

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Caracterização das medidas de promoção da saúde
oral aplicadas na educação pré-escolar**

Alicia Prazeres Figueira da Silva

Orientadores:

Professor Doutor Mário Filipe Cardoso de Matos Bernardo

Professora Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes Borralho

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2021

“O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo.”

Winston Churchill

Agradecimentos

Ao meu orientador, o Professor Doutor Mário Bernardo, por ter sido o meu braço direito, no verdadeiro sentido da palavra, pois nunca me deixou perder o rumo. Tenho que reconhecer a sua extrema paciência para todas as minhas dúvidas e preocupações, pois encontrava sempre uma pronta solução para me dar. Ao mesmo tempo, as palavras que me dava eram as mais acertadas e davam-me motivação para continuar a trabalhar e a melhorar. Não posso deixar de frisar que a sua exigência e rigor científico foram fundamentais para a conclusão desta dissertação. É sem sombra de dúvidas que nele revejo o modelo de Professor em que acredito.

À minha coorientadora, a Professora Sónia Mendes, pelo apoio, pela sua disponibilidade e constante atenção aos pormenores. A sua dedicação e carinho pela Medicina Dentária Preventiva e Comunitária, bem como o trabalho que tem desenvolvido na área, inspiraram-me a querer saber mais e a levar a temática junto da população.

Aos meus. À minha família, que sempre foi o meu porto de abrigo. Que ao longo de todos os anos do curso, nomeadamente nos meses em que trabalhei na dissertação, nunca me deixou desistir, apesar dos percalços com que me fui deparando. Todos eles, e cada um à sua maneira, me conseguiram incentivar a ver o melhor de cada etapa, de cada sucesso mas também de cada falha. Eles foram, sem dúvida, o meu pilar nesta longa e árdua caminhada. Sem eles teria sido impossível ou, pelo menos, muito mais difícil. Porque, apesar de tudo, nunca duvidaram de mim e de que, mais ou cedo ou mais tarde, conseguiria atingir os meus objetivos (na verdade, cada um tem o seu tempo). Espero, assim, conseguir retribuir-lhes tudo aquilo que fizeram por mim ao longo destes anos do curso. Mas sei que, de que maneira for, estarão felizes e orgulhosos. Saber que os tinha sempre do meu lado a torcer por mim foi o motivo maior que me levou a chegar até aqui.

Aos meus. Aos meus amigos, aos de Fátima mas também aos que a faculdade me deu e que levo comigo. Que tiveram sempre uma palavra de incentivo, mesmo nos momentos mais complicados. Que souberam ouvir todas as incertezas e preocupações, mas ao mesmo tempo, partilharam comigo todas as alegrias e as conquistas. Porque eles são, sem dúvida, a minha segunda família e um dos grandes alicerces da minha vida. Considero-me uma sortuda, porque a caminhada foi bem melhor com eles ao meu lado.

Resumo

Introdução: A cárie dentária é uma das doenças crónicas mais prevalentes nas crianças em idade pré-escolar. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) pretende reduzir a prevalência das doenças orais através de medidas de prevenção dirigidas à população.

Objetivos: Caracterizar a aplicação das medidas de promoção da saúde oral na educação pré-escolar em Portugal, identificando os aspetos que influenciam a escovagem dos dentes nos jardins de infância.

Metodologia: A recolha de dados foi efetuada através de um questionário *online*, dirigido aos educadores de infância a lecionar em Portugal. O questionário incluiu a caracterização do jardim de infância, do educador, da escovagem dos dentes e de outras medidas do PNPSO. Foi realizada a estatística descritiva e inferencial, utilizando o teste não-paramétrico do Qui-quadrado ($\alpha=0,05$).

Resultados: A amostra incluiu 1618 educadores de infância, com uma média de 47,14 anos ($dp=9,975$). A escovagem diária era realizada em 40,6% dos jardins de infância. As principais razões apontadas para a não escovagem foram o risco de transmissão de doenças e limitações dos recursos humanos e de espaço. Uma percentagem considerável de jardins de infância (43,85%) nunca foi visitada pelas equipas de saúde oral. Entre os educadores, 74,4% desconhece o projeto Saúde Oral na Biblioteca Escolar (SOBE+). Verificaram-se diferenças na implementação da escovagem dos dentes por Distrito ($p<0,001$), sendo o de Lisboa o Distrito no qual se verificou a menor frequência. Nos jardins de infância onde os educadores exercem há mais anos ($p=0,004$), onde têm formação sobre saúde oral ($p<0,001$) e onde as equipas de saúde oral atuam ($p<0,001$), a escovagem dos dentes foi mais frequente.

Conclusão: A escovagem dos dentes revelou-se implementada em menos de metade dos jardins de infância portugueses, sendo que esta é potenciada pela formação dos educadores em temas sobre saúde oral e pelas ações das equipas de saúde oral.

Abstract

Introduction: Dental decay is one of the most common chronic diseases in pre-school-age children. The National Programme for Oral Health Promotion (PNPSO) aims to reduce the predominance of oral diseases through raising population's awareness through preventive measures.

Objectives: To characterise the implementation of oral health promotion measures in pre-school children in Portugal, identifying the aspects that influence tooth brushing in kindergartens.

Methodology: Data were collected through an online questionnaire addressed to kindergarten teachers teaching in Portugal. The questionnaire included the characterization of the kindergarten, the educator, tooth brushing and other PNPSO measures. Descriptive and inferential statistics were performed using the non-parametric Chi-square test ($\alpha=0.05$).

Results: The sample included 1618 kindergarten teachers, with an average age of 47.14 years ($sd=9.975$). Daily brushing was performed in 40.6% of kindergartens. The main reasons given for not brushing were the risk of disease transmission, limited human resources and space. A considerable percentage of kindergartens (43.85%) have never been visited by an oral health team. Among the educators, 74.4% did not know about the project Oral Health in the School Library (SOBE+). There were differences in the implementation of tooth brushing by district ($p<0.001$), with Lisbon being the district with the lowest frequency. In kindergartens where the educators have been working for longer ($p=0.004$), where oral health training is provided ($p<0.001$) and where oral health teams are active ($p<0.001$), tooth brushing was more frequent.

Conclusion: Tooth brushing was implemented in less than half of the Portuguese kindergartens, and this is fostered by the educators' training on oral health issues and by the action of the oral health teams.

Palavras-chave

Educação pré-escolar

Educação para a saúde

Promoção da Saúde Oral

Escovagem dos dentes em ambiente escolar

Keywords

Pre-school education

Health education

Oral Health Promotion

School-based toothbrushing

Índice

Índice de tabelas e figuras	xii
Lista de abreviaturas	xiii
Introdução	1
Objetivos	8
Materiais e Métodos	9
População-alvo e amostra do estudo.....	9
Recolha de dados	9
Variáveis do estudo.....	10
Tratamento dos dados e análise estatística	10
Considerações éticas	10
Resultados	12
Caracterização sociodemográfica	12
Caracterização da escovagem nos JI.....	13
Caracterização das ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde.....	15
Caracterização das atividades relacionadas com a saúde oral	16
Caracterização da alimentação das crianças no JI	16
Fatores associados à escovagem dos dentes no JI	17
Discussão	19
Caracterização da escovagem	19
Caracterização das ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde.....	22
Caracterização das atividades relacionadas com a saúde oral	24
Caracterização da alimentação das crianças no JI.....	25
Fatores associados à escovagem dos dentes no JI	26
Conclusões	28
Referências bibliográficas	31
Apêndices	39
Apêndice I – Questionário do estudo.....	39
Apêndice II – Aprovação da Comissão de Ética da FMDUL.....	45

Índice de Tabelas e Figuras

Tabelas

Tabela 1: Descrição das variáveis do estudo	11
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos educadores e dos JI.....	13
Tabela 3: Caracterização da escovagem nos JI.....	14
Tabela 4: Caracterização das ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde ..	15
Tabela 5: Hábitos alimentares das crianças no JI	16
Tabela 6: Associação entre características dos educadores e dos JI e a realização de escovagem	18

Figuras

Figura 1: Distribuição da amostra relativamente à localização do JI	12
---	----

Lista de Abreviaturas

AAPD – *American Association of Pediatric Dentistry* (Associação Americana de Odontopediatria)

ADA – *American Dental Association* (Associação Dentária Americana)

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

JJ – Jardim de infância

NaF – Fluoreto de Sódio

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNL – Plano Nacional de Leitura

PNPAS – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

RBE – Rede de Bibliotecas Escolares

SOBE – Saúde Oral Bibliotecas Escolares

Introdução

A saúde oral é fundamental para a saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida, sendo que o impacto das doenças orais na vida diária das pessoas é real. As doenças da cavidade oral devem ser alvo de preocupação de toda a população, tendo os governos dos respetivos países um papel fundamental na implementação de estratégias na prevenção e tratamento precoce destas doenças.

Ao longo das últimas décadas, em muitos países registaram-se grandes avanços na prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias orais.⁽¹⁾ No entanto, devido à sua elevada prevalência, as doenças orais continuam a ser um dos principais problemas de saúde da população.⁽¹⁾ As fortes assimetrias socioeconómicas refletem disparidades entre países e regiões.⁽²⁾ Além do impacto que têm na qualidade de vida, as doenças orais causam também um forte impacto económico tanto individualmente, como para os sistemas de saúde.⁽²⁾

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde oral como a ausência de dores crónicas na cavidade oral e face, cancro, infeções e outras condições que possam inibir a habilidade de uma pessoa mastigar, morder, sorrir ou falar.⁽³⁾ Os problemas de saúde oral incluem as doenças periodontais, a cárie dentária, a perda de dentes e as patologias da mucosa oral. Os principais fatores de risco estão sobretudo relacionados com a alimentação (rica em açúcares e gorduras), higiene oral deficiente e consumo excessivo de tabaco e álcool, constituindo as principais causas de deterioração da saúde geral, o que leva a alterações ao nível da cavidade oral.⁽⁴⁾

No que diz respeito à saúde oral nas crianças, esta é reconhecida como sendo um fator de contribuição essencial para o seu desenvolvimento saudável.

