiu para uma maior sensibilidade na identificação destas necessidades, reforçando a importância de intervenções que promovam a confiança, a participação ativa e o desenvolvimento gradual das competências parentais. Mais do que transmitir informação, tornou-se fundamental apoiar os pais na construção da sua confiança enquanto cuidadores, mesmo num ambiente altamente tecnológico e potencialmente intimidante.

A competência de implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade (E1.1) foi operacionalizada através da negociação progressiva do envolvimento parental nos cuidados a um recém-nascido prematuro sob suporte ventilatório não invasivo e alimentação por sonda orogástrica. Os pais demonstravam receio em manipular o recém-nascido devido à sua fragilidade e à presença de dispositivos. A intervenção iniciou-se com toque terapêutico e contenção durante procedimentos, evoluindo progressivamente para maior autonomia nos cuidados básicos (E1.1.1).

O método canguru assumiu-se como uma estratégia central nesta intervenção, permitindo aos pais estabelecer contacto pele a pele com o recém-nascido e reforçar o vínculo e a confiança no exercício da parentalidade. A primeira vez que uma mãe segurou o filho ao colo durante o método canguru ficou gravada como um dos momentos mais significativos de todo o estágio. A evidência confirma que esta intervenção contribui para a estabilidade fisiológica do recém-nascido, para a promoção do neurodesenvolvimento e para a construção da parentalidade (Brondani et al., 2024; Lopes et al., 2020; O'Brien et al., 2018). Apesar dos seus benefícios, o envolvimento parental pode ser condicionado pelo ambiente tecnológico e pela ansiedade dos pais, exigindo uma intervenção intencional e progressiva (Abukari & Schmollgruber, 2024).

A comunicação com a família foi adaptada ao contexto neonatal (E1.1.2), recorrendo a linguagem clara, demonstração prática dos equipamentos e validação contínua da compreensão. Esta abordagem permitiu reduzir a ansiedade parental e promover maior segurança, elementos fundamentais quando os pais precisam de aprender a cuidar do filho num ambiente que lhes é completamente estranho. O reforço positivo das competências parentais e a valorização de pequenas conquistas, a estabilidade clínica do recém-nascido, as primeiras tentativas de alimentação oral, a extração de leite materno, constituíram estratégias de *empowerment* parental que sustentaram a competência E1.1.3.

No domínio da capacitação, foi desenvolvido e utilizado um Guia de Apoio à Alta como instrumento estruturador da intervenção educativa, operacionalizando a competência de proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas às famílias (E1.1.4). Paralelamente, foram identificadas necessidades educativas e utilizadas estratégias demonstrativas com validação da aprendizagem (E1.2.7, E1.2.8), assegurando que os pais partiam para o domicílio com confiança e competência para cuidar do seu filho.

No domínio da complexidade clínica, a elevada vulnerabilidade do recém-nascido exigiu uma vigilância clínica rigorosa e uma capacidade de resposta antecipatória permanente (E2). A identificação precoce de sinais de agravamento respiratório em recém-nascidos prematuros sob CPAP, como alterações da frequência respiratória, aumento do esforço ventilatório, dessaturação ou apneia, constituiu uma das competências mais exigentes e simultaneamente mais estruturantes deste estágio (E2.1, E2.1.1). A imaturidade fisiológica do recém-nascido prematuro implica que a deterioração clínica pode ser rápida e subtil, exigindo do enfermeiro especialista um olhar treinado e uma atuação imediata.

A gestão da dor e do bem-estar do recém-nascido constituiu igualmente uma dimensão central da prática neonatal (E2.2). A avaliação foi realizada com recurso a instrumentos validados, a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), mais apropriada para recém-nascidos de termo, e a Premature Infant Pain Profile (PIPP), útil para a avaliação da dor em

procedimentos em prematuros, permitindo uma monitorização objetiva e fundamentada. As estratégias não farmacológicas foram implementadas de forma sistemática, incluindo a sucção não nutritiva, o toque terapêutico, a contenção facilitada e o posicionamento em ninho, reconhecidas como intervenções eficazes na redução da dor e promoção do conforto no recém-nascido (Brondani et al., 2024; Lopes et al., 2020).

No domínio do desenvolvimento infantil, foram mobilizadas competências orientadas para a promoção do desenvolvimento e da vinculação precoce (E3), com destaque para o método canguru e para a capacitação dos pais. A competência de avaliação do desenvolvimento da parentalidade (E3.2.1) permitiu identificar precocemente sinais de ansiedade e dificuldades de adaptação ao papel parental, fundamentando intervenções de suporte individualizadas.

Houve um recém-nascido em particular que ficou na memória. Prematuro, com suporte ventilatório nos primeiros dias, os pais inicialmente mal conseguiam olhar para ele sem chorar. Acompanhei a sua evolução ao longo do estágio, a retirada progressiva do suporte, os primeiros momentos de método canguru, a primeira mamada. No dia em que teve alta, a mãe agradeceu com um abraço. Não disse nada. Não era preciso. Esta experiência evidenciou o impacto que a evolução clínica favorável e o envolvimento parental têm no processo de cuidar, reforçando a dimensão relacional e emocional inerente aos cuidados neonatais.

Em síntese, o estágio em Neonatologia foi o contexto que mais me desafiou e, simultaneamente, o que mais me preencheu. A responsabilidade de cuidar de um ser tão vulnerável, aliada à complexidade técnica e à intensidade emocional do ambiente neonatal, exigiu uma mobilização constante de conhecimento, presença e discernimento clínico. A articulação entre os domínios E1, E2 e E3 traduziu-se numa prática integrada, centrada no recém-nascido e na família, onde capacitar os pais para cuidar do filho foi, tantas vezes, o cuidado mais importante que prestei. Este estágio consolidou as aprendizagens desenvolvidas nos contextos anteriores e reforçou a compreensão do papel do EEESIP na prestação de cuidados altamente especializados, centrados no recém-nascido e na família.

Parte II – Estudo de Investigação

6. Enquadramento Teórico

A cárie dentária é uma doença crónica não transmissível, multifatorial e dinâmica, resultante da interação entre o biofilme dentário, a ingestão frequente de açúcares fermentáveis, fatores do hospedeiro e o tempo de exposição a estes elementos. Este processo conduz à desmineralização progressiva dos tecidos duros do dente, podendo evoluir para cavitação e destruição estrutural das superfícies dentárias (Pitts et al., 2019; WHO, 2022).

De acordo com o consenso da International Caries Classification and Management System, a cárie deve ser entendida como um processo biológico contínuo, caracterizado por ciclos de desmineralização e remineralização do esmalte e da dentina, influenciados por fatores comportamentais, ambientais e biológicos (Pitts et al., 2019). Quando o equilíbrio entre estes processos é comprometido, ocorre a progressão da lesão cariosa. Trata-se de uma das doenças crónicas mais prevalentes a nível mundial, afetando particularmente a população infantil e representando um importante desafio para os sistemas de saúde pública (Peres et al., 2019; WHO, 2022).

Na infância, a doença pode manifestar-se sob a forma de cárie precoce da infância, definida pela presença de uma ou mais superfícies dentárias decíduas cariadas, perdidas ou restauradas em crianças com menos de seis anos de idade. Esta condição encontra-se frequentemente associada a hábitos alimentares ricos em açúcares, higiene oral inadequada e exposição insuficiente ao flúor, apresentando potencial de progressão rápida e impacto significativo na saúde e qualidade de vida da criança (Uribe et al., 2021).

O desenvolvimento da cárie dentária está associado a múltiplos fatores de risco, incluindo o consumo frequente de alimentos e bebidas açucaradas, a escovagem dentária inadequada, a colonização precoce por bactérias cariogénicas, a reduzida Para além dos fatores biológicos e comportamentais, os determinantes sociais da saúde desempenham um papel relevante na distribuição da doença. As crianças provenientes de contextos socioeconómicos mais desfavorecidos apresentam maior risco de desenvolver cárie dentária, refletindo desigualdades no acesso à informação, aos recursos preventivos e aos cuidados de saúde oral (Peres et al., 2019; WHO, 2022).

A presença de dor, infeção ou desconforto oral pode comprometer atividades diárias como a alimentação, o sono e a participação escolar, influenciando negativamente o bem-estar físico, emocional e social da criança e da sua família. Face à elevada prevalência e a estas repercussões, a prevenção da cárie dentária constitui uma prioridade das políticas de saúde pública, sendo que estratégias como a promoção de hábitos de higiene oral, a redução do consumo de açúcares, a utilização de flúor e a realização de consultas regulares são

fundamentais para reduzir o risco e promover ganhos em saúde oral ao longo da vida (Peres et al., 2019).

A Organização Mundial da Saúde define saúde oral como um estado que permite falar, sorrir, saborear, mastigar e expressar emoções sem dor, desconforto ou doença, reconhecendo-a como componente essencial da saúde geral e do bem-estar (WHO, 2022). Apesar da evolução positiva dos indicadores nacionais, persistem desigualdades no acesso e na adesão a medidas preventivas e curativas, sobretudo em grupos mais vulneráveis (CNSO, 2024; DGS, 2021), mantendo-se a cárie dentária como uma das doenças crónicas mais prevalentes na infância, com impacto no desenvolvimento, no desempenho escolar e na qualidade de vida (Kassebaum et al., 2022; Peres et al., 2019).

No contexto português, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) constitui a principal estratégia de intervenção dirigida à população infantil e juvenil, integrando educação para a saúde, promoção da escovagem dentária, aplicação de fluoretos, selantes de fissuras e acesso a cuidados através do sistema de cheques-dentista, com contributo progressivo para a melhoria dos indicadores de saúde oral (DGS, 2021). Persistem, contudo, desafios relacionados com a adesão aos cuidados, nomeadamente a subutilização das referências no âmbito do PNPSO, associados a baixos níveis de literacia em saúde, constrangimentos socioeconómicos, dificuldades de acesso e menor valorização da saúde oral nas idades precoces. Neste contexto, as Unidades Locais de Saúde desempenham um papel estratégico na articulação entre níveis de cuidados, promovendo a continuidade assistencial e o acompanhamento das crianças e famílias (CNSO, 2024), sendo a intervenção de equipas multiprofissionais essencial na promoção da saúde oral, na identificação precoce de situações de risco e no reforço da literacia em saúde. Neste âmbito, o enfermeiro assume um papel relevante na promoção da saúde oral infantil, através da educação para a saúde, da identificação precoce de fatores de risco e da capacitação das famílias para a adoção de comportamentos promotores de saúde.

6.1. Saúde Oral na Infância: Epidemiologia e Impacto Multidimensional

As doenças orais, com particular destaque para a cárie dentária, figuram entre os problemas de saúde mais prevalentes à escala global. Na infância, estas condições representam uma carga significativa de doença, com repercussões diretas no bem-estar, na nutrição, no sono, no rendimento escolar e na qualidade de vida das crianças (WHO, 2022). Apesar da disponibilidade de diversas estratégias preventivas, a cárie dentária não tratada mantém-se como uma das condições crónicas mais comuns em idade pediátrica, constituindo um desafio persistente para os sistemas de saúde pública.

No âmbito da saúde escolar, intervenções como a escovagem dentária supervisionada, a aplicação de vernizes de flúor e os programas de promoção da literacia em saúde oral são amplamente recomendados. Contudo, a sua implementação apresenta considerável heterogeneidade territorial, dependente da articulação entre unidades de saúde, estabelecimentos de ensino e autarquias (CNSO, 2024; DGS, 2021), o que pode contribuir para desigualdades na adesão das famílias às medidas preventivas.

Em Portugal, os indicadores epidemiológicos reforçam a relevância desta problemática. De acordo com o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, 45,2% das crianças aos 6 anos, 47,0% aos 12 anos e 67,6% aos 18 anos apresentam experiência de cárie, evidenciando que, apesar dos progressos registados, uma proporção significativa da população infantil e juvenil continua a apresentar necessidades preventivas e terapêuticas não satisfeitas (DGS, 2015).

Para além das implicações clínicas, as doenças orais podem acarretar consequências funcionais e psicossociais relevantes, incluindo episódios de dor, dificuldades na mastigação, alterações do sono e limitações na interação social, comprometendo a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, não apenas da criança, mas também da dinâmica familiar (Freire et al., 2022). O reconhecimento destas repercussões tem contribuído para uma mudança de paradigma na avaliação da saúde oral, valorizando não apenas indicadores clínicos de doença, mas também a perceção do impacto das condições orais no quotidiano e bem-estar das crianças e das suas famílias.

6.2. Políticas Públicas em Portugal: O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)

No contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a promoção da saúde oral em Portugal estrutura-se essencialmente através do PNPSO, implementado pela Direção-Geral da Saúde. Este programa integra ações de promoção da literacia em saúde, rastreio sistemático e acesso a cuidados preventivos e terapêuticos, com particular enfoque nos grupos populacionais mais vulneráveis (DGS, 2021).

Entre as medidas estruturantes do PNPSO destaca-se o cheque-dentista, mecanismo que permite o acesso gratuito a consultas e tratamentos de medicina dentária através de uma rede nacional de prestadores aderentes, visando facilitar o diagnóstico precoce e reduzir desigualdades no acesso aos cuidados de saúde oral.

Apesar dos progressos alcançados pelo PNPSO nas últimas décadas, persistem desafios relacionados com a utilização efetiva dos cuidados de saúde oral e com a redução das desigualdades em saúde. Neste contexto, o PNPSO 2030 surge como uma evolução das estratégias anteriormente implementadas, reforçando a integração da saúde oral no SNS, a

articulação entre níveis de cuidados e a monitorização dos indicadores de acesso e qualidade, com o objetivo de promover uma resposta mais equitativa e sustentável (Portugal, 2026).

Atualmente, o programa mantém estratégias de prevenção, promoção da literacia em saúde oral e acesso a cuidados preventivos e terapêuticos ao longo do ciclo de vida. No âmbito da saúde oral infantil e juvenil, prevê a atribuição sistemática do cheque-dentista aos 4, 7, 10 e 13 anos, articulando-se frequentemente com o contexto escolar e com os cuidados de saúde primários. Nas idades intermédias, a emissão do cheque-dentista pode ocorrer mediante referenciação clínica, destinando-se sobretudo a crianças com necessidades de tratamento identificadas. O programa contempla ainda mecanismos de continuidade na adolescência, através da atribuição de cheques-dentista aos 16 e 18 anos, promovendo a manutenção da saúde oral e a consolidação de comportamentos preventivos na transição para a vida adulta.

