



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

**EFICÁCIA DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA
SAÚDE ORAL DA CRIANÇA: PROPOSTA PARA O
PROJETO “SER CRIANÇA”**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Beatriz Gonçalves Dias

Viseu, 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**EFICÁCIA DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA
SAÚDE ORAL DA CRIANÇA: PROPOSTA PARA O
PROJETO “SER CRIANÇA”**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Beatriz Gonçalves Dias

Orientador: Nélio Jorge Veiga

Coorientadoras: Ana Sofia Duarte e Anna Carolina Volpi Mello-
Moura

Viseu, 2020

***“Education is the most powerful weapon which you can use
to change the world.”***

Nelson Mandela

Agradecimentos

No início de março de 2020 quando nos deparamos com o cenário de uma pandemia mundial, o caminho mais tentador e fácil seria desistir. Mais do que nunca, o apoio e suporte de todos foi vital para a finalização do meu percurso acadêmico. Desta forma, deixo aqui os meus mais sinceros agradecimentos.

Ao meu orientador, Professor Doutor Nélio Veiga e coorientadoras Professora Doutora Ana Sofia Duarte e Professora Doutora Anna Carolina Volpi Mello-Moura por todas as horas de conversação, motivação, incentivo e confiança depositada em mim e, em todo o trabalho elaborado ao longo destes meses. Ao Tiago DF pela disponibilidade e extrema criatividade na elaboração do jogo didático integrado no *site*. Nada teria sido possível sem o suporte desta equipa.

A todos os membros da Associação Reencontro e, em particular à Professora Doutora Laura Costa, pela dedicação e incansável apoio demonstrado. Espero que possamos concretizar todos os objetivos para o Projeto “Ser Criança” do qual tanto me orgulho.

À minha Mãe por sempre ser o porto seguro em todos os momentos da minha vida. Por apoiar todas as minhas decisões e ser o melhor exemplo de pessoa e profissional que poderia ter.

À minha irmã Mariana e cunhado Filipe por serem uma referência de persistência e sucesso, e à minha afilhada Julieta que com apenas dois anos já me ensina tanto.

Ao meu avô Jaime por todo carinho e orgulho que sempre demonstrou.

Ao meu namorado e confidente, José Gabriel. Possivelmente, o que mais escutou as minhas angústias e desesperos, sempre com uma palavra de apoio e tranquilidade. A teu lado, tudo vale a pena. Tudo é possível.

Por fim, ao meu pai, que sempre sonhei ter a meu lado neste momento. É, e sempre será, o meu anjo da guarda. Foste o único que teve o privilégio de ter presenciado todos os segundos deste meu percurso. Sempre no meu coração.

Bem hajam.

Resumo

Ao longo dos anos tem-se assistido a uma crescente e efetiva integração e participação da saúde oral no conceito de saúde geral. A ausência de intervenções educativas infantis, assim como a aplicação de estratégias comportamentais ainda são consideradas lacunas na sociedade atual. O objetivo geral desta dissertação passou pela análise da eficácia das intervenções educativas na saúde oral da criança, sendo também proposto uma estratégia para o Projeto “Ser Criança”. Como resultado da revisão narrativa das intervenções educativas é crucial realçar que a maior parte das atividades lúdicas são proveitosas na transmissão de valores motivacionais. O recurso aos jogos didáticos, exploração de macro modelos odontológicos, o teatro e a música são exemplos válidos destas atividades. Também as intervenções baseadas em meios digitais (aplicações informáticas e *internet*) provam ser uma constante demonstração de sucesso para o crescimento pessoal e cognitivo das crianças. A aposta numa ferramenta digital dirigida aos ensinamentos pré-escolar e escolar, através de uma vertente *web-base* permite, especialmente no contexto de pandemia que se vive atualmente, o acesso imensurável a múltiplas possibilidades. A proposta para o Projeto “Ser Criança” envolve a elaboração de um *site* - “Ser Criança - Aprender a Sorrir” dirigido para os três grupos-alvo: crianças, pais e educadores/professores. Com esta proposta, espera-se que crianças, famílias e comunidades escolares melhorem hábitos comportamentais relativos à saúde oral e que, de certa forma, funcionem como um todo na apreensão de conhecimento, prevenção e adesão a intervenções educacionais. A educação de futuras gerações que envolva estratégias interventivas educativas aliciantes, didáticas e, acima de tudo pedagógicas pode revolucionar o atual panorama de ensino, principalmente na medicina dentária.

Palavras-chave: intervenção, crianças, saúde oral, educação digital

Abstract

Over the years, there has been an increasing and effective integration and participation of oral health in the concept of general health. The absence of educational interventions for children, as well as the application of behavioral strategies are still considered gaps in today's society. The main objective of this dissertation was to analyze the effectiveness of educational interventions in children's oral health, and a strategy for the "Ser Criança" project was also proposed. As a result of the narrative review of educational interventions, it is crucial to emphasize that most recreational activities are beneficial in the transmission of motivational values. The use of educational games, exploration of macro dental models, theater and music are valid examples of these activities. Interventions based on digital media (applications or "apps" and the Internet) also prove to be a constant demonstration of success for children's personal and cognitive growth. The bet on a digital tool aimed at pre-school and school education, through a web-based aspect allows, especially in the context of the current pandemic, an immeasurable access to multiple possibilities. The interventive suggestion for the "Ser Criança" Project involves the development of a website - "Ser Criança – Aprender a Sorrir" destined to three target groups: children, parents and educators / teachers. With this proposition, it is expected that children, families and school communities change behavioral habits related to oral health. They work as a whole in the apprehension of knowledge, prevention and adherence to educational interventions.

Educating the next generation using attractive educational, didactic and, above all pedagogical interventions can revolutionize the current teaching landscape, especially in the field of dental medicine.

Keywords: intervention, children, oral health, digital education

Índice

Agradecimentos	vi
Resumo	viii
Abstract	x
Lista de abreviaturas e siglas	xiv
Índice de Figuras.....	xvi
1. Introdução	3
1.1. Saúde oral e cárie dentária	4
1.2. Cárie precoce da infância.....	5
1.3. Papel dos pais e educadores	6
1.4. Intervenções educativas na saúde oral da criança	8
1.5. Projeto “Ser Criança”.....	10
1.6. Adaptação do Projeto do “Ser Criança” à atual situação promovida pela pandemia – COVID-19	12
2. Desenvolvimento.....	17
2.1. Intervenções educativas para promoção de saúde oral	17
2.1.1. Jogos didáticos	17
2.1.2. Teatro.....	19
2.1.3. Música.....	19
2.1.4. Exposição de macro modelos	20
2.2. Nova era digital	21
2.2.1. Intervenções digitais – Vertente <i>Web-Base</i>	27
2.3. Limitações do uso da tecnologia	28
2.4. Proposta para o Projeto “Ser Criança”	29
2.4.1. Desenvolvimento do <i>site</i> – Projeto “Ser Criança – Aprender a Sorrir”	31

2.5. O Futuro – Passo a Passo	38
2.5.1. Avaliação Intra - Oral da criança.....	39
2.5.2. Questionário de condições socioeconómicas	40
2.5.3. Finalização da adaptação transcultural dos questionários P- Parental - Caregiver Perceptions Questionnaire (P – CPQ) e Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)	40
3. Conclusão	45
4. Bibliografia	51
5. Anexos	59
Anexo I – Protocolo de colaboração entre a FMD-UCP e Associação Reencontro.....	59
Anexo II – Aprovação Ética	64
Anexo III – Questionário de avaliação de conhecimentos de saúde oral.....	65
Anexo IV – Páginas do <i>site</i>	66
Anexo V – Termo Consentimento Informado	69
Anexo VI – Exame Intraoral	72
Anexo VII – Questionário Socioeconómico	73
Anexo VIII – P-CPQ-PT	74
Anexo IX – ECOHIS-PT	75

Lista de abreviaturas e siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ADA – *American Dental Association*

OHL- *Oral Health Literacy*

CPI – Cárie Precoce da Infância

CEC – Comunicação eficaz em ciência

AEG – Agrupamento de Escolas de Gouveia

FMD-UCP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

QVRSO – Qualidade de vida relacionada à saúde oral

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

CD – Cárie Dentária

CPO-D – Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

ceo-d - Dentes Decíduos Cariados, Perdidos e Obturados

P-CPQ – *P- Parental - Caregiver Perceptions Questionnaire*

ECOHIS – *Early Childhood Oral Health Impact Scale*

P-CPQ-PT – *P- Parental - Caregiver Perceptions Questionnaire Portugal*

ECOHIS-PT – *Early Childhood Oral Health Impact Scale Portugal*

Índice de Figuras

Figura 1 – Interligação da tríade (crianças, pais e educadores/professores) sustentada por uma comunicação eficaz de ciência (CEC) em saúde oral.....	7
Figura 2 – Logotipo do Projeto "Ser Criança - Aprender a Sorrir".	30
Figura 3 – Visão Geral do site.	33
Figura 4 – Vista Geral da página: Equipa.....	34
Figura 5 – Exemplos de atividades didáticas disponíveis no site.....	35

INTRODUÇÃO

1. Introdução

A integração e participação da saúde oral no conceito de saúde geral é um processo que tem sido aprimorado ao longo dos anos.

Na década de 1940, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definia saúde como “(...) *um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*”.¹ Atualmente, a saúde oral é considerada um parâmetro vital para o bem-estar geral de um indivíduo.

A noção de qualidade de vida tem sido desenvolvida paralelamente ao incontestável valor da condição oral. É possível estabelecer uma conexão entre existência de um processo patológico na cavidade oral com o impacto negativo no bem-estar funcional, psicológico e social de um indivíduo.²

No que se refere às crianças em idade pré-escolar, é notória a repercussão na qualidade de vida e saúde oral quando há registo de doenças orais.³ A elevada prevalência de algumas patologias nestas idades precoces, tais como a cárie dentária (mais comum), traumatismos e má oclusão, encontra-se intimamente interligada com uma escassa qualidade de vida não só individualmente mas também ao nível do agregado familiar.³⁻⁵ Apesar da literatura abordar extensivamente o tema da promoção da saúde oral, a carência de intervenções educativas infantis, assim como a aplicação de estratégias comportamentais ainda são consideradas lacunas na sociedade atual. Uma intervenção educativa não será eficaz se for centrada apenas na criança, desvalorizando assim o seu meio envolvente, relações pessoais e interpessoais.⁶

O entendimento da melhor estratégia interventiva a ser aplicada pode ser algo desafiante. O conhecimento aprofundado da eficácia das várias alternativas educativas auxilia na identificação e escolha da opção adaptada para cada faixa etária. Assim, a análise da efetividade das intervenções educativas na saúde oral das crianças é considerada uma temática deveras interessante.⁷

1.1. Saúde oral e cárie dentária

A saúde e a higiene oral, como já referido, desempenham um papel fulcral na saúde geral evitando o surgimento de diversas patologias.

O conhecimento (instrução) da saúde é considerado um dos fatores com mais influência nos comportamentos de um indivíduo.⁸⁻¹⁰

A *American Dental Association* (ADA) define *oral health literacy* (OHL) “(...) as the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate oral health decisions”.¹⁰ Os baixos números relativos à instrução e conhecimento oral continuam a ser alarmantes.⁸ Uma educação oral limitada compreende a insuficiência de alguns parâmetros tais como: a prevenção, o diagnóstico e adesão a mecanismos educacionais.⁸ A importância e desenvolvimento da OHL pode ser reforçada através do alerta à sociedade, recorrendo a estratégias de promoção de saúde oral que incentivem a comunicação entre o médico dentista e o paciente. No domínio da saúde oral infantil, o papel dos pais e educadores de infância será imprescindível não só no sucesso, mas também no fortalecimento da estrutura educativa.^{8,9}

A cárie dentária é considerada a patologia mais prevalente da cavidade oral assumindo um papel elementar no impacto e magnitude da saúde oral a nível mundial.^{5,11,12} A falta de cuidados com a saúde oral e a persistência da cárie dentária são considerados problemas pertinentes de saúde pública, sobretudo em crianças em idade pré-escolar e escolar.¹³ Em Portugal, existem estudos que confirmam esses dados, mas ainda é necessária mais investigação para entender o nível de compreensão de saúde oral da população e, assim delinear ações que promovam melhorias.¹⁴ O Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais realizado em 2015, concluiu que era essencial que houvesse uma manutenção das estratégias educativas e, se possível, uma melhoria da eficácia das intervenções preventivas, tanto para crianças em idades pré-escolares e escolares, como para os jovens.¹⁵ Além disso, a maioria dos tratamentos médico-dentários prestados continuam limitados ao setor privado, não havendo ainda uma resposta eficiente às necessidades nas comunidades mais desfavorecidas, por parte do sistema nacional de saúde de Portugal.¹⁶ O

grau do risco cariogénico em idades precoces revela estar intimamente ligado à conduta preventiva que a criança terá numa fase adulta.¹⁶

1.2. Cárie precoce da infância

A cárie precoce da infância (CPI) é uma doença bastante comum, dolorosa e que pode ter repercussões graves na qualidade de vida da criança. É definida pela presença de uma ou mais lesões (cavidades ou não cavidades), sendo estas resultantes do desenvolvimento de cárie em dentes decíduos em crianças com idade inferior a 6 anos.^{6,11,13,17,18} Está presente, maioritariamente, em anos pré-escolares aquando do desenvolvimento da dentição decídua. Fatores como: a dor inerente à cárie; trauma psicológico; possível hospitalização (casos graves que requerem tratamento sob anestesia geral) ou procedimentos mais dispendiosos são considerados fortes motivos de apreensão.¹⁸

A etiologia desta patologia abrange diversos aspetos, entretanto pode ser definida como uma disbiose gerada pelo açúcar. Os hábitos alimentares deletérios (ricos em sacarose), ineficácia na higienização dentária e características anatómicas e estruturais da dentição podem ser considerados fatores predisponentes para o desenvolvimento de cárie. A CPI também pode estar correlacionada a baixas condições socioeconómicas muito presentes em agregados familiares debilitados.^{6,13}

A perda precoce de dentes decíduos pode promover efeitos adversos ao nível da erupção dentária dos seus sucessores (dentição permanente) e comprometer a função do sistema estomatognático. Adicionalmente, uma criança ao perder os chamados “dentes de leite” numa fase muito prematura pode sofrer repercussões não só alimentares, mas também sociais, tanto numa perspetiva particular como interpessoal. Para que tal não aconteça, é vital que o acompanhamento médico dentário esteja largamente centralizado na promoção de condutas saudáveis e transmissão de conhecimento certificado.¹¹

A associação entre o dever parental, a instrução médica e o apoio presente em meios escolares, pode ser considerada como o alicerce de todo o sucesso educacional relativo à saúde oral infantil.