A cárie dentária é a doença oral mais prevalente entre crianças e adolescentes e uma das doenças crónicas mais frequentes em crianças de todo o mundo, aumentando progressivamente com a idade. As crianças em idade pré-escolar apresentam um elevado risco para a cárie dentária.⁽⁵⁾ Em muitos países, a maioria das lesões de cárie em crianças mais pequenas não são tratadas.⁽⁶⁾ As consequências do não tratamento envolvem a saúde geral e emocional e os custos dos tratamentos são consideráveis.⁽⁷⁾ Lesões de cárie extensas não tratadas podem levar a pulpites, que pode estender-se aos tecidos de suporte e, por vezes, causar complicações graves, tal como celulite e abscessos cerebrais e septicémia.⁽⁸⁾ Nas crianças a cárie dentária está associada a limitações de

crescimento, a um baixo ganho de peso, a um aumento de tempo e custos dos tratamentos, a um maior risco de hospitalização, a dias de absentismo escolar, bem como ao comprometimento do seu desempenho escolar.⁽⁷⁾ Desta forma, a cárie dentária representa um problema importante de saúde pública, com grande impacto na saúde das crianças e adolescentes, podendo interferir dramaticamente no seu desenvolvimento.⁽⁹⁾

Vários fatores que levam à existência de cárie dentária em crianças têm sido identificados, incluindo uma má higiene oral e outros hábitos pouco saudáveis, assim como uma atitude e intervenção não adequada por parte dos pais e professores/educadores, o que resulta muitas vezes da falta de conhecimento acerca da saúde oral. Estes aspetos devem ser considerados ao desenvolver programas de promoção da saúde oral que têm como alvo as crianças em idade pré-escolar.⁽¹⁰⁾ A educação para a saúde oral deve ser reforçada ao longo de todos os anos escolares, visto que este é um período muito influente na vida das crianças, onde são desenvolvidos objetivos e crenças de vida, atitudes e comportamentos positivos e competências pessoais.⁽¹¹⁾

A educação para a saúde oral deve fazer parte do currículo escolar e envolver estudantes, pessoal docente, pessoal não docente e os próprios pais, através de atividades de promoção da saúde oral na escola.⁽¹¹⁾ A escola deve ser utilizada como uma plataforma para a promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção das doenças. Assim, as escolas devem ajudar a envolver os membros da comunidade no planeamento de programas dirigidos às necessidades de saúde e estes podem ser mantidos e sustentados através dos recursos disponíveis e da realização de compromissos entre a escola e os restantes intervenientes, de forma a atingir os objetivos pretendidos.⁽⁹⁾

A Associação Dentária Americana (ADA) e a Associação Americana de Odontopediatria (AAPD) recomendam a escovagem dos dentes de todas as crianças duas vezes por dia, durante dois minutos, com uma pasta fluoretada, desde o primeiro sinal de erupção dentária.⁽¹²⁾ É recomendado efetuar a escovagem de manhã e à noite antes de ir dormir. A utilização de uma pasta fluoretada é fundamental, dado que o flúor é o agente preventivo de cárie mais importante disponível atualmente.⁽¹³⁾ Este vai atuar principalmente por via tópica, inibindo a desmineralização dos cristais de hidroxiapatite e aumentando a remineralização na superfície dos cristais de hidroxiapatite (tornando os

cristais mais resistentes ao ataque ácido); o flúor também inibe as enzimas bacterianas.⁽¹⁴⁾

As crianças têm tendência a necessitar de apoio durante a escovagem, de modo a ser feita eficazmente, até por volta dos 7 anos de idade. No entanto, esta idade da necessidade de supervisão depende do grau de desenvolvimento e maturidade da criança.⁽¹⁵⁾

A remoção diária de placa bacteriana, juntamente com a aplicação tópica de flúor, é a base de qualquer programa preventivo de cárie dentária.⁽¹⁶⁾ Revisões sistemáticas recentes estabeleceram forte evidência em relação ao uso diário de pasta de dentes fluoretada como sendo o método de prevenção de cárie autoaplicado com melhor relação custo-benefício em crianças em idade pré-escolar.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ A escovagem com pasta fluoretada é considerada mais eficaz na redução da cárie dentária do que a restrição de açúcares na alimentação.⁽²⁰⁾ Além disso, esta evidência aumenta quando a escovagem dos dentes é supervisionada por um adulto.⁽²¹⁾ O efeito protetor da escovagem dentária em ambiente escolar diminui ao longo do tempo, se não for efetuado um acompanhamento periódico das crianças, pelo descuido na técnica de escovagem, nomeadamente em relação à duração da escovagem.⁽²²⁾ Estes resultados apontam a necessidade de considerar vários momentos de avaliação e supervisão da técnica de escovagem dentária em ambiente escolar, durante o delineamento dos projetos de saúde oral, como forma de garantir melhores resultados na redução da cárie dentária.⁽²³⁾

Adicionalmente, para crianças em idade pré-escolar com risco aumentado de cárie, as aplicações regulares de verniz fluoretado são consideradas uma forma eficaz, segura e prática de aumentar a exposição ao flúor.⁽²⁴⁻²⁶⁾

Na educação pré-escolar, verifica-se uma progressiva autonomia da criança, sendo que o exemplo dos pais é da maior relevância. Numa tentativa de imitação, a criança vai adquirindo os hábitos de higiene oral. É por esta razão que o incentivo das crianças para a realização da escovagem deve ser iniciado nesta fase. É recomendada a escovagem diária às crianças no jardim de infância (JI), sendo que esta assume uma importância acrescida para as que vivem em zonas mais desfavorecidas e apresentam maior risco de cárie dentária.⁽²⁷⁾ As equipas de saúde escolar devem assumir um papel importante na melhoria das competências dos educadores e pais sobre saúde oral, bem como orientar o desenvolvimento da escovagem dos dentes na escola.

Idealmente, a promoção da saúde oral deve iniciar-se durante a gravidez e ao longo da infância, na saúde infantil e juvenil, consolidando-se no jardim de infância e na escola. O tratamento e controlo das doenças orais em mulheres grávidas têm o potencial de reduzir a transmissão de bactérias orais das mães para os seus filhos.⁽²⁸⁾ Deste modo, a intervenção precoce durante a gravidez e a primeira infância é bastante mais eficaz para melhorias na saúde oral, devido à implementação antecipada de comportamentos saudáveis e não inclusão de comportamentos deletérios, estes últimos muito difíceis de alterar depois de iniciados e mantidos ao longo do tempo.

No início do século XXI, reconhecendo-se a necessidade de melhoria da saúde oral da população portuguesa, começou a ser estudado um modelo que garantisse o acesso aos cuidados de saúde oral pelos grupos da população que mais necessitavam. Assim, em 2005, aproveitando o aumento do número de profissionais de medicina dentária, foi implementado o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO)⁽²⁸⁾, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) surge como entidade competente pela coordenação a nível nacional, bem como pela avaliação técnico-científica do PNPSO, através da definição e publicitação dos indicadores base de monitorização e avaliação. A coordenação a nível regional é da responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

O PNPSO²⁸ pretende reduzir a prevalência das doenças orais, as quais são controláveis através de medidas de prevenção. Os objetivos gerais deste programa prendem-se essencialmente com a progressiva capacitação da população em matéria de literacia da saúde, com a prevenção da doença ao longo da vida, com a promoção de estilos de vida saudável e com o aumento da confiança dos utentes na utilização dos cuidados de saúde oral prestados no âmbito deste programa.^(29,30) Desta forma, o PNPSO alia a promoção da saúde à prestação de cuidados, numa parceria público-privado, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária.

As orientações do programa assentam nas seguintes estratégias: promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, prevenção das doenças orais e diagnóstico precoce e tratamento dentário. A população-alvo é constituída por grávidas e crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade.⁽²⁸⁾

O PNPSO tem como objetivos específicos melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral, diminuir a incidência de cárie dentária, reduzir a prevalência da cárie dentária, aumentar a percentagem de crianças livres de cárie e criar uma base de dados nacional sobre saúde oral. Este programa também pretende prestar especial atenção, numa perspetiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam as escolas do ensino regular ou instituições.⁽²⁸⁾

No que diz respeito às crianças em idade pré-escolar, dos 3 aos 6 anos, o PNPSO⁽²⁸⁾ propõe as seguintes recomendações:

- Deve fomentar-se o início da escovagem dos dentes;
- A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l) deve ser realizada ou supervisionada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser mínima, isto é, idêntica ao tamanho da unha do 5.º dedo da mão da criança;
- Desaconselha-se o consumo de guloseimas e refrigerantes, sobretudo fora das refeições. Se a criança fizer medicação crónica, deve dar-se preferência à prescrição de medicamentos sem açúcar;
- Não se recomenda qualquer tipo de suplemento sistémico com fluoretos, à exceção das crianças de alto risco de cárie dentária;
- Todas as crianças que frequentam os jardins de infância devem fazer uma das escovagens dos dentes no estabelecimento de educação, sendo esta atividade particularmente importante para as que vivem em zonas mais desfavorecidas e apresentam cárie dentária;
- As equipas de saúde escolar deverão apoiar a elaboração do projeto, melhorar as competências dos educadores, professores e pais sobre saúde oral, bem como orientar o desenvolvimento desta atividade. Devem também integrar a educação para a saúde e a higiene no Projeto Educativo e efetuar uma escovagem dos dentes no jardim de infância.

Sem alterar nenhuma das bases teóricas do PNPSO, em 2011, a DGS tomou a iniciativa de criar o Plano B⁽³¹⁾, para responder às dificuldades que surgiram na implementação de algumas das suas atividades.

O Plano B do PNPSO⁽³¹⁾ tem algumas sugestões para ultrapassar obstáculos operacionais neste grupo etários dos 3 aos 6 anos:

- Higiene Oral:
 - Fomentar a escovagem “obrigatória” nos jardins de infância, podendo esta ser realizada com ajuda de voluntários (pais, paróquia, autarquia);
 - Incluir a saúde oral como tema das consultas de vacinação;
 - Associar a escovagem e a saúde oral a jogos e dinâmicas de grupo.
- Alimentação:
 - Trabalhar com as autarquias no controlo da alimentação nos jardins de infância;
 - Elaborar campanhas educativas nos jornais e rádios locais;
 - Elaborar campanhas de divulgação para fomentar a utilização, sempre que possível, de medicamentos sem sacarose.
- Intervenção com fluoretos e clínica:
 - Utilizar suplementos de flúor nos infantários (comprimidos 0,25mg de NaF) e/ou vernizes de flúor (2,2%), perante a dificuldade de definir o risco individual, em casos de crianças com cárie e em áreas de fraca adesão à escovagem dos dentes;
 - Referenciar, em caso de patologia sintomática, para o médico de família.
- Educação para a Saúde:
 - Criar *workshops* práticos sobre técnicas de observação oral;
 - Criar dinâmicas sociais que envolvam a comunidade;
 - Alertar para o primeiro molar permanente e a importância dos selantes;
 - Divulgar a importância da saúde oral nas crianças em farmácias e lojas de artigos infantis;
 - Ministrando cursos nas Universidade Sénior sobre saúde oral e criar escolas de pais;
 - Propor e ministrar seminários/cursos de saúde oral nas Escolas Superiores de Educação para os alunos da licenciatura em Educação Básica.

