

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**CRENÇAS, CONHECIMENTOS E ATITUDES DE CRIANÇAS
PRÉ-ESCOLARES ACERCA DA SAÚDE ORAL**

Rita Sofia Louro Ferreira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde
e da Doença**

2012

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**CRENÇAS, CONHECIMENTOS E ATITUDES DE CRIANÇAS
PRÉ-ESCOLARES ACERCA DA SAÚDE ORAL**

Rita Sofia Louro Ferreira

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros e
Dr.ª Ana Rita Goes**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde
e da Doença**

2012

Agradecimentos

À Dr.^a Ana Rita Goes, à Prof. Dr.^a Luísa Barros e à sDr.^a Sónia Mendes pelo apoio na elaboração do trabalho.

Aos meus pais, que, longe ou perto estão sempre prontos a dar apoio e confiança.

À Susana, à Cátia J., à Daniela M. e à Mónica A., pela amizade e pelas críticas construtivas.

Agradeço especialmente ao Miguel e à Joana, pelo interesse e amizade.

Resumo:

O presente estudo pretende descrever os conhecimentos, crenças, comportamentos e atitudes de crianças em idade pré-escolar em relação à sua saúde oral, nomeadamente em relação à alimentação, à escovagem e à importância da saúde oral. Participaram no estudo 36 crianças com idades entre os 3 e o 6 anos, que responderam a uma entrevista apoiada pela técnica *drawandtell*, por tarefas lúdicas, escalas subjectivas e associação de ideias. As crianças apontaram a escovagem dos dentes, e o consumo de alimentos como os principais factores que contribuem para a saúde oral, e efeitos na saúde como as principais consequências de não os levar a cabo. As crianças tiveram também facilidade em classificar alimentos saudáveis, mas dificuldades em classificar bebidas açucaradas como não-saudáveis. A maioria das crianças escova os dentes na frequência e alturas recomendadas, e indicam sentimentos positivos em relação à escovagem. A indicação de sentimentos positivos em relação à escovagem mostrou-se positiva e significativamente associada com uma elevada frequência de escovagem, e escovagem nas alturas e frequência recomendadas. Estes resultados apoiam a necessidade de os programas de promoção de saúde oral infantil incluírem informação mais completa acerca de bebidas açucaradas como os sumos de fruta de forma a promoverem o desenvolvimento de crenças mais adequadas acerca da sua influência na saúde oral, e de incluírem estratégias com as quais os pais motivem as crianças para diminuir o adiamento da escovagem por parte destas.

Palavras – Chave: Crenças, Conhecimentos, Atitudes, Crianças pré-escolares, Saúde Oral

Abstract:

The present study aims to describe the knowledge, beliefs, behaviors and attitudes of pre-school children regarding their oral health, particularly in relation to food, toothbrushing and the importance of oral health. 36 children aged between 3 and 6 years answered to an interview supported by the draw and write technique, recreational tasks, subjective scales and ideas association. Children pointed toothbrushing and food consumption as the main factors that contribute to oral health and health effects as the main consequences of failing to pursue them. The children had little difficulty in classifying healthy foods, but difficulties in classifying sugary drinks as unhealthy. Most children brush their teeth at the recommended time and frequency, and indicate positive feelings regarding toothbrushing. The indication of positive feelings regarding toothbrushing was positive and significantly associated with high brushing frequency, and brushing at the recommended time and frequency. These findings support the need for child oral health promotion programs to include more complete information regarding sugary drinks such as fruit juices, in order to promote the development of more appropriate beliefs about their influence over oral health, and the need to include strategies with which the parents could motivate children to decrease the postponement of brushing by them.

Keywords: beliefs, knowledge, attitudes, pre-school children, oral health

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Porquê Estudar os Conhecimentos Infantis de Saúde Oral?.....	8
1.2. A Cárie Precoce e os Seus Determinantes.....	8
1.2.1. Determinantes etiopatogénicos da cárie precoce.....	9
1.2.2. Factores comportamentais e psicossociais.....	9
1.3. Papel dos Conhecimentos, Crenças e Atitudes.....	10
1.3.1. Estudos dirigidos aos pais e educadores.....	11
1.3.2. Estudos dirigidos a crianças em idade escolar e adolescentes.....	13
1.4. Importância dos Conhecimentos, Crenças e Atitudes da Criança Pequena	
1.4.1. Conhecimentos e competências da criança.....	14
1.4.2. Programas de promoção da saúde oral dirigidos à criança pequena.	15
1.5. Metodologias de Recolha de Dados Utilizadas com Crianças.....	19
1.5.1. Questionários.....	19
1.5.2. Escalas.....	20
1.5.3. Tarefas lúdicas.....	20
1.5.4. Drawandwrite/tell.....	20
1.5.5. Grupos focais.....	21
1.5.6. A entrevista.....	22
1.6. Objectivos	
1.6.1. Objectivo Geral.....	23
1.6.2. Objectivos Específicos	
1.6.2.1. <i>Objectivo 1</i>	23
1.6.2.2. <i>Objectivo 2</i>	23
1.6.2.3. <i>Objectivo 3</i>	23
1.6.2.4. <i>Objectivo 4</i>	23
1.6.2.5. <i>Objectivo 5</i>	23
1.6.2.6. <i>Objectivo 6</i>	23

2. METODOLOGIA

2.1. Participantes.....	24
2.2. Medidas.....	24
2.2.1. Entrevista.....	24
2.2.2. Actividade draw-and-tell.....	25
2.2.3. Escalas Subjectivas.....	25
2.2.4. Outras tarefas lúdicas	
2.2.4.1. <i>Classificação dos alimentos</i>	26

2.2.4.2.	<i>Organização das rotinas</i>	26
2.2.4.3.	<i>Associação de ideias</i>	26
2.3.	Procedimentos de Recolha de Dados.....	28
2.4.	Procedimentos de Análise de Dados.....	29
2.4.1.	Análise de conteúdo.....	29
2.4.2.	Estatística descritiva.....	29
3.	RESULTADOS	
3.1.	Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Promoção da Saúde Oral.....	32
3.2.	Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Alimentação.....	34
3.3.	Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Escovagem.....	47
3.4.	Associação entre afirmar escovar de manhã e ter escovado no dia em questão.....	40
3.5.	Associação entre os Conhecimentos e os Comportamentos que Influenciam a Saúde Oral.....	40
3.6.	Associação entre a Supervisão Parental e os Comportamentos de Escovagem.....	42
3.7.	Associação entre as Atitudes da Criança face à Saúde Oral e Comportamentos.....	42
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
4.1.	Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Importância da Saúde Oral.....	44
4.2.	Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Alimentação.....	45
4.3.	Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Escovagem.....	46
4.4.	Associações Entre os Conhecimentos, Supervisão, Atitudes e Comportamentos.....	47
5.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	48
6.	INVESTIGAÇÃO FUTURA	49
7.	IMPLICAÇÕES CLÍNICAS	49

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo A – Folha de Consentimento Informado

1. Enquadramento Teórico

1.1. Porquê Estudar os Conhecimentos Infantis de Saúde Oral?

A cárie precoce é um conceito relativamente recente para um problema antigo e define-se como a “presença de um ou mais dentes com cáries, superfícies cavitadas, perda de dentes devido a lesões provocadas por cáries, ou dentes decíduos restaurados numa criança com 71 meses de idade ou menos” (AmericanAcademyofPediatricDentistry, 2011).

A cárie é uma das doenças crónicas mais comuns na infância e das que potencialmente podem trazer encargos e problemas de saúde acrescidos se não forem convenientemente tratadas. Apesar do aumento nos últimos anos das medidas preventivas e da sua qualidade, ainda existe um número muito elevado de crianças de idade inferior a 6 anos com cáries (US DepartmentofHealthandHumanServices, 2000).

Portugal é dos países com uma menor prevalência da cárie precoce na infância (CPI), e em que ela diminuiu de forma considerável. Apesar disso só cerca de metade das crianças estão livres de cáries aos 6 anos (51%) e escovam os dentes duas vezes por dia com uma pasta fluoretada (50%). Embora o índice de cárie dentária (CPOD) seja mais elevado nas crianças mais velhas para a dentição definitiva, as crianças de 6 anos apresentam uma elevada percentagem de dentes temporários por tratar (88%), com menor prevalência nas regiões do Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve (Direcção Geral de Saúde, 2008).

Em crianças provenientes de jardins-de-infância de uma zona economicamente desfavorecida, Mendes e colaboradores (2009) apesar de terem detectado uma prevalência de cárie semelhante (48.1%), detectaram um índice de CPOD em crianças até 6 anos de 2.11, muito acima dos 0.07 apresentados pelo Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Oraís.

1.2. A Cárie Precoce e os Seus Determinantes

Torna-se importante prevenir a cárie precoce porque, quando não tratada, esta tem demonstrado estar associada a um aumento do número de lesões provocadas por cáries (O’Sullivan & Tinanoff, 1996), a outros problemas de saúde como um desenvolvimento insuficiente do peso e da altura (Ayhanet al., 1996) e ainda a uma

fraca percepção de qualidade de vida dentária da criança, quer vista por ela própria quer pelos pais, quando comparada com crianças livres de cárie precoce (Filstrup et al., 2003).

1.2.1. Determinantes etiopatogénicos da cárie precoce. O *Streptococcus mutans* é um agente bacteriológico transmissível de boca em boca que sobrevive em colónias na superfície da cavidade bucal, e que geralmente começa a estar presente após a erupção dentária devido a uma maior facilidade de proliferação na superfície dos dentes. Na criança com menos de 5 anos de idade ele é maioritariamente transmitido pela mãe, ou por outras crianças do infantário. Após esta idade ele é geralmente transmitido por outros membros do agregado familiar.

Quanto mais cedo esta bactéria começa a criar colónias nos dentes, maior é o risco para o desenvolvimento de cárie precoce infantil e para outras cáries futuras, uma vez que constitui cerca de 30% da superfície da placa em crianças com cárie precoce, e menos de 1% em crianças livres de cárie (Berkowitz, 2003). Khöler e colaboradores (1988) identificaram que a grande maioria de crianças contaminadas com esta bactéria aos 2 anos, tinham desenvolvido cáries aos 4 anos de idade.