Quadro 3 – Idades de referência e atribuição do cheque-dentista no âmbito do PNPSO

Faixa etária	Tipo de intervenção	Modalidade de acesso	Objetivo principal
2–3 anos	Intervenção precoce	Mediante referenciação clínica	Deteção precoce de cárie precoce da infância e orientação preventiva
4 anos	Idade-chave	Atribuição sistemática de cheque-dentista ou referenciação para higiene oral	Avaliação da saúde oral em fase inicial do desenvolvimento dentário
5–6 anos	Intervenção intermédia	Mediante referenciação clínica	Tratamento precoce de lesões de cárie e prevenção de progressão da doença
7 anos	Idade-chave	Atribuição sistemática de cheque-dentista	Avaliação da dentição mista e implementação de medidas preventivas
8–9 anos	Intervenção intermédia	Mediante referenciação clínica	Monitorização da saúde oral e tratamento de patologias identificadas
10 anos	Idade-chave	Atribuição sistemática de cheque-dentista	Prevenção e controlo da cárie durante a fase de erupção dentária
11–12 anos	Intervenção intermédia	Mediante referenciação clínica	Intervenção precoce em necessidades de tratamento
13 anos	Idade-chave	Atribuição sistemática de cheque-dentista	Conclusão do plano preventivo e terapêutico da adolescência precoce
14 anos	Intervenção intermédia	Mediante referenciação clínica	Seguimento de situações clínicas identificadas
16 anos	Continuidade de cuidados	Atribuição de cheque-dentista para jovens que concluíram tratamento aos 13 anos	Manutenção da saúde oral na adolescência
18 anos	Continuidade de cuidados	Atribuição de cheque-dentista	Consolidação de hábitos preventivos na transição para a vida adulta

Fonte: Adaptado de DGS (2021) – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

A operacionalização destas medidas é apoiada por sistemas de informação do SNS e por ferramentas digitais, como a plataforma SNS 24, que facilitam o acesso à informação e a gestão do percurso assistencial. Para além da dimensão assistencial, o PNPSO integra estratégias de promoção da literacia em saúde oral, reconhecendo que a adoção de comportamentos preventivos constitui um elemento central na redução da incidência das doenças orais (Peres et al., 2019; WHO, 2022). Apesar dos progressos alcançados, a disponibilização de recursos e a redução das barreiras financeiras não garantem, por si só, a utilização efetiva dos cuidados de saúde oral. A adesão às medidas preventivas e terapêuticas depende de múltiplos fatores, incluindo a literacia em saúde, a perceção da necessidade de tratamento, as condições socioeconómicas e a valorização atribuída à saúde oral pelas crianças e suas famílias. Neste sentido, a efetividade das estratégias previstas no PNPSO depende não apenas da disponibilidade de recursos, mas também da capacidade de envolver as famílias na adoção de comportamentos promotores de saúde e na utilização adequada dos cuidados preventivos disponibilizados.

6.3. Utilização dos Serviços de Saúde Oral em População Infantil

Não obstante a abrangência das estratégias implementadas no âmbito do PNPSO, persiste em Portugal uma discrepância significativa entre o acesso potencial aos cuidados e a sua utilização efetiva. Dados recentes da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD, 2025) indicam que, em 2024, foram emitidos 764.175 cheques-dentista, dos quais apenas cerca de 62,5% foram efetivamente utilizados, revelando que mais de um terço das crianças e jovens referenciados não concretiza o ato clínico. Segundo a OMD (2025), esta taxa de utilização permanece inferior à média histórica do programa, sugerindo a persistência de obstáculos à concretização do potencial preventivo do cheque-dentista.

Esta subutilização compromete a eficácia das estratégias de promoção da saúde oral, particularmente em contextos como a Saúde Escolar e as UCC, onde a referenciação formal não garante a adesão das famílias às consultas. Os documentos estratégicos do SNS estabelecem como objetivo prioritário aumentar a taxa de utilização do cheque-dentista para valores superiores a 75% (DGS, 2021).

A evidência internacional demonstra que a disponibilização de recursos e a redução das barreiras financeiras, embora essenciais, não são suficientes para assegurar a utilização efetiva dos serviços de saúde oral. A procura de cuidados resulta de um processo complexo, influenciado por fatores socioeconómicos, culturais, cognitivos e comportamentais (Peres et al., 2019; WHO, 2022). A persistência de níveis elevados de cárie em grupos abrangidos por programas preventivos sugere que a acessibilidade e a gratuitidade constituem condições necessárias, mas não suficientes. Fatores como a literacia em saúde, experiências prévias

com os serviços, dificuldades logísticas e a percepção da relevância da saúde oral nas prioridades familiares condicionam significativamente a adesão (Peres et al., 2019; Watt et al., 2019; WHO, 2022), manifestando-se de forma mais acentuada em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica.

Na saúde infantil, a procura de cuidados depende majoritariamente das decisões e percepções dos pais ou cuidadores, tornando essencial compreender os mecanismos cognitivos e psicológicos que orientam o comportamento de procura de cuidados, nomeadamente as crenças, percepções de risco e avaliação dos benefícios associados à prevenção e tratamento das doenças orais. A compreensão destes fatores é particularmente relevante para o desenvolvimento de intervenções centradas na família e para a avaliação do impacto das condições orais na qualidade de vida da criança.

6.4. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral e o Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

A crescente valorização da perspectiva do indivíduo na avaliação dos resultados em saúde tem conduzido à incorporação de indicadores que vão além das medidas clínicas tradicionais. Neste contexto, o conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) tem assumido crescente relevância na investigação e na prática clínica, permitindo compreender de forma mais abrangente o impacto das condições de saúde oral no bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos (Peres et al., 2019; WHO, 2022).

De acordo com a literatura, a QVRSO pode ser definida como a percepção do impacto das condições de saúde oral nas atividades diárias, no conforto funcional, na autoestima e na participação social (Locker et al., 2004). Esta perspectiva reconhece que os efeitos das doenças orais não se limitam às alterações clínicas observáveis, podendo influenciar significativamente o funcionamento quotidiano e o bem-estar dos indivíduos.

Na população infantil, esta dimensão assume particular importância. As doenças orais podem interferir com a alimentação, a comunicação, o sono e a participação em atividades escolares e sociais, afetando o bem-estar físico e emocional da criança e condicionando o seu desenvolvimento global (Uribe et al., 2021). Para além do impacto individual, as condições de saúde oral podem também influenciar o bem-estar familiar. Os pais e cuidadores podem experienciar preocupações relacionadas com a dor da criança, dificuldades no acesso aos cuidados ou desafios associados à gestão das rotinas de higiene oral. Assim, a avaliação da QVRSO em idade pediátrica deve considerar não apenas a experiência da criança, mas também a percepção dos pais relativamente ao impacto das condições de saúde oral na vida familiar.

A avaliação da qualidade de vida em crianças apresenta, contudo, desafios metodológicos específicos. A capacidade de autorrelato varia em função da idade e do desenvolvimento cognitivo, podendo limitar a obtenção de informação direta. Por este motivo, diversos instrumentos recorrem à percepção parental como fonte relevante de informação, permitindo captar de forma mais abrangente as repercussões das condições de saúde oral no quotidiano da criança (Jokovic et al., 2003). Esta abordagem assume particular relevância em crianças mais novas, nas quais a capacidade de autorrelato pode ainda não estar plenamente desenvolvida.

O EEESIP desempenha um papel central neste processo. A sua proximidade às famílias, nas consultas de vigilância de saúde infantil, na intervenção comunitária e na saúde escolar, permite identificar precocemente fatores de risco associados às doenças orais e promover práticas preventivas. Através da educação para a saúde, da capacitação parental e da monitorização do desenvolvimento infantil, este profissional contribui para o reforço da literacia em saúde oral e para a adoção de comportamentos promotores de saúde e bem-estar (OE, 2018). Neste sentido, a incorporação da avaliação da QVRSO na prática clínica pode orientar intervenções mais centradas na criança e na família, complementando a avaliação clínica tradicional e contribuindo para uma abordagem mais holística da saúde infantil. Adicionalmente, a utilização de instrumentos válidos e fiáveis para avaliar a QVRSO permite monitorizar o impacto das intervenções em saúde oral e apoiar a tomada de decisão baseada na evidência.

6.5. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

A crescente valorização da perspetiva do indivíduo impulsionou o desenvolvimento de instrumentos que permitem compreender o impacto das condições de saúde oral no bem-estar e no quotidiano das pessoas, complementando a avaliação clínica convencional, habitualmente centrada em sinais e sintomas (Locker et al., 2004; Peres et al., 2019).

Entre os instrumentos mais utilizados encontra-se o Oral Health Impact Profile (OHIP), inicialmente concebido para a população adulta, que avalia dimensões como a dor, as limitações funcionais e o impacto psicológico e social das condições de saúde oral (Locker et al., 2004). Contudo, a sua aplicação em contexto pediátrico apresenta limitações, uma vez que as crianças se encontram em diferentes fases de desenvolvimento cognitivo e emocional, influenciando a forma como percebem e expressam a sua experiência de saúde. Tornou-se, assim, necessário desenvolver instrumentos específicos para a população infantil, ajustados às suas características e necessidades.

Neste contexto, surge o Child Perceptions Questionnaire (CPQ), que avalia a percepção das próprias crianças relativamente ao impacto da saúde oral na sua qualidade de vida, dispondo de versões adaptadas a diferentes grupos etários (Jokovic et al., 2003). Em crianças mais novas, porém, a capacidade de autorrelato pode ser limitada, tornando essencial integrar também a perspetiva dos pais ou cuidadores, que desempenham um papel central na observação do bem-estar, do comportamento e das repercussões das condições de saúde oral no quotidiano da criança (Jokovic et al., 2003; Uribe et al., 2021).

O Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), desenvolvido por Jokovic et al. (2003), foi especificamente concebido para avaliar a percepção dos pais ou cuidadores sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida de crianças entre os 6 e os 14 anos. O instrumento organiza-se em quatro dimensões, sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social, permitindo uma avaliação multidimensional das repercussões das condições de saúde oral. A inclusão da percepção parental assume particular relevância, uma vez que os cuidadores se encontram numa posição privilegiada para identificar alterações no comportamento, no bem-estar emocional e nas atividades diárias da criança, contribuindo para uma compreensão mais abrangente do impacto da saúde oral. Além disso, o P-CPQ apresenta boas propriedades psicométricas e ampla utilização internacional, sendo considerado um dos instrumentos de referência para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idade pediátrica (Foster Page et al., 2023; Jokovic et al., 2003).

A utilização destes instrumentos em diferentes contextos culturais exige processos rigorosos de adaptação transcultural e validação psicométrica, de forma a garantir a equivalência conceptual e a robustez das suas propriedades métricas. Estes processos incluem habitualmente procedimentos de tradução, retrotradução, avaliação da validade de construto e análise da consistência interna (Hair et al., 2022; Kyriazos, 2018). Neste sentido, a validação da versão portuguesa do P-CPQ constitui um contributo relevante para a investigação e para a prática clínica em saúde infantil, disponibilizando um instrumento válido, fiável e culturalmente adequado para avaliar a percepção dos pais relativamente ao impacto da saúde oral na qualidade de vida das crianças portuguesas.

6.6. P-CPQ: Desenvolvimento e Evidência Internacional

O P-CPQ foi desenvolvido por Jokovic et al. (2003), na Universidade de Toronto, no âmbito de um projeto mais amplo designado Child Oral Health Quality of Life Questionnaire (COHQOL). O seu desenvolvimento resultou de uma revisão da literatura sobre instrumentos de qualidade de vida em saúde infantil e da realização de entrevistas com pais e cuidadores de crianças com condições pedodônticas, ortodônticas e orofaciais. A partir de um conjunto

inicial de 47 itens, foram selecionados os 33 que constituem a versão final do instrumento, organizados em quatro dimensões: sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. No estudo original, o instrumento demonstrou excelente consistência interna ($\alpha = 0,94$), boa fiabilidade teste-reteste (ICC = 0,85) e validade de construto adequada, evidenciando a sua capacidade para avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida das crianças através da percepção parental.

Desde a sua publicação, o P-CPQ tem sido objeto de adaptação transcultural e validação psicométrica em diversos contextos internacionais, o que reforça a sua relevância e aplicabilidade global. A versão peruana (Albites et al., 2014), por exemplo, apresentou consistência interna adequada ($\alpha = 0,84$) e excelente fiabilidade teste-reteste (ICC = 0,94), demonstrando igualmente validade de construto e discriminante satisfatórias. A versão francesa (Razanamihaja et al., 2018), validada numa amostra de pais de crianças com e sem anomalias orais, revelou uma consistência interna de $\alpha = 0,85$ e uma fiabilidade teste-reteste de ICC = 0,88, confirmando a robustez psicométrica do instrumento. No contexto brasileiro, Barbosa e Gavião (2015) desenvolveram uma versão reduzida do P-CPQ com base em análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, tendo identificado um modelo de três fatores e 13 itens com índices de ajustamento aceitáveis e evidência de validade convergente e discriminante.

Apesar das diferenças observadas entre versões e contextos culturais, os estudos internacionais demonstram de forma consistente que o P-CPQ apresenta boas propriedades psicométricas, sendo capaz de diferenciar grupos clínicos e de captar variações no impacto da saúde oral em função da severidade das condições orais (Foster Page et al., 2023). Estas diferenças são expectáveis em processos de adaptação transcultural, refletindo especificidades linguísticas, culturais e contextuais das populações estudadas, sem comprometer a adequação global do instrumento. A sua estrutura multidimensional permite uma avaliação abrangente das repercussões das doenças orais no quotidiano das crianças, complementando a avaliação clínica tradicional.

Em Portugal, foi realizado um processo prévio de adaptação cultural do P-CPQ no âmbito de uma monografia de licenciatura em enfermagem (Pinto et al., 2025), que incluiu as etapas de tradução, retrotradução, análise semântica e pré-teste com pais e cuidadores de crianças portuguesas. Contudo, a adaptação transcultural, embora necessária, não é suficiente para garantir a adequação do instrumento à população de destino. A literatura metodológica é clara ao estabelecer que a validação psicométrica deve ser realizada de forma independente, avaliando a fiabilidade, a validade de construto e a adequação sociocultural do instrumento no novo contexto (Hair et al., 2022; Kyriazos, 2018). É neste enquadramento que

se insere o presente estudo, procedendo à validação psicométrica da versão portuguesa do P-CPQ numa amostra de pais e cuidadores de crianças em idade escolar.

7. Metodologia

O presente estudo assume uma abordagem quantitativa, de natureza metodológica e delineamento transversal, tendo como objetivo proceder à validação psicométrica da versão portuguesa do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ).

A versão do instrumento utilizada nesta investigação resulta de um processo prévio de tradução e adaptação transcultural desenvolvido no âmbito do projeto institucional Oral Health2Care – Projeto de Intervenção em Cuidados de Saúde Oral, promovido pela UniCiSE – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e Educação (Pinto et al., 2025). Este processo incluiu tradução, retrotradução, revisão semântica por um painel multidisciplinar de peritos e aplicação de um pré-teste, assegurando a equivalência linguística e cultural da versão portuguesa.

Contudo, a adaptação transcultural de um instrumento não garante, por si só, a adequação das suas propriedades psicométricas na população de destino. A literatura metodológica recomenda que a validade e a fiabilidade sejam avaliadas de forma independente em cada contexto cultural, assegurando que o instrumento mede de forma consistente e rigorosa o construto que se propõe avaliar (Hair et al., 2022; Kyriazos, 2018). Neste sentido, o presente estudo visa colmatar a ausência de validação psicométrica formal do P-CPQ em Portugal, através da avaliação da sua consistência interna e validade de construto.

Os estudos metodológicos têm como finalidade analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos de medida, avaliando aspetos como a validade, a fiabilidade e a estrutura interna, de forma a garantir a precisão e consistência das medidas obtidas (Souza et al., 2017; Voskuil et al., 2017). O delineamento transversal foi adotado por permitir a recolha de dados num único momento temporal, sendo amplamente utilizado em estudos de validação de instrumentos (Flanagan & Beck, 2024). A abordagem quantitativa justifica-se pela necessidade de recorrer a procedimentos estatísticos para analisar a estrutura interna do instrumento e avaliar as suas propriedades métricas (Hair et al., 2022).