Os estudos epidemiológicos nacionais avaliam a prevalência de doenças orais em populações-alvo e são bastante úteis para a saúde pública, uma vez que proporcionam uma perspetiva precisa da associação entre doenças orais, os seus fatores determinantes e as necessidades de tratamento.⁽³²⁾ Com base nos resultados destes estudos, podem ser planeadas estratégias adequadas para controlar a prevalência destas doenças, considerando os recursos económicos disponíveis e a vontade política existente.⁽³³⁾ Estes resultados podem também ser muito úteis para avaliar a eficácia de programas de saúde públicos que já foram introduzidos, analisando assim a sua relevância numa perspetiva custo/benefício.⁽³⁴⁾

Até ao ano de 2000, em Portugal, com base no Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada, a prevalência de cárie apresentava gravidade moderada na população infanto-juvenil, registando um índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (Índice CPO-D) de 2,95 em crianças com 12 anos de idade, e estando apenas 33% das crianças com 6 anos de idade livres de cárie.⁽³⁵⁾

A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontavam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estivessem livres de cárie e, aos 12 anos, o CPOD não ultrapassasse o valor de 1,5.⁽³⁶⁾

De acordo com os resultados do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais⁽²⁹⁾, a avaliação aos 6 anos da situação na dentição decídua revelou uma percentagem de crianças livres de cárie de 55%, que leva a uma projeção para 2020 aquém do objetivo da OMS, para este grupo etário. De forma a corrigir a referida situação, foram emitidas recomendações para a adoção de estratégias mais eficientes nas crianças do ensino pré-escolar, nomeadamente na aplicação periódica de flúor tópico através de vernizes.⁽³⁷⁾

Apesar de existência do PNPSO e das suas recomendações, a cárie continua a ser uma preocupação evidente. O conhecimento e a caracterização das medidas que são aplicadas no PNPSO, nomeadamente na educação pré-escolar, assume assim um papel fundamental para a melhoria da promoção da saúde oral e da prevenção das doenças orais nas crianças. É importante compreender de que forma estão a ser aplicadas as medidas e perceber as barreiras que os educadores e as equipas de saúde oral enfrentam, para que se possam dar respostas efetivas para ultrapassar essas dificuldades e fornecer

as ferramentas necessárias para que as medidas previstas no PNPSO sejam aplicadas mais frequentemente e de uma forma mais correta e eficaz.

Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral caracterizar a aplicação das medidas de promoção da saúde oral na educação pré-escolar em Portugal.

Para o devido efeito, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a escovagem dos dentes no jardim de infância;
- Caracterizar as ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde nos jardins de infância;
- Caracterizar o encaminhamento/referência das crianças sinalizadas para o Médico de Família;
- Caracterizar as atividades e dinâmicas de grupo relacionadas com a saúde oral existentes nos jardins de infância;
- Caracterizar a alimentação das crianças nos jardins de infância;
- Identificar os aspetos que influenciam a realização da escovagem nos jardins de infância.

Materiais e Métodos

De forma a alcançar os objetivos propostos, foi realizado um estudo epidemiológico observacional e transversal.

1. População-alvo e amostra do estudo

Este estudo teve como população-alvo os educadores de infância que exerciam a sua atividade em jardins de infância de Portugal. Foram incluídos no estudo todos os educadores de infância que demonstraram disponibilidade em participar, sendo a sua participação voluntária e anónima.

2. Recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário (Apêndice I) aplicado *online* através da aplicação *Google Forms*. O questionário foi divulgado pela investigadora e aluna do 5.º ano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, durante os meses de março e abril de 2021. A partilha foi efetuada através da rede social *Facebook*, em grupos e páginas portuguesas de discussão e partilha de assuntos relacionados com a educação pré-escolar. Além da partilha na rede social, foram enviados *e-mails* para endereços de instituições que incluíssem a educação pré-escolar, em Portugal. Foi realizado um convite para participar no estudo e divulgada uma ligação à página do questionário na *internet*.

O questionário foi desenvolvido para o efeito baseando-se nas medidas descritas no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.^(28,31) A primeira página do questionário incluiu a explicação do objetivo e procedimentos do estudo, sendo a primeira questão relacionada com a vontade expressa do participante em aceitar participar no estudo (consentimento informado). O questionário recolheu informações sobre a caracterização do jardim de infância e do próprio educador, sobre a caracterização da escovagem em ambiente escolar, sobre outras medidas preventivas implementadas em ambiente escolar, sobre a referenciação de crianças com cárie ao

Médico de Família, sobre o projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE +) e, por fim, sobre a alimentação em ambiente escolar.

3. Variáveis do estudo

Na Tabela 1 apresenta-se a descrição das variáveis do estudo e as respetivas escalas de mensuração.

4. Tratamento dos dados e análise estatística

A recolha de dados através do questionário *Google Forms* permitiu a exportação direta dos dados para uma folha de cálculo *Excel*. Após a exportação, os dados foram preparados para exportar para o programa informático *IBM SPSS Statistics* (versão 27), no qual foi realizada a análise estatística.

A análise descritiva das variáveis foi efetuada mediante o cálculo das frequências absolutas e relativas. No caso das variáveis numéricas, foram ainda determinadas as medidas de localização central (média, moda e mediana) bem como as medidas de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

A análise inferencial foi realizada através do teste não-paramétrico do Qui-quadrado, com um nível de significância estatística de 5%.

5. Considerações éticas

O protocolo do presente estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho de Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (Apêndice II).

Tal como já referido, a resposta ao questionário foi voluntária e anónima e só iniciada após confirmação do consentimento informado.

Tabela 1: Descrição das variáveis do estudo

Grupo	Variável	Descrição	Escala
Caracterização sociodemográfica	Localização do JI	Distrito onde se localiza o jardim de infância	Nominal
	Tipo de escola	“Pública”; “Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)”; “Privada”	Nominal
	Grupo etário do educador	20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60+ anos	Ordinal
	Tempo de profissão	Número de anos completos do exercício da profissão	Ordinal
	Formação em temas sobre saúde oral	“Durante o percurso académico”; “Após o término do percurso académico”; “Nunca teve”	Nominal
	Grupo etário das crianças	Grupo etário das crianças na sala onde o educador exerce a atividade: “Menos de 3 anos”; “Entre 3 e 5 anos”	Nominal
	Número de crianças	Número de crianças da sala onde o educador exerce.	De razão
	Nível socioeconómico da população	Nível socioeconómico da população do JI no qual o educador exerce: “Baixo”; “Médio”; “Alto”	Ordinal
Caracterização da escovagem nos JI	Realização da escovagem	Realização da escovagem dos dentes na sala do educador: “Sim”; “Não”	Nominal
	Proporção de crianças que escovam os dentes	Proporção de crianças que escovam os dentes na sala do educador: “Todas as crianças”; “Algumas crianças”	Nominal
	Razão para nem todas as crianças escovarem	“Os pais/encarregados de educação não autorizam”; “Só as crianças com aparente presença de cárie é que realizam”; “Algumas crianças não almoçam na escola”	Nominal
	Local da escovagem	“Casa-de-banho”; “Refeitório”; “Sala-de-aula”; “Sala só com lavatórios”; “Outra sala”	Nominal
	Fornecimento das escovas	Entidade que fornece as escovas: “Escola/agrupamento”; “Pais/encarregados de educação”; “Centro de saúde”; “Município”; “Projeto SOBE”; “Centro de saúde e pais”; “Projeto SOBE e pais”; “Outro”	Nominal
	Fornecimento do dentífrico	Entidade que fornece o dentífrico: “Escola/agrupamento”; “Pais/encarregados de educação”; “Centro de saúde”; “Município”; “Projeto SOBE”; “Centro de saúde e pais”; “Projeto SOBE e pais”; “Outro”	Nominal
	Local de armazenamento	“Escola”; “Criança leva para casa”	Nominal
	Número de crianças que realizam escovagem	Número de crianças que realizam a escovagem na sala do educador	De razão
	Razão para a não realização da escovagem	“Pouco higiénico (possibilidade de troca de escovas); perigo de transmissão de doenças”; “Falta de pessoal para supervisão”; “Não há espaço adequado (casas-de-banho com as condições necessárias)”; “Não há condições para guardar as escovas”; “Não há tempo”; “Não é autorizado (JI/DGS/agrupamento)”; “Não há condições económicas para adquirir os produtos necessários”; “Os pais/encarregados de educação não autorizam”; “Crianças são muito pequenas”; “Escovagem é realizada em casa/não é necessário escovar ao almoço”; “Outros motivos”	Nominal
	Escovagem durante a pandemia	Realização de escovagem dos dentes durante a pandemia: “Sim”; “Não”	Nominal
Caracterização das ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde	Regularidade das visitas	“Nunca”; “Uma vez por ano”; “Mais do que uma vez por ano”	Ordinal
	Atividades realizadas	“Educação para a saúde”; “Ensino/apoio à escovagem”; “Rastreamentos de cárie dentária”; “Distribuição de comprimidos de flúor”; “Aplicação de vernizes de flúor”	Nominal
	Encaminhamento em caso de queixas	Encaminhamento para Médico de Família em caso de queixas: “Nunca”; “Raramente”; “Maioria das vezes”; “Sempre”	Ordinal
Caracterização das atividades relacionadas com a saúde oral	Atividades de saúde oral	Realizam atividades sobre temas de saúde oral: “Sim”; “Não”	Nominal
	Disponibilidade de materiais na biblioteca	Disponibilidade de materiais sobre temas de saúde oral na biblioteca: “Sim”; “Não”	Nominal
	Conhecimento do SOBE+	“Sim”; “Não”	Nominal
	Adesão ao SOBE+	O JI aderiu ao SOBE +: “Sim”; “Não”; “Não sei”	Nominal
	Adesão ao SOBE – Escovar na Escola	“Sim”; “Não”; “Não sei”	Nominal
Caracterização da alimentação	Alimentos distribuídos ao lanche no JI	“Leite simples”; “Leite açucarado/achocolatado”; “Iogurtes naturais”; “Iogurtes açucarados”; “Pão”; “Bolachas”; “Bolos”; “Fruta”	Nominal

Resultados

Durante o período de divulgação do questionário foi obtido um total de 1713 respostas. Destas, 113 foram excluídas por não se tratar de educadores de infância a lecionar num jardim de infância de Portugal. Desta forma, a amostra do estudo foi constituída por 1618 participantes.

1. Caracterização sociodemográfica

Na Figura 1 encontra-se a distribuição da amostra relativamente à localização do jardim de infância, demonstrando o distrito a que pertence. Encontram-se representados todos os distritos do país, sendo que o distrito de Lisboa foi o que registou maior participação (27%).