Na infância ainda não existe um sistema sólido de defesa em relação aos agentes exteriores (quer no que se refere ao sistema imunitário, quer no que se refere às competências da criança para identificar e lidar com agentes potencialmente ameaçadores) e além disso, os dentes ainda não estão completamente formados, o que traz vulnerabilidades acrescidas para essa população face as cáries dentárias (Seow, 1998).

1.2.2. Factores comportamentais e psicossociais. Uma revisão sistemática da literatura (Harriset al., 2004) identificou vários outros factores como determinantes na cárie precoce da criança. Um desses factores é uma higiene oral irregular, sem supervisão parental e com uma frequência de escovagem de uma ou menos vezes por dia. Um início da escovagem dos dentes posterior aos dois anos de idade também se encontra relacionado com uma maior prevalência de cáries em crianças de idade pré-escolar (Creedon&O’Mullane, 2001).

Os hábitos alimentares da criança pequena também podem facilitar o aparecimento da cárie precoce, nomeadamente o uso do biberão para além da idade e função adequada ou o consumo frequente de bebidas e alimentos açucarados,

especialmente entre as refeições (Areias et al., 2010; Harris et al., 2004). Bons hábitos alimentares também têm sido relacionados com uma menor taxa de CPI, nomeadamente o consumo diário de frutas e vegetais e o consumo regular e diário do pequeno-almoço (Dye et al., 2004).

Os hábitos parentais também influenciam os hábitos das crianças. Um estudo com pais e crianças de 11 e 12 anos (Poutanen et al., 2007) encontrou uma forte associação entre uma baixa saúde oral dos pais e comportamentos de higiene oral insuficientes nos pais e a presença de cáries iniciais nas crianças (lesões no esmalte que prenunciam o aparecimento de cáries), afectando mais fortemente as raparigas do que os rapazes.

Num estudo com mães e crianças entre os 5 anos e ½ e os 8 anos e ½, (Longobottom, Wrieden & Pine, 2002), verificou-se que o consumo de chocolates, batatas fritas de pacotes e outros *snacks* por parte das crianças estava positivamente relacionado com o consumo desses alimentos por parte das mães, sendo que em relação a alguns dos alimentos cariogénicos o índice de consumo era superior nas crianças.

O nível socioeconómico reduzido da família e baixos níveis de educação parental também se encontram fortemente associados com a cárie precoce e mostram-se mais influentes do que a ausência de escovagem para a incidência da cárie precoce (Gibson e Williams, 1999).

Os pais têm influência nas atitudes infantis menos positivas face à saúde oral, uma vez que existem evidências de que tanto os hábitos de escovagem da criança como a saúde oral são fortemente influenciados pelos cuidados de saúde orais dos pais e pelo seu nível de saúde periodontal (Okada et al., 2002; Okada et al., 2008; Rossow, 1994).

1.3. Papel dos Conhecimentos, Crenças e Atitudes

O estudo dos conhecimentos, crenças e atitudes sobre a saúde oral infantil tem sido abordado sob várias perspectivas. Um segmento dos estudos existentes foca-se na influência que os conhecimentos, crenças parentais e atitudes têm sobre a saúde oral dos filhos, desde antes do seu nascimento até à sua adolescência. Outro segmento dos estudos foca-se mais directamente sobre a influência das crenças, atitudes e especialmente sobre os conhecimentos das crianças acerca da sua saúde oral.

1.3.1. Estudos dirigidos aos pais e educadores.

Parte dos estudos dirigidos aos pais ou outros educadores centra-se no contributo dos conhecimentos, crenças e atitudes parentais para a saúde oral infantil, uma vez que estes têm sido consistentemente identificados como factores de influência sobre os conhecimentos, crenças e atitudes dos filhos.

Os conhecimentos dos pais (e consequentemente da criança) acerca da importância de uma boa higiene oral têm sido indirectamente relacionados com as cáries precoces e uma higiene oral mais pobre (Harriset al., 2004).

Um estudo em comunidades educacionalmente desfavorecidas (Schrothet al., 2007) detectou uma associação entre conhecimentos parentais insuficientes e os factores que influenciam o aparecimento da cárie precoce, a crença de que as cáries não afectam a saúde da criança e maiores taxas de cárie precoce nos seus filhos de idade pré-escolar. Por seu lado, os pais com conhecimentos correctos sobre a importância da dentição decídua e da influência da cárie precoce na saúde das crianças, tinham filhos com menor índice de cárie precoce.

Dorri e colaboradores (2010) encontraram uma associação positiva entre os níveis de educação e conhecimentos dos pais e os comportamentos de saúde oral dos seus filhos, assim como indicadores de que os comportamentos de saúde geral e a escovagem dos dentes estavam significativamente associados.

Pine, Adair e colaboradores (2004a) identificaram um factor de Auto-Eficácia Parental para a Escovagem¹, que predizia se as crianças se encontravam livres de cáries. Quanto mais reduzida fosse a percepção de auto-eficácia dos pais para controlar a escovagem dos filhos, maior seria a probabilidade de estes terem desenvolvido cáries.

De um modo semelhante, Adair, Pine e colaboradores (2004) e Pine, Adair e colaboradores (2004b) mostraram que as atitudes parentais que melhor são capazes de prever os comportamentos de saúde oral infantil são os factores de eficácia parental face à escovagem das crianças e face à capacidade de controlo do consumo de doces, ou seja, uma elevada eficácia parental no controlo de doces e da escovagem infantil encontra-se associada a hábitos mais favoráveis à saúde oral infantil.

¹ O factor de Auto-Eficácia Parental para a Escovagem traduz-se na atitude dos pais face à sua capacidade percebida para serem capazes de levar a cabo e reforçarem o comportamento de escovagem regular nas suas crianças.

O estudo pretendia investigar como crenças, atitudes e comportamentos parentais estavam relacionados com a saúde oral dos filhos. As dimensões estudadas incluíam para além da percepção de auto-eficácia, as crenças acerca da gravidade da doença, a possibilidade de controlo para prevenir a doença, o controlo de alimentos açucarados e controlo da escovagem duas vezes por dia.

As crenças de saúde dos pais também têm influência sobre os comportamentos de saúde oral das crianças. Essas crenças são particularmente importantes em famílias de poucos recursos, uma vez que a saúde oral não é vista como uma prioridade pela família, quando comparada com outras questões como o desemprego ou doenças (Peterson-Sweeney&Stevens, 2010).

Entre os pais de crianças de famílias carentes existe também a crença de que a saúde oral é mais importante para crianças mais velhas do que para as mais novas, e de que os cuidados com a saúde oral não têm tanta importância como outras questões ligadas a doenças e à saúde em geral (Kelly et al., 2005).

As intervenções para a promoção da saúde oral infantil muitas vezes se focam na mudança de comportamentos, crenças e atitudes parentais, uma vez que os pais “governam” grande parte do ambiente em que a criança circula e a probabilidade de a criança se envolver em actividades adaptativas ou desajustadas. Além disso, existem diversas evidências de que as atitudes, conhecimentos e crenças parentais influenciam as escolhas que os pais fazem para os filhos ao nível da saúde oral e dos comportamentos e preferências que eles modelam para os filhos durante a infância destes (Hooley et al., 2012)

Parte destas intervenções, procura modificar os conhecimentos e crenças dos pais, nomeadamente através do fornecimento de informação sobre os hábitos de higiene oral e alimentação.

Um destes trabalhos (Kallio, 2001) utilizou junto dos pais o fornecimento de informação sobre cuidados e práticas de saúde oral correctas e incorrectas, o manuseamento de materiais e reuniões que funcionavam de uma maneira semelhante às dos grupos de apoio em que se promovia a troca de informação e a resposta a dúvidas. O estudo indicou melhorias na saúde oral das crianças, embora não indicasse em que medida havia alteração dos conhecimentos de saúde oral das crianças.

Nurko e colaboradores (2003) obtiveram resultados semelhantes após a aplicação de um programa educacional sobre a saúde oral infantil junto dos pais, em que os filhos dos participantes exibiam menos lesões no esmalte e menor índice de CPO (índice de dentes cariados, perdidos por acção de cárie e obturados) do que os filhos dos membros do grupo de controlo.

Um estudo com pais e crianças de 11 e 12 anos (Poutanen et al., 2007) encontrou uma forte associação entre um nível de saúde oral pobre e comportamentos de saúde

oral insuficientes nos pais com baixa supervisão da saúde oral dos filhos e reduzidos conhecimentos dos filhos em relação à saúde oral.

Por sua vez, uma intervenção com a comunidade e prestadores de cuidados de saúde (Machintosh, 2010) utilizou vários métodos como a apresentações de *PowerPoint* e de vídeos interactivos e a discussão sobre os recursos disponíveis. Os conteúdos da intervenção englobavam a informação sobre boas práticas de saúde oral, como utilizar os recursos disponíveis na melhoria da saúde oral, a informação sobre os alimentos e as suas propriedades nutritivas e cariogénicas. Esta intervenção mostrou-se capaz de melhorar os conhecimentos desses indivíduos, e mostrou-se capaz de também alterar positivamente mas de forma indirecta os conhecimentos e comportamentos de crianças pequenas.

Também têm existido diversas intervenções com grávidas para promover a saúde dos seus futuros filhos, entre as quais a de Plutzer e Spencer (2008), que criaram um programa baseado no fornecimento de informação sobre promoção da saúde oral e prevenção da cárie precoce transmitido ao longo da gravidez e aos 6 e 12 meses após o parto. Os resultados que obtiveram indicaram que, aos 20 meses de idade, os filhos das participantes no programa tinham uma menor incidência de cáries do que os filhos das membros do grupo de controlo.

O sucesso destas intervenções aponta também a importância dos conhecimentos e crenças dos pais para a saúde oral das crianças. Contudo, uma parte destes trabalhos reporta apenas os resultados no que se refere ao nível de saúde oral das crianças e não à alteração dos conhecimentos e crenças dos pais. Desta forma, torna-se difícil concluir qual o factor que desencadeou as mudanças.

1.3.2. Estudos dirigidos a crianças em idade escolar e adolescentes.

Os conhecimentos, as atitudes e as crenças das crianças sobre o que é bom e mau para a saúde oral podem ter influência no modo como elas se comportam activamente na manutenção de uma boa saúde oral. Estes comportamentos das crianças podem, a longo prazo, traduzir-se numa maior facilidade de controlo das de cáries em crianças de onze e doze anos de idade (Hietasalo et al., 2008).