1.3. Papel dos pais e educadores

A literatura sublinha o papel imprescindível da conduta familiar na formação e instrução de cuidados de saúde oral em crianças.^{19,20} A postura e estrutura familiar serão fatores, inevitavelmente delineadores do percurso da criança. Uma abordagem eficaz na prevenção da cárie dentária limita o papel da criança e centraliza as intervenções educativas no meio familiar. Os pais/cuidadores precisam de ser capazes de transmitir os conhecimentos de forma clara, curta e diária.²¹

Os hábitos orais das crianças podem ser influenciados de uma forma negativa ou positiva. Por um lado, uma atitude parental eficaz inclui reforços e empenho positivos, acompanhamento assíduo e motivação para hábitos de higiene oral recorrentes. Estes exemplos irão contribuir para um desfecho saudável e com índices cariogénicos baixos. Por outro lado, uma postura ineficiente é caracterizada por atividades disciplinares demasiado rigorosas, incoerentes e, que em nada são vantajosas para o desenvolvimento infantil.¹⁹ Adicionalmente, várias culturas (mais presentes em países desenvolvidos) sustentam hábitos alimentares ricos em nutrientes cariogénicos como, por exemplo, o elevado consumo de *fast-food*.²²

Uma alimentação equilibrada, visitas regulares ao médico dentista e o reforço dos hábitos de higiene são alguns dos pontos chave que suportam a eficácia da educação oral.²³ Uma base familiar que já tenha estes parâmetros pré-estabelecidos e bem consolidados terá um impacto espelhar positivo no desenvolvimento da criança.

À semelhança dos cuidados familiares, também a figura dos educadores de infância e professores assume cada vez mais importância na aprendizagem e progresso das crianças. Em muitos casos, crianças provenientes de famílias destruturadas podem ser de tal modo negligenciadas que a escola acaba por se tornar o único espaço de amparo e desenvolvimento não só pessoal, mas também social. Desta forma, torna-se fundamental que as escolas promovam atividades que abordem a saúde oral de forma pedagógica, interativa e

dinâmica.²⁰ O apoio escolar pode ser composto por programas preventivos de saúde oral.

Apesar da inconsistência e escassez destes programas preventivos, muitos professores e educadores de infância manifestam um esforço em incorporar a saúde oral no quotidiano das crianças. Contudo, nunca será demasiado enfatizar a importância de uma formação profissional no âmbito da saúde oral.²⁰

A interligação entre crianças, pais e educadores/professores deverá ser privilegiada e incentivada, através de estratégias de comunicação de ciência eficazes. Com uma tríade bem orientada e consolidada, todos os valores corretos serão transmitidos e, a educação assegurada.



Figura 1 – Interligação da tríade (crianças, pais e educadores/professores) sustentada por uma comunicação eficaz de ciência (CEC) em saúde oral.

Fonte: Elaboração própria.

1.4. Intervenções educativas na saúde oral da criança

A infância é um dos períodos mais significativos para o crescimento intelectual e desenvolvimento da personalidade.²⁴

Uma intervenção eficaz na saúde oral da criança deve associar dois conceitos: a educação e a diversão. A facilidade de aprendizagem em idades pré-escolares e escolares encontra-se intimamente ligada ao ato de brincar. Aprender com diversão pode trazer muitos benefícios para as crianças tais como: o despertar de alertas visuais, consolidação de estratégias de memória e raciocínio ou aumento da capacidade de atenção.²⁴ Segundo Milteer *et al.*²⁵, desde tenra idade, o ato de brincar é considerado crucial no desenvolvimento cognitivo, criativo, emocional e físico da criança.²⁵ Também os pais que passam mais tempo com os seus filhos na construção de atividades lúdicas acabam por fortalecer as ligações primordiais familiares. Para crianças que estejam inseridas em agregados familiares desfavoráveis, o fator “diversão” acaba muitas vezes por não ser explorado, reduzindo consideravelmente o potencial de aprendizagem e evolução intelectual da criança. Uma sociedade com estes contextos nocivos terá a obrigação de priorizar o papel dos professores, educadores de infância e assistentes educacionais.²⁵

A escolha do melhor método interventivo educacional continua a ser alvo de estudo e análise regulares. Um dos processos mais convencionais e defendido na literatura passa por uma educação oral estritamente teórica. Este tipo de instrução infantil raramente gera uma alteração comportamental positiva.¹⁹ Atualmente, a variabilidade de alternativas pedagógicas é considerada um dos principais fatores para a melhoria da saúde oral infantil.⁶ As ações de promoção de saúde oral, direcionadas para crianças, podem ser realizadas por meio de ferramentas lúdicas, que tornem o processo de aprendizagem mais apelativo, dinâmico, de fácil compreensão e, conseqüentemente, mais eficaz. Algumas estratégias lúdicas de comunicação adaptadas a este público são: jogos educativos, pequenas peças de teatro e/ou música e exposições de macro modelos dentários. Todas contribuirão para o aumento do conhecimento,

conforme evidenciado por alguns estudos previamente realizados.^{24,26,27} A eleição da atividade a ser proposta deve ser feita de forma coerente e adequada ao grau de conhecimento cognitivo e amadurecimento da criança. Apenas desta forma a informação a ser transmitida será apreendida efetivamente pelas crianças.²⁸

1.5. Projeto “Ser Criança”

Foi recentemente realizada uma parceria promovida pela PRÉMIOS BPI “LA CAIXA” INFÂNCIA 2019, entre a Reencontro (associação social, educativa e cultural) e a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (FMD-UCP), no âmbito do Projeto “Ser Criança”.

O projeto “Ser Criança” pretende avaliar a condição de um grupo de crianças pertencentes ao concelho de Gouveia que revelem dificuldades, percebendo o significado, a causa e o tipo de perturbação aliando a educação à saúde e à família. É um projeto pioneiro ao encargo da Associação Reencontro. É inovador uma vez que distribui a sua atenção em vários pontos nomeadamente: observação e diagnóstico precoce de patologia oral, e posterior tratamento médico-dentário das crianças, abrangendo as intervenções preventivas e reabilitadoras. A população deste projeto engloba todas as crianças da rede pré-escolar e escolar (1º ciclo) do Município de Gouveia (AEG – Agrupamento de Escolas de Gouveia) num total de 117 crianças dos três aos cinco anos e 166 crianças dos seis aos nove anos.

O problema social que o “Ser Criança” pretende atender é o da exclusão social infantil, consequentemente da pobreza e outras formas de privação extrema enfrentadas pelas crianças e as suas famílias. A presença de uma criança num agregado familiar cujas vulnerabilidades estejam muito marcadas, dificulta significativamente o seu desenvolvimento integral. É extremamente importante intervir no desenvolvimento das crianças desde a sua primeira infância, de modo a potenciar a igualdade de oportunidades na sociedade e a estancar o processo de reprodução da exclusão social.²⁹ O “Ser Criança” é um projeto que pretende incluir diversas áreas que estejam interligadas e, inerentes à qualidade de vida geral da criança. Para tal, e através da parceria entre a FMD-UCP e a Reencontro, o “Ser Criança” foi alargado à saúde oral, surgindo assim o “Ser Criança - Aprender a Sorrir”. Esta população tenderá a beneficiar da aquisição de conhecimentos na área da saúde oral e, desta forma, ser alvo de uma ação de promoção e educação de saúde oral possibilitando uma melhoria dos indicadores de saúde.

Futuramente, através da parceria FMD-UCP e Reencontro será necessário referenciar alguns pontos importantes. A Associação Reencontro terá a responsabilidade de proporcionar o acesso (em termos geográficos e económicos) das crianças, com idades até aos nove anos, do concelho de Gouveia a serviços de saúde e de educação não-formal de qualidade, sendo estas intervenções livres de encargos para os beneficiários. Além disso, terá a seu cargo a implementação e operacionalização do projeto, divulgá-lo junto do público alvo e promover reuniões com a FMD-UCP com vista ao acompanhamento e monitorização do trabalho desenvolvido no âmbito do projeto. A FMD-UCP terá de providenciar recursos humanos/materiais que apoiem o processo de diagnóstico/intervenção médica/educativa na promoção da saúde oral, participar nas reuniões de monitorização do trabalho desenvolvido no âmbito deste projeto, promovidas pela Associação Reencontro (Anexo I).

Considerando a necessidade de estudar a situação atual relativa à saúde oral, especificamente em crianças portuguesas com nível socioeconómico menos favorecido, este projeto é de extrema pertinência. O “Ser Criança - Aprender a Sorrir” visa conhecer a prevalência de doenças orais que podem influenciar o estado de saúde oral e geral e, mais importante traçar estratégias interventivas para a educação oral infantil.

Esse projeto de pesquisa já foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Universidade Católica Portuguesa e obteve um parecer favorável (Anexo II).

1.6. Adaptação do Projeto do “Ser Criança” à atual situação promovida pela pandemia – COVID-19

Face às atuais circunstâncias promovidas pela situação de pandemia (COVID-19), muitas mudanças e adaptações tiveram de ser aplicadas a este projeto. Inicialmente, o Projeto do “Ser Criança” tinha como objetivo geral conhecer o impacto das doenças e distúrbios orais, bem como a influência das condições socioeconómicas, na qualidade de vida relacionada à saúde oral (QVRSO) de crianças em idade pré-escolar e escolar e, desta forma, traçar estratégias para promover o conhecimento científico e a saúde oral, não só da população em estudo, mas também da comunidade em que estão englobadas. Como objetivos específicos estavam estipulados os seguintes pontos:

1. Adaptação transcultural para o Português de Portugal de instrumentos que avaliam a QVRSO e posterior validação do instrumento para a população portuguesa;
2. Avaliar a correlação do nível socioeconómico com a presença de cárie;
3. Avaliar a QVRSO relacionada com a presença de cárie;
4. Identificação das necessidades de tratamento;
5. Definição de estratégias relacionadas com a promoção de saúde oral e realização dos tratamentos dentários necessários;
6. Análise de dados referentes a QVRSO da população em estudo, antes e após a intervenção para promoção de saúde, para avaliar a eficácia das estratégias utilizadas.

Como já foi referido, perante a situação sem precedentes que vivemos, tanto o objetivo geral como os objetivos específicos do projeto foram reformulados. De forma geral, após a revisão da fundamentação teórica, pretende-se traçar e desenvolver estratégias, essencialmente digitais, que promovam o conhecimento científico e promovam a saúde oral, não só da população em estudo, mas também de toda comunidade portuguesa. Para tal, e como objetivos específicos surgem:

1. Elaboração de uma proposta para o Projeto “Ser Criança” que envolve o desenvolvimento de um *site* - Projeto “Ser Criança – Aprender a Sorrir”, através da plataforma *Wix* (<https://projsc.wixsite.com/projetosercrianca>), que possa ser a base para assegurar a interligação dos três grupos-alvo do projeto: crianças, pais/cuidadores e professores;
2. Elaboração de um questionário que possa ser aplicado, futuramente, antes e depois da utilização das ferramentas e utilidades presentes na plataforma digital de modo a avaliar a eficácia e a eficiência desta estratégia junto dos grupos-alvo;
3. Divulgação do Projeto “Ser Criança – Aprender a Sorrir”.

DESENVOLVIMENTO

2. Desenvolvimento

2.1. Intervenções educativas para promoção de saúde oral

Atividades que promovam a saúde oral e, conseqüentemente forneçam um leque de possibilidades que sustentem o conhecimento das crianças são, cada vez mais, excelentes alternativas de evolução cognitiva infantil. O crescimento e desenvolvimento das crianças serão extensamente influenciados pelos seus anos de aprendizagem. Paralelamente, a presença e postura, não só dos pais, mas também dos educadores irão contribuir positiva ou negativamente para o desenvolvimento da criança.^{20,21}

A medicina dentária atual é desafiada diariamente para intervir de forma educativa no quotidiano das crianças e jovens.²⁸ À semelhança do conteúdo já referido, uma intervenção educativa na saúde oral da criança deve associar dois conceitos: a educação e diversão. Para tal, existem diversas alternativas lúdicas que compreendem a importância desta associação como, por exemplo, a combinação de jogos didáticos com opções mais convencionais (educação oral teórica), teatro, música e exposição de macro modelos. Todos estes exemplos têm como objetivo a transmissão de conceitos de pedagogia oral e o fortalecimento da tríade: crianças, pais e professores/educadores de infância.