7.1. Objetivos da Investigação

O presente estudo tem como objetivo geral proceder à validação psicométrica da versão portuguesa do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), de forma a avaliar a sua adequação para a medição da perceção parental relativamente ao impacto da saúde oral na qualidade de vida relacionada com a saúde oral de crianças entre os 6 e os 14 anos de idade. Para esse efeito, pretende-se analisar as propriedades psicométricas do instrumento, nomeadamente a sua fiabilidade e validade de construto.

Numa primeira fase, será avaliada a fiabilidade da versão portuguesa do P-CPQ através da análise da consistência interna, recorrendo ao coeficiente alfa de Cronbach, ao coeficiente ómega de McDonald e à correlação item-total. Posteriormente, será analisada a validade de construto do instrumento através da realização de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), com o objetivo de verificar a adequação da estrutura dimensional proposta pelos autores do instrumento e confirmada em diferentes contextos internacionais.

Pretende-se, assim, disponibilizar um instrumento válido, fiável e culturalmente adequado para a avaliação da perceção parental sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças portuguesas, contribuindo para a investigação e para a prática clínica na área da saúde infantil.

7.2. Tipo de Estudo

O presente estudo insere-se numa abordagem quantitativa, de natureza metodológica e com delineamento transversal. A investigação quantitativa caracteriza-se pela recolha e análise sistemática de dados numéricos, permitindo descrever fenómenos, estabelecer relações entre variáveis e testar propriedades de instrumentos de medida através de procedimentos estatísticos (Vilelas, 2020). No âmbito dos estudos metodológicos, o principal objetivo consiste no desenvolvimento, adaptação ou validação de instrumentos de medida, avaliando as suas propriedades psicométricas, nomeadamente a fiabilidade e a validade, de forma a assegurar que medem de modo preciso e consistente o construto de interesse (Ribeiro, 2014; Souza et al., 2017).

O delineamento transversal caracteriza-se pela recolha de dados num único momento temporal, sendo particularmente adequado para estudos de validação psicométrica, uma vez que permite analisar a estrutura interna e o desempenho de instrumentos de medida numa amostra da população-alvo (Flanagan & Beck, 2024; Vilelas, 2020).

Neste contexto, o presente estudo tem como finalidade proceder à validação psicométrica da versão portuguesa do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), instrumento desenvolvido por Jokovic et al. (2003) para avaliar a perceção dos pais ou cuidadores relativamente ao impacto das condições de saúde oral na qualidade de vida das crianças. A investigação foi desenvolvida no âmbito do projeto institucional *Oral Health2Care – Projeto de Intervenção em Cuidados de Saúde Oral*, promovido pela UniCiSE – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e Educação, centrando-se na análise da fiabilidade e da validade de construto do instrumento, com vista à sua utilização em contextos clínicos e científicos nacionais.

7.3. População e Amostra

A população-alvo deste estudo é constituída por pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos, a frequentar o 1.º, 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico em Portugal. Esta faixa etária corresponde ao grupo para o qual o Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) foi originalmente desenvolvido, permitindo avaliar a perceção parental relativamente ao impacto das condições de saúde oral na qualidade de vida das crianças (Jokovic et al., 2003).

A amostra foi obtida através de um método de amostragem não probabilística por conveniência, frequentemente utilizado em estudos metodológicos e de validação de instrumentos, particularmente quando se pretende aceder a participantes que cumpram critérios específicos de elegibilidade (Ribeiro, 2014; Vilelas, 2020). A amostra final integrou 250 participantes, número considerado adequado para a realização de análises psicométricas, incluindo a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), uma vez que ultrapassa o mínimo de 200 participantes frequentemente recomendado na literatura e assegura uma proporção adequada entre o número de participantes e o número de itens do instrumento (Hair et al., 2022; Kyriazos, 2018).

Para garantir a qualidade dos dados recolhidos, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão, foram considerados elegíveis os participantes que fossem pai, mãe ou cuidador principal de uma criança ou adolescente com idade compreendida entre os 6 e os 14 anos, a frequentar o 1.º, 2.º ou 3.º Ciclo do Ensino Básico em Portugal, com competências de literacia e compreensão da língua portuguesa que permitissem o preenchimento autónomo do questionário e que aceitassem participar voluntariamente no estudo mediante validação do consentimento informado em formato digital.

Relativamente aos critérios de exclusão, foram excluídos os pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com idade inferior a 6 anos ou superior a 14 anos, bem como os questionários com preenchimento incompleto, nomeadamente aqueles que apresentavam omissões em itens do P-CPQ que inviabilizassem a análise psicométrica do instrumento.

7.4. Instrumentos de Colheita de Dados

A versão portuguesa do P-CPQ utilizada no presente estudo resulta de um processo prévio de tradução e adaptação transcultural desenvolvido em contexto académico, no âmbito de uma monografia de licenciatura (Pinto et al., 2025).

O instrumento de colheita de dados consistiu num questionário estruturado de autopreenchimento, disponibilizado em formato online através da plataforma EUSurvey, ferramenta desenvolvida pela Comissão Europeia para a criação e gestão de inquéritos

eletrónicos. O acesso ao questionário foi efetuado através do endereço eletrónico <https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/d5a8766a-d2fb-58de-7b47-6952049e90f2>.

O questionário integrou três secções distintas. A primeira correspondeu a um questionário sociodemográfico, desenvolvido especificamente para o presente estudo, destinado à caracterização da amostra, incluindo variáveis como a idade do progenitor ou cuidador, sexo, estado civil, nível de escolaridade, número de elementos do agregado familiar e ciclo de ensino frequentado pela criança. A segunda secção incluiu questões relativas aos hábitos de higiene oral da criança, nomeadamente frequência de escovagem, supervisão parental durante a escovagem, visitas ao médico dentista e perceção global da saúde oral da criança. A terceira secção correspondeu à versão portuguesa do P-CPQ.

O P-CPQ destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos e é constituído por 33 itens distribuídos por quatro dimensões: Sintomas Orais (6 itens), Limitações Funcionais (8 itens), Bem-Estar Emocional (8 itens) e Bem-Estar Social (11 itens). O instrumento avalia a frequência com que problemas relacionados com a saúde oral afetaram a criança nos três meses anteriores ao preenchimento do questionário. Os itens são classificados através de uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre 0 (“Nunca”) e 4 (“Muito frequente”), correspondendo os valores intermédios a 1 (“Quase Nunca”), 2 (“Ocasionalmente”) e 3 (“Frequentemente”). Inclui ainda a opção “Não sei”, considerada como resposta omissa.

Atendendo à existência de uma versão do P-CPQ previamente adaptada para a língua portuguesa, foi solicitada autorização à autora responsável por essa adaptação para a utilização da versão portuguesa do instrumento (Anexo I), assegurando a continuidade do processo de adaptação transcultural desenvolvido por Pinto et al. (2025).

O recrutamento dos participantes foi realizado através de uma estratégia de mediação institucional, envolvendo o contacto com diretores de agrupamentos de escolas públicas e diretores de estabelecimentos de ensino privados. O convite para participação no estudo foi enviado por correio eletrónico, solicitando a colaboração na divulgação do questionário junto dos pais ou cuidadores de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos.

No convite enviado foi apresentada uma breve explicação sobre os objetivos do estudo, bem como o link de acesso ao questionário online, solicitando-se a sua divulgação junto dos encarregados de educação. Esta estratégia permitiu garantir a legitimidade institucional do pedido de participação, salvaguardar a voluntariedade da participação e assegurar uma ampla disseminação do questionário junto dos alunos do 1.º, 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário, os participantes tiveram acesso a uma nota informativa contendo os objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação

e as garantias de anonimato e confidencialidade das respostas. A aceitação informada da participação era formalizada através da submissão do questionário após leitura da informação disponibilizada.

O questionário foi de autopreenchimento, com um tempo médio estimado de resposta entre 5 e 10 minutos. As respostas foram recolhidas de forma totalmente anónima, não sendo solicitados quaisquer dados que permitissem a identificação dos participantes.

Posteriormente, os dados recolhidos foram exportados da plataforma EUSurvey para análise estatística. Numa primeira fase, realizou-se análise estatística descritiva com o objetivo de caracterizar a amostra, recorrendo ao cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como de medidas de tendência central e de dispersão, sempre que aplicável.

7.5. Tratamento de dados

Os dados recolhidos através do questionário online foram exportados da plataforma EUSurvey e submetidos a tratamento e análise estatística com recurso aos softwares IBM SPSS® Statistics versão 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA), IBM SPSS Amos® versão 24.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) e JASP® (University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands), adequados à análise de dados quantitativos e à avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos de medida (Hair et al., 2022; Kline, 2016).

Numa primeira fase, foi realizada análise estatística descritiva para caracterização da amostra e dos itens do instrumento, recorrendo ao cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como de medidas de tendência central e de dispersão. Procedeu-se ainda à análise da distribuição das respostas através do cálculo da assimetria e da curtose.

No âmbito da validação psicométrica do instrumento, a fiabilidade foi avaliada através da análise da consistência interna, recorrendo ao coeficiente alfa de Cronbach, ao coeficiente ómega de McDonald e à correlação item-total corrigida. Consideraram-se adequados valores iguais ou superiores a 0,70 para os coeficientes de consistência interna (Hair et al., 2022).

A validade de construto foi analisada através de Análise Fatorial Confirmatória (AFC), recorrendo a modelos de equações estruturais (Hair et al., 2022; Kline, 2016). A qualidade do ajustamento do modelo foi avaliada através do teste do qui-quadrado (χ^2), do rácio χ^2/gl , do Comparative Fit Index (CFI), do Tucker-Lewis Index (TLI), do Incremental Fit Index (IFI), do Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), do Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) e do Goodness of Fit Index (GFI). Foi ainda considerado o índice de Hoelter para avaliação da adequação da dimensão amostral.

Para interpretação dos resultados, consideraram-se indicadores de ajustamento adequados valores de χ^2/gl inferiores a 5, valores de CFI, TLI, IFI e GFI iguais ou superiores a 0,90 e valores de RMSEA e SRMR inferiores a 0,08 (Hair et al., 2022; Kline, 2016).

Adicionalmente, foram analisadas as cargas fatoriais padronizadas, os erros-padrão e os rácios críticos dos itens. A fiabilidade compósita foi avaliada através da Fiabilidade Compósita (CR), a validade convergente através da Variância Média Extraída (AVE) e a validade discriminante através do critério de Fornell e Larcker (Fornell & Larcker, 1981; Hair et al., 2022).

Consideraram-se estatisticamente significativos os resultados com valor de p inferior a 0,05.

7.6. Procedimentos éticos

A conformidade ética foi garantida através da submissão do projeto à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, tendo sido obtido parecer favorável (Parecer n.º 25/SUB/2024). A realização do estudo em meio escolar foi igualmente autorizada pela Direção-Geral da Educação, através do sistema MIME (Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar), com o código de aprovação n.º 0012100028, garantindo o cumprimento dos requisitos éticos, legais e de proteção de dados aplicáveis à investigação em contexto educativo.

Paralelamente, o estudo foi validado pela Encarregada de Proteção de Dados da instituição, assegurando que o desenho da colheita de dados respeitava integralmente o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e a Lei n.º 58/2019, que assegura a execução do RGPD na ordem jurídica portuguesa.

Em conformidade com o Regulamento (UE) 2016/679 e com a Lei n.º 58/2019, foram implementadas medidas destinadas a garantir o anonimato e a confidencialidade dos participantes. A plataforma EUSurvey foi configurada para não recolher endereços IP nem outros metadados suscetíveis de permitir a identificação dos participantes. Os dados sociodemográficos recolhidos foram tratados de forma agregada, impossibilitando a reidentificação dos participantes, sendo o acesso à base de dados restrito ao investigador e os dados utilizados exclusivamente para os fins científicos do presente estudo.

A participação foi precedida da apresentação de um Consentimento Informado Digital, elaborado de acordo com as recomendações éticas para a investigação em saúde (Souza et al., 2017). Foram assegurados aos participantes a natureza voluntária da participação, o direito à desistência em qualquer momento sem qualquer prejuízo, a inexistência de riscos diretos decorrentes da colaboração e a garantia de que os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente para fins científicos e académicos. O acesso ao questionário ficou condicionado à aceitação explícita do consentimento através de um campo de validação obrigatória (check-box).

No respeito pelo princípio da beneficência, o presente estudo pretende contribuir para a produção de conhecimento científico na área da saúde oral infantil, disponibilizando um instrumento válido e fiável para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças portuguesas. Desta forma, procura promover o desenvolvimento da investigação e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população pediátrica, em consonância com os princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia (WMA, 2013).

No desenvolvimento do presente trabalho foi utilizada a plataforma ChatGPT (OpenAI) como ferramenta de apoio à organização, revisão linguística e estruturação da escrita científica. A sua utilização teve carácter exclusivamente auxiliar, não tendo sido empregue para a produção autónoma de conteúdo científico, interpretação de resultados, análise estatística ou tomada de decisões metodológicas. Todo o conteúdo apresentado foi criticamente analisado, validado e revisto pelo autor, que assume integral responsabilidade pelo rigor científico e académico do trabalho desenvolvido.

O presente estudo não apresenta conflitos de interesses associados à sua realização.

8. Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra. Esta foi constituída por 250 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos ($M = 9,62$; $DP = 2,37$). A maioria das crianças encontrava-se no grupo etário dos 9 aos 11 anos (44,40%), seguida do grupo dos 6 aos 8 anos (34%) e, por fim, do grupo dos 12 aos 14 anos (21,60%). Relativamente ao sexo, verificou-se uma distribuição equilibrada, com igual proporção de crianças do sexo feminino e masculino (50% cada).

No que respeita aos pais/cuidadores, a média de idades foi de 41,17 anos ($DP = 5,36$), sendo a maioria pertencente ao grupo etário dos 41 aos 50 anos (56%), seguida do grupo dos 31 aos 40 anos (37,20%). Os grupos etários dos 20 aos 30 anos (4%) e dos 51 aos 60 anos (2,80%) apresentaram menor representatividade. Quanto ao grau de parentesco, a maioria dos respondentes eram mães (90,40%), seguidas dos pais (8,40%) e de outros cuidadores (1,20%).

Relativamente à composição do agregado familiar, a maioria das famílias era constituída por três a quatro elementos (88%), enquanto 8% eram compostas por cinco a seis elementos e apenas 4% por um a dois elementos.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos participantes encontrava-se casada (70,80%), seguindo-se os participantes unidos de facto (18,40%), os solteiros (6%) e os divorciados (4,80%). Quanto às habilitações literárias, verificou-se que a maior parte dos participantes possuía ensino superior (48,80%) ou ensino secundário (37,60%). Uma menor proporção apresentava o 3.º ciclo do ensino básico (11,20%), o 2.º ciclo (2%) e o 1.º ciclo (0,40%). Relativamente à condição perante o emprego, a maioria encontrava-se empregada por conta de outrem (73,60%), seguida dos trabalhadores por conta própria (13,60%) e dos desempregados (12,40%), sendo residual a proporção de reformados (0,40%).

Por fim, no que diz respeito ao local de residência, a maioria dos participantes residia na região Centro (60%), seguida da região Norte (35,20%). As restantes regiões apresentaram valores residuais, nomeadamente Lisboa e Vale do Tejo (3,60%), Algarve (0,80%) e Alentejo (0,40%).