Embora bons conhecimentos de saúde oral nem sempre sejam determinantes para boas práticas de saúde oral (Brukiene&Aleksėjuniene, 2009), são dos factores mais associados com as atitudes face à saúde oral e às práticas de saúde oral (Smyth, Caamaño& Fernández-Riveiro, 2007) e com melhorias de saúde oral e aumento da

frequência de escovagem em crianças do 5º e 6º ano de escolaridade (Tolvanen, Lahti&Hausen, 2010a).

Um reduzido nível de conhecimentos acerca da saúde oral tem-se mostrado relacionado com comportamentos promotores de cáries e desfavoráveis à saúde oral em geral em adolescentes (Poutanen, Lahti&Hausen, 2005).

Num estudo com pré-adolescentes de 12 anos, Smyth e colaboradores (2007) tentaram caracterizar a associação entre atitudes, conhecimento e as práticas de higiene oral em função do modelo KAP (*Knowledge, Attitudes and Practices*) através do uso de questionários sobre: a) a motivação para a saúde oral, b) atitudes que a criança tem face à importância da saúde oral, c) a percepção que a criança tem da sua saúde oral, d) conhecimentos sobre doenças orais e sua prevenção, e) conhecimentos sobre a “função” cariogénica de alimentos açucarados, f) a importância percebida do flúor g) as suas práticas de saúde oral, sendo depois esta informação complementada com a recolhida através de exames dentários. Os resultados desse estudo indicaram que existe uma relação entre os conhecimentos e atitudes que essas crianças têm sobre saúde oral e a sua prática de higiene oral, embora, tal como se aconteça em estudos de outras áreas, os conhecimentos não explicam na totalidade os comportamentos das crianças face à saúde oral.

Num estudo semelhante com adolescentes japoneses, Kawamura e colaboradores (2008) utilizaram um questionário (*oral selfcare appraisal*) para verificar se existem diferenças entre grupos etários e género quanto aos comportamentos de saúde oral em sujeitos entre os 10 e os 18 anos de idade, visto que estudos anteriores (Poutanen et al., 2007) haviam apontado na direcção de melhores comportamentos de saúde oral por parte das raparigas. As escalas de auto-avaliação do questionário envolviam, entre outras, questões acerca da percepção da eficácia das acções do adolescente sobre a sua saúde oral, preocupação em melhorá-la e percepção sobre o efeito de pasta fluoretada sobre a saúde oral. Os resultados apontaram para uma maior ansiedade relacionada com a saúde oral nas raparigas, e mostravam que os adolescentes não possuíam muitos conhecimentos acerca das doenças da cavidade bucal e tinham poucos cuidados preventivos em relação à saúde oral.

Poutanen e seus colaboradores (2007) descobriram que baixos conhecimentos de crianças de 11 e 12 anos sobre saúde oral se mostraram associados com a presença de cáries iniciais (lesões no esmalte que prenunciam o aparecimento de cáries) nas crianças, afectando mais fortemente as raparigas do que os rapazes.

Os programas de promoção da saúde oral dirigidos às crianças e adolescentes têm sido sustentados na importância dos conhecimentos e crenças acerca da saúde oral para os comportamentos e saúde oral das crianças (Baker et al., 2012; Shenay e Sequeira, 2010).

Por exemplo, o trabalho de Reinhardt e seus colaboradores (2009) avaliou crianças de 9 anos que tinham sido previamente alvo de medidas de promoção de saúde oral, tais como instrução sobre técnicas de escovagem correctas e informação sobre a prevenção de cáries. A essas crianças foi fornecida informação acerca de dietas adequadas e promotoras de uma boa saúde oral e acerca da origem e prevenção das cáries. Para além disso foram alvo de lições mais práticas que envolviam tarefas como por exemplo calcular a quantidade de açúcar em vários alimentos ou bebidas, observar uma experiência sobre o efeito do ácido nos dentes, ou escovar sob supervisão uma dentadura utilizando o método de Fones².

As crianças depois dividiam-se em grupos de dois para decidirem o que iriam ensinar, tentarem antecipar problemas e as suas soluções e criarem manuais de instrução. O treino era feito a crianças do primeiro ano escolar e envolvia o ensino da teoria e prática que eles próprios haviam aprendido e a correcção dos erros detectados. A curto prazo verificou-se que ensinar os outros tem efeitos benéficos sobre a higiene oral da criança (e também sobre a sua confiança para executar essas tarefas) tais como a melhoria da técnica de escovagem, aumento da escovagem para um tempo adequado, limpeza sistemática de toda a área bucal e um aumento da motivação para a escovagem. Apesar de o estudo não dar indicações sobre o efeito do treino sobre as crianças que participaram nas lições dos mais velhos, existem outras indicações (Gillet al., 2009) de que a influência e/ou pressão dos pares tem impacto por exemplo nos comportamentos alimentares, sendo vista pelos agentes educativos como uma boa estratégia para influenciar positivamente os comportamentos alimentares propiciadores de uma boa saúde oral.

Um problema nos estudos que estão focados no fornecimento de informação é que quando as mudanças ocorrem, não se tem a certeza de que ocorram devido a mudanças efectivas do comportamento resultantes de “aconselhamento intensivo” (fornecimento de informação mais individualizado para responder melhor às dúvidas do participante) ou devido ao contexto de promoção da saúde (Tolvanenet al., 2010b).

² Método de escovagem que consiste em escovar os dentes de maneira circular, de cima para baixo e com uma pequena inclinação lateral da escova.

Seguindo essa ideia, Tolvanene colegas (2010b), inseriram crianças do 5º e 6º ano de escolaridade num regime individualizado de controlo de cáries com o objectivo de identificar e eliminar factores de risco específicos. Desse modo procederam à distribuição de pastas de dentes, xilitol, escovas e outros materiais às crianças alvo de intervenção. Junto destas foram ainda utilizados vídeos, apresentações de *PowerPoint*, pequenas peças de teatro e posters, ao passo que ao grupo de controlo foram oferecidos tratamentos preventivos e interventivos de graça. Foi implementado um programa comunitário de promoção da saúde oral que procurava envolver também os pais de forma a aumentar os conhecimentos da criança sobre saúde oral e sobre problemas e formas de os prevenir.

Para avaliar a eficácia destas medidas, as crianças responderam a questionários cujas perguntas consistiam na avaliação da veracidade de determinadas afirmações relativas à saúde oral, e práticas que lhe podem ser benéficas ou não. Tanto a parte do projecto comunitário como a do plano de promoção de saúde oral mostraram terem algum efeito para o aumento do conhecimento e melhoria dos comportamentos de saúde oral, mais especificamente na redução do consumo de doces, tabaco e no aumento do consumo de lanches e *snacks* mais saudáveis.

1.4. Importância dos Conhecimentos, Crenças e Atitudes da Criança Pequena

1.4.1. Conhecimentos e competências da criança.

Para a criança pré-escolar, o conceito de saúde é ainda dicotomizado, em que ser saudável surge por oposição a não estar doente, não ter nada de visivelmente errado com ela. Além disso, ainda não processa o conceito de acções de prevenção para o longo prazo, e a sua percepção do que são comportamentos inadequados está muito associada ao que os pais possam considerar como comportamentos maus. A criança pode ter conhecimentos sobre comportamentos adequados e da relação entre comportamentos nocivos e consequências, mas ainda não levar a cabo os comportamentos adequados (Barros, 2003).

A criança pode, por exemplo saber que é necessário escovar os dentes, mas só o fazer esporadicamente ou não o fazer por considerar que só quem tem os dentes doentes é que se deve preocupar em escová-los, ou considerar que não faz mal comer doces quando são os pais que lhos dão.

A criança vai aos poucos tomando consciência da importância de uma boa saúde oral – que ocorre posteriormente à tomada de consciência da importância da saúde em geral – e esta tomada de consciência dá-se à medida que começa a ser capaz de identificar os agentes que a promovem ou prejudicam (Williams, Wetton&Moon, 1989).

É durante a infância que a pessoa vai adquirir alguns comportamentos e hábitos fundamentais que terá tendência a seguir, como é o caso dos cuidados de saúde oral, pelo que se torna necessário a intervenção para a promoção da saúde oral desde cedo, de modo a incentivar hábitos de saúde oral favoráveis (Tolvanenet al., 2010a).

Considerando a importância desta fase da vida para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a prevalência da CPI, tem aumentado a oferta de programas de promoção da saúde oral infantil. A etapa de desenvolvimento em que as crianças se encontram contribui para a elaboração dos conhecimentos, crenças e atitudes com características específicas, pelo que é necessário abordá-los com metodologias adequadas à etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra. Crianças mais novas necessitam de metodologia mais concretas e mais próximas do jogo infantil, em que seja possível manipular os materiais.

1.4.2. Programas de promoção da saúde oral dirigidos à criança pequena.

Tal como acontece com os pais e com as crianças mais velhas, o fornecimento de informação também é utilizado junto das crianças para promover a saúde oral. Se com os pais a informação é transmitida de uma forma mais directa, com as crianças a informação transmitida é inserida num formato mais lúdico e interactivo, especialmente se o grupo alvo for constituído por crianças de escola primária ou do pré-escolar.

Nas idades pré-escolares o que se verifica é que a aprendizagem de comportamentos, de conhecimentos ou de conceitos se processa com maior facilidade e mais eficiência quando a informação é transmitida de uma forma menos formal e mais lúdica. A adequação das tarefas ao nível de desenvolvimento da criança é particularmente eficaz ao nível da prevenção primária da doença oral, especialmente quando comparada com procedimentos de fornecimento de informação característicos de um ensino mais tradicional (Makuch e Reschke, 2001).

Makuch e Reschke (2001) utilizaram uma diversidade de métodos para promover a saúde oral de crianças pré escolares, entre os quais a pesquisa de erros numa história, aprender a examinar os seus dentes com as línguas, aprender boas técnicas de escovagem através do role-play e assistir a um espectáculo de marionetas

sobre as técnicas de higiene correctas exibidas nos outros jogos. O estudo mostrou que a utilização de jogos foi mais eficaz do que uma apresentação didáctica, uma vez que os grupos intervencionados tiveram ganhos nos conhecimentos e nas competências relativas aos procedimentos correctos de higiene oral, quando comparados com o grupo que só assistiu à apresentação didáctica.