2.1.1. Jogos didáticos

Os jogos didáticos são convencionalmente considerados métodos ou alternativas educacionais que reforçam a aprendizagem em idades mais jovens sendo uma técnica estimulante e, verdadeiramente dinâmica.²⁴ São consideradas alternativas aliciantes para uma geração que vive intensamente ligada aos jogos.

O ato de brincar apresenta diversos benefícios para a aprendizagem de indivíduos em faixas etárias mais jovens. Com um diversificado leque de jogos didáticos, os de estratégia são os que proporcionam mais interesse para as crianças.^{24,30} Neste tipo de jogos, os mais novos estão expostos logo desde início à escolha de várias opções, acabando por decidir qual a melhor ou pior

para o desenrolar do jogo. Consoante a decisão, o desfecho poderá alterar. Esta estratégia de ensino apresenta inúmeras vantagens. Para além de incentivar e reforçar desde cedo a identidade de cada um, também aumenta a retenção de conhecimento através de métodos de tentativas e erros.^{24,30}

O recurso a jogos interativos e, simultaneamente, educativos tem sido uma aposta constante na nossa área, a medicina dentária.³⁰ Com a utilização diária de muitos destes jogos, os comportamentos de algumas crianças irão gradualmente ser alterados até que haja a criação de um hábito. Antes da exibição dos jogos é obrigatório que haja uma avaliação de todos os seus componentes para que os objetivos pedagógicos sejam cumpridos. Por norma, este controlo é realizado por profissionais de medicina dentária, assim como de outras áreas, como por exemplo, a psicologia.³⁰

No estudo de Aparecida *et al.*³⁰ foi desenvolvido um jogo didático para crianças com idades compreendidas entre os cinco e sete anos. O jogo intitula-se “Dr. Trata Dente” e é composto por três parâmetros relativos à saúde oral: a causa das patologias orais; métodos de prevenção; e procedimentos de higienização. Todos os componentes foram postos à prova através de jogos de associação, memória e desenho. Após uma análise detalhada por parte de três profissionais de diferentes áreas (medicina dentária, educação e psicologia), foram retiradas algumas conclusões. Em primeiro lugar, a área da medicina dentária foi assegurada pela transmissão correta e concisa de todos os conceitos necessários e adaptados à faixa etária. Em segundo, a questão educativa demonstrou que a linguagem utilizada embora extensa, era simples e facilmente alcançável. Por fim, os psicólogos revelaram que o jogo consolidou muitos temas úteis e positivos para as crianças. Na sua generalidade, foi considerada uma abordagem educativa, dinâmica e interventiva para todo o grupo em estudo.

À semelhança do referido anteriormente, também no estudo de Asokan *et al.*²⁴ as conclusões evidenciam a eficácia do uso de jogos didáticos na educação e motivação para a saúde oral das crianças. O estudo foi implementado num grupo de 60 crianças com idades entre os 7 e os 10 anos, sendo divididos de forma aleatória em dois grupos (grupo A e B). O grupo A foi exposto à informação representada em forma de cartões de memória. Já no grupo B, para além dos cartões de memória, também foi associado um jogo (unir os pontos) didático e

interativo. O jogo de união de pontos incluiu normas de saúde oral, como hábitos de higiene oral e uma dieta baixa em alimentos cariogênicos. Os dois grupos estiveram em contacto com as alternativas educativas durante sete dias. Antes da intervenção, todos participantes responderam a um questionário referente ao conhecimento oral e foram avaliados a nível intraoral através do *Debris Index-simplified*³¹ sendo a pontuação de zero a três. Foram realizadas três avaliações pós-intervenção, passados oito dias, um mês e três meses. Apesar dos resultados após a primeira semana terem sido bastante satisfatórios para ambos os grupos, no grupo B a eficácia da conjugação dos cartões com o jogo foi mais explícita. Passados um e três meses, apesar da combinação de métodos ser ainda eficaz, os valores não foram amplamente significativos quando comparados com a primeira reavaliação aos oito dias.²⁴

2.1.2. Teatro

O teatro também pode ser considerado uma notável interpelação das ações educativas no âmbito da saúde oral. A criação de histórias e sua personificação são consideradas excelentes alternativas para a transmissão da mensagem educativa. O ensino lúdico, mais concretamente, o teatro pode dinamizar o modo de aprendizagem através da estimulação à participação e interação tanto individualmente, como de forma coletiva. De um modo geral, o desenvolvimento inter e intrapessoal de cada criança é amplamente explorado. Para além do objetivo primário de transmissão de conhecimento relativo à saúde oral, o teatro também possibilita a exploração de características que potenciam a imaginação e o desenvolvimento do vocabulário. Tudo isto contribui favoravelmente para o desenvolvimento global da criança.²⁸

2.1.3. Música

A música é considerada uma linguagem universal. A transmissão de conhecimentos pode ser assegurada através da expressão musical. No âmbito da educação infantil, a música proporciona o disseminar da mensagem pedagógica de uma forma criativa e lúdica. Embora as letras das músicas

possam ser adaptadas aos vários idiomas, a melodia mantém-se, sendo precisamente esse ritmo musical que viabiliza a retenção do conteúdo. Inconscientemente, a nossa mente memoriza e reproduz com muita facilidade a melodia.²⁸ A música ou interpretação musical reflete algumas etapas que estão interligadas à rotina de higienização, como por exemplo a escovagem dos dentes, mas também enfatizam a importância da prevenção, desmistificam cenários transviados sobre as idas ao médico dentista e, conseqüentemente, contornam algumas questões psicológicas como a ansiedade e medo do dentista.²⁸

Em 2015, Souza e seus colaboradores³² desenvolveram um estudo inserido num projeto de saúde oral, em que o objetivo foi a divulgação de informação através da participação de crianças numa orquestra com instrumentos de sopro. A conclusão do estudo reforçou a eficácia da música como ferramenta educativa, no âmbito da promoção de saúde oral.

2.1.4. Exposição de macro modelos

A exploração de macro modelos é um método reconhecido por múltiplos profissionais de medicina dentária, estando presentes em consultório. Estes são representações em grande escala da cavidade oral, como se de uma ampliação se tratasse. Para as crianças é um recurso extremamente educativo pois permite que o médico dentista possa explicar vários conceitos inerentes à saúde oral, como por exemplo qual a técnica correta de escovagem. Com esta interação, entre paciente e dentista, o interesse pela área e o próprio tratamento torna-se muito mais simplificado. O contacto com os macro modelos estimula, assim, a curiosidade e comunicação entre as crianças. Se os conceitos ficarem bem apreendidos, a rotina de higiene das crianças irá melhorar, assim como os indicadores de saúde oral.²⁸

2.2. Nova era digital

Atualmente vivemos numa era cada vez mais tecnológica e digital. Desde tenra idade, há um domínio natural e quase inato para a descoberta do mundo informático. A tecnologia tem sido uma excelente aliada no cumprimento de várias tarefas diárias, estando estas englobadas num leque bastante diversificado.

A importância da escolha digital tem sido posta à prova com a atual situação de pandemia imposta pela COVID-19. Para milhares de pessoas mundialmente, e decorrente de um distanciamento social forçado, a *internet* tornou-se, por vezes, a única solução para dar continuidade, não só de funções laborais, mas também à comunicação entre professores e estudantes (salientando a excelente aposta das aulas e ensino *online*). A educação dos mais novos encontrou-se igualmente assegurada através do uso da tecnologia, sendo imperativo destacar o papel dos professores e educadores de infância que, em articulação com os pais e/ou cuidadores, conseguiram manter o foco educativo durante a fase de confinamento. Deste modo, e com uma realidade inteiramente alterada, dezenas de milhares de crianças adaptaram as suas rotinas de aprendizagem. Embora o ensino à distância não seja um conceito novo, é indiscutível sublinhar a sua importância ao longo deste período.³³ Dezenas de plataformas digitais, aplicações informáticas e recursos educacionais, maioritariamente gratuitos e disponíveis em vários idiomas, facilitaram e revolucionaram em grande escala a aprendizagem dos alunos.³³ É também essencial destacar o papel de múltiplas escolas de atendimento que têm sido imprescindíveis no auxílio a muitas famílias que, por motivos profissionais, não podem ficar em casa.³⁴

Paralelamente à importância da utilização de meios digitais, é fulcral analisar a elevada discrepância relativa à falta de acesso por parte de muitas famílias. Witt *et al.*³⁵ afirmam que, se por um lado, muitos têm a oportunidade de usufruir desta alternativa eletrónica, por outro, principalmente os agregados familiares mais debilitados, não têm acesso a este meio, sendo um desafio constante. A conexão virtual e o alcance das comunidades mais desfavorecidas permanece um tópico constante que incita o interesse em vastos estudos.³⁵

Ainda assim, este novo panorama educativo foi aceite e incluído na rotina de muitas comunidades populacionais globais, podendo ser uma alternativa de ensino a ser mantida no futuro.

A *internet*, e outras plataformas digitais permitem a utilização de aplicações *web*. Estas ferramentas encontram-se fortemente associadas à eficácia e facilidade na transmissão de conhecimento educacional infantil.³⁶⁻³⁸

As crianças e jovens adquirem conhecimentos muito rapidamente e estão bastante familiarizados no fundamento da sua educação no conceito digital. Os pais recorrem com bastante frequência a estratégias digitais, tendo estas como finalidade o reforço e incentivo de hábitos de higiene oral. O uso de dispositivos móveis e aplicações tecnológicas são exemplos que demonstraram uma elevada eficácia na adesão das crianças.²⁴

Como referido anteriormente, a componente digital está presente em quase todas as áreas, não sendo a Medicina Dentária exceção. Ainda com um longo percurso pela frente, já é possível analisar vários estudos onde foi avaliada a eficácia do uso de tecnologias digitais, tais como aplicações informáticas, no âmbito da medicina dentária (Tabela 1). Muitos destes estudos pretendem avaliar a eficiência de alguns métodos de comunicação que abordam a manutenção e melhoria da higiene oral de crianças.^{22,38-41}

No estudo de Zotti *et al.*³⁸ foram analisados aproximadamente 100 pacientes com idades compreendidas entre os quatro e os sete anos sendo estes distribuídos aleatoriamente num grupo de estudo (32 do sexo feminino e 18 do sexo masculino) e num grupo de controlo (28 do sexo feminino e 22 do sexo masculino). Foram analisados alguns parâmetros, tais como o índice de placa e presença de lesões de cárie. No início do estudo foram fornecidas todas as instruções de higienização oral, não só às crianças como também aos respetivos pais. Adicionalmente, os responsáveis por cada membro do grupo de estudo foram instruídos a instalar uma de duas aplicações, sendo a escolha da mesma baseada na idade do paciente (maior ou menor que cinco anos). Ambas as aplicações tinham como finalidade motivar e cronometrar (aproximadamente dois minutos) o momento de lavagem dos dentes, duas vezes por dia. Novas medições (índice de placa e presença de cárie) foram feitas a cada três meses durante um ano. As conclusões deste estudo provaram que o grupo de estudo,

que durante um ano utilizou diariamente uma das duas aplicações, melhorou significativamente a sua higiene oral quando comparado com o grupo de controlo que apenas tinha como base a aplicação das instruções fornecidas pelo médico dentista em consultório.

Um estudo desenvolvido na Arábia Saudita³⁹ recorreu igualmente ao uso de uma aplicação informática em que o seu principal objetivo incidiu na instrução educativa de pais ou tutores, desde uma fase pré-natal até à adolescência (15 anos). Durante um período de 15 dias, cerca de 230 cuidadores descarregaram a aplicação. Os resultados deste estudo evidenciaram que aproximadamente 75% dos pais consideraram o uso de aplicações móveis uma ferramenta válida e útil para esclarecimento de conceitos relativos à saúde oral infantil. Segundo Alqarni e colaboradores³⁹, esta alternativa educacional pode ser vista como uma solução para casos em que esteja impossibilitada a participação em programas interventivos de saúde oral, muitos destes desenvolvidos por organizações privadas em que os custos são um fator chave impeditivo.