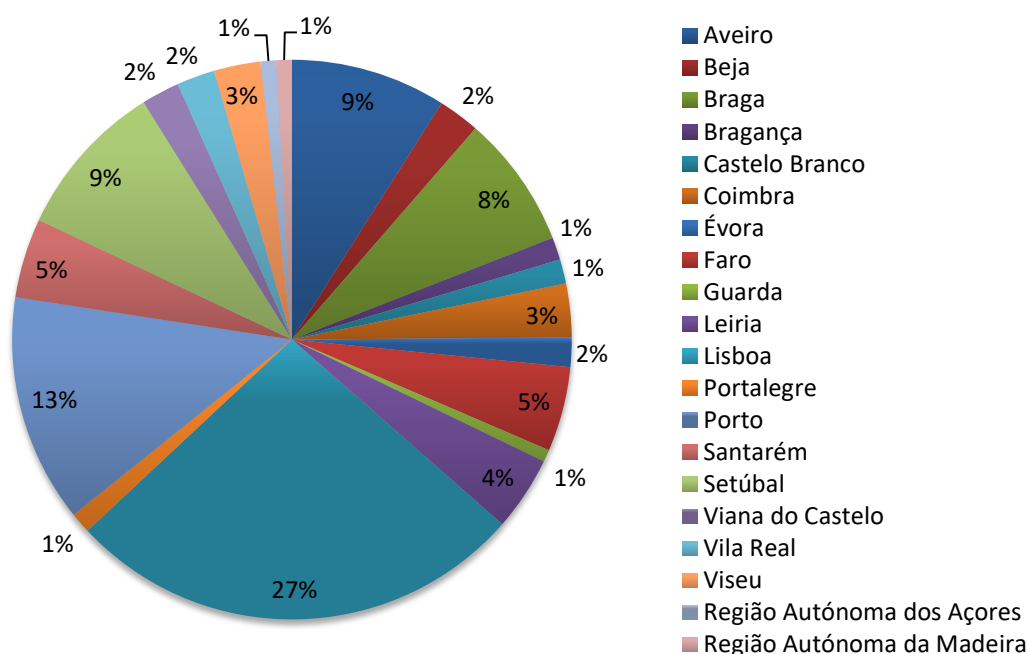


Figura 1: Distribuição da amostra relativamente à localização do jardim de infância, demonstrando o distrito a que pertence.

A idade média dos participantes foi de 47,14 anos ($dp=9,975$), com um mínimo de 22 e um máximo de 65 anos. No que diz respeito ao tempo de exercício da profissão do educador, a média foi de 22,82 anos ($dp=10,53$). O número médio de crianças na sala do educador foi de 20,17 ($dp=4,583$). Na Tabela 2 apresentam-se as

características sociodemográficas da população do estudo e dos jardins de infância onde os educadores trabalham.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos educadores e dos jardins de infância

	%	n
Tipo de escola (n=1618)		
Pública	43,8	709
IPSS	41,0	663
Privada	15,2	246
Grupo etário do educador (n=1596)		
20-29 anos	5,5	88
30-39 anos	18,7	298
40-49 anos	29,6	473
50-59 anos	36,0	574
60+ anos	10,2	163
Tempo de profissão (n=1617)		
0-9 anos	11,7	189
10-19 anos	25,2	408
20-29 anos	30,2	489
30-39 anos	29,6	478
40+ anos	3,3	53
Formação em temas sobre saúde oral (n=1618)		
Nunca teve	45,6	737
Durante o percurso académico	26,0	420
Após o término do percurso académico	28,5	461
Grupo etário das crianças (n=775)		
Menos de 3 anos	14,1	109
Entre 3 e 5 anos	85,9	666
Nível socioeconómico da população (n=1618)		
Baixo	14,0	227
Médio	76,8	1243
Alto	9,1	148

2. Caracterização da escovagem nos jardins de infância

Dos 1618 participantes, 40,6% referiram que era realizada a escovagem na sua sala (Tabela 3). No entanto, verificou-se que numa pequena percentagem das salas onde era realizada a escovagem (5,6%), esta não era efetuada por todas as crianças, sendo o principal motivo referido para esta situação, a não autorização pelos pais ou encarregados de educação.

As principais razões apontadas para a não realização da escovagem dos dentes no jardim de infância foram a falta de higiene com risco de transmissão de doenças por troca de escovas (67,9%), as limitações dos recursos humanos (49,3%), as limitações de espaço (41,95) e ausência de local para guardar as escovas entre as escovagens (31,2%).

Tabela 3: Caracterização da escovagem nos jardins de infância

	%	n
Realização da escovagem (n=1618)		
Sim	40,6	657
Não	59,4	961
Proporção de crianças que escovam os dentes na sala do educador (n=657)		
Algumas crianças	5,6	37
Todas as crianças	94,4	620
Razão para nem todas as crianças escovarem (n=37)		
Os pais/encarregados de educação não autorizam	89,2	33
Só as crianças com aparente presença de cárie é que realizam	8,1	3
Algumas crianças não almoçam na escola	2,7	1
Razão para a não realização da escovagem (n=936)		
É pouco higiénico (possibilidade de troca de escovas); perigo de transmissão de doenças	67,9	636
Há falta de pessoal para controlar o período de escovagem	49,3	461
Não há espaço adequado (casas-de-banho com as condições necessárias)	41,9	392
Não há condições para guardar as escovas	31,2	292
Não há tempo para realizar a escovagem	7,4	69
Não é autorizado (JI/DGS/agrupamento)	4,3	40
Não há condições económicas para adquirir os produtos necessários	3,1	29
Os pais/encarregados de educação não autorizam	2,5	23
As crianças são muito pequenas	1,5	14
Escovagem é realizada em casa/não é necessário escovar ao almoço	0,7	7
Outros motivos	0,4	4
Local da escovagem (n=620)		
Casa-de-banho	84,7	525
Sala-de-aula	13,2	82
Refeitório	0,8	5
Outra sala	0,8	5
Sala só com lavatórios	0,5	3
Fornecimento das escovas (n=619)		
Pais/encarregados de educação	60,5	375
Centro de saúde	26,8	166
Projeto SOBE	8,5	53
Escola/agrupamento	1,3	8
Centro de saúde e pais	1,0	6
Município	0,8	5
Outro	0,6	4
Projeto SOBE e pais	0,5	3
Fornecimento do dentífrico (n=619)		
Pais/encarregados de educação	62,4	386
Centro de saúde	24,6	152
Projeto SOBE	6,9	43
Escola/agrupamento	3,1	19
Centro de Saúde e pais	1,3	8
Outro	0,8	5
Município	0,5	3
Projeto SOBE e pais	0,5	3
Local de armazenamento (n=620)		
Escola	95,6	593
A criança leva para casa	4,4	27

Em relação ao local onde a escovagem dos dentes era efetuada, a grande maioria (84,7%) reportou que era realizada na casa-de-banho. No que diz respeito ao local de armazenamento das escovas, a quase totalidade dos participantes (95,6%) afirmou que é no jardim de infância. Verificou-se que a maioria das escovas (60,5%) e dos dentífricos (62,4%) eram fornecidos pelos pais ou encarregados de educação.

A pandemia COVID-19 teve um impacto expressivo na realização da escovagem, com 85,6% dos participantes a referir que deixaram de a realizar nas suas salas.

3. Caracterização das ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde

Na Tabela 4 apresenta-se a caracterização das ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde. Verifica-se que uma percentagem considerável dos jardins de infância (43,85%) nunca foi visitada pelas equipas de saúde oral.

Tabela 4: Caracterização das ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde

	%	n
Regularidade das visitas (n=1618)		
Nunca	43,8	709
Uma vez por ano	44,7	723
Mais do que uma vez por ano	11,5	186
Atividades realizadas (n=909)		
Educação para a saúde	80,7	734
Ensino da escovagem/apoio à escovagem	84,5	768
Rastreios de cárie dentária	58,3	530
Distribuição de comprimidos de flúor	12,4	113
Aplicação de vernizes de flúor	21,7	197

Em caso de queixas por parte das crianças, 36,4% dos participantes referiram que há sempre encaminhamento para o Médico de Família, enquanto 26,3% referiram que este encaminhamento acontece na maioria das vezes. Por outro lado, 37,3% afirmou que o encaminhamento é feito raramente ou nunca.

4. Caracterização das atividades relacionadas com a saúde oral

A grande maioria dos inquiridos (92,3%) afirmou que realiza atividades com as crianças sobre temas de saúde oral.

Em relação à disponibilidade na biblioteca de materiais sobre saúde oral, a maior parte dos educadores (76,8%) referiu que os mesmos estão disponíveis.

No entanto, a maioria dos educadores de infância do presente estudo (74,4%) desconhecia o projeto SOBE+ e apenas 14,3% referiram que o seu jardim de infância aderira ao mesmo. A adesão ao projeto SOBE – Escovar na Escola, só foi referida por 14,5% dos inquiridos.

5. Caracterização da alimentação das crianças no jardim de infância

Na Tabela 5 estão presentes os hábitos alimentares das crianças no jardim de infância, nomeadamente em relação aos alimentos que são distribuídos durante a hora do lanche.

Tabela 5: Hábitos alimentares das crianças no jardim de infância

	%	n
Alimentos distribuídos ao lanche no JI (n=1618)		
Leite simples	93,9	1519
Fruta	88,9	1438
Pão	87,7	1419
Bolachas	59,0	954
Iogurtes açucarados	56,4	912
Iogurtes naturais	42,2	683
Leite açucarado/achocolatado	41,5	672
Bolos	12,1	195

A maioria das crianças (93,9%) tinha acesso a leite simples, mas no que diz respeito aos iogurtes, os açucarados eram os mais frequentemente consumidos (56,4%), em detrimento dos naturais. Verificou-se também uma ingestão frequente de pão

(87,7%) e bolachas (59%) mas, por outro lado, a ingestão de bolos foi baixa (12,1%). A fruta era consumida pela maioria das crianças no lanche escolar (88,9%).

6. Fatores associados à escovagem dos dentes nos jardins de infância

Na Tabela 6 apresenta-se a relação entre a realização da escovagem nos jardins de infância e algumas das variáveis estudadas.

Em algumas regiões do país, a escovagem verificou-se mais frequente do que noutras ($p<0,001$), com o valor maior a ser verificado em Braga (78,4%) e o valor menor em Lisboa (14,2%).

O tempo de exercício da profissão de educador foi um dos fatores associados à realização da escovagem ($p=0,004$), embora não exista uma tendência clara na relação entre as duas variáveis.

Por outro lado, verificou-se que a escovagem era realizada com maior frequência nas salas cujos educadores receberam formação em temas sobre saúde oral após o término do seu percurso académico ($p<0,001$).

A percentagem de salas onde era realizada a escovagem foi mais elevada nos jardins de infância que recebiam a visita das equipas de saúde oral mais do que uma vez por ano, seguindo-se os que eram visitados uma vez por ano e, em último lugar, os que não eram visitados de todo ($p<0,001$).

Não se observaram associações estatisticamente significativas entre a realização da escovagem e o tipo de escola, o grupo etário do educador ou o nível socioeconómico da população que frequenta o jardim de infância.