Grant e colaboradores (2010) levaram a cabo uma intervenção com crianças entre 3 a 5 anos de idade para procurar melhorar os seus conhecimentos e comportamentos acerca de alimentação favorável ou desfavorável à saúde oral e de práticas alimentares aconselháveis, tendo conseguido mudanças positivas apenas ao nível dos conhecimentos acerca do impacto da alimentação sobre a saúde oral.

Por sua vez Pine e colaboradores (2007) procuraram reduzir a prevalência de cáries num grupo de crianças de 5 anos de idade através de um plano que envolvia a escovagem supervisionada dos dentes na escola utilizando uma pasta dentífrica apropriada e um pacote de apoio para incentivar a criança a escovar em casa os dentes no número de vezes recomendadas. A equipa verificou que a longo prazo as crianças participantes no programa tinham um menor número de cáries do que as do grupo de controlo, especialmente no que se refere aos molares permanentes.

Apesar do reduzido número de programas existentes dirigidos à criança pequena, os programas nacionais de saúde possuem uma secção dedicada à promoção da saúde oral infantil integrada no jardim-de-infância ou da escola, deixando ao critério dos técnicos as actividades a desenvolver. Por exemplo, o Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral da Direcção Geral de Saúde (2004) afirma que os técnicos devem contribuir para a criação de “actividades [que] sejam lúdicas e criativas, adequadas às idades e outras características das crianças e adolescentes” (p. 30).

Os programas dirigidos à criança pretendem apostar na alteração dos conhecimentos, crenças e atitudes, mas frequentemente acabam por não ser capazes de captar a perspectiva infantil, uma vez que procuram obter a informação através de informadores de proximidade como os pais e educadores de infância, em vez de utilizarem as crianças como informadores chave no que se refere a assuntos relacionados com a sua própria saúde e bem-estar (Darbyshire, MacDougal & Schiller, 2005). Contudo, os conhecimentos, crenças e atitudes da criança pequena podem indicar o caminho para as estratégias a utilizar para incentivar a boas práticas de saúde oral, uma vez que podem exercer uma certa influência sobre a qualidade e quantidade dos seus cuidados de saúde oral.

Outra razão porque é pertinente o estudo dos conhecimentos das crianças acerca da saúde oral prende-se com o facto de que na população em geral existe a ideia de que a saúde oral é um conceito alheio e de menor importância em relação ao conceito de saúde (US-DHHS, 2000).

Apesar da evidência de que mudar os conhecimentos e crenças das crianças é importante para a promoção da saúde oral da criança pequena, existe pouca informação sobre os conhecimentos e atitudes das crianças de idade pré-escolar em relação à saúde oral e à sua importância, sendo que os estudos existentes têm incidido sobre adolescentes e pré-adolescentes. Estes são uma população à qual se tem maior acesso e que pode ser estudada utilizando métodos semelhantes aos dos adultos e que requerem um menor nível de adaptação dos conteúdos e do formato de aplicação do que as crianças mais jovens, nomeadamente pelas suas competências ao nível da leitura e da escrita (Kawamura et al., 2007). Apesar disso, existem metodologias que permitem recolher informação junto de crianças mais pequenas.

1.5. Metodologias de Recolha de Dados Utilizadas com Crianças

1.5.1. Questionários.

Os métodos mais utilizados para explorar os conhecimentos, as crenças e as atitudes das crianças das faixas etárias escolares são os questionários, uma vez que são de fácil administração, permitem obter uma grande quantidade de informação de diversos indivíduos num período de tempo relativamente curto, e as crianças já possuem conhecimentos e compreensão da leitura e da escrita suficientes para que eles lhes sejam aplicados com sucesso.

Rebok e colaboradores (2001) procuraram adequar a facilidade de obtenção de informação dos questionários com o nível de desenvolvimento das crianças alvo numa investigação sobre os relatos de saúde destas. Criaram um questionário com uma banda desenhada em vez de questões escritas e uma personagem comum a todas as histórias de forma a captar a atenção para a tarefa, a tentar reduzir possíveis limitações de vocabulário da criança e para que esta se identificasse facilmente com as situações referidas no questionário. Apesar de as crianças mais novas (5 anos de idade) terem sido capazes de responder ao questionário com sucesso, necessitaram de ajuda para identificar ou definir determinados conceitos como por exemplo o conceito de semana.

1.5.2. Escalas.

As escalas visuo-analógicas ou análogos visuais (com caras por exemplo) têm sido utilizadas com bastante frequência nas intervenções com crianças, principalmente nas questões de avaliação da dor, como é o caso da FACES, uma vez que captam facilmente a atenção da criança devido às características menos formais e mais lúdicas e devido ao conteúdo ser facilmente identificável pela criança, e que pode ser facilmente compreendida por crianças a partir dos 4 anos (Hicks et al., 2001).

1.5.3. Tarefas lúdicas.

Os cartões com imagens também têm sido utilizados em investigações para contornar as dificuldades em obter informação de crianças mais jovens e que ainda não possuem um bom domínio da escrita e da leitura e que também têm mais dificuldades de compreensão quando colocadas face a materiais menos concretos.

Na investigação de Makuch e Reschke anteriormente referida os cartões com imagens de alimentos (ou os próprios alimentos) foram utilizados para as crianças fazerem correspondências entre os diversos alimentos e as imagens de dentes saudáveis e não saudáveis para que as crianças pudessem tocar os materiais (ou os alimentos) e assim estabelecer ou aceder mais facilmente às ligações de causa-efeito entre esses alimentos e as consequências visíveis do seu consumo.

1.5.4. Draw and write/tell.

O desenho no formato *draw and write/tell* consiste em a criança criar um desenho acerca de um determinado tópico ou questão que lhe é proposta e em explicar em que consiste o desenho, quer à medida que este é criado, quer posteriormente. É um método que tem sido utilizado sozinho ou associado a outras tarefas nas mais diversas áreas e contextos (especialmente nas escolas, em pequenos grupos ou como “quebra-gelo” para entrevistas semi-estruturadas).

É um método que tem sido utilizado com bastante frequência para obter informação junto de crianças, porque se aproxima dos gostos e hábitos da criança, mas também porque facilita o relato de informação factual e narrativa (Gross et al., 2009) e a discussão de tópicos posteriores e porque permite obter dados qualitativos que se perdem de outra forma.

Pridmore e Lansdown (1997) verificaram que diferentes métodos (desenho e escrita, rotular e escrever, escrever) resultam em categorias semelhantes, mas existem

diferenças na quantidade e tipo de informação obtida, uma vez que o desenho permitiu vislumbrar melhor o modo como as ideias da criança estavam interligadas, e ultrapassar problemas de linguagem e escrita, sendo que as crianças também o preferiram aos outros métodos. Apesar disso, nenhum método sozinho é capaz de dar resposta a todas as questões, pelo que é necessária a utilização de diversos métodos para responder à questão de investigação.

Na investigação em saúde, o foco tem sido sobre o próprio método, apesar de se saber que o modo como as crianças compreendem a tarefa tem implicações sobre o que elas irão desenhar (o que pode levar a que elas procurem dar a resposta que pensam que o adulto quer ouvir em vez da sua opinião), e apesar de o currículo escolar e o ambiente que rodeia a criança também terem influência no que esta possa desenhar. Além disso, quando é utilizado em conjunto com outros métodos, só é útil quando os métodos posteriores se distanciam do que é socialmente esperado como resposta (Backett-Milburn e McKie, 1999).

1.5.5. Grupos focais.

O método dos grupos focais é habitualmente utilizado com crianças pré escolares porque é semelhante ao seu modo de estar na sala de aulas, em que elas geralmente estão familiarizadas e confortáveis com a discussão de assuntos em grupos. Os grupos focais permitem obter informação sobre o que as crianças pensam porque lhes dá algum controlo sobre o que dizer, como podem contribuir para a discussão, e para onde a podem dirigir dentro dos limites que o moderador permite (Darbyshire, MacDougal & Schiller, 2005). Além disso permitem gerar uma conversa interactiva entre os participantes, especialmente se forem incorporadas actividades nos grupos que despertem o interesse das crianças. Contudo, apesar de os grupos focais serem úteis em ambiente “de escola”, parecem por vezes ser restringidos por algumas das regras do comportamento de sala de aulas, com as crianças a emitirem respostas socialmente “correctas” para obterem a aprovação do moderador como se este fosse um professor.

1.5.6. A entrevista.

A entrevista é um método que passou a ser mais utilizado com crianças pré escolares a partir do momento em que o foco deixou de ser obter dados acerca das

crianças para passar a ser obter dados directamente das crianças, uma vez que elas são a melhor fonte de informação acerca delas próprias (Docherty&Sandelowski, 1999).

A utilização da entrevista permite que se perceba algo sobre as experiências subjectivas da criança pré-escolar, em especial quando outros métodos não sejam adequados, como os que envolvam capacidades de leitura e escrita, mas para isso requer uma construção diferente de uma entrevista que se dirija a um adolescente ou a um adulto.

Em primeiro lugar é necessário que seja mais exploratória e que a construção das suas perguntas tenha em atenção o desenvolvimento da linguagem da criança, com perguntas mais curtas e com um vocabulário mais simples e directo. A entrevista a crianças pré-escolares também tem uma maior necessidade de inserir na sua estrutura outras metodologias, uma vez que as crianças também se distraem mais facilmente e por isso seja necessário reforçar a sua cooperação quer verbalmente quer através de métodos complementares (Morrison, Moir&Kwansa, 2000).

1.6. Objectivos

1.6.1. Objectivo Geral. O objectivo principal é descrever os conhecimentos, crenças, comportamentos e atitudes de crianças em idade pré-escolar em relação à sua saúde oral, nomeadamente em relação à alimentação, à escovagem e à importância da saúde oral.

1.6.2. Objectivos Específicos.

1.6.2.1.Objectivo 1. Identificar que alimentos as crianças reconhecem como promotores de uma boa saúde oral, que crenças possuem em relação à alimentação benéfica/prejudicial e que conhecimentos têm acerca da influência da alimentação sobre a saúde oral.