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica

	Total (N = 250)	
	N	%
Idade Criança (M; DP)	9,62	2,37
6-8	85	34
9-11	111	44,40
12-14	54	21,60
Sexo Criança		
Feminino	125	50
Masculino	125	50
Idade Pais (M; DP)	41,17	5,36
20-30	10	4
31-40	93	37,20
41-50	140	56
51-60	7	2,80
Parentesco		
Mãe	226	90,40
Pai	21	8,40
Outro	3	1,20
Nº Elementos do Agregado		
1-2	10	4
3-4	220	88
5-6	20	8
Estado Civil		
Casado(a)	177	70,80
Divorciado(a)	12	4,80
Solteiro(a)	15	6,00
Unido(a) de facto	46	18,40
Habilitações Literárias		
1ºciclo	1	0,40
2ºciclo	5	2
3ºciclo	28	11,20
Ensino Secundário	94	37,60
Ensino Superior	122	48,80
Condição face a Emprego		
Desempregado	31	12,40
Empregado por conta de outrem	184	73,60
Empregado por conta própria	34	13,60
Reformado	1	0,40
Local de Residência		
Norte	88	35,20
Centro	150	60
Lisboa e Vale do Tejo	9	3,60
Alentejo	1	0,40
Algarve	2	0,80

Conforme apresentado na Tabela 2, relativamente aos problemas de saúde oral dos pais/cuidadores, a condição mais frequentemente referida foi a presença de cáries (18,80%), seguida da falta de dentição (15,60%) e da presença de placa bacteriana (7,2%). A utilização de prótese dentária (5,20%), a gengivite (3,60%) e a dor dentária (2,40%) apresentaram menor prevalência. Destaca-se ainda que 42,0% dos participantes referiram não apresentar qualquer problema de saúde oral. No que respeita à frequência de ida ao dentista, a maioria dos participantes referiu recorrer regularmente a consultas de rotina (77,20%), enquanto 22,40% indicaram procurar cuidados apenas perante a presença de sintomas ou problemas dentários. Apenas um participante (0,40%) referiu nunca recorrer ao médico dentista.

Tabela 2 – Saúde oral e comportamentos dos pais/cuidadores

Pais/Cuidadores	Total (N = 250)			
	N	%	N	%
Problemas de saúde oral	Sim		Não	
Cáries	47	18,80	203	81,20
Gengivite	9	3,60	241	96,40
Placa bacteriana	18	7,20	232	92,80
Falta de dentição	39	15,60	211	84,40
Dor de Dentes	6	2,40	244	97,60
Dentes postiços / dentadura	13	5,20	237	94,80
Nenhum		105		42
	N		%	
Frequência de ida ao dentista				
Nunca	1		0,40	
Só quando tem problemas	56		22,40	
Frequentemente, por rotina	193		77,20	

Conforme apresentado na Tabela 3, a maioria das crianças realizou consultas de vigilância de saúde (96,0%), sendo que, em 91,2% dos casos, a saúde oral foi abordada durante essas consultas. Verificou-se ainda que praticamente a totalidade dos participantes considerava importante cuidar dos dentes decíduos (99,6%). Relativamente aos hábitos da criança, observou-se uma elevada prevalência da utilização de biberão (64,4%) e chupeta (62,4%), sendo menos frequente o hábito de chupar no dedo (6,4%). No que respeita aos hábitos de higiene oral, a idade média da primeira escovagem foi de 1,19 anos (DP = 1,13), ocorrendo maioritariamente até aos 2 anos de idade. A maioria das crianças escovava os dentes duas vezes por dia (73,6%), seguindo-se as que realizavam uma escovagem diária (16,4%) e três escovagens diárias (9,6%). Relativamente ao consumo de alimentos ricos em açúcares, a maioria das crianças consumia este tipo de alimentos entre uma e três vezes por

semana (68,4%), enquanto 18,8% o fazia entre quatro e seis vezes por semana e 10,0% diariamente. Apenas 2,8% referiram nunca consumir alimentos ricos em açúcares.

Tabela 3 – Vigilância de saúde e hábitos da criança

	Total (N = 250)			
	N	%	N	%
Vigilância de Saúde				
A criança fez as consultas de vigilância de saúde?	240	96	10	4
Durante as consultas de vigilância de saúde da criança alguém lhe falou da saúde oral?	228	91,20	22	8,80
Acha importante cuidar dos dentes decíduos (de leite)?	249	99,60	1	0,4
Hábitos que a criança teve:				
	Sim		Não	
Chupeta	156	62,40	94	37,60
Biberão	161	64,40	89	35,60
Chupar no dedo	16	6,40	234	93,60
	N		%	
Hábitos de Escovagem				
Idade 1ª escovagem (anos) (M; DP)	1,19		1,12	
0	82		32,80	
1	80		32	
2	60		24	
3	18		7,2	
4	7		2,8	
5	3		1,2	
Frequência de escovagens diária				
1	41		16,40	
2	184		73,60	
3	24		9,60	
4	1		0,40	
	N		%	
Frequência introdução de alimentos ricos em açúcares				
De 1 a 3 vezes por semana	171		68,40	
De 4 a 6 vezes por semana	47		18,80	
Nunca	7		2,80	
Todos os dias	25		10	

A saúde oral e o seu impacto na vida da criança foram avaliados através de um conjunto de itens organizados em quatro dimensões: sintomas orais (SO), limitações funcionais (LF), bem-estar emocional e escolar (BEE) e bem-estar social (BES). Como verificado na tabela 4, a dimensão de sintomas orais incluiu queixas como dor, hemorragia gengival, feridas na boca, mau hálito e retenção de alimentos. As limitações funcionais abrangeram dificuldades na mastigação, respiração, sono, fala e alimentação. O bem-estar emocional e escolar contemplou aspetos como irritabilidade, ansiedade, absentismo escolar

e dificuldades de concentração ou comunicação. Por fim, o bem-estar social incluiu preocupações com a aparência, timidez, exclusão social, dificuldades de interação e participação em atividades, bem como percepções relacionadas com a opinião dos outros sobre a saúde oral.

Tabela 4 – Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (versão portuguesa)

Item	
SO1	O seu filho(a) queixou-se de dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?
SO2	O seu filho(a) apresentou hemorragia nas gengivas (hemorragia gengival)?
SO3	O seu filho(a) apresentou feridas na boca?
SO4	O seu filho(a) teve mau hálito?
SO5	O seu filho(a) teve alimentos presos na boca?
SO6	O seu filho(a) teve alimentos presos nos dentes?
LF1	O seu filho(a) apresentou dificuldade ao morder ou mastigar comidas como maçãs, cenouras ou carne dura?
LF2	O seu filho(a) respirou essencialmente pela boca?
LF3	O seu filho(a) queixou-se de problemas relacionados com o sono?
LF4	O seu filho(a) apresentou dificuldade em pronunciar alguma palavra?
LF5	O seu filho(a) demorou mais tempo do que o habitual para terminar uma refeição?
LF6	O seu filho(a) teve dificuldade em beber líquidos ou comer alimentos, quentes ou frios?
LF7	O seu filho(a) sentiu dificuldade em comer alimentos de que gosta?
LF8	O seu filho(a) teve uma dieta limitada a determinados tipos de alimentos (ex. alimentos moles)?
BEE1	O seu filho(a) sentiu-se perturbado(a)?
BEE2	O seu filho(a) sentiu-se irritado(a) ou frustrado(a)?
BEE3	O seu filho(a) sentiu-se ansioso(a) ou com medo?
BEE4	O seu filho(a) faltou à escola por motivos como dor, consultas ou cirurgias?
BEE5	O seu filho(a) teve dificuldade em se concentrar na escola?
BEE6	O seu filho(a) recusou-se a falar ou ler em voz alta na sala de aula?
BEE7	O seu filho(a) recusou-se a falar com as outras crianças?
BEE8	O seu filho(a) recusou-se a sorrir ou a rir quando estava perto de outros meninos e meninas?
BES1	O seu filho(a) preocupou-se por não ser tão saudável como os outros meninos e meninas (como as outras crianças)?
BES2	O seu filho(a) preocupou-se por ser diferente dos outros meninos(as)?
BES3	O seu filho(a) preocupou-se por não ser tão bonito como os outros meninos(as)?
BES4	O seu filho(a) agiu de forma tímida ou com vergonha?
BES5	O seu filho(a) foi provocado(a) ou apelidado(a) por outras crianças?
BES6	O seu filho(a) foi excluído(a) por outras crianças?
BES7	O seu filho(a) recusou-se ou não conseguiu estar com outras crianças?
BES8	O seu filho(a) recusou-se ou não conseguiu participar em atividades como desporto, grupos de atividades, teatro, música ou visitas de estudo?
BES9	O seu filho(a) demonstrou preocupação por ter menos amigos?
BES10	O seu filho(a) sentiu-se preocupado(a) com o que as outras pessoas pensam sobre os seus dentes, lábios, boca ou maxilares?
BES11	O seu filho(a) foi questionado por outras crianças sobre os seus dentes, lábios, boca ou maxilares?

SO – Sintomas Orais; LF – Limitações Funcionais; BEE – Bem-estar Emocional; BES – Bem-estar Social

Procedeu-se à análise descritiva dos itens do P-CPQ, incluindo o cálculo da média, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo, assimetria e curtose. Adicionalmente, foi analisada a distribuição das respostas, com particular atenção à presença de efeitos de chão e de teto, considerando-se a sua ocorrência quando mais de 15% dos participantes selecionaram as categorias extremas da escala.

Os resultados apresentados na Tabela 5 evidenciam que as médias dos itens são globalmente baixas, particularmente nas dimensões Sintomas Orais e Limitações Funcionais, com valores frequentemente inferiores a 0,50. As medianas situaram-se maioritariamente em 0, confirmando uma forte concentração das respostas na categoria mínima da escala (“Nunca”). Apenas alguns itens, sobretudo nas dimensões psicossociais, apresentaram medianas iguais a 1, refletindo maior variabilidade nas respostas.

Os desvios-padrão indicaram uma dispersão moderada, embora tendencialmente inferior nos itens com médias mais reduzidas, sugerindo menor variabilidade de resposta nestes casos. Esta tendência foi particularmente evidente nos itens das dimensões clínicas.

No que respeita à forma das distribuições, observou-se uma assimetria positiva generalizada, com vários itens a apresentarem valores superiores a 2, especialmente nas dimensões Sintomas Orais e Limitações Funcionais. De forma consistente, registaram-se também valores elevados de curtose, em alguns casos superiores a 7 e atingindo valores particularmente elevados em alguns itens, o que indica distribuições leptocúrticas e forte concentração de respostas nas categorias inferiores da escala.

Este padrão estatístico é consistente com a presença de um efeito de chão pronunciado, sobretudo nos itens das dimensões clínicas, refletindo uma elevada proporção de respostas na categoria “Nunca”. Embora também apresentem assimetria positiva, os itens das dimensões Bem-estar Emocional e Bem-estar Social revelaram, globalmente, distribuições menos extremas do que as observadas nas dimensões clínicas, sugerindo maior heterogeneidade nas respostas.

O erro-padrão da assimetria variou entre 0,154 e 0,156, enquanto o erro-padrão da curtose se situou entre 0,307 e 0,312. A magnitude dos valores observados de assimetria e curtose, quando considerada em relação aos respetivos erros-padrão, confirma a existência de desvios significativos à normalidade na maioria dos itens.

Globalmente, os resultados da análise descritiva indicam que os dados não seguem uma distribuição normal, particularmente nas dimensões Sintomas Orais e Limitações Funcionais. Este facto foi tido em consideração na interpretação dos resultados psicométricos subsequentes.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas dos itens do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire

Dimensões	Itens	M	Me	DP	Assimetria	Curtose	Min.	Máx.
Sintomas Oraís	SO1	0,644	0,00	0,820	1,095	0,607	0	4
	SO2	0,285	0,00	0,598	2,075	3,523	0	3
	SO3	0,280	0,00	0,641	2,617	7,505	0	4
	SO4	0,767	0,00	0,899	1,014	0,483	0	4
	SO5	0,181	0,00	0,488	3,563	17,540	0	4
	SO6	0,767	1,00	0,753	0,642	0,082	0	4
Limitações Funcionais	LF1	0,432	0,00	0,815	2,151	4,701	0	4
	LF2	1,322	1,00	1,190	0,649	-0,365	0	4
	LF3	0,574	0,00	0,922	1,911	3,603	0	4
	LF4	0,695	0,00	0,944	1,313	1,245	0	4
	LF5	0,646	0,00	0,859	1,405	1,783	0	4
	LF6	0,288	0,00	0,709	3,402	13,554	0	4
	LF7	0,192	0,00	0,597	4,014	18,317	0	4
	LF8	0,196	0,00	0,528	3,145	10,788	0	3
Bem-estar Emocional	BEE1	0,336	0,00	0,646	1,895	2,868	0	3
	BEE2	0,574	0,00	0,830	1,190	0,471	0	4
	BEE3	0,703	1,00	0,959	1,263	0,994	0	4
	BEE4	0,472	0,00	0,787	1,637	2,138	0	4
	BEE5	0,706	1,00	1,005	1,365	1,156	0	4
	BEE6	0,293	0,00	0,795	3,177	10,210	0	4
	BEE7	0,157	0,00	0,471	3,982	21,212	0	4
	BEE8	0,152	0,00	0,431	3,242	12,067	0	3
Bem-estar Social	BES1	0,210	0,00	0,559	2,837	7,757	0	3
	BES2	0,241	0,00	0,634	3,014	9,701	0	4
	BES3	0,221	0,00	0,564	2,586	5,894	0	3
	BES4	0,661	1,00	0,903	1,221	0,793	0	4
	BES5	0,414	0,00	0,789	2,062	4,138	0	4
	BES6	0,364	0,00	0,736	2,144	4,346	0	4
	BES7	0,225	0,00	0,529	2,480	5,984	0	3
	BES8	0,248	0,00	0,609	2,485	5,369	0	3
	BES9	0,244	0,00	0,608	2,734	7,332	0	3
	BES10	0,304	0,00	0,661	2,179	3,937	0	3
	BES11	0,165	0,00	0,469	2,896	7,608	0	2

M – Média; Me – Mediana; DP – Desvio Padrão; Min. – Mínimo; Máx. – Máximo

No que respeita às correlações item-total corrigidas, verificou-se, conforme apresentado na Tabela 6, que a maioria dos itens apresentou valores iguais ou superiores a 0,30, considerados aceitáveis na literatura psicométrica (Hair et al., 2022; Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2019).

As dimensões Bem-estar Emocional e Bem-estar Social evidenciaram, de forma consistente, correlações item-total moderadas a elevadas, frequentemente superiores a 0,50, indicando uma forte associação dos itens com os respetivos constructos latentes.

Em contraste, as dimensões Sintomas Orais e Limitações Funcionais apresentaram maior heterogeneidade nos valores de correlação item-total. Em particular, observou-se um item com valor ligeiramente inferior a 0,30 ($SO2 = 0,296$), enquanto os restantes apresentaram valores próximos ou superiores a este limiar, sugerindo um contributo individual menos expressivo para a consistência interna da subescala, de acordo com os critérios propostos por Nunnally e Bernstein (1994). Este padrão é coerente com os resultados da análise descritiva previamente apresentados, que evidenciaram elevada concentração de respostas nas categorias inferiores da escala e reduzida variabilidade em alguns itens das dimensões clínicas (Streiner et al., 2015).