Tabela 6: Associação entre características dos educadores e dos JI e a realização de escovagem

	Frequência da escovagem dos dentes % (n)	<i>p</i>
Localização do JI (n=1618)		
Aveiro (n=145)	49,7 (72)	<0,001*
Beja (n=39)	59,0 (23)	
Braga (n=125)	78,4 (98)	
Bragança (n=21)	57,1 (12)	
Castelo Branco (n=22)	45,5 (10)	
Coimbra (n=50)	72,0 (36)	
Évora (n=27)	59,3 (16)	
Faro (n=79)	40,5 (32)	
Guarda (n=11)	63,6 (7)	
Leiria (n=70)	42,9 (30)	
Lisboa (n=430)	14,2 (61)	
Portalegre (n=20)	45,0 (9)	
Porto (n=213)	42,7 (91)	
Santarém (n=74)	31,1 (23)	
Setúbal (n=147)	38,1 (56)	
Viana do Castelo (n=36)	61,1 (22)	
Vila Real (n=35)	51,4 (18)	
Viseu (n=44)	65,9 (29)	
Região Autónoma dos Açores (n=15)	53,3 (8)	
Região Autónoma da Madeira (n=15)	26,7 (4)	
Tipo de escola (n=1618)		
Pública (n=709)	39,4 (279)	0,244
Privada (n=246)	37,8 (93)	
IPSS (n=663)	43,0 (285)	
Grupo etário do educador (n=1596)		
20-29 (n=88)	43,2 (38)	0,052
30-39 (n=298)	43,6 (130)	
40-49 (n=473)	37,0 (175)	
50-59 (n=574)	39,0 (224)	
60+ (n=163)	49,1 (80)	
Tempo de profissão (n=1617)		
0-9 (n=189)	41,3 (78)	0,004*
10-19 (n=408)	40,9 (167)	
20-29 (n=489)	34,2 (167)	
30-39 (n=478)	46,0 (220)	
40+ (n=53)	47,2 (25)	
Formação em temas sobre saúde oral (n=1618)		
Nunca teve (n=737)	36,2 (267)	<0,001*
Durante o percurso académico (n=420)	38,3 (161)	
Após o término do percurso académico (n=461)	49,7 (229)	
Nível socioeconómico da população (n=1618)		
Baixo (n=227)	36,6 (83)	0,147
Médio (n=1243)	41,9 (521)	
Alto (n=148)	35,8 (53)	
Regularidade das visitas (n=1618)		
Nunca (n=709)	28,1 (199)	<0,001*
Uma vez por ano (n=723)	46,6 (337)	
Mais do que uma vez por ano (n=186)	65,1 (121)	

* Valor estatisticamente significativo

Discussão

A idade escolar representa um período muito influente na vida das crianças e a escola deve ser utilizada como um meio e ferramenta essencial para a promoção da saúde oral, nomeadamente na introdução precoce de comportamentos e hábitos que promovam a qualidade de vida e a prevenção de doenças.

No presente estudo procurou realizar-se a caracterização da aplicação das medidas de promoção da saúde oral preconizadas no PNPSO, mais concretamente na educação pré-escolar e, por sua vez, identificar os aspetos que influenciam a realização da escovagem nos jardins de infância.

Um dos aspetos relevantes deste estudo é ser constituído por uma amostra extensa (n=1618), sendo que, desta forma, foi possível obter a representação de todos os distritos do país. Por outro lado, é de salientar que a dimensão real da população-alvo é desconhecida, e a forma de distribuição do questionário não terá permitido atingir a totalidade da população-alvo. Outra das limitações deste estudo é a possibilidade de, dentro do mesmo jardim de infância, ter respondido ao questionário mais do que um educador, o que poderá levar a que as respostas acerca desse mesmo jardim de infância façam parte do estudo mais do que uma vez. Embora a amostra não seja representativa da população-alvo, o elevado número de participantes e a representação de todas as regiões do país permite obter informações úteis a partir dos resultados obtidos, sendo um contributo importante para a melhoria da promoção da saúde oral nos jardins de infância portugueses.

1. Caracterização da escovagem

Apenas 40,6% dos educadores referiram que a escovagem é realizada na sua sala, o que significa que em mais de metade das salas (59,4%) aquela não é efetuada, representando um número bastante elevado.

A principal razão apontada para a não realização da escovagem foi a falta de higiene com risco de transmissão de doenças por troca de escovas (67,8%). Assim sendo, as condições de armazenamento dos materiais utilizados durante a escovagem merecem especial atenção para que não haja contacto entre os materiais de cada uma das crianças. De forma a contornar este possível obstáculo, cada uma das crianças pode

possuir um estojo plástico, onde será possível guardar o seu copo, a escova de dentes e o dentífrico.⁽³⁸⁾ A escova de dentes nunca deve ser partilhada, pois é pessoal e intransmissível⁽³⁹⁾, conceito que deve ser reforçado junto das crianças. Depois da escovagem é importante passar a escova por água corrente e retirar os restos de dentífrico. Alguns autores recomendam o uso de copos e escovas de dentes descartáveis, para ajudar a controlar o risco de transmissão de doenças.⁽³⁸⁾

Caso o uso do estojo para cada criança não seja adotado, as escovas devem ser guardadas com as cerdas viradas para cima, num local arejado e abrigado do pó.⁽³⁹⁾ Se for preciso guardar muitas escovas no mesmo suporte, estas não devem tocar umas nas outras, podendo usar-se uma placa de esferovite ou uma prateleira com orifícios específicos para o armazenamento das mesmas, devendo estas estar devidamente identificadas. Recomenda-se escrever no cabo da escova o nome da criança com uma caneta de tinta resistente à água e também se devem identificar os dentífricos. Cada aluno deverá ter o seu próprio dentífrico e os copos, caso não sejam descartáveis.⁽²⁸⁾ Por outro lado, se o tubo de dentífrico for comum a todas as crianças, deve ser prevenida a contaminação, não o colocando diretamente na escova de cada criança, mas sim no guardanapo de cada um, por exemplo. A criança deve ser incentivada a cuspir o excesso de dentífrico para um guardanapo, para um copo descartável ou para o lavatório (caso existam condições para realizar a escovagem na casa-de-banho).⁽³⁹⁾ Os dentífricos e escovas devem estar fora do alcance das crianças, para evitar a troca ou ingestão acidental de dentífrico.

Existe ainda outra possibilidade, que é a utilização de escovas de dentes que têm uma tampa ou estojo com orifícios que as protegem. Caso se opte pela utilização destas escovas, não é necessário que fiquem na escola. Os alunos poderão colocá-la dentro da mochila juntamente com o tubo do dentífrico, e transportá-los diariamente para a escola.⁽²⁸⁾ Alguns dos jardins de infância optaram por esta possibilidade pois em resposta ao local de armazenamento do material foi referido isso mesmo.

De acordo com a opinião de profissionais de saúde e da DGS⁽²⁸⁾, uma das soluções para contornar esta problemática da transmissão de doenças poderá ser a realização de escovagem a seco.

Outras razões apontadas frequentemente para a não realização da escovagem foram as limitações de pessoal, limitações de espaço e ausência de local para guardar as

escovas entre as escovagens. Desta forma, a escovagem a seco poderá ser uma alternativa favorável tanto para evitar a transmissão de doenças, como para tentar ultrapassar as barreiras levantadas face ao local de escovagem e à falta de pessoal. A escovagem a seco permite ser realizada em qualquer local e não apenas na casa-de-banho, o que pode ser uma medida útil no caso das escolas referirem não ter instalações sanitárias adequadas para a realização da escovagem dos dentes. Este tipo de escovagem, podendo ser realizada na sala de aula, poderá ser também uma alternativa interessante para se ultrapassar a dificuldade referida por alguns dos educadores relativamente à falta de recursos humanos para a supervisão da escovagem dos dentes e até mesmo da falta de tempo. Sendo a escovagem a seco realizada ao mesmo tempo por todas as crianças, há uma redução significativa do tempo despendido nesta atividade, podendo ser também vantajosa neste sentido.⁽²⁸⁾

A escovagem dos dentes em ambiente escolar não necessita, assim, de infraestruturas adicionais, de materiais complexos ou de condições particulares para a sua realização. Esta atividade poderá ser realizada nas casas de banho dos jardins de infância, supervisionada para um adulto. Tal como já referido, quando não for possível adotar esta hipótese, poderá ser realizada a escovagem dentro da sala de aula, ou até no refeitório, com as crianças sentadas nos respetivos lugares. A escovagem a seco pode ser realizada com a entrega a cada criança de uma escova de dentes descartável ou não, um copo (igualmente descartável ou não) e um guardanapo. As crianças, supervisionadas e atendendo às instruções do adulto supervisor, colocam o dentífrico na escova e escovam os dentes. Após a escovagem, devem ser incentivados a cuspir o excesso do dentífrico para o copo e limpam a boca com o guardanapo, que depois podem colocar dentro do copo. Por fim, recolhem-se os copos e as escovas. Caso alguma das crianças tenha dificuldade em tolerar o excesso de pasta dos dentes na cavidade oral, pode colocar-se uma pequena porção de água no copo para que, no fim da escovagem, bocheche e só depois então cuspa para o copo.⁽³⁸⁾ Efetivamente a literatura indica que há vantagem em não bochechar com água após a escovagem, pois permite uma melhor atuação do flúor na prevenção da cárie⁽⁴⁰⁻⁴²⁾, podendo esta ser referida como mais uma vantagem desta técnica de escovagem a seco.

É de frisar que a escovagem dos dentes em ambiente escolar não acarreta perigos para a saúde das crianças e não há nenhum documento institucional que a desaconselhe, desde que existam condições para que a atividade aconteça de forma supervisionada.⁽⁴³⁾

Esta prática é recomendada pela DGS desde 1986 e é uma prática comum em grande parte dos países desenvolvidos.⁽⁴⁴⁾ Além dos ganhos em saúde, promove a motricidade, a autonomia, a responsabilidade, a criatividade, o autocuidado e o bem-estar.⁽⁴³⁾ Esta é, assim, a única estratégia de prevenção comunitária da cárie que aplica fluoreto e ao mesmo tempo desagrega a placa bacteriana e concomitantemente ajuda a implementar precocemente um comportamento saudável.

É de salientar que numa pequena parte dos jardins de infância (5,6%), a escovagem era feita, mas não por todas as crianças, e isto deve-se, maioritariamente, à falta de autorização por parte dos pais ou encarregados de educação.

Estudos demonstram que a efetividade dos programas relacionados com a promoção da saúde oral é influenciada pelo nível de escolaridade dos pais⁽⁴⁵⁾, pela perceção dos pais sobre a sua própria saúde oral^(46,47) e pelo contexto social das famílias.⁽⁴⁸⁾ Existe evidência da melhoria de comportamentos e redução da cárie dentária em intervenções com pais e crianças que visam a divulgação de conhecimentos de saúde oral⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ e a supervisão da escovagem em ambiente escolar.⁽⁵²⁻⁶⁰⁾ É desta forma que os pais ou encarregados de educação se tornam intervenientes fundamentais nos programas de promoção de saúde oral e parceiros ativos na programação de atividades. É crucial que seja dada continuidade ao programa de promoção de saúde oral em casa e não o descredibilizar pelas práticas domésticas.⁽²⁸⁾

Num estudo realizado em 2020⁽⁶¹⁾, 9,9% dos pais não autorizava a escovagem dos dentes na escola. As principais razões apontadas para a não autorização foram a partilha de escovas (42,9%) e a falta de higiene e segurança (32,6%). Além disto, também referiram que não era necessário, dado que a criança escovava em casa, e também a falta de supervisão. Os encarregados de educação com um nível de instrução mais alto foram aqueles que revelaram mais resistência à autorização da escovagem dos dentes em contexto escolar.