1.6.2.2.Objectivo 2. Identificar se reconhecem a escovagem como promotora da saúde oral e descrever a percepção infantil em relação ao resultado da escovagem.

1.6.2.3.Objectivo 3. Descrever as crenças da criança quanto à importância da saúde oral e quanto às consequências de se cuidar ou não da saúde oral.

1.6.2.4.Objectivo 4. Identificar quais as práticas alimentares que as crianças realizam e que possam influenciar a sua saúde oral.

1.6.2.5. Objectivo 5. Identificar o lugar que a escovagem ocupa dentro das rotinas diárias das crianças, identificar em que alturas e com que frequência escovam os dentes, e descrever o tipo de supervisão que têm na escovagem.

1.6.2.6. Objectivo 6. Comparar os comportamentos relatados pelas crianças com os conhecimentos e crenças identificados.

2. Metodologia

2.1. Participantes

Participaram neste estudo 36 crianças, das quais 22 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, frequentadoras de um jardim-de-infância da cidade de Lisboa (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição dos participantes de acordo com a idade

Idade	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos
N	3	20	10	3
%	8,3%	55,6%	27,8%	8,3%

Para poderem participar no estudo, as crianças necessitavam de ter idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, deveriam ter uma capacidade de expressão e compreensão da linguagem e de audição o suficiente para permitir que fossem capazes de perceber o que lhe está a ser pedido, responder às questões que lhe são colocadas e explicar as suas respostas quando lhes é pedida uma clarificação.

Além disso era necessário o consentimento dos pais através do preenchimento da folha de consentimento informado (anexo1). De uma maneira informal também foi pedido o consentimento à criança.

2.2. Medidas

A principal metodologia de recolha de dados foi a entrevista, sendo apoiada pela técnica *drawandtell*, por tarefas lúdicas e escalas subjectivas (Tabela 2).

2.2.1. Entrevista. Utilizou-se a entrevista semi-directiva, porque é um método flexível e poderia permitir um equilíbrio entre a informação que se pretendia obter com a criança e informação avançada pela própria criança. Além disso poderia facilitar a comunicação com a criança, por ser menos formal e necessitar de uma maior intervenção sua.

A entrevista está dividida em três grandes blocos temáticos: a alimentação, a escovagem e a importância da saúde oral.

O tema da importância da saúde oral focou-se nos conhecimentos, crenças e atitudes das crianças sobre a saúde oral, tais como qual o grau de importância que

atribuíam à saúde oral, quais os comportamentos importantes para a saúde oral e que consequências é que podem surgir da falta de cuidados (Tabela 2).

O tema da alimentação focou-se nos conhecimentos, crenças e atitudes das crianças, tais como os seus hábitos e preferências alimentares, que alimentos as crianças pensam que podem fazer bem ou mal à sua saúde oral, e com que frequência é necessário consumi-los para chegar a determinado estado de saúde oral.

O tema da escovagem debruçou-se sobre os conhecimentos, crenças e atitudes das crianças em relação à escovagem dos dentes, tais como a importância atribuída à escovagem para a saúde oral, com que regularidade e em que alturas deveria ser levada a cabo, sobre a existência de supervisão parental e sobre qual posição tinham em relação à escovagem.

2.2.2. Actividade draw-and-tell³. A actividade *drawandtell* neste contexto consistiu em pedir às crianças para desenharem coisas que podiam tornar os seus dentes mais bonitos/mais fortes e depois pedir-lhes para explicarem o significado dos desenhos, como por exemplo: “Façam um desenho das coisas que podemos fazer para ter os dentes fortes, bonitos e saudáveis” ou “porque é importante ter esses cuidados?”.

2.2.3. Escalas subjectivas. As escalas subjectivas são escalas que para facilitar a compreensão daqueles a quem se dirigem, possuem por exemplo números ou imagens num contínuo entre dois pontos, e procuram obter a posição da pessoa em relação a determinado assunto.

Escala subjectiva pictórica para avaliação da atitude em relação à escovagem - Consiste numa escala de *Smileys* com 5 expressões faciais que procuram ir desde o não gostar ao gostar muito, para a criança apontar com a qual se identifica mais na hora de escovar os dentes.

Escala subjectiva para avaliação da cooperação com a escovagem – Pergunta-se à criança “O que fazes quando te dizem para ires lavar os dentes?”, podendo ela escolher de entre três respostas possíveis (vou imediatamente, digo que já vou, digo que não).

³ A metodologia draw-and-tell na sua forma mais geral consiste em pedir ao sujeito para fazer um desenho sobre uma determinada temática e dar esclarecimentos sobre ele durante ou depois do desenho estar feito. Mais informação na revisão de literatura (página 20)

2.2.4. Outras tarefas lúdicas.

2.2.4.1. Classificação dos alimentos – Consiste num grupo de 8 cartões com alimentos, 4 “bons” (como a banana e o queijo) e 4 “maus” para os dentes (como o gelado e o rebuçado), para as crianças associarem a duas imagens, uma de um menino que tem os dentes “bons” e outra de um menino que tem os dentes “maus”.

Exemplo de instrução: “Quero que coloques junto do menino com os dentes saudáveis os desenhos dos alimentos bons e junto do menino com os dentes doentes o desenho dos alimentos maus para os dentes”.

2.2.4.2. Organização das rotinas– Consiste num grupo de 9 cartões com desenhos de actividades diárias (como escovar os dentes, fazer a cama, ou ir para a escola) dos quais a criança irá escolher e ordenar conforme eles se assemelham a actividades da sua própria rotina diária.

Exemplo de instrução: “Tenho aqui uns desenhos sobre coisas que se podem fazer ao longo do dia. Vou-te pedir para escolheres as coisas que costumam fazer e para as meteres por ordem, desde o que se faz primeiro, o que se faz a seguir, até ao fim”.

2.2.4.3. Associação de ideias – A associação de ideias permite utilizar imagens ou outro suporte para facilitar o surgimento de ideias de um sujeito em relação a um tema, ou para facilitar a visualização de um conceito.

Neste contexto foi utilizada em quatro situações: Numa situação foram utilizados os cartões de alguns alimentos para dar uma ideia à criança em que é que consistiam as guloseimas. Os cartões dos alimentos também foram referidos quando se falou de coisas que se podem comer às refeições. Em outra situação foi utilizada uma das imagens das rotinas (a de uma menina a escovar os dentes) para a criança visualizar melhor a situação de escovagem dos dentes.

Por fim foram utilizadas as duas imagens, dos meninos do jogo dos cartões dos alimentos, para perguntar à criança o que é preciso fazer para que ele fique com os dentes naquele estado e o que deve fazer para corrigir a situação (no caso dos dentes maus).

Tabela 2

Associação entre blocos temáticos, questões e actividades

Bloco temático	Metodologia	Questões/Instruções
Importância da saúde oral	Desenhar	→Por favor façam um desenho sobre as coisas que podemos fazer para ter os dentes fortes, bonitos e saudáveis.
	Contar o desenho;	→Conta-me o teu desenho. →Lembras-te de mais alguma coisa que podemos fazer para ter dentes fortes?
	Questionamento adicional	→Porque é que devemos fazer essas coisas? →Se não fizermos essas coisas o que pode acontecer? →E tu costumavas fazer essas coisas?
Alimentação	Classificação dos alimentos	→Como sabes há alimentos que nos ajudam a ter dentes fortes e alimentos que podem ser maus para os dentes. Tenho aqui uns cartões com desenhos de alimentos. Aqui temos um menino com dentes fortes, bonitos e saudáveis. Aqui temos um menino com os dentes doentes. Quero que coloques junto do menino com os dentes saudáveis os desenhos dos alimentos bons para os dentes e junto do menino com dentes doentes os desenhos dos alimentos maus para os dentes. →Nestes cartões temos algumas coisas que os meninos podem comer às refeições. Gostava de falar um bocadinho sobre o que tu costumavas comer.
	Questionamento adicional	→Conta-me o que comeste hoje ao pequeno-almoço →E o que vais comer no lanchinho da manhã? / E no da tarde? →O que costumavas beber às refeições?
	Associação de ideias	→Nestes cartões temos guloseimas. Quais são as tuas guloseimas preferidas? Comes guloseimas todos os dias? → (relativamente à comida má) Quanto é que achas que é preciso comer disso para que os dentes de um menino fiquem doentes. É preciso comer muitas vezes ou se se comer só de vez em quando já se fica com os dentes doentes?
Escovagem	Organização das rotinas	Temos aqui alguns desenhos de coisas que as pessoas podem fazer todos os dias. Quais as coisas que um menino faz desde que se levanta de manhã até que se deita? Coloca por ordem [um a seguir ao outro] →Por favor, escolhe os cartões com os desenhos das coisas que já fizeste hoje desde que te levantaste e coloca por ordem. (Destes desenhos quais as coisas que costumavas fazer durante todo o dia? Coloca por ordem [a utilizar em caso de ter respondido que ainda

		não fez nenhuma das actividades]).
Questionamento Adicional		Aqui [cartão escovagem] temos uma menina a escovar os dentes. →Escovas os dentes todos os dias? →Quantas vezes/Em que alturas do dia? →Alguém te costuma ajudar a escovar os dentes? Quem... Como... →Quando acabas de escovar os dentes como é que achas que os teus dentes ficam?
Escalas subjectivas		→Quando os teus pais te dizem para ires lavar os dentes, o que fazes? [indicar] →Como te sentes quando os teus pais te mandam ir escovar os dentes? [estes desenho tem a língua de fora é porque não gosta nada, acha horrível, este gosta pouco, este nem gosta nem odeia, este gosta e este gosta muito bem de escovar os dentes] [indicar]
Importância da saúde oral	Associação de ideias	Estiveste a contar-me o que podemos fazer para ter os dentes bonitos e fortes. →O que achas que pode acontecer se não fizermos essas coisas? [imagem] Porque é que achas que ele tem os dentes assim? →Achas que ele deve ficar preocupado por ter os dentes assim?/ →Achas que é grave? (porquê? O que achas que deve fazer?) →Porque é preciso lavar os dentes/Ter cuidado com os dentes? →Quem é que pensas que tem que cuidar dos teus dentes?