À semelhança do estudo descrito, também na Arábia Saudita, cerca de 1055 mães foram subdividas em duas regiões: 616 em Riyadh e 439 em Najran. Das 616 mães em Riyadh, 71 eram mães pela primeira vez e 545 tinham mais que um(a) filho(a). Em Najran, das 439 mães, 96 tinham um(a) filho(a) e, as restantes 343 apresentam mais do que um. No início, os grupos foram testados através um questionário de avaliação de conhecimentos. Os resultados revelaram que o grupo de Riyadh demonstrava uma educação base superior ao grupo de Najran. Após três meses de utilização de uma aplicação informática foram repetidos os questionários e, em ambas as regiões da Arábia Saudita, foi evidente uma melhoria acentuada no conhecimento sobre saúde oral por parte das mães.⁴¹

Dois estudos desenvolvidos na Índia são exemplos de como as crianças podem modificar os seus comportamentos perante um incentivo diferente e dinâmico.^{22,40} No estudo de Panchal e Gurunatha²², 132 crianças com idades compreendidas entre os dois e seis anos utilizaram, durante uma semana, uma aplicação chamada “*cariometer app*” que tinha como função avaliar a dieta e prática da higiene oral, sendo estas classificados como excelente, médio ou má. Para além desta avaliação, a “*cariometer app*” também permite efetuar outras funcionalidades tais como: a emissão de um alarme quando a classificação é má

ou a acumulação da pontuação diária e semanal. Desta forma, foi possível acompanhar e analisar possíveis evoluções. Cada análise era feita antes e depois de cada lavagem dos dentes. Os resultados deste estudo foram francamente positivos. Aquando da observação no último dia (sétimo dia), sensivelmente 90% das 132 crianças já tinham adquirido o hábito de escovagem duas vezes por dia.²²

A ansiedade, nervosismo e, até o medo são sentimentos muito recorrentes antes e durante a visita ao médico dentista.⁴⁰ Atualmente, existem muitas técnicas que permitem contornar estes comportamentos ansiosos. Um dos métodos mais usados é o *“tell-show-do”*. Como o próprio nome indica, esta técnica visa explicar o procedimento, demonstrar e, por fim “aplicar” de uma forma interativa e inofensiva o tratamento. É muito comum recorrer a ajuda dos pais ou irmãos para confortar a criança. Também é habitual, consoante o desfecho da consulta ser atribuído ou não, um reforço positivo.⁴⁰

Paralelamente à técnica descrita, a aposta em aplicações digitais é cada vez mais considerada uma solução eficaz em todo o processo educativo e tranquilizante. Uma aplicação móvel foi desenvolvida e colocada em prática com objetivo de contornar, com êxito, esta questão psicológica. Antes da consulta de medicina dentária, cerca de 60 crianças, numa faixa etária dos 8 aos 12 anos, estiveram em contacto com a aplicação intitulada *“My Little Dentist”*. O conceito da aplicação foi permitir a personificação das crianças em dentistas, sendo as mesmas responsáveis pelo atendimento e tratamento. Assim, foi possível desmistificar alguns padrões erróneos da área da medicina dentária. Patil e seus colaboradores⁴⁰ afirmam que os níveis de ansiedade, analisados antes e depois, foram extensamente distintos. Após a intervenção interativa, as crianças ficaram mais calmas e confiantes durante todo o procedimento.

Na grande maioria dos estudos descritos, um questionário foi aplicado aos pais/cuidadores das crianças, antes e após a intervenção sendo o objetivo do mesmo analisar a evolução ao nível dos conhecimentos dos pais e melhorias na higiene oral das crianças. Estes questionários abordavam vastas questões relativas ao entendimento de variados parâmetros da saúde oral infantil. Noções referentes à erupção e condições gerais da dentição decídua; a importância de consultas regulares no médico dentista ou até possíveis consequências da perda

prematura dos conhecidos “dentes de leite” são exemplos de parâmetros analisados. Apesar das diferentes percentagens de evolução, a grande maioria dos estudos comprovaram a ampla eficácia das aplicações no processo de simplificação e esclarecimento de conceitos relativos à saúde oral.

Apesar das variadas alternativas existentes, é indiscutível que o mundo tecnológico está a ganhar cada vez mais visibilidade em áreas como a de medicina dentária. As aplicações são ferramentas lúdicas, interativas e dinâmicas que contribuem para o desenvolvimento da educação não só das crianças mas também do meio familiar e escolar onde estão envolvidas.

Tabela 1 – Quadro resumo de estudos relativos à utilização de aplicações informáticas como método interventivo e educacional infantil.

ESTUDO	LOCAL	ANO	IDADES	NÚMERO DE PARTICIPANTES	TEMPO DE INTERVENÇÃO	CONCLUSÕES	
1	“Apps for oral hygiene in children 4 to 7 years: Fun and effectiveness” ³⁸	Itália	2019	4-7 anos	100 crianças (50 grupo de controlo e 50 grupo de estudo)	12 meses *	Grupo de estudo revelou uma evolução positiva na higiene oral das crianças assim como no conhecimento dos responsáveis das crianças.
2	“Efficacy of a Self-Designed Mobile Application to Improve Child Dental Health Knowledge among Parents” ³⁹	Arábia Saudita	2018	Desde pré-natal até 15 anos	230 cuidadores	15 dias	Aproximadamente 75% dos pais é a favor do uso de aplicações móveis como uma ferramenta útil no conhecimento da saúde oral infantil.
3	“Smartphone application as an aid in determination of caries risk and prevention: A pilot study” ²²	Índia	2017	2-6 anos	132 crianças	7 dias	No último dia de análise (7º dia), aproximadamente 90% das crianças escovavam os dentes duas vezes por dia.
4	“Evaluation of Effectiveness of Dental Apps in Management of Child Behaviour: A Pilot Study” ⁴⁰	Índia	2017	8-12 anos	60 crianças	Momento consulta	Após utilização da aplicação, foi notória a redução de sinais de medo e ansiedade demonstrados pelas crianças em consultório.
5	“Comparison of the Effectiveness of a Mobile Phone-based Education Program in Educating Mothers as Oral Health Providers in Two Regions of Saudi Arabia” ⁴¹	Arábia Saudita	2017	Até 6 anos	1055 mães	18 meses*	Em ambas as regiões da Arábia Saudita foi notória a melhoria no conhecimento relativo à saúde oral das mães.

Fonte: Elaboração própria.

* Reavaliação necessária a cada 3 meses.

2.2.1. Intervenções digitais – Vertente *Web-Base*

Ainda no contexto das intervenções digitais, também os *sítes* podem ser considerados métodos alternativos relevantes na disseminação de informações educacionais relativas à saúde oral.^{42,43} As crianças, pais e educadores de infância formam uma tríade que é o alicerce para uma base educativa bem-sucedida.

Apesar de ainda não ser uma postura constante, os educadores de infância ou professores têm privilegiado a área da medicina dentária durante as suas aulas. Recorrentemente, a falta de recursos teóricos pode ser apontada como um dos obstáculos primordiais no ensino dos mais novos.

Um estudo de 2017, desenvolvido pela Universidade de Michigan e conduzido por Marita Rohr Inglehart e colaboradores⁴², cruzou a hipótese de uma aprendizagem dita tradicional com o uso de métodos direcionados para uma componente *web-based* (baseado na *internet*). Cerca de 95 professores e educadores de infância preencheram um questionário antes e após a abordagem informática. Este estudo confirma que um ensino combinado é consideravelmente mais eficaz. A aprendizagem combinada é apresentada como uma oportunidade acessível para muitos professores. Esta equipa de investigadores⁴² recorreu a um *site* (<http://media.dent.umich.edu/teachoralhealth/index.html>) constituído por várias atividades, todas interligadas entre si, como por exemplo: histórias adaptadas à saúde oral, desenhos para colorir, jogos e/ou músicas. Para além de material instrutivo para os professores, também havia uma secção destinada a dúvidas que os pais pudessem ter.⁴² Também nos Estados Unidos da América, outro estudo foi direcionado no sentido de avaliar a eficácia de um programa educacional *web-based* em pais ou cuidadores.⁴³ À semelhança dos estudos já descritos, 459 participantes preencheram um questionário pré e pós-intervenção. Os resultados revelaram que numa primeira fase, de pré-intervenção, os participantes apresentavam um nível razoável de conhecimentos sobre o conceito de cárie e a sua respetiva prevenção. Relativamente à transmissão da cárie, estes níveis já foram mais limitados. Num cenário pós-intervenção as melhorias mais significativas ocorreram precisamente no conhecimento da

transmissão de cárie. De uma forma geral, as conclusões deste estudo salientaram, mais uma vez, a eficiência de intervenções baseadas em *sites* e, desta forma o aumento do conhecimento da saúde oral dos respetivos participantes.

Deste modo, a *internet* complementa de forma exímia todo o trabalho exercido pelos profissionais de saúde. Adicionalmente, apresenta vantagens que englobam o baixo custo (gratuito maioritariamente), facilidade e conveniência e elevado alcance.⁴³

2.3. Limitações do uso da tecnologia

Apesar das inúmeras vantagens que a era digital acarreta, ainda existem algumas limitações que se encontram subjacentes ao seu uso.

Esta questão pode ser, em certa forma, analisada através de duas perspectivas diferentes. Por um lado, mundialmente, existem milhares de famílias que não têm acesso a recursos digitais. Na sua grande maioria, são grupos inseridos em aglomerados com condições socioeconómicas desfavorecidas, sendo-lhes impossível adquirir ou ter acesso a meios/ferramentas digitais. Por outro lado, pode existir um uso excessivo destes recursos. Nestes casos, o papel regulador dos pais e professores é crucial.

A área da medicina dentária, mais concretamente a Odontopediatria, ainda tem um longo caminho a percorrer no que se refere à associação de métodos digitais com programas interventivos educativos. A pequena percentagem existente de empreendedores e criadores de aplicações digitais que estejam disponíveis em vários idiomas também é tida como limitação.⁴⁰

2.4. Proposta para o Projeto “Ser Criança”

O recurso ao mundo digital está comprovado ser um método eficaz e vantajoso para a educação oral de toda a comunidade, principalmente de faixas etárias mais jovens.

A temática da sustentabilidade está intimamente ligada à visão geral do Projeto “Ser Criança”. O desenvolvimento de uma alternativa digital que possa ser um modelo alternativo para a educação em saúde oral dirigida aos três grupos-alvo (crianças, pais e educadores), será uma contribuição essencial para uma sociedade mais sustentável e, este facto, permite dar resposta aos objetivos definidos para o projeto. Como tal, e sendo um método interventivo fundamentado na literatura, a proposta para o projeto inclui a criação de um *site* que tem como foco os três grupos em estudo. Para além da instrução educacional ao nível da saúde oral dos grupos referidos, o *site* também funcionará como um meio de divulgação e publicitação do projeto. O logotipo (Figura 2) criado no início da elaboração do projeto está incluído no *site* “Ser Criança – Aprender a Sorrir”.

À semelhança dos estudos descritos anteriormente, e com um objetivo de uma avaliação futura da eficácia da transmissão de conhecimentos a todos os grupos, também será aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos de saúde oral (Anexo III). Este questionário já é utilizado como teste diagnóstico de conhecimentos e comportamentos de saúde oral na FMD-UCP aquando das consultas clínicas. Facilmente, foi adaptado para que possa ser aplicado aos três grupos intervenientes do “Ser Criança”: crianças, pais e educadores de infância. O objetivo será fazer a aplicação dos questionários antes e após a utilização do *site*. Os estudos de Inglehart *et al.*⁴² e Albert *et al.*⁴³ apoiam a eficácia desta alternativa educativa. Assim, pela semelhança aos estudos descritos, a elaboração de um *site* com os mesmos fins instrutivos foi considerada a proposta de intervenção educativa com mais relevância e interesse para o projeto.^{42,43} Para além disto, o acesso da página *web* é uma vantagem que permite o alcance não só da amostra constituinte do projeto, mas também de toda comunidade nacional que pretenda estar incluída na transmissão de conhecimento em saúde oral.

A amostra constituinte deste projeto está, maioritariamente, inserida em agregados familiares socioeconomicamente debilitados. Neste período de confinamento, causado pela pandemia da COVID-19, este fator poderá dificultar o acesso à hipótese de uma intervenção educativa *online*. Desta forma, e para englobar toda a comunidade no projeto, a apresentação do *site* será feita através de meios utilizados pelas escolas (envolvidas no Projeto “Ser Criança”) no ensino à distância, como por exemplo, imprimindo os desenhos para colorir e enviando por correio para as respetivas moradas dos pais ou cuidadores. Assim, embora o recurso ao mundo digital possa estar limitado, constitui uma alternativa exequível de acesso ao conteúdo do *site*. Numa fase pós-confinamento e, conseqüentemente mais controlada, a exploração do *site* pode e, deverá ser efetuada com a orientação dos professores ou educadores de infância. Recentemente, o governo português estabeleceu um conjunto de orientações a serem aplicadas ao ensino pré-escolar e escolar, numa fase pós-confinamento. Muitas destas orientações passaram pelo incentivo ao uso de recursos digitais para estimulação da educação infantil. No documento redigido pela Direção-Geral da Educação, é defendido e privilegiado o uso dos meios tecnológicos para as mais diversas finalidades, incluindo o recurso a variadas estratégias audiovisuais, tais como a música e o teatro.⁴⁴



Figura 2 – Logotipo do Projeto “Ser Criança - Aprender a Sorrir”.

Fonte: Elaboração própria.

2.4.1. Desenvolvimento do *site* – Projeto “Ser Criança – Aprender a Sorrir”

O *site* do Projeto “Ser Criança – Aprender a Sorrir” tem como *link* de acesso <https://projsc.wixsite.com/projetosercrianca>. Este *site* é constituído por seis componentes: 1) Início; 2) Quem somos; 3) Equipa; 4) Crianças; 5) Pais e 6) Educadores (Figura 3). Todos os componentes presentes nas páginas destinadas às crianças, pais e educadores são reforçados por informação referente à saúde oral descrita na literatura.

A página “Início” expressa uma perspectiva geral de todo *layout* do *site* evidenciando o logótipo do “Ser Criança - Aprender a Sorrir”, igualmente criado e desenvolvido para promoção e divulgação de todo o projeto. Ainda na página principal, é possível encontrar uma secção dirigida à explicação do projeto assim como a apresentação dos dois parceiros intervenientes do projeto: a FMD-UCP e a Associação Reencontro (Figura 4).