Deste modo, é essencial compreender as razões que levam os pais ou encarregados de educação a não autorizarem a realização da escovagem por parte dos seus filhos no jardim de infância, para que, posteriormente, se consiga o esclarecimento dos benefícios que esta prática poderá ter.

2. Caracterização das ações das equipas de saúde oral dos centros de saúde

Uma percentagem considerável dos jardins de infância (43,85%) nunca foi visitada pelas equipas de saúde oral. As equipas de saúde escolar têm um papel preponderante na implementação e cumprimento da escovagem no jardim de infância e de outras medidas preconizadas no PNPSO. Estas equipas devem executar e apoiar a realização de atividades de promoção da saúde oral em ambiente escolar, nomeadamente a formação dos profissionais de educação e dos pais/encarregados de educação em temas sobre saúde oral, bem como orientar a escovagem dos dentes⁽³⁷⁾, tanto na escola, como em ambiente familiar.

No jardim de infância, deve ser monitorizada a execução e a efetividade da escovagem dos dentes. A execução da escovagem pode ser monitorizada através de um registo diário num mapa de turma e a efetividade pode ser avaliada através da utilização do revelador de placa bacteriana e do cálculo do Índice de Placa Simplificado, realizado pelos profissionais de saúde.⁽⁶²⁾

Além disto, as equipas de saúde oral devem procurar soluções para as situações decorrentes da implementação do programa, como a sensibilização dos parceiros e a eliminação de obstáculos, não devendo esta importância dos técnicos de saúde ser subestimada, pois dela depende muito a eficácia do projecto.⁽²⁸⁾ Por estas razões, seria interessante compreender as razões que levaram a esta disparidade no que diz respeito à visita das equipas de saúde oral aos jardins de infância.

Um pouco mais de um terço dos inquiridos (37,3%) referiu que o encaminhamento das crianças para o médico de família em caso de queixas era feito “raramente” ou “nunca”. Para permitir um diagnóstico e consequente intervenção precoce, a observação da boca e dos dentes deve ser feita pela equipa de saúde, pelo médico de família ou pelo pediatra o mais atempadamente possível.⁽⁶³⁾ A estes profissionais compete reforçar as medidas de promoção da saúde oral e fazer o diagnóstico precoce de cárie dentária.⁽²⁸⁾ Esta observação também pode ser feita em contexto de saúde escolar.

Face a um diagnóstico ou a uma suspeita de doença oral, a criança deve ser encaminhada para o gestor do programa no centro de saúde. Se no centro de saúde estiver disponível um higienista oral, estomatologista ou médico dentista, deverá ser

realizada a avaliação do risco individual de cárie. Caso contrário, o gestor do programa encaminhará as crianças para os serviços de estomatologia dos hospitais distritais ou centrais, ou, caso tenham resposta, para um médico estomatologista ou médico dentista contratualizado. A partir do momento em que a criança apresenta um dente com uma lesão de cárie dentária, passarão a ser necessárias medidas preventivas e terapêuticas específicas.⁽²⁸⁾ Após o tratamento da lesão de cárie, essa criança deverá ser incluída num grupo que, do ponto de vista preventivo, exigirá maior atenção e acompanhamento.

A avaliação da criança deve, assim, ser feita a partir da conjugação de vários fatores de risco. A análise de risco da DGS⁽⁶⁴⁾ baseia-se em: exame objetivo da boca, antecedentes pessoais, conteúdo da dieta, frequência de ingestão de alimentos, controlo da placa bacteriana, utilização de fluoretos e motivação para a saúde oral. Esta avaliação do risco permite relacionar a cárie dentária com os seus determinantes e, ao mesmo tempo, mostrar uma estimativa da possibilidade real de evitar novas lesões de cárie e compreender a multifactorialidade da cárie dentária. Após esta avaliação, registam-se os valores (de 0 a 3, funcionando como quantificadores de risco) atribuídos a cada um dos 7 fatores de risco. Do somatório dos valores atribuídos resulta um valor total, que permite classificar a criança em baixo risco (até 5 pontos) ou alto risco (6 pontos ou mais). As crianças de alto risco de cárie dentária devem ter prioridade no encaminhamento para tratamento dentário e aplicação de medidas preventivas.

3. Caracterização das atividades relacionadas com a saúde oral

A quase totalidade dos educadores (92,3%) referiu que eram realizadas atividades com as crianças na sua sala acerca de temas de saúde oral, o que é um indicador bastante positivo de que compreendem a importância da instrução precoce e atempada dos seus alunos.

Por outro lado, 74,4% relatou desconhecimento do projeto SOBE+, verificando-se uma fraca adesão ao mesmo e também ao projeto SOBE – Escovar na Escola. É importante a divulgação destes projetos de promoção da saúde oral incluídos no PNPSO junto dos educadores, de modo a que se incentive a um maior aproveitamento dos materiais e atividades disponíveis e que podem ser tão benéficas para a melhoria da saúde oral das crianças em idade pré-escolar.

O reforço da intervenção na promoção e educação para a saúde oral tem sido uma constante, alicerçado numa parceria estabelecida em 2011 entre a DGS, o Plano Nacional de Leitura (PNL) e a Rede de Bibliotecas Escolares (RBE), de que resultou o projeto SOBE. Atualmente é denominado SOBE+ porque inclui, para além dos aspetos relacionados com a saúde oral, todos as outras áreas de literacia e educação para a saúde e bem-estar. A informação, o aumento do conhecimento da população sobre saúde e a adequação de comportamentos são componentes decisivos na melhoria sustentada da saúde oral.⁽³⁷⁾ No âmbito deste programa está prevista a distribuição de *kits* de higiene oral (SOBE – Escovar na Escola). Para tal, é necessário que a instituição escolar, em parceria com a unidade de saúde, apresente um projeto de promoção da saúde oral e preencha um formulário de candidatura, disponível no site do SOBE+.⁽³⁷⁾

4. Caracterização da alimentação das crianças no jardim de infância

No que diz respeito à alimentação das crianças, mais concretamente os alimentos que são distribuídos à hora do lanche, o leite simples, a fruta e o pão são os mais comuns. Mas, por outro lado, uma grande parte dos inquiridos relatou a distribuição de bolachas (59%), iogurtes açucarados (56,4%) ou leite açucarado/achocolatado (41,5%), alimentos que, por si só, não deveriam fazer parte da alimentação das crianças, pelo menos não frequentemente, dado que o consumo de alimentos açucarados está associado a uma maior prevalência de cárie dentária.⁽⁶⁵⁾

O Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) promove a modificação da oferta de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura), controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino. Este programa incentiva a maior disponibilidade de outros alimentos como a água, frutos ou hortícolas frescos, e promove uma ação articulada com a indústria alimentar e com o setor da restauração alimentar. Dada a importância da alimentação saudável para a promoção da saúde oral, mantêm-se as atividades conjuntas desenvolvidas pelo PNPSO e PNPAS já iniciadas no âmbito do Projeto SOBE.^(66,67) Consequentemente, o jardim de infância tem um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares das crianças através do que é transmitido dentro da sala de aula pelos conteúdos curriculares.⁽⁶⁸⁾ As crianças que consomem mais alimentos ricos em açúcar e gorduras, e nos intervalos optam predominantemente por doces e bebidas

açucaradas, têm suscetibilidade aumentada à cárie dentária.⁽²⁸⁾ Assim, nos intervalos das aulas, a oferta deverá possibilitar escolhas saudáveis e económicas, como leite, pão e fruta, em detrimento de refrigerantes e bolos.⁽²⁸⁾ As consequências da introdução de carboidratos fermentáveis na alimentação no aumento do risco de cárie são ainda mais significativas na ausência de uma exposição adequada a fluoretos.⁽⁶⁹⁾

5. Fatores associados à escovagem dos dentes nos jardins de infância

No presente estudo, procurou-se identificar quais os aspetos associados à implementação da escovagem nos jardins de infância. De sete variáveis analisadas, quatro revelaram estar associadas de uma forma estatisticamente significativa, nomeadamente, o distrito do jardim de infância ($p < 0,001$), o tempo de exercício da profissão pelo educador ($p = 0,004$), a formação do educador sobre temas de saúde oral ($p < 0,001$) e a regularidade das visitas das equipas de saúde oral ao jardim de infância ($p < 0,001$).

Encontraram-se grandes diferenças na implementação da escovagem nos jardins de infância entre os vários distritos onde os mesmos se localizam. Esta associação releva a importância das redes regionais de ensino e de cuidados de saúde primários nas políticas escolares e na implementação das medidas do PNPSO.

Nas salas dos educadores que tiveram formação em temas sobre saúde oral, durante ou após o término do seu percurso académico, a escovagem é realizada mais frequentemente do que aquelas em que os educadores não tiveram qualquer tipo de formação acerca do tema. Neste sentido, reconhece-se o papel dos educadores, que detêm uma intencionalidade educativa crucial para promover a aquisição e/ou mudança de conhecimentos, valores e atitudes das crianças.⁽⁷⁰⁾ Este papel ainda se encontra mais evidenciado na promoção da saúde, mais especificamente na higiene oral, de acordo com alguns estudos.⁽⁷¹⁾

Outros estudos⁽⁷²⁾ sugerem mesmo que os educadores, devido à sua importância, devem ser preparados para abordar a higiene oral, favorecendo a implementação de programas desta temática nas escolas. Os educadores deverão igualmente privilegiar a interação com os pais ou encarregados de educação, percebendo as suas formas de reação para agir em conformidade com as suas necessidades. Apesar disto, o apoio que

se requer por parte dos profissionais de educação nem sempre se verifica, dado que lhes exige mais trabalho e disponibilização de tempo.

Desta forma, os educadores criam alguma resistência e colocam obstáculos variados para impedir esta abordagem à higiene oral, nomeando alguns como a ausência de locais apropriados para a escovagem ou para o armazenamento dos materiais, o risco da transmissão de doenças com o possível contacto ou troca de escovas entre as crianças, possíveis dificuldades em promover a correta escovagem de todos e possibilidade de discriminação entre as crianças devido ao material de escovagem.⁽²⁸⁾

Frequentemente, existe uma disparidade de conhecimentos sobre a área da saúde oral entre os técnicos de educação e os de saúde. Para evitar conflitos, é importante que os técnicos de educação sejam parceiros em igualdade de circunstância e não sintam que têm um papel secundário no projeto, ou seja, que não se considerem meros executores de tarefas.⁽²⁸⁾ A eventual discrepância de conhecimentos sobre saúde oral pode ser compensada utilizando estratégias de trabalho em equipa, não assumindo os técnicos de saúde o papel de líderes do processo, nem de detentores da informação científica. As técnicas de trabalho em equipa implicam a partilha de tarefas e liderança, não assumindo o programa uma dimensão vertical e impositiva por parte da saúde.⁽²⁸⁾

Neste estudo, verificou-se que há uma maior proporção de jardins de infância que realizam a escovagem entre os que são visitados uma ou mais vezes por ano pelas equipas de saúde oral. Este resultado evidencia o papel destas equipas na implementação das medidas previstas no PNPSO.