2.3. Procedimentos de Recolha de Dados

Em primeiro lugar foi feito o pedido de colaboração à instituição, sendo as educadoras informadas sobre em que consistia o estudo e em que medida isso iria necessitar da sua colaboração.

Após obter o consentimento da instituição, foi necessário obter o consentimento informado dos pais através de uma ficha que as educadoras distribuíram. Essa ficha explicava em que consistia o estudo e pedia o consentimento escrito dos pais para a participação das crianças.

Posteriormente foi pedido em grupo às crianças que, individualmente fizesse cada uma um desenho das coisas que podiam fazer para por os dentes fortes, bonitos e saudáveis e depois foram recolhidos os desenhos das crianças autorizadas.

Em seguida, foram feitas entrevistas individuais a essas crianças. As entrevistas partiram da descrição do desenho da criança, seguindo depois o guião. As suas respostas foram apontadas numa folha de registo.

2.4. Procedimentos de Análise de Dados

4.1. Análise de conteúdo. Não foi feita a análise dos desenhos, apenas foram utilizadas as verbalizações da criança a seu respeito.

Foram identificadas palavras e frases-chave nas respostas das crianças quer aos desenhos quer às partes da entrevista correspondentes à última instância de associação de ideias e ao questionamento adicional. Deste levantamento surgiram dois temas/categorias iniciais, a da prevenção (o que se deve fazer (ou não) para melhorar a qualidade dos dentes) e a das consequências (o que acontece se não ocorrer prevenção), sendo as subcategorias daí originadas mutuamente exclusivas.

Ao nível da prevenção foram geradas as subcategorias da escovagem dos dentes, do consumo de alimentos bons para os dentes, do evitamento do consumo de alimentos maus para os dentes, da utilização do fio dentário e do recurso ao dentista.

Ao nível das consequências foram geradas as subcategorias de força, aparência, saúde, sentimentos, externas, recurso ao dentista, recurso a outras instituições e elementos estranhos.

4.2. Estatística descritiva. Os dados foram analisados com recurso a estatísticas descritivas, Qui-quadrado e correlações não paramétricas (Spearman).

As estatísticas descritivas foram utilizadas para descrever os conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos das crianças em relação à saúde oral, e de forma exploratória para permitir identificar tendências.

A correlação de Spearman foi utilizada para medir o grau de associação entre as variáveis ordinais. O qui-quadrado foi utilizado para estudar a possibilidade de associação entre as variáveis dicotómicas. Estes testes foram utilizados para estudar a possibilidade de relações entre conhecimentos e comportamentos, supervisão na escovagem e comportamentos, atitudes e comportamentos, de forma a responder ao objectivo de comparar os comportamentos relatados pelas crianças com os conhecimentos e crenças identificados (Tabela 3).

O pacote estatístico utilizado foi o Pacote de estatísticas SPSS versão 20 (2011).

Tabela 3

Correspondência entre as associações estudadas e o tipo de estatística utilizado

Associações	Tipo de Estatística utilizada
Inconsistência quanto ao momento de escovagem: Afirmar escovar de manhã x Ter escovado no dia em questão	Qui-Quadrado
Acertos nos cartões x Consumo diário de guloseimas	Spearman
Consumo de bebidas cariogênicas	Spearman
Consumo de alimentos cariogênicos	Spearman
Referências à escovagem x Escovar os dentes na frequência recomendada ⁴	Qui-Quadrado
Ter escovado no dia em questão	Qui-Quadrado
Escovar os dentes nos momentos adequados ⁵	Qui-Quadrado
Supervisão parental x Escovar no dia em questão	Qui-Quadrado
Escovar nos momentos adequados	Qui-Quadrado
Não adiar a escovagem ⁶	Qui-Quadrado
Disposição para escovar x Escovar pelo menos nos momentos adequados	Spearman
Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia	Spearman

⁴ Variável transformada a partir da variável “escova quantas vezes os dentes por dia”

⁵ Variável transformada a partir da variável “em que alturas do dia escova os dentes”

⁶ Variável transformada a partir da variável “o que faz quando os pais mandam escovar”

	Escovar logo os dentes quando ordenado	Spearman
	Escovar no dia em questão	Spearman
Sentimentos em relação à escovagemx	Escova quantas vezes	Spearman
	Escovar pelo menos nos momentos adequados	Spearman
	Escovar no dia em questão	Spearman
	Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia	Spearman

3. Resultados

3.1. Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Promoção da Saúde Oral

As crianças indicaram diversas actividades que podem ser levadas a cabo para manter um bom estado dos dentes. As suas respostas não são mutuamente exclusivas. A maioria das crianças nomeou mais do que uma actividade.

A escovagem dos dentes é a actividade maioritariamente indicada pelas crianças como promotora de uma boa saúde oral (97.20%), seguida de medidas relacionadas com a alimentação. Um número muito diminuto de crianças fez referência a outras medidas (Tabela4).

Tabela 4

O que as crianças julgam que deve ser feito para melhorar a qualidade dos dentes

	Frequência	Percentagem	Exemplos
Escovar os dentes	35	97.20%	“Lavar os dentinhos”
Consumir alimentos bons para os dentes	15	41.70%	“eu costumo comer maçã porque faz bem aos dentes”
Evitar consumir alimentos maus para os dentes	20	55.60%	“Não comer tantos doces”
Utilizar o fio dentário	2	5.60%	“ [usar] a escova e o fio dental”
Dentista	1	2.80%	“...isto é a doutora dentista que ia tratar da menina”

Todas as crianças (97.2%) excepto uma afirmaram levar a cabo regularmente as tarefas que tinham previamente mencionado como potenciadoras de uma boa saúde oral, quer estas se refiram à escovagem dos dentes, ao consumo de alimentos benéficos, ao evitamento do consumo de alimentos prejudiciais à saúde oral ou à utilização do fio dentário.

As consequências dos hábitos de saúde oral mais referidas são a própria saúde (80.60%) e a aparência física (69.40%). Um pouco mais de um quarto das crianças aponta influências nos sentimentos das outras pessoas como resultado de cuidar dos dentes.

Tabela 5

Consequências das ações de saúde oral

	Definição da categoria	Porcentagem	Frequência	Exemplos
Força	Faz referências ao fortalecimento ou enfraquecimento dos dentes	22.20%	8	“porque assim [os dentes] ficam fortes e com energia”.
Aparência	Faz referência aos dentes ficarem mais claros, mais brancos, mais belos ou mais brilhantes	69.40%	25	“ ficam bem lavadinhos e a cheirar bem”; “ou os dentes ficam sujos”
Saúde	Faz referência a aspectos de saúde ou de doença	80.60%	29	“ [se não cuidar] os dentes podem ficar estragados e podem cair”; “...vêm doenças para os dentes”
Sentimentos	Refere consequências para o modo como a criança ou terceiros se irão sentir	30.60%	11	“eu cuido muito bem dos meus dentes para escovar os dentes e me sentir melhor”; “Se não os pais chateiam-se”;
Externas	Referências a consequências indirectas das práticas de saúde oral como recompensas ou castigos	16.70%	6	“ temos que lavar os dentes para irmos ao jardim”; “[tenho que cuidar dos dentes] para poder andar na rua”
Dentista	Faz referências a idas ao dentista	8.30%	3	“ (...) porque se são, têm que ir ao dentista e o dentista trata dos dentes”; “para não ir arranjar os dentes [ao dentista] ”.
Outras instituições	Faz referências a outras instituições, médicas ou não	5.60%	2	“ [o menino com os dentes doentes] tem que ir ao hospital porque <i>senão</i> caem”

Elementos estranhos	Faz referência a elementos estranhos ou desconexos, imaginários ou fantasiosos ou à intervenção de outras pessoas com competências específicas não adequadas à situação	5.60%	2	“ os maus estragam os dentes e tiram os brinquedos ”
---------------------	---	-------	---	--

Tabela 6

Quem deve cuidar dos dentes da criança

	Percentagem	Frequência
Pais	38,90%	14
Criança	50,00%	18
Ninguém	5,60%	2
Não sabe	5,60%	2

Metade das crianças afirmou que são elas próprias quem deve ser responsável pela sua própria saúde oral. Os pais são a segunda entidade apontada como responsável pelos cuidados de saúde oral da criança, indicados por mais de um quarto das crianças.

Algumas crianças não sabem quem tem que tomar conta da sua saúde oral, e uma proporção igual afirma que ninguém tem que cuidar da saúde oral delas.

3.2. Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Alimentação

A maioria das crianças foi capaz de fazer alguma classificação dos alimentos, independentemente desta ser correcta (Tabela 7). Contudo, alguns cartões suscitaram maiores dúvidas, levando a uma maior frequência de resposta do tipo “não sei”, como o do queijo.

As crianças não tiveram dificuldades em classificar a maioria dos alimentos apresentados de acordo com a categoria à qual eles verdadeiramente pertenciam, embora houvesse uma maior facilidade em identificar os alimentos saudáveis do que em identificar os alimentos prejudiciais à saúde oral.

A maioria das crianças classificou correctamente quatro a seis cartões (63.8 %). Só três crianças foram capazes de classificar todos os cartões correctamente, e houve uma que apenas conseguiu identificar um cartão correctamente.

Os cartões da cenoura e do peixe foram os que apresentaram mais facilidades de classificação por parte das crianças, visto que foram correctamente identificados como saudáveis por uma grande maioria delas. Os cartões do rebuçado e do gelado também foram consistentemente classificados pelas crianças como alimentos não-saudáveis para os dentes. O pacote de sumo foi o cartão que mais dificuldades colocou às crianças, uma vez que foi consistentemente apresentado por mais de metade das crianças como um alimento saudável.

Tabela 7

Classificação dos alimentos

	Alimento saudável		Alimento não saudável		Não respostas	
	n	%	n	%	N	%
Cenoura	29	80.60%	6	16.70%	1	2.80
Banana	25	69.40%	9	25.00%	2	5.60
Peixe	29	80.60%	6	16.70%	1	2.80
Pacote de batatas fritas	16	44.40%	19	52.80%	1	2.80
Rebuçado	9	25.00%	24	66.70%	3	8.40
Pacote de sumo	20	55.60%	14	38.90%	2	5.60
Gelado	8	22,20%	26	72.20%	2	5.60
Queijo	19	52.80%	13	36.10%	4	11.20

Quando questionadas sobre o que comeram no dia em questão ao pequeno-almoço ou o que iriam comer no lanchinho da manhã ou de tarde, quase metade das crianças (41.7%) indicou consumir alimentos açucarados nas refeições da manhã e da tarde, tais como bolachas, farinha de chocolate, bolos ou estrelitas. Por outro lado, três quartos das crianças afirmam consumir regularmente às refeições bebidas cariogénicas (Tabela 8), tais como sumos, Coca-Cola e leite achocolatado.