A análise do coeficiente alfa de Cronbach e do coeficiente ómega de McDonald, caso o item fosse removido, não revelou melhorias substanciais na consistência interna das subescalas, não justificando a exclusão de qualquer item com base em critérios exclusivamente estatísticos. Assim, optou-se pela manutenção de todos os itens da escala, em consonância com a estrutura teórica original do instrumento e com o objetivo de preservar a sua validade de conteúdo.

Esta decisão encontra suporte na literatura metodológica, que refere que a eliminação de itens baseada exclusivamente em indicadores estatísticos pode comprometer a abrangência conceptual do constructo avaliado, particularmente em instrumentos multidimensionais (DeVellis, 2017). Adicionalmente, as fragilidades observadas nas dimensões clínicas poderão refletir características da amostra, nomeadamente a reduzida prevalência de sintomas orais e limitações funcionais, sendo, por isso, teoricamente expectáveis.

Tabela 6 – Consistência interna do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire

Itens	M	DP	Correlação item/total	Coeficientes/sem	
				α	ω
Sintomas Orais				0,613	0,612
SO1	0,644	0,820	0,373	0,558	0,551
SO2	0,285	0,598	0,296	0,587	0,578
SO3	0,280	0,641	0,382	0,558	0,551
SO4	0,767	0,899	0,306	0,596	0,597
SO5	0,181	0,488	0,424	0,557	0,562
SO6	0,767	0,753	0,362	0,562	0,572
Limitações Funcionais				0,725	0,707
LF1	0,432	0,815	0,446	0,691	0,664
LF2	1,322	1,190	0,363	0,724	0,723
LF3	0,574	0,922	0,392	0,703	0,686
LF4	0,695	0,944	0,338	0,716	0,703
LF5	0,647	0,859	0,472	0,687	0,663
LF6	0,288	0,709	0,550	0,676	0,658
LF7	0,192	0,597	0,560	0,682	0,678
LF8	0,196	0,528	0,396	0,707	0,683
Bem-estar Emocional				0,845	0,859
BEE1	0,336	0,646	0,631	0,822	0,841
BEE2	0,574	0,830	0,706	0,809	0,822
BEE3	0,703	0,959	0,694	0,811	0,828
BEE4	0,472	0,787	0,407	0,846	0,864
BEE5	0,706	1,005	0,683	0,814	0,834
BEE6	0,293	0,795	0,592	0,824	0,849
BEE7	0,157	0,471	0,549	0,835	0,848
BEE8	0,152	0,431	0,480	0,841	0,851
Bem-estar Social				0,896	0,909
BES1	0,140	0,559	0,537	0,892	0,906
BES2	0,162	0,634	0,722	0,882	0,895
BES3	0,151	0,564	0,719	0,883	0,898
BES4	0,549	0,903	0,516	0,899	0,913
BES5	0,316	0,789	0,808	0,875	0,887
BES6	0,273	0,736	0,760	0,879	0,891
BES7	0,159	0,529	0,663	0,886	0,899
BES8	0,172	0,610	0,709	0,882	0,897
BES9	0,169	0,608	0,706	0,883	0,898
BES10	0,222	0,661	0,452	0,897	0,912
BES11	0,107	0,469	0,438	0,897	0,908
Coeficiente alfa Cronbach global				0,909	
Coeficiente ómega McDonald global				0,906	

M – Média; DP – Desvio Padrão

A estrutura fatorial do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) foi analisada através de análise fatorial confirmatória, sendo examinadas as cargas fatoriais padronizadas (λ), os respetivos erros-padrão e os rácios críticos (RC) dos itens.

Os resultados apresentados na Tabela 7 evidenciaram que todas as cargas fatoriais foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$), apresentando rácios críticos superiores ao valor de referência de 1,96, o que indica que todos os itens contribuem de forma significativa para os fatores latentes a que pertencem.

No que respeita à magnitude das cargas fatoriais, observaram-se diferenças entre as dimensões do instrumento. As dimensões Bem-estar Emocional e Bem-estar Social apresentaram, de forma geral, cargas fatoriais moderadas a elevadas, maioritariamente superiores a 0,60, evidenciando uma forte relação entre os itens e os constructos subjacentes. Destacam-se, na dimensão Bem-estar Social, vários itens com cargas fatoriais superiores a 0,70, evidenciando forte associação entre os indicadores observados e o constructo latente.

Em contraste, as dimensões Limitações Funcionais e Sintomas Orais apresentaram cargas fatoriais mais moderadas, situando-se maioritariamente entre 0,40 e 0,60. Alguns itens destas dimensões evidenciaram valores inferiores a 0,40, nomeadamente SO2 e SO5, indicando uma associação moderada com o fator latente correspondente. No entanto, todos os itens se mantiveram estatisticamente significativos, sustentando a sua relevância no modelo.

Este padrão de resultados é consistente com as análises previamente realizadas, nomeadamente a análise descritiva e a consistência interna, refletindo a menor variabilidade das respostas nas dimensões clínicas. Apesar das diferenças observadas na magnitude das cargas fatoriais, a significância estatística dos itens e a coerência teórica do instrumento sustentam a manutenção da estrutura fatorial original do P-CPQ, sem eliminação adicional de itens.

A qualidade de ajustamento do modelo fatorial foi avaliada através de análise de equações estruturais, recorrendo à análise fatorial confirmatória e à avaliação dos principais índices de ajustamento do modelo.

O teste do qui-quadrado apresentou um valor estatisticamente significativo ($\chi^2(489) = 579,8$; $p = 0,003$), resultado esperado em amostras de dimensão moderada, sendo este índice sensível ao tamanho amostral. O rácio χ^2/gl foi de 1,19, indicando um bom ajustamento do modelo.

No que respeita aos índices de ajustamento incremental, o Comparative Fit Index (CFI = 0,881) e o Tucker-Lewis Index (TLI = 0,872) apresentaram valores ligeiramente inferiores ao limiar convencional de 0,90, sugerindo um ajustamento razoável, embora não ótimo. De forma consistente, o Incremental Fit Index (IFI = 0,887) revelou um padrão semelhante.

Por outro lado, os índices de ajustamento absoluto evidenciaram um desempenho bastante satisfatório. O Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA = 0,027; IC90% [0,017–0,036]; $p = 1,000$) indicou um excelente ajustamento, claramente abaixo do valor de referência de 0,05. O Standardized Root Mean Square Residual (SRMR = 0,084) apresentou um valor dentro dos limites aceitáveis.

Adicionalmente, o Goodness of Fit Index (GFI = 0,938) revelou um bom ajustamento global do modelo. O índice de Hoelter apresentou valores superiores a 200 (339,7 para $\alpha = 0,05$), sugerindo adequação da dimensão amostral para a complexidade do modelo.

A análise conjunta dos índices de ajustamento sugere um ajustamento global satisfatório do modelo. Apesar dos valores de CFI, TLI e IFI se situarem ligeiramente abaixo dos limiares tradicionalmente recomendados, os excelentes valores observados para o RMSEA, o adequado desempenho do SRMR, o bom valor de GFI e o reduzido rácio χ^2/gl sustentam a adequação da estrutura fatorial proposta para a versão portuguesa do P-CPQ.

Tabela 7 – Rádios críticos e cargas fatoriais padronizadas da análise fatorial confirmatória do Parental-Caregiver

Perceptions Questionnaire

Itens	SE	RC	<i>p</i>	λ
Sintomas Orais				
SO1	0,097	5,261	***	0,511
SO2	0,112	3,469	***	0,388
SO3	0,105	4,037	***	0,426
SO4	0,085	5,690	***	0,483
SO5	0,094	4,014	***	0,378
SO6	0,093	5,163	***	0,483
Limitações Funcionais				
LF1	0,086	5,650	***	0,485
LF2	0,058	7,846	***	0,455
LF3	0,075	7,587	***	0,568
LF4	0,076	5,453	***	0,416
LF5	0,076	5,604	***	0,426
LF6	0,088	6,523	***	0,571
LF7	0,098	5,215	***	0,510
LF8	0,089	4,905	***	0,439
Bem-estar Emocional				
BEE1	0,055	12,860	***	0,712
BEE2	0,055	13,718	***	0,755
BEE3	0,055	13,982	***	0,767
BEE4	0,080	5,084	***	0,405
BEE5	0,047	15,657	***	0,743
BEE6	0,062	10,343	***	0,638
BEE7	0,075	6,520	***	0,490
BEE8	0,061	9,341	***	0,574
Bem-estar Social				
BES1	0,075	7,456	***	0,558
BES2	0,052	13,620	***	0,705
BES3	0,054	14,239	***	0,767
BES4	0,049	13,187	***	0,646
BES5	0,036	21,811	***	0,794
BES6	0,047	15,115	***	0,708
BES7	0,049	13,356	***	0,657
BES8	0,053	14,434	***	0,760
BES9	0,069	8,721	***	0,601
BES10	0,080	5,947	***	0,476
BES11	0,085	5,405	***	0,460

SE – Erro-padrão; RC – Rácio crítico; λ – Coeficiente lambda – peso fatorial padronizado; *** $p < 0,001$

A Tabela 8 apresenta os resultados da análise da fiabilidade compósita, da validade convergente e da validade discriminante do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), com base nas cargas fatoriais padronizadas obtidas na análise fatorial confirmatória.

Relativamente à fiabilidade compósita (CR), verificou-se que as dimensões Bem-estar Social (CR = 0,912) e Bem-estar Emocional (CR = 0,860) apresentam valores elevados, indicando uma consistência interna muito boa. A dimensão Limitações Funcionais apresentou um valor aceitável (CR = 0,713), enquanto a dimensão Sintomas Orais revelou um valor inferior ao limiar habitualmente recomendado de 0,70 (CR = 0,617), sugerindo menor homogeneidade dos itens que a compõem.

No que concerne à validade convergente, avaliada através da Variância Média Extraída (AVE), observou-se que nenhuma das dimensões atingiu o valor de referência de 0,50. As dimensões psicossociais apresentaram valores mais próximos deste limiar (Bem-estar Emocional = 0,463; Bem-estar Social = 0,448), enquanto as dimensões clínicas evidenciaram valores substancialmente inferiores (Sintomas Orais = 0,216; Limitações Funcionais = 0,232), indicando uma capacidade limitada dos itens para explicar a variância dos respetivos fatores latentes, particularmente nestas últimas dimensões.

A validade discriminante foi analisada através do critério de Fornell-Larcker, comparando a raiz quadrada da Variância Média Extraída ($\sqrt{AVE}$) com as correlações entre os fatores latentes. Os resultados evidenciaram que, para todas as dimensões, os valores de $\sqrt{AVE}$ foram inferiores a pelo menos uma das correlações interfatoriais observadas, não sendo, por isso, integralmente cumprido o critério de validade discriminante. Este resultado sugere a existência de sobreposição conceptual entre algumas dimensões do instrumento, particularmente entre Bem-estar Emocional e Bem-estar Social, bem como entre Sintomas Orais e Limitações Funcionais, refletindo a proximidade teórica entre estes constructos.

Tabela 8 – Fiabilidade compósita, validade convergente e discriminante do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire

	CR	AVE	MSV	$\sqrt{\text{AVE}}$	Sintomas Orais	Limitações Funcionais	Bem-estar Emocional	Bem-estar Social
Sintomas Orais	0,617	0,216	0,479	0,465				
Limitações Funcionais	0,713	0,232	0,479	0,482	0,692			
Bem-estar Emocional	0,860	0,463	0,551	0,680	0,414	0,673		
Bem-estar Social	0,912	0,448	0,551	0,669	0,425	0,598	0,742	

CR – Fiabilidade compósita; AVE – Variância Média Extraída; MSV – Variância Máxima Compartilhada; $\sqrt{\text{AVE}}$ – Raiz quadrada da Variância Média Extraída

9. Discussão dos Resultados

No presente estudo, a versão portuguesa do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) revelou uma consistência interna global elevada, evidenciada por um coeficiente alfa de Cronbach de 0,909 e um coeficiente ómega de McDonald de 0,906, demonstrando excelente fiabilidade para a avaliação da percepção parental da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças. A proximidade entre os valores de alfa e ómega reforça a estabilidade das estimativas obtidas, sugerindo que os itens do instrumento avaliam de forma consistente o constructo subjacente. Estes resultados são superiores aos valores habitualmente recomendados para instrumentos utilizados em contexto clínico e de investigação, sustentando a adequação da versão portuguesa do P-CPQ para aplicação na população em estudo.

Ao nível das dimensões, verificaram-se valores mais elevados de consistência interna nas componentes de Bem-estar Emocional ($\alpha = 0,845$) e Bem-estar Social ($\alpha = 0,896$), comparativamente às dimensões Sintomas Orais ($\alpha = 0,613$) e Limitações Funcionais ($\alpha = 0,725$). Esta diferença poderá refletir a natureza dos constructos avaliados. As dimensões de Bem-estar Emocional e Bem-estar Social integram experiências subjetivas que tendem a ser percebidas de forma mais consistente pelos pais/cuidadores, enquanto as dimensões Sintomas Orais e Limitações Funcionais avaliam manifestações clínicas mais específicas, cuja ocorrência pode variar em função do estado de saúde oral da criança. Adicionalmente, a reduzida prevalência de sintomatologia oral significativa na amostra poderá ter contribuído para uma menor variabilidade das respostas, influenciando os indicadores de consistência interna observados nestas dimensões. Estes resultados sugerem uma maior homogeneidade dos itens associados às repercussões psicossociais da saúde oral e reforçam a natureza multidimensional da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, que integra não apenas manifestações clínicas, mas também o impacto emocional e social das condições orais no quotidiano da criança e da família (Jokovic et al., 2003).

Os resultados da análise descritiva evidenciaram ainda a existência de um efeito de chão pronunciado, particularmente nas dimensões Sintomas Orais e Limitações Funcionais, refletido pela elevada concentração de respostas na categoria “Nunca”, pelas medianas próximas de zero e pelos elevados valores de assimetria e curtose observados em diversos itens. Este padrão sugere uma reduzida frequência de sintomatologia oral e de limitações funcionais na amostra estudada, podendo contribuir para a diminuição da variabilidade das respostas e, consequentemente, para a redução dos coeficientes de consistência interna e das cargas fatoriais observadas nestas dimensões. Resultados semelhantes têm sido descritos em estudos psicométricos realizados em populações com baixos níveis de

morbilidade oral, nos quais os domínios clínicos tendem a apresentar desempenho estatístico menos robusto do que os domínios psicossociais (Streiner et al., 2015).

Os resultados obtidos revelam-se globalmente consistentes com os estudos internacionais de validação do instrumento. No estudo original desenvolvido por Jokovic et al. (2003), o P-CPQ apresentou excelente consistência interna ($\alpha = 0,94$) e adequada validade de construto. De igual modo, a validação francesa conduzida por Razanamihaja et al. (2018) evidenciou valores de consistência interna de $\alpha = 0,85$ e adequada estabilidade temporal, confirmando a robustez psicométrica do instrumento em diferentes contextos culturais. A convergência destes resultados com os observados na presente investigação reforça a estabilidade das propriedades psicométricas do P-CPQ e a sua adequação para utilização em populações culturalmente distintas.