Conclusões

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, conclui-se que:

- A escovagem dos dentes foi realizada em menos de metade das salas, sendo que os principais obstáculos apontados para a não realização da escovagem foram o perigo de transmissão de doenças, a falta de pessoal para controlar a atividade e a falta de um local adequado;
- Aproximadamente metade dos jardins de infância nunca foram visitados pelas equipas de saúde oral;
- Numa parte significativa dos jardins de infância, o encaminhamento para o médico de família em caso de queixas por parte das crianças foi feito “raramente” ou “nunca”;
- A grande maioria dos educadores referiu que realiza atividades com as crianças relacionadas com temas de saúde oral, mas, por outro lado, a maioria dos educadores desconhecia o projeto SOBE+;
- A maioria dos educadores relatou que as crianças têm acesso a alimentos saudáveis mas, contrariamente, também uma percentagem significativa indicou que dispõem de alimentos açucarados para distribuição e consumo nos lanches escolares;
- Existem grandes diferenças na implementação da escovagem dos dentes nos jardins de infância entre os vários distritos do país;
- A escovagem foi realizada mais frequentemente nas salas dos educadores com formação em temas sobre saúde oral;
- Os jardins de infância que recebiam a visita das equipas de saúde oral pelo menos uma vez por ano tinham uma percentagem de escovagem dos dentes significativamente superior aqueles que não recebiam a visita destas equipas.

É de conhecimento geral que é difícil quebrar rotinas, sendo que o PNPSO vai implicar mais trabalho para os educadores e disponibilização de tempo para os pais/encarregados de educação. A adoção pelos jardins de infância da escovagem dos dentes dos alunos pelo menos uma vez dia, como fator central deste programa, vai, possivelmente, encontrar algumas resistências por parte dos educadores de infância e das próprias instituições, que importa ir resolvendo de forma progressiva e de acordo com as dificuldades reais encontradas. Estas dificuldades podem estar relacionadas com

a deficiência de instalações ou outras, mas estará com frequência relacionada com aspetos psicossociais de resistência à mudança de rotinas instaladas, por vezes há vários anos.

Se não for possível sensibilizar os educadores para a importância da escovagem, e for feita apenas uma contra-argumentação com dados e conhecimento científico, estes profissionais de educação facilmente irão encontrar outros argumentos ou levantar outras barreiras. É preciso compreender que o que está em causa não são as dificuldades objetivas, mas outro tipo de razões, mais ou menos subjetivas, relacionadas com as condições locais e de contexto, como por exemplo, o facto de alguns educadores considerarem que não é da sua competência promover a escovagem dos dentes dos seus alunos. A interação pais-educadores pode, deste modo, potenciar grandemente o programa. É importante também transmitir que, em muitas realidades, a escola pode efetivamente ser o principal promotor da saúde oral e levar a uma efetiva diminuição das desigualdades.

Assim sendo, a saúde oral nos jardins de infância, apesar de se encontrar fortemente referenciada e aconselhada no PNPSO, é ainda uma área controversa, na qual se discutem opiniões divergentes provenientes de diferentes intervenientes.

Referências bibliográficas

1. Patel R. The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe; 2012;
2. Gonçalves FS. Prevalência, incidência e impacto das doenças orais na qualidade de vida em Portugal e Grécia 2005/2016. Instituto Universitário Egas Moniz; 2018;
3. Petersen P. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization: Geneva; 2003;
4. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005 Sep;83(9):661-9. Epub 2005 Sep 30;
5. Dawani N, Nisar N, Khan N, Syed S, Tanweer N. Prevalence and factors related to dental caries among pre-school children of Saddar town, Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2012;12:49;
6. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. Lancet 2007, 369(9555):51–59;
7. Alkarimi HA, Watt RG, Pikhart H, Jawadi AH, Sheiham A, Tsakos G. Impact of treating dental caries on schoolchildren's anthropometric, dental, satisfaction and appetite outcomes: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2012 Aug 29;12:706;
8. Brook I. Brain abscess in children: microbiology and management. J. Child Neurol 1995, 10(4):283–288;
9. World Health Organization. Oral health promotion: an essential element of a health-promoting school. Geneva: WHO; 2003;
10. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Healthpromoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bull World Health Organ. 2005;83:677-85;
11. Shirzad M, Taghdisi MH, Dehdari T, Abolghasemi J. Oral health education program among pre-school children: an application of health-promoting schools approach. Health Promot Perspect. 2016 Aug 10;6(3):164-70;
12. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Fluoride toothpaste use for young children. J Am Dent Assoc 2014;145(2):190–1;

13. Lewis CW. Fluoride and dental caries prevention in children. *Pediatr Rev* 2014; 35(1):3–15;
14. Damle SG, Bectorn A, Damle D, Kaur S. Effect of dentifrices on their remineralizing potential in artificial carious lesions: An in situ study. *Dent Res J (Isfahan)*. 2016, 13(1), 74-79;
15. Greenshields S. Oral health care in children. *Br J Nurs*. 2019 Aug 8;28(15):980-981;
16. Agouropoulos A, Twetman S, Pandis N, Kavvadia K, Papagiannoulis L. Caries-preventive effectiveness of fluoride varnish as adjunct to oral health promotion and supervised tooth brushing in preschool children: a double-blind randomized controlled trial. *J Dent*. 2014 Oct;42(10):1277-83;
17. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003: CD002278;
18. Twetman S. Caries prevention with fluoride toothpaste in children: an update. *European Archives of Paediatric Dentistry* 2009;10:162–7;
19. Wong MC, Clarkson J, Glenny AM, Lo EC, Marinho VC, Tsang BW. Cochrane reviews on the benefits/risks of fluoride toothpastes. *Journal of Dental Research* 2011;90:573–9;
20. Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children: Associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods: Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res*. 1999;33:101–13;
21. Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Kallestal C, Lagerlof F. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica* 2003;61:347–55;
22. Honkala E, Nyyssönen V, Knuutila M, Markkanen H. Effectiveness of children's habitual toothbrushing. *J Clin Periodontol*. 1986;13:81–5;
23. Rodrigues AP, Matias F, Ferreira MM. Escovagem de dentes em ambiente escolar e redução do índice de placa bacteriana: avaliação da efetividade de um projeto de saúde oral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016; 34(3), 244–249;

24. Carvalho DM, Salazar M, Oliveira BH, Coutinho ES. Fluoride varnishes and decrease in caries incidence in preschool children: a systematic review. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2010;13:139–49;
25. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013:CD002279;
26. Chou R, Cantor A, Zakher B, Mitchell JP, Pappas M. Preventing dental caries in children <5 years: systematic review updating USPSTF recommendation. *Pediatrics* 2013;132:332–50;
27. Simões J, Augusto GF, do Céu A, Ferreira MC, Jordão M, Calado R, Fronteira I. Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. *Health Policy*. 2018 Aug;122(8):803-807;
28. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Despacho Ministerial nº 153/2005 (2ª série). *Diário da República* nº 3; 5 de Janeiro de 2005;
29. Direção-Geral da Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (resultados). Lisboa (Portugal). 2015;
30. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. *Community Dental Health*. 2017; 34, 107-111;
31. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Plano B. Nº 007/2011, 25 Mar 2011;
32. WHO, World Health Organization. *Oral Health Surveys: Basic Methods*, 5th edn. Geneva: WHO; 2013;
33. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*. 2008; 58, 115-121;
34. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. *Community Dental Health*. 2017; 34, 107–111;
35. Direcção-Geral de Saúde. *Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada*. Lisboa: DGS; 2000;
36. WHO. *Health 21 - Health for all in the 21st century: 'Target 8 – Reducing noncommunicable diseases'*. Copenhagen: WHO, 1999;

37. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa, 2019;
38. Esteves I. Saúde e higiene oral em Jardins-de-Infância: um benefício ou um risco? [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho (Portugal). 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/14712>;
39. DGS – Direção-Geral de Saúde. Projeto SOBE+ (Saúde Oral Bibliotecas Escolares). Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: www.sobe.pt;
40. Duckworth RM, Knoop DT, Stephen KW. Effect of mouthrinsing after toothbrushing with a fluoride dentifrice on human salivary fluoride levels. *Caries Res.* 1991;25(4):287-91;
41. Parnell C, O'Mullane D. After-brush rinsing protocols, frequency of toothpaste use: fluoride and other active ingredients. *Monogr Oral Sci.* 2013;23:140-53;
42. Chestnutt IG, Schafer F, Jacobson AP, Stephen KW. The influence of toothbrushing frequency and post-brushing rinsing on caries experience in a caries clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26(6):406-11;
43. Esteves I, Anastácio Z. Saúde oral no Jardim-de-Infância: um projeto de investigação-ação. [Artigo em ata de conferência]. CIFPEC – Instituto de Educação – Universidade do Minho, Braga. 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/11213>;
44. Jürgensen N, Petersen PE. Promoting oral health of children through schools – Results from a WHO global survey 2012. *Community Dental Health* (2013) 30, 204–218;
45. Tomita NE, Fagote BF. Programa educativo em saúde bucal para pacientes especiais. *Odontol Sociedade* 1999; 1(1/2): 45-50;
46. Passalacqua A, Reeves AO, Newton T, Hughes R, Dunne S, Donaldson N. An assessment of oral health promotion programmes in the United Kingdom. *Eur J Dent Educ* 2012 Feb; 16 (1): e19-26;
47. Lapresa LB, Barbero BS, Arizaleta LH. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en Espana. *An Pediatr (Barc)* 2012 Mar; 76 (3): 140-7;
48. Amalia R, Schaub RM, Widyanti N, Stewart R, Groothoff JW. The role of school-based dental programme on dental caries experience in Yogyakarta Province, Indonesia. *Int J Paediatr Dent* 2012 May; 22 (3): 203-10;