O separador “Crianças” está subdividido em três páginas: 1) Jogos didáticos; 2) Vamos Pintar!; 3) Desafia-te. Nesta fase de construção do *site*, já se encontra disponível na página dos jogos didáticos, um exemplo muito simples e interativo criado por um membro da equipa do “Ser Criança - Aprender a Sorrir”. Este jogo é intitulado “O super-herói das escovas de dentes”. Este tem como objetivo coletar todas as escovas e, ao mesmo tempo conseguir “escapar” dos doces (gelados, rebuçados e *donuts*). Quanto mais tempo permanecer em contacto com as escovas, mais pontos o jogador acumula. A cada novo *record* alcançado, o jogador tem a possibilidade de registar o seu nome. Com isto, há sempre a possibilidade de melhorar a pontuação. Este jogo original do projeto “Ser Criança - Aprender a Sorrir” é um exemplo perfeito que associa a transmissão de conteúdos pedagógicos de saúde oral com o desafio pessoal e a diversão. Esta secção do *site* pretende, futuramente, incluir jogos mais desafiantes, e que possam ser adaptados a diversas faixas etárias. A segunda divisão “Vamos pintar!” apresenta alguns exemplos de desenhos para colorir que podem ser impressos por pais ou professores e entregues às crianças. A última subdivisão da página “Crianças” é composta por alguns exemplares com um nível de dificuldade mais elevado, tais como palavras cruzadas, união de pontos e sopa

de letras. Na Figura 5 é possível identificar alguns exemplos de atividades didáticas disponíveis no site.



Figura 3 – Visão Geral do site.

Equipa

—



FMD-UCP



Faculdade de Medicina Dentária da Universidade
Católica Portuguesa

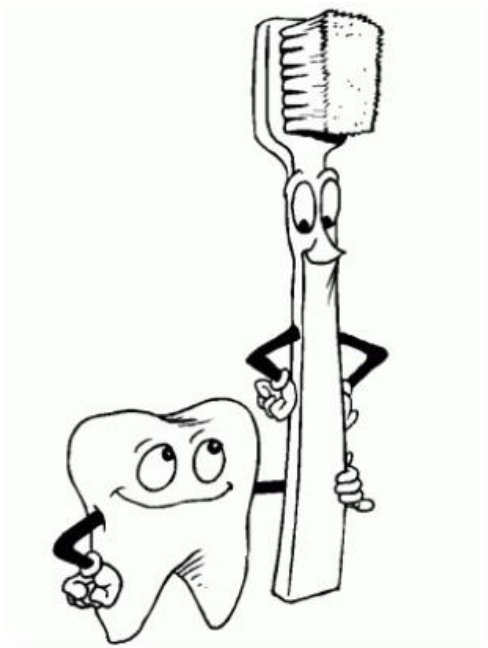


Associação Reencontro



Associação social, educativa e cultural

Figura 4 – Vista Geral da página: Equipa.



Desenho retirado de: <https://www.new-social.com/desenhos-para-pintar-de-dentista/>

A)

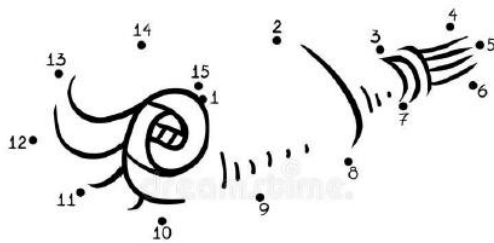
Descobre as 8 palavras

D E N T E S R Z B
 D C O P O A Q A T
 Q W D S P Y C P P
 E X J M I T Y A M
 T S I X É R S X M
 I L C R Y T R R N
 E D I O A V P O R
 L A B L V B L D S
 S M N Z Y A J K W

DENTES
 ESCOVA
 PASTA
 COPO

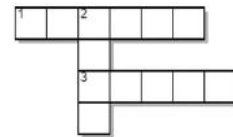
LEITE
 SORRISO
 LIMPAR
 BACTÉRIAS

B)



C)

Para lavar os dentes preciso:



Horizontais
 Escova
 Pasta

Verticais
 Copo

D)

Figura 5 – Exemplos de atividades didáticas disponíveis no site: a) Exemplo de desenho para colorir; b) Exemplo de desafio: sopa de letras; c) Exemplo de desafio: Unir os pontos; d) Exemplo de desafio: Palavras-cruzadas.

A página dedicada aos pais contém duas seções: “Hora do conto” e “Mais informações”. A primeira seção “Hora do conto” inclui um exemplo de história que pode ser transmitida aos filhos pelos pais, onde a motivação para uma saúde oral está subjacente. Na segunda seção, “Mais informação”, os pais podem encontrar um folheto de caráter informativo concebido pela FMD-UCP, com vocabulário acessível e adequado para faixas etárias mais novas.

Por fim, a última seção da página está dirigida aos educadores de infância ou professores e é composta por três segmentos: “Aulas e Palestras”, “Teatro e Música” e “Partilhe a sua Opinião!”. Tal como defendido ao longo desta dissertação, o papel dos professores é vital para o desenvolvimento cognitivo das crianças. Nesta parte do *site*, a informação está disponível sob a forma de apresentações (elaboradas pela FMD-UCP para diferentes níveis de aprendizagem/faixas etárias) que podem ser usadas pelos profissionais de educação, como materiais didáticos, sempre com o propósito de partilha de conhecimento, divulgação e promoção da saúde oral. Dois métodos igualmente dinâmicos e lúdicos podem ser destacados nesta terceira seção: o teatro e a música. A literatura fundamenta a relevante importância destas atividades interdisciplinares na facilidade de aquisição de conhecimentos. O teatro e a música caminham lado a lado na transmissão de informação de uma forma divertida e eficaz. Como tal, encontram-se disponíveis no *site* exemplos de músicas notoriamente reconhecidas no mundo da medicina dentária e dirigidas para idades pré-escolares e escolares. Para além da música, também é possível encontrar um vídeo de um teatro de fantoches que promove algumas normas educativas e preventivas. Ambos - teatro e música - são referenciados em plataformas digitais disponíveis gratuitamente na *internet*.

A última subdivisão desta terceira seção é intitulada “Partilhe a sua opinião!”. Neste segmento, os próprios educadores de infância podem partilhar os métodos de ensino mais eficazes na prática diária de cada um. A finalidade deste segmento é criar uma comunidade que, de alguma forma, auxilie não só os professores do Projeto “Ser Criança”, mas também todos os que a nível nacional possam estar interessados em integrar o grupo. Uma rede nacional suportada pela partilha de conhecimento será amplamente sustentada.

As páginas do *site* “Crianças”, “Pais” e “Educadores” estão indicadas no Anexo IV.

2.5. O Futuro – Passo a Passo

O futuro deste projeto envolverá a combinação do trabalho educacional e de divulgação digital, comprovado ao longo desta dissertação, com a possibilidade de realização de uma intervenção prática. Desta forma, será viável a continuação do projeto inicialmente delineado, mas já com a vertente educacional digital associada e assegurada. Os três grupos-alvo do estudo (crianças, professores e educadores) estarão notoriamente mais aptos e instruídos para uma abordagem e aplicação prática do projeto.

A intervenção prática do projeto será feita em várias fases distintas podendo, no entanto, ser considerada um procedimento contínuo. O responsável de cada criança irá assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo V).

A primeira interação com as crianças vai consistir na examinação e avaliação intraorais. Os pais irão responder a um questionário referente às questões socioeconómicas. A partir desse momento, vão ser adotadas estratégias de educação/comunicação na saúde oral, por exemplo, através da exploração de macro modelos, atividades lúdicas (pequenas peças de teatro e música, adaptadas a cada faixa etária). O leque de idades da amostra varia entre os três e os nove anos, sendo crucial um esforço diário, não só por parte dos pais/cuidadores, mas também das(os) educadoras(es) de infância na estimulação de hábitos de saúde oral benéficos. Para tal, tanto os pais como os profissionais de educação irão assistir a palestras educativas ampliando os seus conhecimentos na área. De salientar a importância do apoio da Colgate® ao Projeto “Ser Criança – Aprender a Sorrir”, ao contribuir na oferta de *kits* individuais apropriados à dentição da criança, apostando mais uma vez no reforço à escovagem e higienização da cavidade oral.

Com a parceria entre a FMD-UCP e a Associação Reencontro, pretende-se aproximar a universidade da comunidade e vice-versa, promovendo a divulgação do conhecimento científico, de modo geral, e melhorias em relação à QVRSO, de modo particular. A avaliação deste tipo de desfecho (qualidade de vida), que é centrado no bem-estar do paciente, tem sido considerada uma forma importante em investigação.^{45,46}

Adicionalmente, os resultados futuros poderão auxiliar no entendimento da situação da saúde oral das crianças portuguesas, podendo servir de base para outros estudos e ações de promoção de saúde oral a nível nacional.

2.5.1. Avaliação Intra - Oral da criança

Na sede da Associação Reencontro será organizada uma ação por docentes e alunos do Mestrado Integrado de Medicina Dentária (MIMD) da FMD-UCP de forma a permitir a realização do exame clínico da cavidade oral das crianças, designadamente a presença de cárie dentária (CD). Previamente, quatro examinadores (alunos de MIMD) serão treinados por docentes do curso e calibrados entre si, a fim de realizarem os exames necessários.

As crianças serão atendidas em decúbito dorsal sobre uma mesa adaptada em salas da Associação Reencontro para os exames da cavidade oral. O examinador estará com proteção individual, uma lupa e materiais auxiliares no exame, como espátulas de madeiras, espelho clínico, rolo de algodão e sonda periodontal da OMS. Cada criança será submetida ao exame clínico da cavidade oral realizado por um operador com um auxílio de um profissional que registrará na ficha clínica os parâmetros estudados neste projeto de pesquisa. Numa primeira fase, o foco deste projeto de pesquisa será a cárie dentária (Anexo VI).

Para avaliação da CD, será calculada para dentes decíduos e permanentes (dependendo do tipo de dentição decídua ou mista). Para isso, será utilizado o índice CPO-D/ceo-d, que tem como objetivo identificar dentes cariados, extraídos devido à cárie e obturados.⁴⁷ Além disso, os dentes serão avaliados em relação a saúde pulpar através do índice PUFA/pufa, que tem por objetivo avaliar dentes com uma possível patologia pulpar (P: exposição pulpar, U: ulceração ao redor do dente, F: fístula, A: abscesso).⁴⁸ Ambos os índices são calculados da mesma forma, sendo que a cada dente será atribuída uma pontuação, que será acumulada em cada paciente examinado. Outras variáveis relacionadas com a saúde oral, nomeadamente, o traumatismo dentário e a maloclusão poderão ser analisadas por futuros membros da equipa de investigação do projeto.

2.5.2. Questionário de condições socioeconómicas

O questionário relativo às condições socioeconómicas do agregado familiar será aplicado aos pais ou cuidadores da criança (Anexo VII). Este inclui dados sobre o género (feminino ou masculino) e idade da criança, número de irmãos (nenhum, um, dois ou mais), estado civil dos pais (solteiros, casados, divorciados, viúvos), agregado familiar (número de pessoas a habitar no mesmo domicílio, variável categorizada e contínua), habilitações literárias dos pais, rendimentos nos últimos 12 meses.

2.5.3. Finalização da adaptação transcultural dos questionários P- Parental - Caregiver Perceptions Questionnaire (P – CPQ) e Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)

Atualmente, a validação transcultural é um processo muito útil porque viabiliza comparações de dados entre países, evitando a criação de novos instrumentos para estudo, que não os permitem relacionar. Como a amostra é composta por crianças em idade pré-escolar e em idade escolar, dois questionários (*P- Parental - Caregiver Perceptions Questionnaire* (P-CPQ) e *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) que avaliam a QVRSO passarão então por uma adaptação transcultural do Português do Brasil para o Português de Portugal, já que no Brasil ambos já foram validados.^{49,50} Esse processo já foi utilizado para adaptação desses questionários em outras línguas, como o espanhol por exemplo, e mostrou-se satisfatório.⁴ Além disso, após a colheita dos resultados a consistência interna do instrumento (os questionários) poderá ser comprovada através do coeficiente Alpha de Cronbach.⁵¹

Comparativamente a outros estudos, para que haja uma adaptação transcultural do Brasil para Portugal e, respetivamente a validação de ambos questionários (ECOHIS e P- CPQ) é necessário a promoção de um estudo piloto. Este processo de adaptação transcultural já foi iniciado no ano atual de 2020. O estudo piloto foi realizado durante o mês de janeiro de 2020 e incluiu uma amostra de conveniência de 30 pais/cuidadores para cada questionário perfazendo um total de 60 pessoas.^{1,52,53} Cada membro/participante do grupo de

controlo sugeriu sinónimos de palavras/expressões que facilitaram a compreensão do questionário. Um painel de revisão composto por três professores da FMD-UCP, que trabalham com investigação, fluentes em Português de Portugal, e que sabem o objetivo da pesquisa, compilaram as sugestões que os pais fizeram, e entraram em consenso para desenvolverem os P-CPQ e o ECOHIS para a versão de Portugal (P-CPQ - PT e o ECOHIS – PT) (Anexos VIII e IX). Após a finalização desta adaptação, ambos questionários estarão aptos para aplicação não só na amostra do projeto, mas também em todos os estudos nacionais que objetivem analisar a QVRSO de uma determinada população. A aplicação nacional de ambos questionários em projetos e estudos semelhantes, é considerada uma das grandes metas futuras do “Ser Criança”. Culminando assim na replicação nacional em múltiplas escolas.