Quando comparados especificamente com os estudos de validação conduzidos no Brasil (Barbosa et al., 2010; Barbosa & Gavião, 2015), verifica-se uma elevada concordância dos níveis de fiabilidade observados. A adaptação brasileira reportou valores elevados para a escala total ($\alpha = 0,93$), bem como coeficientes adequados nas diferentes dimensões. Em particular, observa-se uma proximidade muito expressiva nas dimensões Bem-estar Emocional e Bem-estar Social, cujos coeficientes obtidos no presente estudo são praticamente coincidentes com os descritos pelos autores brasileiros. Por outro lado, tal como observado noutras validações do instrumento, as dimensões clínicas tenderam a apresentar indicadores de consistência interna mais modestos do que os domínios psicossociais, o que poderá estar relacionado com a menor frequência de sintomas orais reportados e com a reduzida variabilidade das respostas nestes itens. Esta consistência entre diferentes versões do instrumento sugere que os constructos associados ao impacto psicossocial da saúde oral apresentam elevada estabilidade transcultural. A semelhança dos resultados observados reforça ainda a adequação da versão portuguesa do instrumento, sugerindo que a estrutura conceptual original do P-CPQ foi preservada durante o processo de adaptação linguística e cultural.

A análise comparativa evidencia igualmente que as dimensões psicossociais tendem a apresentar melhores indicadores de consistência interna do que as dimensões clínicas. Este resultado poderá refletir a natureza mais abrangente e subjetiva dos domínios emocionais e sociais, que captam experiências relacionadas com autoestima, interação social, bem-estar emocional e participação social, frequentemente reconhecidas pelos cuidadores independentemente do contexto cultural. Em contrapartida, as dimensões Sintomas Orais e Limitações Funcionais parecem ser mais influenciadas pelas características clínicas da população estudada, bem como pela frequência relativamente reduzida de manifestações orais reportadas pelos participantes.

A dimensão Sintomas Orais apresentou o coeficiente de consistência interna mais reduzido ($\alpha = 0,613$), valor ligeiramente inferior ao observado noutros estudos de validação. Este resultado poderá ser explicado pela reduzida prevalência de sintomatologia oral na amostra, evidenciada pelo efeito de chão identificado na análise descritiva. A elevada concentração de respostas nas categorias inferiores da escala reduz a variabilidade dos itens e tende a influenciar negativamente os coeficientes de consistência interna, sobretudo em dimensões que avaliam fenómenos clínicos específicos e relativamente pouco frequentes (Streiner et al., 2015). Adicionalmente, estes resultados poderão refletir características da população estudada, nomeadamente um estado de saúde oral globalmente favorável, potencialmente associado ao acesso a cuidados preventivos e à implementação de estratégias de promoção da saúde oral em idade pediátrica.

Importa salientar que, em instrumentos multidimensionais destinados à avaliação de constructos complexos, valores de alfa ligeiramente inferiores aos limiares habitualmente recomendados não comprometem necessariamente a qualidade psicométrica global do instrumento. A avaliação da fiabilidade deve ser interpretada de forma integrada com outros indicadores psicométricos, como a validade de construto, a fiabilidade compósita e a coerência teórica do modelo, uma vez que diferentes dimensões podem refletir aspetos distintos do fenómeno em estudo (Souza et al., 2017). De igual modo, DeVellis (2017) refere que a interpretação dos coeficientes de consistência interna deve considerar a natureza do constructo, o número de itens de cada dimensão e as características da população avaliada. No presente estudo, apesar da menor consistência interna observada na dimensão Sintomas Orais, os resultados da análise fatorial confirmatória, da fiabilidade compósita e da avaliação global da escala sustentam a manutenção da estrutura original do instrumento. Esta opção permite preservar a integridade conceptual do P-CPQ e assegurar a comparabilidade dos resultados com a evidência internacional disponível.

Relativamente à validade de construto, a análise fatorial confirmatória sustentou globalmente a estrutura teórica proposta pelos autores originais. Todas as cargas fatoriais se revelaram estatisticamente significativas, evidenciando que os itens contribuem de forma relevante para os respetivos fatores latentes. De acordo com Hair et al. (2022), a significância das cargas fatoriais constitui um indicador fundamental da adequação dos itens ao constructo que pretendem medir, conferindo suporte à validade estrutural do instrumento.

Embora todas as cargas fatoriais se tenham revelado significativas, verificaram-se diferenças na sua magnitude entre as várias dimensões. As componentes Bem-estar Emocional e Bem-estar Social apresentaram cargas fatoriais predominantemente moderadas a elevadas, evidenciando forte associação entre os itens observados e os respetivos fatores latentes. Em contraste, alguns itens das dimensões Sintomas Orais e Limitações Funcionais

apresentaram cargas fatoriais mais moderadas, o que poderá refletir a menor variabilidade das respostas observada nestes domínios. Ainda assim, todos os itens permaneceram estatisticamente significativos e teoricamente consistentes com a estrutura conceptual original do instrumento.

Os índices globais de ajustamento obtidos na análise fatorial confirmatória sustentam igualmente a adequação da estrutura proposta. Apesar de os valores de CFI, TLI e IFI se situarem ligeiramente abaixo dos limiares habitualmente recomendados para um ajustamento ótimo, o reduzido valor do rácio χ^2/gl , o excelente valor de RMSEA e o adequado desempenho do SRMR e do GFI sugerem que o modelo apresenta um ajustamento global satisfatório. De acordo com Hair et al. (2022), a avaliação do ajustamento de modelos fatoriais deve basear-se numa análise integrada dos diferentes índices e não exclusivamente no cumprimento rígido de valores de corte, sobretudo em instrumentos multidimensionais compostos por um número elevado de itens.

No que respeita à fiabilidade compósita, as dimensões Bem-estar Emocional e Bem-estar Social apresentaram valores elevados, confirmando a consistência interna dos respetivos fatores latentes. A dimensão Limitações Funcionais apresentou um valor considerado aceitável, enquanto a dimensão Sintomas Orais evidenciou um valor inferior ao limiar habitualmente recomendado. Este resultado é coerente com os indicadores de consistência interna anteriormente discutidos e poderá refletir a reduzida prevalência de sintomatologia oral observada na amostra.

Relativamente à validade convergente, verificou-se que as dimensões psicossociais apresentaram indicadores mais favoráveis do que as dimensões clínicas. Embora os valores de Variância Média Extraída (AVE) tenham sido inferiores ao valor de referência de 0,50 em todas as dimensões, as componentes Bem-estar Emocional e Bem-estar Social apresentaram valores próximos desse limiar e níveis adequados de fiabilidade compósita. Segundo Hair et al. (2022), valores de AVE ligeiramente inferiores a 0,50 podem ser considerados aceitáveis quando acompanhados por níveis adequados de fiabilidade compósita e por suporte teórico consistente.

Relativamente à validade discriminante, os resultados evidenciaram uma diferenciação limitada entre algumas dimensões do instrumento. A aplicação do critério de Fornell-Larcker revelou que os valores da raiz quadrada da Variância Média Extraída foram inferiores a algumas das correlações observadas entre fatores, sugerindo sobreposição conceptual entre determinados domínios, particularmente entre Sintomas Orais e Limitações Funcionais e entre Bem-estar Emocional e Bem-estar Social. Contudo, esta proximidade poderá refletir a própria natureza multidimensional da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, na qual as manifestações clínicas, funcionais, emocionais e sociais tendem a influenciar-se mutuamente.

Assim, embora a validade discriminante não tenha sido plenamente confirmada pelos critérios estatísticos adotados, os resultados não comprometem necessariamente a coerência conceptual da estrutura teórica do instrumento.

A interpretação dos resultados relativos à validade convergente e discriminante deve, por isso, ser efetuada com prudência e enquadrada na natureza complexa do constructo avaliado. Conforme refere Kyriazos (2018), em processos de adaptação transcultural e validação psicométrica, a avaliação da validade deve considerar simultaneamente os indicadores estatísticos, a fundamentação teórica do instrumento e a coerência conceptual do modelo, evitando interpretações exclusivamente baseadas em critérios numéricos.

No seu conjunto, os resultados da análise fatorial confirmatória, da fiabilidade compósita e das evidências de validade convergente e discriminante sugerem que a versão portuguesa do P-CPQ apresenta propriedades psicométricas globalmente satisfatórias, preservando a estrutura conceptual proposta pelos autores originais e demonstrando adequação para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças portuguesas através da percepção dos seus pais ou cuidadores.

Os resultados obtidos sustentam a adequação psicométrica da versão portuguesa do P-CPQ, evidenciando níveis de fiabilidade e validade compatíveis com os descritos na literatura internacional. Estes achados corroboram igualmente o princípio defendido por Souza et al. (2017), segundo o qual a qualidade psicométrica de um instrumento deve ser sustentada pela análise conjunta da fiabilidade e da validade, assegurando que o instrumento mede de forma consistente e adequada o constructo que se propõe avaliar.

Assim, a versão portuguesa do P-CPQ constitui uma ferramenta válida e fiável para a avaliação da percepção parental da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças, podendo ser utilizada em contexto clínico, comunitário e de investigação. A sua aplicação poderá contribuir para uma avaliação mais abrangente do impacto das condições de saúde oral na vida das crianças e respetivas famílias, apoiando a identificação precoce de necessidades, a monitorização de intervenções e o planeamento de estratégias de promoção da saúde oral centradas na criança e na família.

10. Conclusão

O presente relatório refletiu o percurso formativo desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, integrando a reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio com a realização de um estudo de investigação centrado na validação psicométrica da versão portuguesa do P-CPQ.

Os estágios realizados em Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Neonatologia constituíram contextos privilegiados de aprendizagem, permitindo o desenvolvimento progressivo de competências especializadas na prestação de cuidados à criança, ao recém-nascido e à família. O contacto com diferentes realidades assistenciais possibilitou aprofundar conhecimentos técnicos e científicos, desenvolver capacidades de tomada de decisão clínica, reforçar competências de comunicação terapêutica e consolidar uma prática centrada na criança e na família enquanto parceiros ativos nos cuidados.

Ao longo deste percurso foram desenvolvidas as competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Simultaneamente, foram consolidadas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, particularmente na promoção da saúde, prevenção da doença, capacitação da criança, do jovem e da família, vigilância do desenvolvimento infantil e prestação de cuidados especializados em diferentes contextos assistenciais.

A experiência adquirida nos vários campos de estágio permitiu compreender a importância da individualização dos cuidados, da parceria com as famílias e da utilização da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão clínica. Destacou-se igualmente a relevância do enfermeiro especialista na promoção da saúde, na prevenção de situações de risco e na capacitação das famílias para a adoção de comportamentos promotores de saúde e bem-estar.

No âmbito da investigação desenvolvida, os resultados obtidos permitiram concluir que a versão portuguesa do P-CPQ apresenta propriedades psicométricas globalmente adequadas para aplicação na população portuguesa. A elevada consistência interna da escala global e a confirmação global da estrutura teórica do instrumento sustentam a sua utilização na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças. Embora algumas dimensões clínicas tenham evidenciado indicadores psicométricos menos robustos, os resultados revelaram-se consistentes com os descritos na literatura internacional e não comprometem a adequação global do instrumento.

A disponibilização de uma versão portuguesa validada do P-CPQ constitui um contributo relevante para a investigação e para a prática clínica, permitindo avaliar de forma sistemática a perceção parental do impacto da saúde oral na qualidade de vida infantil. A sua utilização poderá apoiar a identificação precoce de necessidades em saúde oral, a monitorização de intervenções e o planeamento de estratégias de promoção da saúde mais ajustadas às necessidades da criança e da família, particularmente nos contextos dos cuidados de saúde primários, da saúde escolar e da intervenção comunitária.

Neste contexto, importa salientar o potencial contributo do instrumento para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral permite complementar a avaliação clínica tradicional, integrando a perceção dos pais e cuidadores relativamente ao impacto das condições orais no quotidiano da criança. Esta abordagem poderá contribuir para uma identificação mais precoce de necessidades, para o reforço da literacia em saúde oral e para o desenvolvimento de intervenções centradas na criança e na família, promovendo ganhos em saúde e melhor qualidade dos cuidados prestados.

Importa reconhecer algumas limitações do estudo, nomeadamente a utilização de uma amostra não probabilística por conveniência e o delineamento transversal, que condicionam a generalização dos resultados e impedem a avaliação da estabilidade temporal do instrumento. Recomenda-se, por isso, a realização de futuros estudos que permitam aprofundar a avaliação das propriedades psicométricas do P-CPQ em diferentes populações e contextos de aplicação. Sugere-se igualmente a realização de estudos de estabilidade temporal (*test-retest*), de invariância fatorial e de validação em amostras clínicas, permitindo reforçar a evidência científica relativa ao desempenho do instrumento em diferentes contextos de utilização.

Em síntese, o presente relatório permitiu integrar formação especializada, prática clínica e investigação, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e para a disponibilização de um instrumento válido e fiável para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças. Para além do contributo científico decorrente da validação psicométrica da versão portuguesa do P-CPQ, este percurso reforçou a importância de uma prática reflexiva, baseada na evidência científica e centrada na criança e na família, pilares fundamentais do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A experiência desenvolvida permitiu ainda consolidar a relevância da investigação como instrumento de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e de produção de conhecimento aplicado à prática clínica.

Considerações Finais

Chegar a este momento implica olhar para trás e reconhecer que este percurso representou muito mais do que a soma dos estágios realizados e da investigação desenvolvida. Constituiu um processo de crescimento pessoal e profissional, nem sempre fácil, mas profundamente enriquecedor, que contribuiu para transformar a forma como compreendo a criança, a família, os cuidados especializados e o próprio exercício da enfermagem.

Os três contextos clínicos proporcionaram experiências distintas e desafios específicos. A Urgência Pediátrica confrontou-me com a imprevisibilidade, a necessidade de resposta rápida e a tomada de decisão em situações de elevada exigência clínica. Apesar do contacto prévio com este contexto durante a formação inicial, o regresso à área pediátrica, após vários anos de experiência em medicina interna de adultos, exigiu uma adaptação significativa do olhar clínico e da forma de cuidar.

O estágio de Internamento de Pediatria permitiu-me redescobrir o valor do tempo na relação terapêutica: tempo para conhecer a criança para além da doença, para construir confiança e para compreender que, muitas vezes, pequenos gestos de proximidade e comunicação podem ter um impacto tão relevante quanto as intervenções técnicas. Foi um contexto que reforçou a importância da humanização dos cuidados e da individualização das intervenções.

A Neonatologia foi, contudo, o contexto que mais profundamente me marcou. A responsabilidade de cuidar de recém-nascidos particularmente vulneráveis, associada à intensidade emocional inerente ao acompanhamento das suas famílias, proporcionou aprendizagens que transcendem o domínio técnico. Foi neste contexto que compreendi de forma mais profunda o significado da presença terapêutica e da parceria de cuidados. Simultaneamente, permitiu-me reconhecer que a experiência de ser mãe não constituiu uma interferência no exercício profissional, mas antes um recurso que ampliou a minha capacidade de compreender as preocupações, os receios e as necessidades das famílias. Essa dimensão humana não substituiu o conhecimento científico; complementou-o e atribuiu-lhe maior significado.