Tabela 8

Consumo de alimentos e bebidas açucarados

	Frequência	Porcentagem
Consumo de alimentos açucarados ao pequeno almoço ou lanche	15	41.7%
Consumo de bebidas cariogénicas às refeições	27	75%
Consumo de guloseimas	18	50%
Não consumiu alimentos cariogénicos no dia em questão ou no anterior	6	16.7%

Metade (18) das crianças afirma ainda consumir diariamente guloseimas tais como gomas, gelados, chupa-chupas, chocolates e pastilhas. Algumas das crianças tiveram dificuldades em definir o que era uma guloseima e indicaram outros dos seus alimentos favoritos, mas que não possuíam as características para serem considerados como guloseimas tais como peixe, cenouras e sopa.

A grande maioria das crianças é consistente quando afirma consumir ou não consumir de doces e outros alimentos açucarados. Contudo, mais de um terço (36.1%) afirma não consumir alimentos açucarados, mas depois refere o seu consumo no dia em questão, especialmente no que se refere ao consumo de sumos, o que pode indicar que não estão atentas ao potencial cariogénico dos sumos.

A maioria das crianças, 26 (72.2%) afirmaram que é necessário consumir os doces e os alimentos previamente indicados como “maus” muitas vezes, tais como todos os dias e em quantidades elevadas para que os dentes de um menino fiquem doentes.

As restantes crianças indicaram que se comessem só de vez em quando, ou em pequenas quantidades, já poderiam ficar com os dentes doentes.

3.3. Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Escovagem

Quando se trata de organizar cartões com rotinas crianças no geral colocaram o cartão da escovagem associado a outras actividades.

Tabela 9

Identificação da escovagem numa rotina

Local de colocação do cartão	Percentagem	Frequência
Antes do pequeno-almoço	30.60%	11
Depois do pequeno-almoço	50.00%	18
Depois de jantar	11.10%	4
Não utiliza	8.30%	3

Ao ordenar, metade das crianças coloca o momento da escovagem depois do pequeno-almoço. Por seu lado, a segunda maior fatia de crianças coloca o momento da escovagem antes do pequeno-almoço.

A grande maioria das crianças (88.90%) afirmou escovar os dentes todos os dias. As crianças afirmaram escovar os dentes entre uma a cinco vezes por dia, sendo que mais de metade delas escovam-nos duas vezes por dia (Tabela 10). Cerca de metade faz a escovagem de manhã e à noite (Tabela 11). Entre as crianças que escovam os dentes apenas uma vez (25%), o momento da escovagem apontado é a manhã ou a noite em proporções semelhantes (Tabela 11).

Existe concordância no discurso das crianças entre o número de vezes que afirmam escovar os dentes e as alturas do dia em que afirmaram escovar, mas não entre afirmar escovar os dentes de manhã e ter escovado os dentes no dia em questão.

Quando questionadas sobre que actividades já tinham levado a cabo nesse dia, pouco mais de metade (63.9%) incluiu a escovagem no lote das actividades já realizadas

Tabela 10

Frequência de escovagem diária

	Porcentagem	Frequência
Uma vez por dia	25.00%	9
Duas vezes por dia	58.30%	21
Três vezes por dia	11.10%	4
Quatro vezes por dia	2.80%	1
Cinco vezes por dia	2.80%	1

Tabela 11

Em que alturas do dia escovam os dentes

	Porcentagem	Frequência
Manhã	11.10%	4
Manhã e noite	52.80%	19
A seguir às 4 refeições (peq. almoço, almoço, lanche e jantar)	5.60%	2
Manhã, almoço e noite	11.10%	4
Almoço e noite	2.80%	1
Noite	13.90%	5
Manhã e almoço	2.80%	1

Mais de metade das crianças 63.9% (23) indica ter apoio de alguém nas alturas da escovagem, sendo que todas as indicações de apoio ou supervisão se referem a familiares próximos como um ou ambos os pais.

As crianças descreveram os resultados da sua escovagem utilizando um atributo, sendo que houve uma criança que foi incapaz de fornecer uma opinião de como achava que os seus dentes ficavam após escovar. Apenas uma criança utilizou um atributo negativo para classificar o resultado da sua escovagem. O resultado mais indicado pelas crianças é o de alterações no estado de higiene dos dentes (41.70%), seguido de indicações de mudanças na aparência dos dentes (25%).

Tabela 12

Como avaliam o estado dos seus dentes após a escovagem

	Exemplos da categoria	Percentagem	Frequência
Aparência	Bonitos; brilhantes; brancos	25.00%	9
Higiene	Limpos	41.70%	15
Saúde	Saudáveis; fortes	8.30%	3
Bons	Bons; bem	19.40%	7
Razoável	Mais ou menos	2.80%	1
Não avaliam		2.80%	1

A maioria das crianças coopera com a escovagem. Metade das crianças procede imediatamente à escovagem dos dentes quando ordenadas pelos pais. Contudo, uma parte delas procura adiar a escovagem por algum tempo (41.70%).

Tabela 13






O que fazes quando os teus pais te mandam escovar os dentes?

	Percentagem	Frequência
Digo que não	5.60%	2
Já vou	41.70%	15
Vou imediatamente	47.20%	17
Lava por iniciativa sem necessidade de instrução	5.60%	2

A grande maioria das crianças revelou uma percepção positiva da escovagem, sendo que 75% seleccionaram as respostas de valoração mais positiva.

Tabela 14

Como te sentes quando os teus pais te mandam escovar os dentes?

Smiley	Percentagem	Frequência
	11.10%	4
	11.10%	4
	2.80%	1
	33.30%	12
	41.70%	15

3.4. Associação entre Afirmar Escovar de Manhã e ter Escovado no Dia em Questão

O facto de as crianças afirmarem escovar os dentes de manhã não está relacionado com terem escovado os dentes no dia em questão ($\chi^2 = 0.024$; valor $p = 0.631$), o que pode evidenciar alguma inconsistência nas suas respostas.

3.5. Associação entre os Conhecimentos e os Comportamentos que Influenciam a Saúde Oral

Tabela 15

Associação entre os conhecimentos sobre a alimentação e comportamentos alimentares desfavoráveis

Comportamentos alimentares	Acerto nos cartões dos alimentos
Consumo diário de guloseimas	r_s 0.223
	valor p 0.191

Consumo de bebidas cariogênicas	r_s	-0.116
	valorp	0.500
Consumo de alimentos cariogênicos	r_s	0.251
	valorp	0.140

Os comportamentos alimentares desfavoráveis a uma boa saúde oral destas crianças não se encontram significativamente correlacionados com conhecimentos sobre alimentação benéfica ou prejudicial à saúde oral.

Tabela 16

Associação entre referências à escovagem e comportamentos de escovagem

Comportamentos de escovagem	Referências à escovagem	
Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia	χ^2	0.343
	valorp	0.750
Escovar no dia em questão	χ^2	0.581
	valorp	0.639
Escovar pelo menos nos momentos adequados	χ^2	2.338
	valorp	0.306

Os comportamentos de escovagem das crianças não se encontram associados significativamente com os seus conhecimentos sobre a importância da escovagem para a manutenção de uma boa saúde oral.

3.6. Associação entre a Supervisão Parental e os Comportamentos de Escovagem

Tabela 17

Associação entre a supervisão parental e os comportamentos de escovagem da criança

Comportamentos	Têm supervisão na escovagem	
Escovar no dia em questão	χ^2	0.049
	valorp	0.552
Escovar pelo menos nos momentos adequados	χ^2	0.536
	valorp	0.367
Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia	χ^2	0.040
	valorp	0.586
Escovar logo os dentes quando ordenado	χ^2	0.627
	valorp	0.330

Ter supervisão parental na escovagem não se encontra significativamente relacionada com os comportamentos de escovagem da criança e ir escovar imediatamente.

3.7. Associação Entre as Atitudes da Criança face à Saúde oral e Comportamentos

Tabela 18

Associação entre os comportamentos de escovagem e a disposição para escovar os dentes

Comportamentos	Disposição para escovar	
Escova quantas vezes	r_s	-0.124
	valorp	0.471
Escovar pelo menos nos momentos adequados	r_s	-0.265
	valorp	0.118
Escovar no dia em questão	r_s	0.216
	valorp	0.207
Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia	r_s	-0.289
	valorp	0.087

Estar disposto para escovar os dentes quando ordenado pelos pais não tem influência estatisticamente significativa sobre os comportamentos de escovagem da criança.

Tabela 19

Associação entre comportamentos de escovagem e sentimentos em relação à escovagem

Comportamentos	Sentimentos em relação à escovagem	
Escova quantas vezes	r_s	0.457**
	valorp	0.005
Escovar pelo menos nos momentos adequados	r_s	0.371*
	valorp	0.026
Escovar no dia em questão	r_s	0.015
	valorp	0.929
Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia	r_s	0.463**
	valorp	0.004

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

O número de vezes que as crianças escovam os dentes, a escovagem nos momentos adequados e escovar os dentes pelo menos no número de vezes recomendadas encontram-se positiva e significativamente relacionadas com a expressão de sentimentos positivos em relação à escovagem.

4. Discussão dos Resultados

Apesar de se considerar que a criança pré-escolar é um destinatário óbvio de programas de promoção de saúde oral, a sua perspectiva ainda é descurada a favor de informadores de proximidade como pais e dos educadores (Derbyshire, MacDougal e Schiller, 2005). Seria importante valorizar mais a perspectiva da criança pequena enquanto informadora acerca da sua saúde oral e não só como destinatária dos programas de promoção de saúde oral.

Estas crianças já possuem alguns conhecimentos sobre o que pode ser benéfico ou prejudicial para a sua saúde oral e têm também conhecimento do que podem fazer para evitar os maiores riscos, embora por vezes nem toda a informação esteja correcta.