O ECOHIS-PT (*Early Childhood Oral Health Impact Scale*) e o P-CPQ-PT (*Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire*) serão aplicados a pais ou cuidadores (ou pessoas que fica mais tempo com a criança) das crianças em idade pré-escolar e escolar. O ECOHIS-PT avaliará a perceção de pais sobre a QVRSO dos filhos e contém 13 questões; 9 destas correspondem a domínios incluídos na secção de impacto na criança: sintomas orais (questão 1); limitações gerais (questões 2 a 5); nível psicológico (questões 6 e 7); autoimagem e interação social (questões 8 e 9); impacto familiar (questões 10 a 13). A pontuação do ECOHIS-PT, total e por domínios, será calculada a partir do somatório dos códigos das respostas. Para o P-CPQ-PT existem 31 itens, distribuídos em quatro secções: saúde oral e bem-estar da criança (questões 1 e 2); sintomas orais (questões 3 a 8); limitações funcionais (questões 9 a 16); bem-estar emocional (questões 17 a 24); bem-estar social (questões 25 a 35); escala de impacto familiar (questões 36 a 49).

Os questionários serão aplicados aos pais/cuidadores no mesmo dia do exame da cavidade oral. Num segundo momento, e após a realização de estratégias lúdicas para promoção de saúde oral, ou até mesmo após a realização dos tratamentos clínicos necessários (como por exemplo, restaurações, exodontias e endodontias) os questionários serão novamente aplicados, com o objetivo de avaliar a eficácia das estratégias de

educação/comunicação e sensibilização para a saúde na QVRSO das crianças e sua comunidade.

CONCLUSÃO

3. Conclusão

A evolução educativa dos mais jovens tem sido alvo de transformações com o passar dos anos.

A literacia em saúde oral de grande parte da comunidade infantil continua a ser precária e insuficiente. Pais e professores, ao espelharem os seus comportamentos nos mais novos, irão influenciar o progresso social e cognitivo de cada criança. Infelizmente, a medicina dentária e o tema da saúde oral continuam a ser tópicos bastante desvalorizados por algumas famílias e respetivas escolas. Decorrente da ausência de interesse na temática da saúde oral infantil, muitas patologias podem surgir como resultado da escassa informação. A cárie dentária, principalmente a cárie precoce infantil é considerada uma patologia extremamente comum em faixas etárias mais jovens. Em casos mais severos, pode levar à perda dentária, podendo esta alterar todo o mecanismo e ordem de erupção dos dentes permanentes.

Através da conquista e do estabelecimento de medidas educacionais e intervencionais será possível a mudança de conceções e paradigmas, não só pré-estabelecidos pelos pais como também pelas próprias crianças. A ansiedade e o medo do dentista são sentimentos recorrentes em consultório. O ultrapassar destes obstáculos está intimamente ligado à conduta dos grandes intervenientes na vida de uma criança. Assim, uma interligação favorável dos pais e professores pode ser um dos pontos chave para o desenvolvimento e crescimento saudável das crianças.

Ao nível das intervenções, é conclusivo que a maior parte das atividades lúdicas são proveitosas na transmissão de valores motivacionais. O recurso aos jogos didáticos, exploração de macro modelos odontológicos, o teatro e as músicas são exemplos válidos destas atividades. Também as intervenções baseadas em meios digitais provam ser uma constante demonstração de sucesso para o crescimento pessoal e cognitivo das crianças. As aplicações informáticas apresentam diversas vantagens e facilitam o entendimento da saúde oral. Paralelamente às aplicações tecnológicas, também a *internet* e as suas infinitas possibilidades permitem o acesso de milhares de famílias ao

conhecimento ilimitado da medicina dentária. A aposta do digital no ensino pré-escolar e escolar, através de uma vertente *web-base* permite o acesso imensurável a múltiplas possibilidades. A escolha da melhor alternativa pode ser realizada consoante o objetivo dos diferentes níveis de aprendizagem e idade da criança. Independentemente da opção de ensino virtual, é indispensável que todo o conteúdo seja revisto e analisado por profissionais, sendo assim adequado ao público alvo. Embora a educação *web-based* seja de acesso gratuito, esta poderá estar inacessível a muitas famílias com limitações económicas, sem possibilidades de acesso à *internet*. Neste sentido, as escolas pré-escolares, escolares ou centros de apoio educacional, como por exemplo os Ateliês de Tempos Livres (ATL) ou associações recreativas são considerados as únicas alternativas para um ensino mais interativo e com base tecnológica.

Atualmente, por consequência da pandemia promovida pela COVID-19, o mundo tenta readaptar-se a novas rotinas e normas governamentais. A educação infantil acompanhou estas mudanças e apostou na transmissão de conhecimento *online*, como por exemplo na criação de aulas virtuais. Desta forma, e num panorama inteiramente novo, exigente e desafiante, o foco educativo foi assegurado em milhares de escolas. Aglomerados familiares que não têm acesso à *internet*, puderam contar com a marcada ajuda das escolas, que muitas vezes possibilitaram o acesso ao material escolar através do correio convencional.

O Projeto “Ser Criança” sendo uma iniciativa pioneira que pretende atuar no despiste de patologias e no tratamento das crianças incluiu também nos seus objetivos a promoção de intervenções preventivas e transmissão de conhecimentos de saúde oral. Para tal, e estando esta ideia inteiramente sustentada na literatura, foi desenvolvido um *site* que será um reforço positivo para a vertente de saúde oral do projeto – “Ser Criança – Aprender a sorrir”. Vários estudos comprovam a eficácia deste género de intervenção educativa em idades mais jovens, ainda assim, está prevista a realização de um questionário pré e pós contacto com o *site*.

Futuramente, com o desenrolar do projeto, espera-se conseguir atingir a concretização da intervenção prática, numa altura em que toda a amostra já terá estabelecido contacto com o conteúdo informativo e educativo que a vertente

digital tem ao dispor. Espera-se que crianças, famílias e comunidades escolares mudem hábitos comportamentais relativos à saúde oral e que, de certa forma, funcionem como um todo na apreensão de conhecimento, prevenção e adesão a intervenções educacionais.

Educar a próxima geração com princípios bem estruturados, recorrendo a intervenções educativas aliciantes, didáticas e, acima de tudo, pedagógicas pode revolucionar o atual panorama de ensino, principalmente na área de medicina dentária.

BIBLIOGRAFIA

4. Bibliografia

1. Godinho GF, Cavalheiro A, Luís HS, Mexia R. Validation of the oral impacts on daily performance index among the portuguese population. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(12):4351–60.
2. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:40.
3. Abanto J, Carvalho T, Mendes F, Wanderley M. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39: 105–114.
4. Díaz SC, Mondol M, Peñate A, et al. Parental perceptions of impact of oral disorders on Colombian preschoolers' oral health-related quality of life. *Acta Odontol Latinoam*. 2018;31(1):23–31.
5. Gilchrist F, Rodd HD, Deery C, Marshman Z. Development and evaluation of CARIES-QC: A caries-specific measure of quality of life for children. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):1–16.
6. Weber-Gasparoni K, Reeve J, Ghosheh N, et al. An Effective Psychoeducational Intervention for Early Childhood Caries Prevention: Part I. *Pediatr Dent*. 2013;35(3):241–246.
7. Menegaz AM, Silva AER, Cascaes AM. Educational interventions in health services and oral health: Systematic review. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1–14.
8. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. 2018;1–6.
9. Baskaradoss JK, AlThunayan FM, Alessa JA. Relationship between Caregivers' Oral Health Literacy and their Child's Caries Experience. *Community Dent Health*. 2019;36:111–7.
10. Yazdani R, Esfahani EN, Kharazifard MJ. Relationship of Oral Health Literacy with Dental Caries and Oral Health Behavior of Children and Their Parents. *J Dent (Tehran)* 2018;15(5):275–82.
11. Carvalho TS, Abanto J, Lussi A, Onecker MB, Cristina E, Pinheiro M. Early childhood caries and psychological perceptions on child ' s oral health

- increase the feeling of guilt in parents : an epidemiological survey. *Int J Paediatr Dent*. 2018; 28: 23–32.
12. Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz SAS. Cárie precoce: Influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1247–56.
 13. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. *J Investig Clin Dent*. 2019;10(1):e12376.
 14. Veiga N, Pereira C, Amaral O. Prevalence and Determinants of Dental Caries in Portuguese Children. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2015;171:995–1002.
 15. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Direção-Geral da Saúde. 2015.
 16. Santos J, Antunes L, Namorado S, et al. Oral hygiene habits in Portugal: results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontol Scand*. 2019;77(5):334–9.
 17. Weber-Gasparoni K, Warren JJ, Reeve J, et al. An effective psychoeducational intervention for early childhood caries prevention: Part II. *Pediatr Dent*. 2013;35(3):247–51.
 18. Chant K. Early Childhood Oral Health Guidelines for Child Health, 3rd Edition. NSW Health. 2014. GL2014_020.
 19. Jong-Lenters M, L’Hoir M, Polak E, Duijster D. Promoting parenting strategies to improve tooth brushing in children: Design of a non-randomised cluster-controlled trial. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–12.
 20. Yekaninejad MS, Eshraghian MR, Nourijelyani K, et al. Effect of a school-based oral health-education program on Iranian children: Results from a group randomized trial. *Eur J Oral Sci*. 2012;120(5):429–37.
 21. Duijster D, Jong-Lenters M, Verrips E, Loveren CV. Establishing oral health promoting behaviours in children - parents’ views on barriers, facilitators and professional support: A qualitative study. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):1–13.
 22. Panchal V, Gurunathan D, Shanmugaavel AK. Smartphone application as

- an aid in determination of caries risk and prevention: A pilot study. *Eur J Dent.* 2017;11:469–474.
23. Godinho G, Cavaleiro A, Rosário M, Luís H. Validação do Oral Impacts on Daily Performances para a população portuguesa. *Cien Saude Colet.* 2018;23(12):4351–4351.
 24. Asokan S, John B, Kumar Y, Gopalan T. Effect of Conventional and Game-based Teaching on Oral Health Status of Children: A Randomized Controlled Trial. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2015;8(2):123–6.
 25. Milteer RM, Ginsburg KR, Mulligan DA, et al. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent–child bond: Focus on children in poverty. *Pediatrics.* 2012; 129(1): e204–e213.
 26. Cecchetto FH, Pena DB, Pellanda L. Playful Interventions Increase Knowledge about Healthy Habits and Cardiovascular Risk Factors in Children: The CARDIOKIDS Randomized Study. In: *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(3): 199–206.
 27. Costa P, Ermini T, Sigaud CHS. Effects of an educational playful intervention on nasal hygiene behaviors of preschoolers: A quasi-experimental study. *Heal Promot Perspect.* 2019;9(1):50–4.
 28. Cota ALS. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil TT - Playful activities as a strategy for promotion of children’s oral health. *Saude e pesqui.* 2017;10(2):365–71.
 29. Cooley S, Elenbaas L, Killen M. Social Exclusion Based on Group Membership is a Form of Prejudice. In: *Advances in Child Development and Behavior.* Academic Press Inc.; 2016 p. 103–29.
 30. Aparecida E, Dotta V, Alvares J, Bonini D. Elaboração de um Jogo Digital Educacional sobre Saúde Bucal Direcionado para a População Infantil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2012;12(2):209–15.
 31. Greene J, Vermillion J. THE SIMPLIFIED ORAL HYGIENE INDEX. *J Am Dent Assoc.* 1964;(68:):7-13.
 32. Souza H, Rodrigues RF, Cruz MCC, Fernandes TC, Borges AFS. Cultura bucal: transformando odontologia em música oral. *Raízes e Rumos.* 2015;3(1):131–42.
 33. Schneider SL, Council ML. Distance learning in the era of COVID-19. *Arch*

- Dermatol Res. 2020;1–2.
34. Portaria n.º 82/2020. Diário da República n.º 62-B/2020, Série I de 2020-03-29. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/130835147/details/maximized?serie=I&dreId=130835145>.
 35. Witt A, Ordóñez A, Martin A, Vitiello B, Fegert JM. Child and adolescent mental health service provision and research during the Covid - 19 pandemic: challenges, opportunities, and a call for submissions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;8–11.
 36. Aguirre PEA, Lotto M, Strieder AP, Cruvinel AFP, Cruvinel T. The effectiveness of educational mobile messages for assisting in the prevention of early childhood caries: Protocol for a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2019;21(9).
 37. Tiffany B, Blasi P, Catz SL, McClure JB. Mobile apps for oral health promotion: Content review and heuristic usability analysis. *JMIR mHealth uHealth*. 2018;6(9).
 38. Zotti F, Pietrobelli A, Malchiodi L, Nocini PF, Albanese M. Apps for oral hygiene in children 4 to 7 years: Fun and effectiveness. *J Clin Exp Dent*. 2019;11(9):e795–801.
 39. Alqarni AA, Alfaifi HM, Aseeri NA, Gadah T, Togoo RA. Efficacy of a Self-Designed Mobile Application to Improve Child Dental Health Knowledge among Parents. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2018;8(5):424-430.
 40. Patil VH, Vaid K, Gokhale NS, Shah P, Mundada M, Shivayogi MH. Evaluation of effectiveness of dental apps in management of child behaviour: A pilot study. *Int J Pedod Rehabil*. 2017;(2):14–18.
 41. AlKlayb SA, Assery MK, AlQahtani A. Comparison of the Effectiveness of a Mobile Phone-based Education Program in Educating Mothers as Oral Health Providers in Two Regions of Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017;(7):110–5.
 42. Inglehart MR, Zuzo GA, Wilson JJ. Kindergarten/elementary school teachers and web-based oral health-related resources: An exploration. *Oral Heal Prev Dent*. 2017;15(3):229–36.
 43. Albert D, Barracks SZ, Bruzelius E, Ward A. Impact of a Web-based intervention on maternal caries transmission and prevention knowledge,