De forma inesperada, foi igualmente o estudo psicométrico que mais contribuiu para a minha transformação enquanto profissional. Até ao início deste trabalho, a validação de instrumentos, a análise fatorial e os indicadores de fiabilidade constituíam áreas pouco familiares. O processo revelou-se exigente e, por vezes, desafiante, mas simultaneamente, extremamente enriquecedor. Compreender que a investigação não é apenas uma exigência

académica, mas uma ferramenta capaz de influenciar diretamente a qualidade dos cuidados prestados, alterou profundamente a forma como encaro a prática clínica. A validação da versão portuguesa do P-CPQ assume, por isso, um significado particular, ao disponibilizar um instrumento que poderá contribuir para uma avaliação mais rigorosa da qualidade de vida relacionada com a saúde oral das crianças portuguesas e para uma prática cada vez mais sustentada na evidência científica.

Este percurso reforçou igualmente a minha ligação à saúde escolar e à Unidade de Cuidados na Comunidade, contextos onde desenvolvo maioritariamente a minha atividade profissional. Longe de representar um afastamento da intervenção comunitária, a formação especializada permitiu consolidar a convicção de que os cuidados pediátricos especializados e a saúde comunitária constituem dimensões complementares de uma mesma missão: promover o desenvolvimento saudável da criança, capacitar as famílias e contribuir para ganhos efetivos em saúde.

Acima de tudo, este mestrado confirmou a importância da aprendizagem contínua enquanto elemento indissociável da prática especializada. Mais do que a obtenção de um grau académico, este percurso despertou uma motivação renovada para continuar a investigar, questionar e procurar novas formas de melhorar os cuidados prestados. A curiosidade científica, a reflexão crítica e o compromisso com a melhoria contínua da prática não terminam com a conclusão desta etapa formativa. Constituem, pelo contrário, os alicerces de uma enfermagem especializada que se pretende competente, reflexiva, humanizada e permanentemente orientada para a excelência dos cuidados.

Levo deste percurso não apenas novos conhecimentos e competências, mas também uma compreensão mais profunda da responsabilidade inerente ao exercício da enfermagem especializada. Cuidar da criança e da família implica aliar conhecimento científico, sensibilidade humana, capacidade de reflexão e compromisso ético. É nesta articulação entre saber, cuidar e investigar que reconheço o verdadeiro significado do percurso realizado e os desafios que pretendo continuar a abraçar no futuro profissional.

Referências bibliográficas

- Abukari, A. S., & Schmollgruber, S. (2024). Perceived barriers of family-centred care in neonatal intensive care units: A qualitative study. *Nursing in critical care*, 29(5), 905–915. <https://doi.org/10.1111/nicc.13031>
- Affleck, G., & Tennen, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Children's health care : journal of the Association for the Care of Children's Health*, 20(1), 6–14. https://doi.org/10.1207/s15326888chc2001_2
- Aftyka, A., Rybojad, B., Rosa, W., Wróbel, A., & Karakula-Juchnowicz, H. (2017). Risk factors for the development of post-traumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalisation in the neonatal intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4436–4445. <https://doi.org/10.1111/jocn.13773>
- Aljawad, B., Miraj, S. A., Alameri, F., & Alzayer, H. (2025). Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: a scoping review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC pediatrics*, 25(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05620-w>
- Andika, I Putu & Safaruddin, & Christina, Tri & Baso, Yusriani & Utami, Seftiani. (2025). Effectiveness of the manchester triage system in the emergency department: A literature review. *BIO Web of Conferences*. 152. 10.1051/bioconf/202515201004.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2024). Estatísticas APAV: Totais nacionais 2024. APAV.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2025). Crianças e jovens vítimas de crime e violência: Estatísticas 2022–2024. APAV.
- Azak, M., Aksucu, G., & Çağlar, S. (2022). The effect of parental presence on pain levels of children during invasive procedures: A systematic review. *Pain Management Nursing*, 23(5), 682–688. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.011>
- Barbosa, T. de S., Steiner-Oliveira, C., & Gavião, M. B. D. (2010). Tradução e adaptação brasileira do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) . *Saúde E Sociedade*, 19(3), 698-708. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300020>
- Barbosa, T. S., & Gavião, M. B. D. (2015). Validation of the Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire: Agreement between parental and child reports. *Journal of Public Health Dentistry*. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00371.x>
- Barszcz, E., Plewka, M. K., Margulska, A., Kędzia, D., Sójta, K., Nowakowska-Domagala, K., Strzelecki, D., & Gawlik-Kotelnicka, O. (2026). Postnatal Bonding in the First Year After Birth: The Role of Maternal Depression, Resilience, and Anxiety During the COVID-19 Pandemic and War-Related Stress-A Prospective Cohort Study. *Journal of clinical medicine*, 15(4), 1451. <https://doi.org/10.3390/jcm15041451>
- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley.

- Birnie, K. A., Chambers, C. T., Fernandez, C. V., Forgeron, P. A., Latimer, M. A., McGrath, P. J., Cummings, E. A., & Finley, G. A. (2014). Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain research & management*, 19(4), 198–204. <https://doi.org/10.1155/2014/614784>
- Birnie, K. A., Noel, M., Chambers, C. T., Uman, L. S., & Parker, J. A. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD005179. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005179.pub4>
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., Kajeepeta, S., Wall, S., & Chan, G. J. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1), e20152238. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238>
- Brondani, A. S., Jantsch, L. B.; Jacobi, L. F. (2024). Fatores associados ao estresse parental em unidade de terapia intensiva neonatal: estudo transversal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 24, e20230292. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000292>
- Butun, A., & Yeşil, A. (2025). Identifying the needs of parents admitted to the paediatric emergency department. *BMC health services research*, 25(1), 1404. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13633-5>
- Bruinink, L. J., Linders, M., de Boode, W. P., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2024). The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. *Resuscitation plus*, 20, 100763. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763>
- Campbell-Yeo, M., Eriksson, M., & Benoit, B. (2022). Assessment and management of pain in preterm infants: A practice update. *Children*, 9(2), 244. <https://doi.org/10.3390/children9020244>
- Caporali, C., Pisoni, C., Gasparini, L., Ballante, E., Zecca, M., Orcesi, S., & Provenzi, L. (2020). A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 40(12), 1739–1752. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00798-6>
- Care of Preterm or Low Birthweight Infants Group (2023). New World Health Organization recommendations for care of preterm or low birth weight infants: health policy. *EClinicalMedicine*, 63, 102155. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102155>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2024). Relatório anual de avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. CNPDPCJ.
- Comissão Nacional de Proteção de Dados. (2019). Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto: Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016. Diário da República.
- Conselho Nacional de Saúde Oral. (2024). Relatório anual sobre o estado da saúde oral em Portugal. Ministério da Saúde.

- Coordenação Nacional da Saúde Oral. (2024). Orientações para a organização dos serviços de saúde oral nas Unidades Locais de Saúde [Documento de trabalho]. Serviço Nacional de Saúde.
- Coyne I. (2015). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 18(5), 796–808. <https://doi.org/10.1111/hex.12104>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Aprova a criação das Unidades Locais de Saúde e estabelece o regime de organização e funcionamento. Diário da República, 1.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023>
- DeVellis, R. F. (2017). Scale development: Theory and applications (4th ed.). Sage Publications.
- Dickson, E., Cogan, R., & Gonzalez-Guarda, R. M. (2025). Role of School Nurses in the Health and Education of Children. *JAMA health forum*, 6(1), e250116. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.0116>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa nacional de promoção da saúde oral 2021–2025. DGS. https://criancaefamilia.spp.pt/media/5mbf2kih/programa-nacional-saude-oral-2021_2025.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde
- Enke, C., Oliva Y Hausmann, A., Miedaner, F., Roth, B., & Woopen, C. (2017). Communicating with parents in neonatal intensive care units: The impact on parental stress. *Patient education and counseling*, 100(4), 710–719. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.017>
- Foster Page, L., Thomson, W. M., Baker, S., & Bekes, K. (2023). Chapter 10: Oral Health-Related Quality of Life and Coronal Caries. *Monographs in oral science*, 31, 205–220. <https://doi.org/10.1159/000530614>
- Flanagan, J., & Beck, C. T. (2024). Polit & Beck's nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Florin, T. A., Plint, A. C., & Zorc, J. J. (2023). Viral bronchiolitis. *The Lancet*, 401(10372), 1461–1474 .
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- Franck, L. S.; O'Brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-infant separation to empowering families as primary caregivers. *Birth Defects Research*. 2019; 111: 1044–1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1521>
- Friedrichsdorf, S. J., & Goubert, L. (2021). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Der Schmerz*, 35, 195–210. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00519-0>

- Freire, M., Graça, S. R., Dias, S., & Mendes, S. (2022). Oral health-related quality of life in portuguese pre-school children: a cross-sectional study. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 23(6), 945–952. <https://doi.org/10.1007/s40368-022-00741-7>
- Ghavi, A., Nabizadeh-Gharghozar, Z., Valizadeh, L., & Feyzi, A. (2026). Dimensions, challenges, and improvement strategies of family-centered care in emergency pediatric settings: A mixed-methods systematic review. *Journal of pediatric nursing*, 86, 300–314. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.11.007>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- González, L., Caravaca, I., García, C., & Querol, M. (2023). A presença dos pais durante procedimentos pediátricos invasivos: Depende de quê? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3828. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6101.3829>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2022). *Multivariate data analysis* (9th ed.). Cengage Learning.
- Halterman, J. S., Fagnano, M., Tremblay, P., Butz, A., Perry, T. T., & Wang, H. (2024). Effect of the Telemedicine Enhanced Asthma Management Through the Emergency Department (TEAM-ED) Program on Asthma Morbidity: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of pediatrics*, 266, 113867. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113867>
- Hastuti, D., Anggorowati, & Zubaidah, Z. (2026). Developmental care for preterm infants: a scoping review of interventions, outcomes, and implementation contexts. *Frontiers in pediatrics*, 14, 1730571. <https://doi.org/10.3389/fped.2026.1730571>
- Hodgson, C. R., Mehra, R., & Franck, L. S. (2024). Child and Family Outcomes and Experiences Related to Family-Centered Care Interventions for Hospitalized Pediatric Patients: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 11(8), 949. <https://doi.org/10.3390/children11080949>
- Hübl, N., Hasmann, J., Riebold, B., Kaufmann, N., & Seidl, R. O. (2025). Effect of feeding in elevated side-lying and paced bottle feeding on swallow-breathe coordination in healthy preterm infants - First results. *Early human development*, 201, 106184. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2024.106184>
- Johnston, C. C., Stevens, B. J., Yang, F., & Horton, L. (1995). Differential response to pain by very premature neonates. *Pain*, 61(3), 471–479. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00213-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00213-X)
- Jokovic, A., Locker, D., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2003). Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *Journal of Public Health Dentistry*, 63(2), 67–72. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2003.tb03472.x>
- Kassebaum, N. J., Smith, A. G. C., Bernabé, E., Fleming, T. D., Reynolds, A. E., Vos, T., Murray, C. J. L., Marcenes, W., & GBD 2015 Oral Health Collaborators (2017). Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global

- Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *Journal of dental research*, 96(4), 380–387. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>
- Kliegman, R. M., St. Geme, J. W., Blum, N. J., Shah, S. S., Tasker, R. C., & Wilson, K. M. (2023). *Nelson textbook of pediatrics* (22nd ed.). Elsevier.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Kühne, L., & Mugo, F. (2025). Investigating primary school nurses' activities that are effective in health promotion and primary prevention: A systematic review. *Journal of School Health*, 95(8), 649–667. <https://doi.org/10.1111/josh.70027>
- Kyriazos, T. A. (2018). Applied psychometrics: Sample size and sample power considerations in factor analysis. *Psychology*, 9(8), 2207–2230. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126>
- Leal Lopes, L., Vaccari, A., Araújo Rodrigues, F., & Herber, S. (2020). Vivências paternas na realização da posição canguru com recém-nascidos de baixo peso. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20033>
- Lee J. (2024). Neonatal family-centered care: evidence and practice models. *Clinical and experimental pediatrics*, 67(4), 171–177. <https://doi.org/10.3345/cep.2023.00367>
- Li, L., Tan, Q., & Li, H. (2026). Efficacy and safety of Kangaroo mother care vs. conventional care during hospitalization for preterm and/or low birth weight infants: a meta-analysis with trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in medicine*, 12, 1736973. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1736973>
- Locker, D., Jokovic, A., & Clarke, M. (2004). Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(1), 10–18. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00114.x>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber.
- McCahill, C., Laycock, H. C., Guris, R. J. D., & Chigaru, L. (2022). State-of-the-art management of the acutely unwell child. *Anaesthesia*, 77(11), 1288–1298. <https://doi.org/10.1111/anae.15816>
- Moreno-Sanz, B., Alferink, M. T., O'Brien, K., & Franck, L. S. (2025). Family integrated care: State of art and future perspectives. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 114(4), 710–730. <https://doi.org/10.1111/apa.17272>
- Mudhol, B. ., & Kumar, Y. . (2025). A Systematic Review On Non-Pharmacological Approaches To Reduce Procedural Pain In Children: The Role Of Comfort Holds And Distraction. *Journal of Neonatal Surgery*, 14(32S), 1061–1068. <https://doi.org/10.63682/jns.v14i32S.7514>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Bronchiolitis in children: Diagnosis and management (NICE Guideline NG9)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9>

- Nojima, M., & Okayama, H. (2026). Maternal stress in the Neonatal Intensive Care Unit: A concept analysis. *Japan journal of nursing science : JJNS*, 23(1), e70039. <https://doi.org/10.1111/jjns.70039>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., da Silva, O., Monterrosa, L., Narvey, M., Ng, E., Soraisham, A., Ye, X. Y., Mirea, L., Tarnow-Mordi, W., Lee, S. K., & FICare Study Group and FICare Parent Advisory Board (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet. Child & adolescent health*, 2(4), 245–254. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30039-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30039-7)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 16 de julho de 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019.
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2015). III estudo nacional de prevalência das doenças orais. OMD.
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2025). Barómetro OMD 2025. OMD.
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2025). Relatório anual: O cheque-dentista no SNS em 2024. OMD.
- Palomares González, L., Hernández Caravaca, I., Gómez García, C. I., & Sánchez-Solís de Querol, M. (2023). Parental presence during invasive pediatric procedures: what does it depend on?. *Revista latino-americana de enfermagem*, 31, e3828. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6101.3828>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2019). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (7ª ed.). Edições Sílabo.
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* (London, England), 394(10194), 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. da. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: Protocolo de *scoping review*. *Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. da. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: Protocolo de *scoping review*. *Revista Científica*

Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, 5(1).
<https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>

Pinto, A. M. R., Rodrigues, D. J. N., Rodrigues, D. M., & Amaral, I. C. (2025). Adaptação cultural à população portuguesa do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire [Monografia de licenciatura não publicada]. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Pitts, N. B., Baez, R. J., Diaz-Guillory, C., Donly, K. J., Alberto Feldens, C., McGrath, C., Phantumvanit, P., Seow, W. K., Sharkov, N., Songpaisan, Y., Tinanoff, N., & Twetman, S. (2019). Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Journal of dentistry for children (Chicago, Ill.)*, 86(2), 72.

Portugal. (2026). Portaria n.º 123/2026, de 20 de março. Diário da República, 1.ª série.

Razanamihaja, N., Boy-Lefèvre, M.-L., Jordan, L., Tapiro, L., Berdal, A., de la Dure-Molla, M., & Azogui-Levy, S. (2018). Parental–Caregivers Perceptions Questionnaire (P-CPQ): Translation and evaluation of psychometric properties of the French version of the questionnaire. *BMC Oral Health*, 18, 211. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0670-8>

Ribeiro, J. L. P. (2014). Metodologia de investigação em psicologia e saúde (3ª ed. rev. e atualizada). Porto: Legis Editora.