49. Wennhall I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area. *Int J Paediatr Dent* 2008 Mar; 18 (2): 84-90;
50. Davies GM, Duxbury JT, Boothman NJ, Davies RM, Blinkhorn AS. A staged intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. *Community Dent Health* 2005 Jun; 22 (2): 118-22;
51. Pine CM, McGoldrick PM, Burnside G, Curnow MM, Chesters RK, Nicholson J, et al. An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *Int Dent J* 2000; Suppl Creating A Successful: 312-23;
52. Jackson RJ, Newman HN, Smart GJ, Stokes E, Hogan JJ, Brown C. The effects of a supervised toothbrushing programme on the caries increment of primary school children, initially aged 5-6 years. *Caries Res* 2005 Mar-Apr; 39 (2):108-15;
53. Curnow MM, Pine CM, Burnside G, Nicholson JA, Chesters RK, Huntington E. A randomised controlled trial of the efficacy of supervised toothbrushing in high-caries-risk children. *Caries Res* 2002 Jul-Aug; 36 (4): 294-300;
54. Rong WS, Bian JY, Wang WJ, Wang JD. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003 Dec; 31(6): 412-6;
55. Al-Jundi SH, Hammad M, Alwaeli H. The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4-year study. *Int J Dent Hyg* 2006 Feb; 4 (1): 30-4;
56. Andruskeviciene V, Milciuviene S, Bendoraitiene E, Saldunaite K, Vasiliauskiene I, Slabsinskiene E. Oral health status and effectiveness of caries prevention programme in kindergartens in Kaunas city (Lithuania). *Oral Health Prev Dent* 2008; 6(4): 343-8;
57. Moorhead JE, Conti AJ, Marks RG, Cancro LP. The effect of supervised brushing on caries inhibition in school age children. *J Clin Dent* 1991; 2(4):97-102;
58. Hölttä P, Alaluusua S. Effect of supervised use of a fluoride toothpaste on caries incidence in pre-school children. *Int J Paediatr* 1992 Dec; 2 (3): 145-9;

59. Kerebel LM, Le Cabellec MT, Daculsi G, Kerebel B. Report on caries reduction in French schoolchildren 3 years after the introduction of a preventive program. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985 Aug; 13 (4): 201-4;
60. Milgrom P, Tut OK. Evaluation of Pacific Islands Early Childhood Caries Prevention Project: Republic of the Marshall Islands. *J Public Health Dent* 2009 Summer; 69 (3): 201-3;
61. Ferreira D. Caracterização da Escovagem dos Dentes na População Pré-Escolar. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. 2020;
62. Canadian Paediatric Society, Nutrition Committee. The use of fluoride in infants and children. *Paediatrics Child Health* 2002; 7(8):569-72 (Revised February 2003);
63. Limeback H. Introduction to the conference. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 27-30;
64. Direção Geral de Saúde. PNPSO. Avaliação do Risco em Saúde Oral. Nº: 09/DSE. 19 de Julho de 2006;
65. Hong J, Whelton H, Douglas G, Kang J. Consumption frequency of added sugars and UK children's dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018 Oct;46(5):457-464;
66. Saúde Oral e Alimentação. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. SOBE. 2014 Disponível em: www.sobe.pt;
67. Cartaz Saúde Oral e Alimentação. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. 2015. Disponível em: www.alimentacaosaudavel.dgs.pt;
68. Bratthall D, Hansel PG, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci* 1996; 104:412-22;
69. Heller KE, Burt BA, Eklund SA. Sugared soda consumption and dental caries in the United States. *J Dent Res*. 2001 Oct;80(10):1949-53;
70. ME – Ministério da Educação. Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar. Lisboa: Ministério da Educação; 1997;
71. Júnior MM, Mialhe FL. A Importância da Professora na Promoção de saúde Bucal dos Escolares. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2008; 20 (1), 19-22;

72. Conrado CA, Maciel SM, Oliveira MR. A School-Based Oral Health Educational Program: The Experience of Maringá – PR, Brazil. *Journal of Applied Oral Science* 2004, volume 12, n.º1.

Apêndices

Apêndice I – Questionário do estudo

“Caracterização das medidas de Promoção da Saúde Oral aplicadas na Educação Pré-Escolar”

O presente questionário faz parte de um projeto de Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD), a decorrer na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL). Tem o propósito de caracterizar as medidas de Promoção da Saúde Oral nos jardins de infância. Este destina-se a todos os educadores dos jardins de infância do país (crianças entre os 3 e os 5 anos).

A sua participação, voluntária e anónima, é muito importante para este estudo. O jardim de infância ou escola a que pertence não são identificados. Os dados obtidos serão tratados estatisticamente e destinam-se exclusivamente a fins científicos.

Para participar no estudo apenas precisa de preencher este questionário, que demora cerca de 5 minutos a preencher. Se já respondeu a este questionário, por favor não responda de novo.

Por favor, responda com sinceridade a todas as questões.

Obrigada pela sua colaboração,

Alícia Prazeres Figueira da Silva, estudante do 5º ano do MIMD da FMDUL.

- Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo “Caracterização das medidas de Promoção da Saúde Oral aplicadas na Educação Pré-Escolar”, declaro que tenho mais de 18 anos e que aceito participar nesta investigação:
 - Aceito participar
 - Não aceito participar

Secção 2

- É educador de infância a lecionar num jardim de infância de Portugal?
 - Sim
 - Não

Secção 3

- Localização da escola - selecione o distrito a que pertence:
 - Aveiro

- Beja
 - Braga
 - Bragança
 - Castelo Branco
 - Coimbra
 - Évora
 - Faro
 - Guarda
 - Leiria
 - Lisboa
 - Portalegre
 - Porto
 - Santarém
 - Setúbal
 - Viana do Castelo
 - Vila Real
 - Viseu
 - Região Autónoma dos Açores
 - Região Autónoma da Madeira
- Tipo de escola:
 - Pública
 - IPSS
 - Privada

 - Indique a sua idade.

 - Há quanto tempo exerce a sua profissão de educador de infância? Indique a resposta em anos.

 - Teve alguma formação sobre temas de saúde oral?
 - Sim, durante o meu percurso académico
 - Sim, após o término do meu percurso académico
 - Nunca tive formação sobre o tema

 - Que idade têm as crianças da sua sala do jardim de infância?
 - Menos de 3 anos
 - Entre os 3 e os 5 anos

 - Quantas crianças tem na sua sala do jardim de infância?

- Considera que a população que frequenta o jardim de infância onde trabalha tem, de um modo geral, um nível sócio-económico:
 - Baixo
 - Médio
 - Alto

- Em condições normais, antes da pandemia COVID-19, as crianças da sua sala faziam a escovagem diária dos dentes no jardim de infância?
 - Sim
 - Não

Secção 4

- A escovagem era feita por todas as crianças?
 - Sim, por todas as crianças
 - Não, só algumas crianças

Secção 5

- Onde é que a escovagem era realizada?
 - Casa-de-banho
 - Refeitório
 - Sala-de-aula
 - Outra sala
 - Outra opção...

- Quem é que fornecia as escovas?
 - Escola/Agrupamento
 - Pais/Encarregados de Educação
 - Centro de Saúde
 - Município
 - Junta de Freguesia
 - Paróquia
 - Empresa da região
 - Projeto SOBE
 - Outra opção...

- Quem é que fornecia a pasta?
 - Escola/Agrupamento
 - Pais/Encarregados de Educação
 - Centro de Saúde
 - Município
 - Junta de Freguesia

- Paróquia
 - Empresa da região
 - Projeto SOBE
 - Outra opção...
- Entre as utilizações, onde eram armazenadas as escovas de dentes?
 - Escola
 - A criança levava para casa
- Na sua sala, a escovagem diária dos dentes mantém-se durante a pandemia Covid-19?
 - Sim
 - Não

Secção 6

- Quantas crianças da sala realizavam a escovagem?

- Por que razão só algumas das crianças da sala realizavam a escovagem?
 - Os Pais/Encarregados de Educação não autorizavam
 - Só as crianças com aparente presença de cárie é que realizavam

Secção 7

- Por que razão a escovagem não era realizada? Selecione uma ou mais opções.
 - Não existe espaço adequado (casas-de-banho com as condições necessárias)
 - Há falta de pessoal para controlar o período de escovagem
 - Não há tempo para realizar a escovagem
 - Não há condições para guardar as escovas
 - Os Pais/Encarregados de Educação não autorizam
 - É pouco higiénico devido à possibilidade de troca das escovas
 - Não há condições económicas para adquirir os produtos necessários
 - Outra opção...

Secção 8

- Com que regularidade as equipas de saúde oral do Centro de Saúde visitam o jardim de infância?
 - Nunca
 - Uma vez por ano
 - Mais do que uma vez por ano

Secção 9

- Que tipo de ações as equipas de saúde oral do Centro de Saúde fazem no jardim de infância? Selecione Sim ou Não em cada opção.
 - Educação para a saúde
 - Ensino da escovagem/apoio à escovagem
 - Rastreamentos de cárie dentária
 - Distribuição de comprimidos de flúor
 - Aplicação de vernizes de flúor

Secção 10

- Há encaminhamento/referência para o Médico de Família se a criança se queixa dos dentes ou se é aparente a presença de cárie?
 - Sim, sempre
 - Na maioria das vezes
 - Raramente
 - Nunca

- Na sua sala são feitas atividades com as crianças relativamente a temas da saúde oral?
 - Sim
 - Não

- Estão disponíveis na biblioteca livros, vídeos, jogos, etc sobre saúde oral?
 - Sim
 - Não

- Conhece o projeto SOBE+ (Saúde Oral Bibliotecas Escolares)?
 - Sim
 - Não

- O jardim de infância aderiu ao projeto SOBE+ (Saúde Oral Bibliotecas Escolares)?
 - Sim
 - Não
 - Não sei

- O jardim de infância já alguma vez aderiu ao projeto Escovar na Escola da Direção Geral da Saúde?
 - Sim
 - Não
 - Não sei

- Relativamente à alimentação das crianças que frequentam o jardim de infância, que tipo de alimentos são distribuídos nos lanches da manhã e da tarde? Seleccione Sim ou Não em cada opção.
 - Leite simples
 - Leite açucarado/achocolatado
 - Iogurtes naturais
 - Iogurtes açucarados
 - Pão
 - Bolachas
 - Bolos
 - Fruta

Terminou o questionário.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Apêndice II – Aprovação da Comissão de Ética da FMDUL



Comissão de Ética

Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), em reunião de 28 de janeiro de 2021, apreciou o seguinte pedido de parecer:

Código	Título do Estudo
202115	"Caracterização das medidas de promoção da saúde oral aplicadas ao ensino pré-escolar"
Âmbito	Mestrado Integrado de Medicina Dentária
Investigador principal / Estudante	Alicia Prazeres Figueira da Silva
Pertinência do estudo e da sua conceção	Adequados
Benefícios e riscos previsíveis	Avaliação favorável
Avaliação do protocolo	Positiva
Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa	Adequados
Condições materiais e humanas necessárias	Adequadas
Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes	Não se aplica
Modalidades de recrutamento dos participantes	Adequadas
Conflito de interesses do promotor ou do investigador	Não referidas
Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo	Não se aplica
Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes	Adequado

A CE-FMDUL deliberou e decidiu emitir **parecer favorável**.

Lisboa, 9 de fevereiro de 2021.

O presidente

Assinado por : JOÃO MANUEL DE AQUINO
 MANQUES
 Num. de identificação: 8050316354
 Data: 2021.02.09 18:39:08+0000'