- and oral health attitudes. *Matern Child Health J.* 2014 Sep;18(7):1765–71
44. Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Orientações: Reabertura da Educação Pré-Escolar. Lisboa; 2020. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/orientacoes_para_a_reabertura_da_educacao_pre-escolar.pdf.
 45. Leggett H, Duijster D, Douglas GVA, et al. Toward More Patient-Centered and Prevention-Oriented Oral Health Care: The ADVOCATE Project. *JDR Clin Trans Res.* 2017;2(1):5-9.
 46. Lee H, Chalmers NI, Brow A, et al. Person-centered care model in dentistry. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):198.
 47. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, et al. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(3):280–7.
 48. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, Van Palenstein Helderman W. PUFA - An index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Feb;38(1):77-82
 49. Barbosa TDS, Gavião MBD. Validation of the Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire: Agreement between parental and child reports. *J Public Health Dent.* 2015;75(4):255–64.
 50. Martins MT, Ferreira FM, Oliveira AC, et al. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire. *Eur J Paediatr Dent.* 2009;10(3):135–40.
 51. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 27(2):53-55.
 52. Barbosa TDS; Steiner-Oliveira C; Gavião MBD. Tradução e Adaptação Brasileira do Parental- Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ). *Saude Soc São Paulo.* 2010;19(3):698–708.
 53. Razanamihaja N, Boy-Lefèvre ML, Jordan L, et al. Parental-Caregivers Perceptions Questionnaire (P-CPQ): Translation and evaluation of psychometric properties of the French version of the questionnaire. *BMC Oral Health.* 2018.11;18(1).

ANEXOS

5. Anexos

Anexo I – Protocolo de colaboração entre a FMD-UCP e Associação Reencontro

PRÉMIOS BPI "LA CAIXA" INFÂNCIA 2019

Protocolo de colaboração

Este acordo de colaboração pretende especificar e clarificar os objetivos e os termos da parceria entre a Reencontro, associação social, educativa e cultural com sede na Rua das Escolas, n.º 4 e 6 sítio Vila Nova de Tazem com número de contribuinte 509 444 466, representada por Laura Maria da Rocha Oliveira Pinto da Costa, Presidente da Direção com número de contribuinte 185 462 456 e a Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Centro Regional de Viseu com sede na Estrada da Circunvalação, 3504-505, Viseu com número de contribuinte 513 798 714, representada pelo Diretor Clínico, Nélso Jorge Veiga, no âmbito da candidatura da Reencontro aos prémios BPI "La Caixa" Infância 2019.

Considerando a complementaridade de finalidades e objetivos das duas entidades, nomeadamente, apoiar crianças e jovens em risco, contribuir para a promoção da saúde e bem-estar familiar e da comunidade em geral, atuando na prevenção precoce.

Considerando o trabalho desenvolvido pela Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Centro Regional de Viseu no apoio a crianças e jovens, a promoção da saúde oral das crianças.

É celebrado o presente Acordo de Colaboração entre as entidades

Resumo do projeto

O problema social que o Ser Criança pretende atender é o da exclusão social infantil, consequente da pobreza e outras formas de privação extrema enfrentadas pelas crianças e as suas famílias.

O facto de na infância uma criança se encontrar inserida num agregado familiar cujas vulnerabilidades estejam muito marcadas, dificulta significativamente o seu desenvolvimento integral. É extremamente importante começar a intervir nas crianças desde a sua primeira infância, de modo a potenciar a igualdade de oportunidades na sociedade e a estancar o processo de reprodução da exclusão social.

Segundo dados do Eurostat de 2017, o grupo etário onde se verifica uma maior incidência do risco de pobreza ou de exclusão social é o das crianças e jovens com menos de 18 anos (24,2%), pelo que se torna importantíssimo proporcionar e facilitar o livre acesso das crianças e das suas famílias a serviços de saúde e de educação não-formal de qualidade que potenciem o seu desenvolvimento pleno em todas as vertentes.

Neste sentido pretende-se:

1. Promover a construção de uma solução-modelo para o problema da exclusão social infantil, passível de fácil escalabilidade e institucionalização, que atue nas suas causas, através da prevenção, do diagnóstico e da intervenção precoce nas condições das crianças que potenciam situações de pobreza e outras formas de privação.
2. Dinamizar colaborações estratégicas, que possibilitem a redução de custos e o aumento da eficiência da solução, pela afetação, livre de encargos, e rentabilização máxima dos recursos internos e externos à Reencontro. Além de garantir a sustentabilidade da solução proposta, isto também aumentará a visibilidade e a capacidade de atração de novos stakeholders e/ou colaboradores, aumentando a probabilidade de alocação de novos recursos.
3. Construir um guia teórico-prático, para posterior envio a entidades (públicas e privadas) que atuam no mesmo âmbito, com o objetivo de aumentar a facilidade e probabilidade de replicação da solução noutros locais.

4. Realizar uma abordagem sistémica e multidisciplinar, envolvendo vários parceiros das áreas da saúde, educação e social, capacitando pais e outros técnicos no que diz respeito ao desenvolvimento infantil saudável e harmonioso.

A razão desta candidatura da Reencontro aos prémios BPI "la Caixa" Infância, prende-se com a intenção de obter o financiamento necessário para desenvolver e implementar um trabalho em rede entre vários parceiros que:

1. Promover uma maior articulação entre os serviços de saúde e os serviços de apoio social, nomeadamente IPSS's.
2. Promover e valorizar a educação formal e não formal, criando respostas sociais qualificantes.

Assim, com intuito de dinamizar o Ser Criança em todo o concelho de Gouveia, a Reencontro pretende concretizar um Plano de Investimento de quarenta quatro mil trezentos e oitenta e um euros (44.381,00€). Pretende-se:

1. Desenvolver competências nas crianças para assegurar a sua inclusão social.
2. Desenvolver competências parentais, capacitando as famílias para a promoção do desenvolvimento infantil.
3. Apresentar uma solução inovadora e replicável para a exclusão social infantil focada nas suas causas, através da prevenção, diagnóstico e intervenção precoce nas crianças.
4. Maximizar a rentabilização das parcerias e dos recursos humanos e materiais, para reduzir custos e garantir a sustentabilidade.

O Plano de Investimentos acima apresentada irá ser coberto na sua totalidade com recurso ao financiamento obtido no âmbito dos Prémios BPI "la Caixa" Infância no valor trinta e nove mil

novecientos e quarenta e três euros (39.943€) e a fundos próprios no valor de quatro mil quatrocentos e trinta e oito euros (4.438€).

Objeto

A parceria realizada com a Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Centro Regional de Viseu tem como objetivo ajudar o processo de melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços prestados pela Reencontro, nomeadamente no domínio da saúde oral, promovendo a:

- a) Disponibilização de recursos humanos especializados (médicos dentistas e auxiliares) e dos equipamentos/materials necessários para fazer o diagnóstico da saúde oral das crianças;
- b) Realizar eventuais tratamentos para problemas encontrados.

Cláusulas

Os termos da parceria em matéria das obrigações de cada uma das partes serão os seguintes:

1. A Reencontro, enquanto coordenador do Ser Criança, compromete-se a:

- a) Proporcionar o acesso, em termos geográficos e económicos, das crianças do concelho de Gouveia até aos 8 anos de idade, inclusive, a serviços de saúde e de educação não-formal (ENF) de qualidade, desde a sua primeira infância, através duma intervenção livre de encargos para os beneficiários e realizada localmente;
- b) Responsabilizar-se pela implementação e operacionalização deste projeto;
- c) Divulgar o projeto junto do público alvo;
- d) Fomentar parcerias;
- e) Promover reuniões com a Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Centro Regional de Viseu com o objetivo de acompanhamento e monitorização do trabalho desenvolvido no âmbito do projeto.

2. A Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Centro Regional de Viseu, enquanto parceiro deste projeto, compromete-se a:

- a) Afetar recursos humanos/materials que apoiem o processo de diagnóstico/intervenção médica na promoção da saúde oral;
- b) Participar nas reuniões de monitorização do trabalho desenvolvido no âmbito deste projeto, promovidas pela Reencontro;

Operacionalização

No que se refere ao Instituto de Ciências da Saúde- Viseu, a UCP

- promoção de saúde oral, através da plataforma PROHealth
- motivação das crianças para aprendizagens em áreas científicas, potenciando assim o seu desempenho nestas áreas, através da plataforma SalivaTec

Plataforma PROHealth

A necessidade de cuidados de saúde oral e persistência das doenças orais nas nossas populações ainda é uma realidade importante e é, cada vez mais, considerado como sendo um relevante problema de saúde pública. A maioria dos tratamentos médico-dentários prestados continua a ser ao nível do setor privado, não havendo ainda uma resposta eficiente às necessidades das comunidades mais desfavorecidas a nível sócio-económico por parte do sistema nacional de saúde de Portugal.

A plataforma PRO Health do ICS-Viseu, propõe-se a colaborar neste projeto através de três valências:

1. Avaliação Intra-oral e recolha de dados referentes ao estado de saúde oral dos participantes, bem como, dos fatores de risco relacionados com as doenças orais;
2. Promoção e educação de saúde oral, tendo como foco principal a realização de uma correta higiene oral diária pelos participantes;
3. Realização de tratamentos médico-dentários aos participantes na Clínica Dentária Universitária da UCP (mediante financiamento), tendo como base tratamentos de prevenção primária e secundária (restaurações dentárias, endodontias e extrações, mediante os planos de tratamento definidos).

Pretendemos com a realização destas atividades conhecer a prevalência de doenças orais e outras variáveis que podem influenciar o estado de saúde e a qualidade-de-vida dos participantes. Paralelamente a esta componente, um dos principais objetivos do presente projeto/colaboração passa pela realização de intervenções médico-dentárias na comunidade por médicos dentistas docentes e discentes do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, contribuindo para a melhoria deste grupo de risco específico.

Plataforma SalivaTec

A aprendizagem e literacia nas ciências experimentais é fundamental não apenas para o desempenho académico das crianças para também para um exercício de cidadania esclarecida e responsável. O SalivaTec inclui na sua missão a comunicação de ciência para públicos diversos bem como o desenvolvimento de estratégias e instrumentos para a aprendizagem das ciências experimentais que visam motivar crianças e adolescentes para a aprendizagem e desenvolvimento de trabalho nestas áreas do saber. O SalivaTec pode desenvolver com as crianças envolvidas neste projeto, atividades promotoras de aprendizagens nas ciências experimentais e junto de outros intervenientes (como cuidadores por exemplo) promover a literacia em várias áreas científicas.

Anexo II – Aprovação Ética

Parecer sobre o projeto nº 30/2019

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Mandato 2018/2021

Projeto de Investigação

Na reunião do dia 06 de fevereiro de 2020 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta.

Título: “Avaliação do efeito de uma intervenção de educação para a saúde oral numa amostra de crianças”

Investigadora principal: Beatriz Gonçalves Dias

Orientador: Prof.ª Dr. Nélcio Veiga e coorientado pela Prof. Dra. Ana Sofia Duarte e Prof. Dra. Anna Mello – Moura.

Resumo: Trata-se de um estudo realizado com fim de obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa.

Estiveram presentes na reunião n.º 13.ª da CES-UCP


Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas
Vice-Presidente: Doutora Maria Teresa Marques
Mestre António Faria Vaz
Doutor Jerónimo Santos Trigo
Dr Eugénio da Cruz Fonseca
Doutora Marta Brites
Mestre Ivone Gaspar

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 06 de fevereiro de 2020, realizada no 5º piso da UCP, esta CES delibera, por unanimidade, em face dos esclarecimentos submetidos, a emissão de **Parecer Favorável**.

Esta CES solicita ao Investigador Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,


Mara de Sousa Freitas

06/02/2020

Anexo III – Questionário de avaliação de conhecimentos de saúde oral

1 – Quantas vezes devemos escovar os dentes por dia? _____ vezes

2 – Em média, quanto tempo deve(s) demorar a escovagem dentária? _____ minutos

3 – De quanto em quanto tempo devemos trocar de escova de dentes? _____

4- Para além da pasta e da escova que outros utensílios conhece(s) para a realização da higiene oral?

5- De quanto em quanto tempo devemos ir a uma consulta ao Médico Dentista? _____

6- A partir de que idade devemos ir a uma consulta ao Médico Dentista? _____

7- Sabe(s) o que é um “cheque dentista” e já utilizou/utilizaste algum?

8- O que é para si/ti a cárie dentária?

9- Indique/ Indica 3 medidas que considere(s) importantes para manter uma boa saúde oral.