Seniwati, T., Rustina, Y., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2023). Patient and family-centered care for children: A concept analysis. *Belitung nursing journal*, 9(1), 17–24. <https://doi.org/10.33546/bnj.2350>

Simpson-Collins, M., Fry, M., Sheppard-Law, S., & Harris, C. (2024). Parents' and nurses' perceptions and behaviours of family-centred care during periods of busyness. *Journal of Clinical Nursing*, 33(2), 691–701. <https://doi.org/10.1111/jocn.16921>

Sousa, P. C. M. M., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1). <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>

Shdaifat, E., Sudqi, A. M., Abusneineh, F. T., & Al-Ansari, N. M. (2022). Assessment of parent and nurse perceptions of parental participation in hospital paediatric care. *The Open Nursing Journal*, 16. <https://doi.org/10.2174/18744346-v16-e2208160>

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>

- Sousa, P. C. M. M. de, Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos De Saúde*, 15(1), 4–17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Sriraman, S., Chitamanni, P., Yadav, R. K., & Ranu, S. (2024). Improving Procedural Pain Management for Newborns in a Level 3 Neonatal Intensive Care Unit: A Quality Improvement Initiative. *Cureus*, 16(11), e74410. <https://doi.org/10.7759/cureus.74410>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). Health measurement scales: A practical guide to their development and use (5th ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>
- Szajewska, H., Berni Canani, R., Domellöf, M., Guarino, A., Hojsak, I., Indrio, F., Lo Vecchio, A., Mihatsch, W. A., Mosca, A., Orel, R., Salvatore, S., Shamir, R., van den Akker, C. H. P., van Goudoever, J. B., Vandenplas, Y., Weizman, Z., & ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications (2023). Probiotics for the Management of Pediatric Gastrointestinal Disorders: Position Paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 76(2), 232–247. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003633>
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48, 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Taddio, A., McMurtry, C. M., Shah, V., Riddell, R. P., Chambers, C. T., Noel, M., MacDonald, N. E., Rogers, J., Bucci, L. M., Mousmanis, P., Lang, E., Halperin, S. A., Bowles, S., Halpert, C., Ipp, M., Asmundson, G. J. G., Rieder, M. J., Robson, K., Uleryk, E., Antony, M. M., ... HELPinKids&Adults (2015). Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 187(13), 975–982. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150391>
- Tinanoff, N., Baez, R. J., Diaz Guillory, C., Donly, K. J., Feldens, C. A., McGrath, C., Phantumvanit, P., Pitts, N. B., Seow, W. K., Sharkov, N., Songpaisan, Y., & Twetman, S. (2019). Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International journal of paediatric dentistry*, 29(3), 238–248. <https://doi.org/10.1111/ipd.12484>
- UNICEF. (2017). A familiar face: Violence in the lives of children and adolescents. New York: UNICEF.
- Uribe, S. E., Innes, N., & Maldupa, I. (2021). The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 31(6), 817–830. <https://doi.org/10.1111/ipd.12783>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ventura Expósito, L., Arreciado Marañón, A., Gomà Tous, M., Ferrerons Sánchez, M., & Zuriguel-Pérez, E. (2024). Nurses' views on the presence of family members during

- invasive procedures in hospitalised children: A questionnaire survey. *Journal of clinical nursing*, 33(10), 3979–3990. <https://doi.org/10.1111/jocn.17062>
- Vygotsky, L. S. (1967). Play and Its Role in the Mental Development of the Child. *Soviet Psychology*, 5(3), 6–18. <https://doi.org/10.2753/RPO1061-040505036>
- Voskuil, V. R., Pierce, S. J., & Robbins, L. B. (2017). Comparing the Psychometric Properties of Two Physical Activity Self-Efficacy Instruments in Urban, Adolescent Girls: Validity, Measurement Invariance, and Reliability. *Frontiers in psychology*, 8, 1301. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01301>
- Watkins, M.W. (2021). A Step-by-Step Guide to Exploratory Factor Analysis with SPSS (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003149347>
- Weng, Y., Zhang, J., & Chen, Z. (2024). Effect of non-pharmacological interventions on pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC pediatrics*, 24(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04488-y>
- World Health Organization. (2022). Global oral health status report. WHO.
- World Health Organization. (2020). Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2021). Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>
- World Health Organization. (2022). Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive. WHO.
- World Health Organization. (2022). WHO recommendations for care of the preterm or low birth-weight infant. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wu, L., Gao, X., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2024). The impact of parental health literacy on children's oral health outcomes: A systematic review. *Oral Diseases*. <https://doi.org/10.1111/odi.14516>
- Yeşil, A., & Butun, A. (2025). Investigation of state anxiety levels of parents admitted to the paediatric emergency department. *BMC pediatrics*, 25(1), 634. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05976-z>
- Zachariasse, J. M., Maconochie, I. K., Nijman, R. G., Greber-Platzer, S., Smit, F. J., Nieboer, D., van der Lei, J., Alves, C. F., & Moll, H. A. (2021). Improving the prioritization of children at the emergency department: Updating the Manchester Triage System using vital signs. *PloS one*, 16(2), e0246324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246324>

- Zengin, M., Yayan, E. H., & Düken, M. E. (2021). The Effects of a Therapeutic Play/Play Therapy Program on the Fear and Anxiety Levels of Hospitalized Children After Liver Transplantation. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 36(1), 81–85.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.07.006>
- Zhu, Z., Wang, X., Chen, W., Pei, S., Wang, Q., Guan, H., & Zhu, G. (2023). The efficacy of Kangaroo-Mother care to the clinical outcomes of LBW and premature infants in the first 28 days: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Frontiers in pediatrics*, 11, 1067183.
<https://doi.org/10.3389/fped.2023.1067183>

Anexos

Anexo I – Questionário de Saúde Oral Infantil – Percepção dos Pais (6 – 14 anos)

Questionário de Saúde Oral Infantil – Percepção dos Pais (6 - 14 anos)

Informação ao participante:

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, encontramos-nos a realizar um estudo metodológico, onde se pretende validar para a população portuguesa a Parental – Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ).

É solicitado aos participantes o preenchimento de um breve questionário sociodemográfico e da escala Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire.

A participação no estudo é voluntária, podendo os participantes em qualquer momento da investigação abandonar ou recusar essa participação no estudo. Os investigadores garantem implementar todas as medidas de segurança necessárias e adequadas à proteção dos seus dados pessoais, garantindo que a informação recolhida é confidencial e anónima, vedando-se o seu acesso apenas aos investigadores.

A participação neste estudo não inclui qualquer retribuição monetária aos intervenientes, não implicando custos para si. Da mesma forma, não se identificam potenciais riscos para os participantes do estudo.

Caso necessite de esclarecimentos, partilhar algum comentário, ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais, poderá contactar o investigador responsável – Madalena Sousa (tel. 939444034 email madalena.sousa1985@gmail.com) ou Luís Miguel Condeço (tel. 966 945 978 e email lcondeco@essv.ipv.pt).

☐ Aceito participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com as informações que me foram disponibilizadas.

Parte I

Dados Sociodemográficos

* Idade:

No máximo, 3 carater(es)

 0 de 3 carateres utilizados.

* Idade da Criança (se mais que um dependente, preencha um inquérito por cada)

* Sexo (Criança)

- ☐ Masculino
☐ Feminino

* Local de Residência

- ☐ Norte
☐ Centro
☐ Lisboa e Vale do Tejo
☐ Alentejo
☐ Algarve
☐ Regiões Autónomas (Açores e Madeira)

* Indique o número de elementos do agregado familiar (conte consigo)

* Qual o grau de parentesco relativamente ao seu filho(a)/educando

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Outro

* Situação Perante o emprego

- ☐ Empregado por conta própria
- ☐ Empregado por conta de outrem
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado

* Estado Civil

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Unido(a) de facto
- ☐ Casado(a)
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)

* Habilitações Literárias (Assinale apenas a mais elevada)

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ 1ºciclo (4ªclasse)
- ☐ 2ºciclo (6ª classe)
- ☐ 3ºciclo (9º ano)
- ☐ Secundário(12ºano)
- ☐ Ensino Superior

* Profissão

Hábitos de saúde oral

* Apresenta algum dos seguintes problemas de saúde oral?

- ☐ Cáries
- ☐ Gengivite
- ☐ Placa bacteriana
- ☐ Falta de dentição
- ☐ Dor de Dentes
- ☐ Dentes postiços / dentadura
- ☐ Nenhum

* Recorre ao médico(a) dentista com que frequência?

- ☐ Nunca
- ☐ Só quando tem problemas como dor de dentes
- ☐ Frequentemente, por rotina

Parte II – Hábitos de Higiene Oral da Criança (Filho/a/Educando)

* Com que idade a criança escovou os dentes pela primeira vez?

* Quantas vezes a criança escova os dentes por dia?

* Que idade tinha a criança quando o levou pela primeira vez ao dentista?

* A criança fez as consultas de vigilância de saúde?

- ☐ Sim
☐ Não

* Com que frequência introduz na alimentação da criança alimentos ricos em açúcares?

- ☐ Nunca
☐ De 1 a 3 vezes por semana
☐ De 4 a 6 vezes por semana
☐ Todos os dias

* Durante as consultas de vigilância de saúde da criança alguém lhe falou da saúde oral?

- ☐ Sim
☐ Não

* Acha importante cuidar dos dentes decíduos (de leite)?

- ☐ Sim
☐ Não

Hábitos que a criança teve ou tem:

* Chupeta

- ☐ Sim
☐ Não

* Biberão

- ☐ Sim
☐ Não

* Chupar no dedo

- ☐ Sim
☐ Não

Parte III - Percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde oral da criança

Instruções para os Pais

Este questionário é sobre os efeitos da saúde oral no bem-estar e na qualidade de vida e a família da criança. É importante qualquer situação que envolva os dentes, lábios, boca ou maxilares. Por favor, responda a cada uma das seguintes questões.

A resposta deve estar de acordo com a experiência do seu filho(a). Caso, a questão não esteja de acordo com a sua situação, responda "Nunca". Exemplo: Com que frequência o seu filho(a) apresentou dificuldade em prestar atenção às aulas na escola?

Se o seu filho(a) teve dificuldade para prestar atenção nas aulas na escola, devido a problemas nos dentes, lábios, boca ou maxilares, escolha a resposta que mais se adequa.

Se aconteceu por outros motivos, assinale "Nunca".

Apenas interessa o ponto de vista dos pais, por isso não peça ajuda aos seus filhos no preenchimento deste questionário

Obrigado Pela Colaboração!

Saúde Bucal e Bem-estar da Criança

Por favor, selecione a opção que corresponde à situação que melhor descreve a sua experiência.

	Excelente	Muito Boa	Boa	Normal	Má
* 1. Como você classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho(a)?	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, selecione a opção que corresponde à situação que melhor descreve a sua experiência.

	Nunca	Quase Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequente	Não Sei
*2. Em que medida o bem estar do seu filho(a) é influenciado pela condição dos dentes, lábios, maxilares ou boca?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sintomas Orais

As questões a seguir são sobre sintomas e desconfortos que as crianças podem sentir devido ao estado dos seus dentes, lábios, boca e maxilares.

Nos últimos 3 meses, com que frequência:

Por favor, selecione a opção que corresponde à situação que melhor descreve a sua experiência.

	Nunca	Quase Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequente	Não sei
*3. O seu filho(a) queixou-se de dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*4. O seu filho(a) apresentou hemorragia nas gengivas (hemorragia gengival)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*5. O seu filho(a) apresentou feridas na boca?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*6. O seu filho(a) teve mau hálito?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*7. O seu filho(a) teve alimentos presos na boca?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*8. O seu filho(a) teve alimentos presos nos dentes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Limitações Funcionais

Nos últimos 3 meses, com que frequência:

Por favor, selecione a opção que corresponde à situação que melhor descreve a sua experiência.

	Nunca	Quase Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequente	Não sei
*9. O seu filho(a) apresentou dificuldade ao morder ou mastigar comidas como maçãs, cenouras ou carne dura?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nos últimos 3 meses, devido a dentes, lábios, boca e maxilares, com que frequência:

Por favor, selecione a opção que corresponde à situação que melhor descreve a sua experiência.

	Nunca	Quase Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequente	Não sei
*10. O seu filho(a) respirou essencialmente pela boca?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*11. O seu filho(a) queixou-se de problemas relacionados com o sono?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*12. O seu filho(a) apresentou dificuldade em pronunciar alguma palavra?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*13. O seu filho(a) demorou mais tempo do que o habitual para terminar uma refeição?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*14. O seu filho(a) teve dificuldade em beber líquidos ou comer alimentos, quentes ou frios?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*15. O seu filho(a) sentiu dificuldade em comer alimentos de que gosta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
*16. O seu filho(a) teve uma dieta limitada a determinados tipos de alimentos (ex. alimentos moles)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bem-Estar Emocional

As questões que se seguem dizem respeito aos efeitos que o estado dos dentes, lábios, boca e maxilares do seu filho(a), podem ter no bem-estar emocional e nas atividades diárias.

Nos últimos 3 meses, por causa dos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

Por favor, selecione a opção que corresponde à situação que melhor descreve a sua experiência.

	Nunca	Quase Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequente	Não sei
* 17. O seu filho(a) sentiu-se perturbado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 18. O seu filho(a) sentiu-se irritado(a) ou frustrado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 19. O seu filho(a) sentiu-se ansioso(a) ou com medo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 20. O seu filho(a) faltou à escola por motivos como dor, consultas ou cirurgias?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 21. O seu filho(a) teve dificuldade em se concentrar na escola?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 22. O seu filho(a) recusou-se a falar ou ler em voz alta na sala de aula?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 23. O seu filho(a) recusou-se a falar com as outras crianças?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 24. O seu filho(a) recusou-se a sorrir ou a rir quando estava perto de outros meninos e meninas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bem-Estar Social

Nos últimos 3 meses, por causa dos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

Por favor, selecione a opção que corresponde à situação que melhor descreve a sua experiência.

	Nunca	Quase Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequente	Não sei
* 25. O seu filho(a) preocupou-se por não ser tão saudável como os outros meninos e meninas (como as outras crianças)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 26. O seu filho(a) preocupou-se por ser diferente dos outros meninos(as)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 27. O seu filho(a) preocupou-se por não ser tão bonito como os outros meninos(as)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 28. O seu filho(a) agiu de forma tímida ou com vergonha?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 29. O seu filho(a) foi provocado(a) ou apelidado(a) por outras crianças?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 30. O seu filho(a) foi excluído(a) por outras crianças?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 31. O seu filho(a) recusou-se ou não conseguiu estar com outras crianças?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 32. O seu filho(a) recusou-se ou não conseguiu participar em atividades como desporto, grupos de atividades, teatro, música ou visitas de estudo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
* 33. O seu filho(a) demonstrou preocupação por ter menos amigos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, selecione a opção que corresponde à situação que melhor descreve a sua experiência.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequente	Não Sei
34. O seu filho(a) sentiu-se preocupado(a) com o que as outras pessoas pensam sobre os seus dentes, lábios, boca ou maxilares?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. O seu filho(a) foi questionado por outras crianças sobre os seus dentes, lábios, boca ou maxilares?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Obrigada pela sua colaboração