10- Consideras que a alimentação influencia a saúde oral? Se sim, indique/indica 3 alimentos que considere(s) maus para os dentes.

Anexo IV – Páginas do site



Vista geral da página: Crianças

PROJETO SER CRIANÇA

APRENDE A SORRIR



● Início

○

○

○

Início

Quem somos

Equipa

Crianças

Pais

Educadores



Hora do conto

Mais informação

Vista geral da página: Pais



Vista geral da página: Educadores

Anexo V – Termo Consentimento Informado



Estimado(a) Senhor(a),

Eu, Beatriz Gonçalves Dias, supervisionada pelo Prof. Doutor Nélio Veiga, encontro-me a desenvolver o trabalho de investigação "Avaliação do efeito de uma intervenção de educação para a saúde oral numa amostra de crianças" para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária. Este projeto visa avaliar o efeito de uma intervenção de educação para um grupo de crianças com idades até aos 8 anos que frequentam a associação Reencontro: Associação Social, Educativa e Cultural e estão inseridas no Projeto "Ser Criança". O estudo será composto por três momentos distintos: I) aplicação de um 1º questionário pré-intervenção (para aferir conhecimentos prévios); II) realização de uma ação de sensibilização para a educação e promoção da saúde oral a realizar em sala de aula; III) aplicação de um 2º questionário pós-intervenção para avaliar o impacto das ações de sensibilização.

Os questionários aplicados terão informação relativamente a aspetos sócio-demográficos da criança e do seu agregado familiar e questões referentes a conhecimento e comportamentos (e consequências) relacionados com a saúde oral. A amostra também irá estar sujeita a uma observação intra-oral para avaliação do status dentário e determinação do índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPDD); índice PUFA e traumatismos dentários. Será mantido o anonimato em todos os dados recolhidos que serão posteriormente analisados estatisticamente.

Para tal, e caso esteja interessado/a em participar no estudo, peço que assine o consentimento informado, esclarecido e livre que se segue.

Agradeço desde de já a sua disponibilidade e colaboração neste projeto.

Atenciosamente,

Beatriz Dias

Beatriz Dias

(Membro da Equipa de Investigação)

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Avaliação do efeito de uma intervenção de educação para a saúde oral numa amostra de crianças

Enquadramento: Estudo realizado com fim de obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu, orientado pela Prof.ª. Dr. Nélia Veiga e coorientado pela Prof.ª. Ana Sofia Duarte e Prof.ª. Ana Mello – Moura

Explicação do estudo: Estudo quasi-experimental. A pesquisa será realizada no Concelho de Gouveia onde a Associação Reencontro tem a sua atuação. Serão convidadas a participar, todas as crianças da rede pré-escolar e escolar (1.º ciclo), cujas responsáveis consentirem para participação na pesquisa. Envolve uma parceria entre as partes envolvendo os seguintes pontos. No caso da Reencontro, terá a responsabilidade de proporcionar o acesso (em termos geográficos e económicos), das crianças com idades até aos 8 anos, do concelho de Gouveia a serviços de saúde e de educação não-formal de qualidade, sendo a intervenção livre de encargos para os beneficiários e realizada localmente.

Condições e financiamento: A participação neste estudo não implicará qualquer encargo. O utente poderá abandonar o estudo a qualquer momento sem qualquer penalização.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos para o presente são de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade e promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efetuada em ambiente que garante a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto. Todo o participante é livre para o interromper a sua colaboração no estudo, em qualquer momento, sem que isso seja prejudicado no seu acompanhamento clínico.

Explicação do estudo: Aplicação de um 1.º questionário pré-intervenção (para aferir conhecimentos prévios); realização de uma ação de sensibilização para a educação e promoção da saúde oral a realizar em sala de aula; aplicação de um 2.º questionário pós-intervenção para avaliar o impacto das ações de sensibilização. Os questionários aplicados terão informação relativamente a aspetos sócio-demográficos da criança e do seu agregado familiar e questões referentes a conhecimento e comportamentos (e consequências) relacionados com a saúde oral. A amostra também irá estar sujeita a uma observação intra-oral para avaliação do status dentário e determinação do índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPOD); índice RUIA e traumatismos dentários.

A sua participação é importante e desde já agradeço.

Beatriz Gonçalves Dias, aluna do 5.º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu.

Telefone: 983337877 e-mail: beatrizdias88@gmail.com

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela/s investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO, ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BIPO N.º: _____

DATA OU VALIDADE ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

Anexo VII – Questionário Socioeconómico

Questionário socioeconómico

Escola:	Nome do responsável:	Nome da Criança:
---------	----------------------	------------------

CARACTERIZAÇÃO

1 - Género da criança

- Masculino;
 Feminino.

2 - Idade: ____ Anos

3 - Atualmente, quanto pesa o seu filho(a)? kg

4 - Atualmente, quanto mede o seu filho(a)? cm

5 - Onde reside a criança?

- Aldeia;
 Vila;
 Cidade.

6 - Qual o estado civil dos pais?

- Solteiros;
 Casados;
 Juntos;
 Divorciados;
 Viúvos(as).

7 - Quais as habilitações literárias dos pais? (Assinale)

	Pal	Mãe
< 4 anos		
4 – 6 anos		
7 – 9 anos		
10 – 12 anos		
Bacharelato		
Licenciatura		

Mestrado		
Doutoramento		

9 - Qual a situação profissional dos pais?

	Pal	Mãe
Empregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aposentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 - Com quem mora a criança? (Pode assinalar várias opções.)

- Pai;
 Mãe;
 Irmãos;
 Tios;
 Avós;
 Primos;
 Outros. Quem? _____

11 - Qual dos seguintes valores melhor representa o total de rendimentos em sua casa nos últimos 12 meses?

Dê até salário mínimo	
Dois vezes o salário mínimo	
Três vezes o salário mínimo	
Quatro vezes o salário mínimo	
Cinco vezes o salário mínimo	
Seis vezes o salário mínimo	
Sete vezes o salário mínimo	
Oito vezes o salário mínimo	
Nove vezes salário mínimo	
Dez vezes ou mais o salário mínimo	

Anexo VIII – P-CPQ-PT

P – CPQ PT					
Escola:	Nome do responsável:	Nome da Criança:			
Secção 1 - Saúde Oral e Bem - estar da criança					
Perguntas	Sugestões				
	Muito Boa	Boa	Normal	Má	Muito má
1. Como classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho(a)?	Não é afetado	Apenas um pouco afetado	Nem muito nem pouco afetado	É afetado	É muito afetado
2. Até que ponto o bem-estar geral de seu filho(a) é afetado pelo estado dos dentes, lábios, maxilares ou boca?					
Secção 2 - As questões a seguir são sobre <u>sintomas e desconfortos</u> que as crianças podem sentir devido ao <u>estado dos seus dentes, lábios, boca e maxilares</u>					
	Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequente - - mente	Todos os dias ou quase todos os dias
3. O seu filho(a) já teve dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?					
4. O seu filho(a) já teve sangramentos na gengiva?					
5. O seu filho(a) já teve aftas, feridas ou outro tipo de lesões na boca?					
6. O seu filho(a) costuma ter mau hálito?					
7. O seu filho(a) costuma ficar com comida acumulada no céu da boca?					
8. O seu filho(a) já ficou com alimentos presos nos dentes?					
9. O seu filho(a) alguma vez teve dificuldade em morder ou mastigar alimentos? Por exemplo frutas duras ou carne.					
Nos últimos 3 meses, por queixas dos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:					
10. O seu filho(a) respirou pela boca?					
11. O seu filho(a) teve perturbações durante o sono?					
12. O seu filho(a) teve dificuldades a dizer alguma palavra?					
13. O seu filho(a) demorou mais do que os outros elementos do agregado familiar a comer uma refeição?					
14. O seu filho(a) teve dificuldade a beber ou comer alimentos quentes ou frios?					
15. O seu filho(a) teve dificuldade a comer alimentos de que ele/ela gosta?					
16. O seu filho(a) fez uma dieta restrita a certos tipos de alimentos (ex. alimentos moles)?					
Secção 3 - As questões a seguir relacionam a <u>saúde oral</u> (dentes, lábios, boca ou maxilares) do seu filho (a) com o seu <u>bem-estar e as suas atividades diárias</u>					
Nos últimos 3 meses, por queixas dos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:					
	Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequente - - mente	Todos os dias ou quase todos os dias
17. O seu filho(a) se sentiu incomodado (a)?					
18. O seu filho(a) se sentiu irritado(a) ou frustrado(a)?					
19. O seu filho(a) se sentiu ansioso (a) ou com medo?					
20. O seu filho(a) faltou à escola (ex. dor, consultas, cirurgias)?					
21. O seu filho(a) teve dificuldades em estar atento nas aulas?					
22. O seu filho(a) não quis falar ou ler em voz alta durante as aulas?					
23. O seu filho(a) não quis falar com outras as crianças?					
24. O seu filho(a) evitou sorrir ou rir quando estava perto de outras crianças?					
25. O seu filho(a) se preocupou com o facto de ser menos saudável que outras pessoas?					
26. O seu filho(a) se preocupou com o facto de ser diferente das outras pessoas?					
27. O seu filho(a) se preocupou com o facto de ser menos bonito(a) que as outras pessoas?					
28. O seu filho(a) agiu timidamente ou com vergonha?					
29. O seu filho(a) foi insultado (a) ou ofendido (a) por outras crianças?					
30. O seu filho(a) foi excluído(a) por outras crianças?					
31. O seu filho(a) não quis ou não conseguiu relacionar-se com as outras crianças?					
32. O seu filho(a) não quis ou não conseguiu participar de atividades como desportos, atividades de grupo, teatro, música, viagens de estudo?					
33. O seu filho(a) se preocupou com o facto de ter menos (ou poucos) amigos?					
34. O seu filho(a) se sentiu preocupado(a) com o que 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?					
Secção 4 - As perguntas a seguir relacionam as <u>consequências da saúde oral</u> (dentes, lábios, boca ou maxilares) do seu filho (a) com a <u>qualidade de vida do agregado familiar</u>					
36. Alguma vez se sentiram incomodados?					
37. Alguma vez sofreram de perturbações/interrupções de sono?					
38. Alguma vez se sentiu culpado?					
39. Alguma vez precisou de faltar ao trabalho?					

	Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequente - mente	Todos os dias ou quase todos os dias
40. Alguma vez teve menos tempo para si ou para o resto da família?					
41. Questionou se o seu filho(a) terá menos oportunidades na vida (ex. arranjar emprego)?					
42. Alguma vez se sentiu desconfortável em lugares públicos (ex. lojas, restaurantes) com o seu filho(a)?					
Nos últimos 3 meses, por queixas dos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:					
43. O seu filho(a) ficou com ciúmes de si ou de outros membros da família?					
44. O seu filho(a) o culpou ou a outra pessoa do agregado familiar?					
45. O seu filho(a) discutiu consigo ou outro membro da família?					
46. O seu filho(a) pediu mais sua atenção ou de outros da família?					
47. Interferiu nas atividades da família em casa ou noutro lugar?					
48. Causou discordância ou conflito no seu agregado familiar?					
49. Causou dificuldades financeiras ao seu agregado familiar?					
Secção 5 - Género e idade da criança					
Género: M () F ()					
Idade:					
Questionário preenchido por: Mãe () Pai () Outro ()					
Cálculos de pontos e soma (NÃO PREENCHER PELOS PAIS)					
NÚMERO DE ASSINALADOS					
TOTAL DE CADA PARCELA					
TOTAL GERAL					
Legenda:					
Síntomas Orais – Questões 3 a 8					
Limitações funcionais – Questões 9 a 16					
Bem-estar emocional – Questões 17 a 24					
Bem-estar social – Questões 25 a 35					
Escala de Impacto Familiar - Questões 36 a 49					
Escala de pontuação de 0 a 188 (quanto maior a pontuação maior o impacto na qualidade de vida)					

Anexo IX – ECOHIS-PT

Questionário ECOHIS PT							
Escola:		Nome do responsável:		Nome da Criança:			
Por favor, indique no quadro de respostas a opção que melhor descreve as experiências do seu filho(a) ou a sua própria experiência. Considere toda vida do seu filho (a) desde o nascimento até ao momento:							
Perguntas			Alternativas				
			Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muita frequência
1. O seu filho(a) já sentiu dores/ desconforto nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?							
2. O seu filho(a) já teve dificuldades em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
3. O seu filho(a) já teve dificuldade em comer certos alimentos devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
4. O seu filho(a) já teve dificuldade em pronunciar alguma palavra devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
5a. O seu filho(a) já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
5b. O seu filho(a) já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, saltar, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
6. O seu filho(a) já teve dificuldade em dormir devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
7. O seu filho(a) já ficou irritado(a) devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
8. O seu filho(a) já evitou sorrir ou rir devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
9. O seu filho(a) já evitou falar devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários?							
10. Alguém da sua família já ficou aborrecida devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários do seu filho(a)?							
11. Alguém da sua família já se sentiu responsável devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários do seu filho(a)?							
12. Alguém da sua família já faltou ao trabalho devido a problemas nos dentes ou tratamentos dentários do seu filho(a)?							
13. O seu filho(a) já teve problemas nos dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro no seu agregado familiar?							
Cálculos de pontos e soma (NÃO PREENCHER PELOS PAIS)							
Números de assinalados							
Total Parcela							
Total Geral (0 A 65)							