4.1. Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Importância da Saúde Oral

Para além de referências à escovagem ou à alimentação, as crianças fazem poucas referências a outros elementos que possam influenciar a saúde oral, como as idas ao dentista ou a utilização do fio dentário, o que está de acordo com Williams e colaboradores (1989) que referem que as crianças de idades inferiores a 5 anos raramente indicavam o recurso ao médico dentista como um modo de promoção da saúde, preferindo as indicações de escovagem dos dentes e de consumo de alimentos saudáveis, tal como sucedeu com as crianças desta amostra.

Os tipos de consequências de cuidar ou não da saúde oral mais referidos pelas crianças podem ser um reflexo quer do seu estágio pré-operatório, em que o interesse pela saúde está associado ao que é directamente observado e em que a criança valoriza o que é valorizado pelos adultos, (Barros, 2003). Por outro lado, também podem reflectir o modo como os programas de saúde oral escolar estão organizados e quais as dimensões que eles procuram alterar.

Na sua maioria, estas crianças parecem já ter alguma autonomia ao se afirmarem como as responsáveis pela sua saúde oral. Apesar disso, ainda têm dificuldades ao nível do controlo comportamental e em antecipar consequências (Barros, 2003), razão pela qual devem ser ainda os pais a supervisionar as tarefas de higiene oral da criança.

4.2. Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Alimentação

Alguns alimentos foram mais difíceis de classificar pelas crianças como saudáveis ou prejudiciais (o que se traduziu em respostas omissas), talvez devido ao facto de os seus efeitos serem ambíguos (queijo) ou de serem derivados de um alimento saudável (pacote de sumo).

O consumo de sumos ou outras bebidas “saudáveis” açucaradas constitui a maioria da ingestão de consumíveis cariogénicos por parte destas crianças. Um estudo dos Estados Unidos (Cullen et al., 2002) sobre o consumo de bebidas à base de frutas e o consumo de frutas e vegetais em crianças entre os 9 e os 12 anos de idade, encontrou associações entre baixos níveis económicos e de educação dos pais e o consumo de bebidas açucaradas à base de frutas, embora o nível de consumo de outras bebidas açucaradas (como é o caso das gasosas) fosse semelhante para crianças de diversos fundos socioeconómicos.

É então necessário que os planos de promoção de saúde oral enfatizem de forma clara a influência negativa das bebidas açucaradas (especialmente as feitas à base de frutas, uma vez que, ao contrário do que acontece com as bebidas gaseificadas e achocolatadas, a sua influência ao nível da saúde oral não está muito clara para os consumidores) e a incluir também esta informação nas metodologias que se dirigem quer às crianças quer aos pais.

A dificuldade das crianças em classificarem correctamente os alimentos prejudiciais pode ter surgido por eles serem alimentos favoritos, e portanto em sua opinião, serem alimentos bons, ou porque esses alimentos ainda são utilizados pelos pais como recompensa, o que leva as crianças a considerar que esses alimentos não podem ser maus porque são os adultos que os oferecem.

As crianças parecem ter alguma dificuldade quer em identificar alimentos cariogénicos (uma vez que muitas identificaram o sumo como saudável), quer em definir o que é uma guloseima (que para algumas das crianças parece referir-se aos seus alimentos preferidos, independentemente de serem de facto guloseimas), ou quer devido a uma dificuldade em identificar alguns conceitos mesmo com o apoio de imagens, o que é característico de crianças de idades inferiores a 5 anos (Rebok et al., 2001).

A grande maioria das crianças tem a noção de que só se consumirem frequentemente os alimentos considerados prejudiciais é que podem surgir consequências para a saúde oral. Esta questão pode relacionar-se com a concepção das crianças do que é “muito”. Se para umas muito pode ser comer esses alimentos quatro

vezes durante uma semana, para outras poderá significar comer todos os dias várias vezes ao dia.

Uma vez que as consequências de um comportamento prejudicial só se detectam a longo prazo, os indivíduos têm uma menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de protecção e de evitamento do perigo. Crianças com uma concepção de “muito” como um consumo mais frequente poderão estar mais dispostas a consumir alimentos prejudiciais, do que as cuja concepção de “muito” se prenda num consumo mais irregular, o que poderá indicar que terão uma maior propensão para cáries.

Apesar de a maioria das crianças ser congruente nas afirmações que fazem acerca do consumo de alimentos cariogénicos e de doces no dia em questão, afirmam não consumirem alimentos cariogénicos quando directamente questionadas, mas acabam por o fazer quando a questão é colocada indirectamente especialmente no que diz respeito ao consumo de bebidas açucaradas.

4.3. Conhecimentos, Crenças e Comportamentos Relativos à Escovagem

Apesar de as crianças afirmarem escovar os dentes todos os dias, estas respostas provavelmente devem-se a efeitos de desejabilidade social, uma vez que boa parte delas posteriormente afirma não ter escovado os dentes no dia em questão. Um ponto a considerar é a noção de “todos os dias” das crianças, já que, como se observou, uma criança pode escovar todos os dias, mas só escovar uma vez por dia, ou escovar todos os dias e escovar três vezes em cada dia.

Boa parte dos planos existentes, como por exemplo o Programa Nacional de Saúde Oral (2005) têm o cuidado de aconselharem a escovagem pelo menos duas vezes por dia, de manhã a seguir ao pequeno-almoço e à noite antes de deitar. O problema é estes planos serem maioritariamente dirigidos às crianças, ou, quando contemplam os pais, na maior parte dos casos focam-se no fornecimento de informação e não numa participação mais interactiva.

Apesar de a grande maioria das crianças fazer a escovagem supervisionada, há um número significativo de crianças que relata a escovagem sem supervisão. Isto é um dado importante porque o facto de a criança escovar não quer dizer que escove de uma maneira adequada. A supervisão parental é fundamental para uma boa saúde oral da criança, uma vez que é tida como um dos determinantes da cárie precoce, na medida em que crianças não supervisionadas desenvolvem significativamente mais cáries do que as

supervisionadas (Curnow et al., 2002). A supervisão parental permite identificar áreas onde a criança escovou pior e como pode melhorar, e também é uma altura em que os pais podem elogiar aquilo que ela fez bem e assim reforçar motivação desta em relação à tarefa da escovagem dos dentes.

A maioria das crianças caracterizou o efeito da sua escovagem de uma forma positiva, tendo uma percepção de elevada eficácia⁷ em relação à escovagem. Uma percepção de auto-eficácia elevada encontra-se associada com uma maior motivação para a tarefa (e possivelmente maior rapidez em fazê-la) e maior probabilidade de realizar a tarefa. A literatura existente relaciona uma maior percepção de auto-eficácia parental para supervisionar as crianças (Pine, Adair et al., 2004) e uma maior motivação para a tarefa de supervisão (Pine, McGoldrick et al., 2000) com menos desenvolvimento de cáries nos filhos.

Um número considerável de crianças adia o momento da escovagem quando os pais lhe ordenam para ir escovar. É importante para os programas que pretendem promover a mudança comportamental focarem-se não só na questão da rejeição da escovagem mas também focarem-se nesta questão do adiamento, fornecendo estratégias aos pais para que estes consigam contornar a resistência e o adiamento da tarefa por parte da criança.

A grande maioria das crianças exprime sentimentos positivos em relação à escovagem mas há algumas que a encaram negativamente. Em crianças destas idades, um dos factores de que depende a motivação para realizar comportamentos desejáveis é a tentativa de agradar a figuras de autoridade ou referência (Barros, 2003). Uma hipótese para esta visão negativa da escovagem pode ser então o facto de esta não ser valorizada ou encorajada explicitamente pelos pais ou outras figuras.

4.4. Associações Entre os Conhecimentos, Supervisão, Atitudes e Comportamentos

Somente os sentimentos positivos face à escovagem se mostraram significativamente relacionados com os comportamentos de saúde oral face à escovagem.

⁷ Percepção de auto-eficácia de escovagem – como a criança avalia o resultado após a escovagem

Davoglio e colaboradores (2009) verificaram que sentimentos positivos em relação ao meio social estavam relacionados com uma maior frequência de escovagem dos dentes em adolescentes. De um modo semelhante, Honkala e colaboradores (2007) encontraram entre outros, uma relação positiva entre sentimentos gerais e felicidade e a frequência de escovagem dos dentes de adolescentes.

Podem não ser só os sentimentos específicos da criança em relação à escovagem que podem contribuir para uma maior frequência de escovagem dos dentes, escovagem nos momentos recomendados ou escovagem na frequência recomendada, mas também sentimentos positivos e de bem-estar mais gerais. No entanto esta dimensão não foi avaliada neste estudo.

5. Limitações do Estudo

Este estudo de carácter exploratório recorreu a uma amostra de pequena dimensão e de conveniência. Desta forma, a amostra não é muito equilibrada no que respeita ao género e às idades das crianças, possuindo um número superior de raparigas e de crianças de 4 anos, o que não permitiu que pudessem ser realizadas comparações entre os diversos grupos.

Algumas respostas em relação à alimentação parecem sugerir que ou estas crianças ainda não têm bem a noção das refeições do dia, ou que a questão em que lhes era pedido para contar o que tinha sido o seu pequeno-almoço tem que ser elaborada de maneira diferente, uma vez que várias crianças fizeram referência a refeições completas como “massa com carne” ou “batatas, peixe e cenoura”, referências feitas unicamente nesta questão.

Na questão da ordenação dos cartões sobre as actividades diárias só existia um cartão para a escovagem, e apesar de ter sido dito às crianças que poderiam utilizar cada cartão as vezes que quisessem, esse facto pode ter influenciado o modo como as crianças dispuseram os cartões.

Alguns cartões poderão ter um conteúdo algo ambíguo, uma vez que em relação ao cartão da cenoura, três crianças se referiram a ele como o cartão do nabo, embora também possa haver alguma confusão das crianças em distinguir os dois vegetais. Na tarefa de ordenação dos cartões, também duas crianças indicaram o cartão da escovagem dos dentes como sendo um cartão referente a uma refeição, embora este não tivesse quaisquer alimentos presentes.

6. Investigação Futura

Seria interessante no futuro estudar a influência do género ao nível dos conhecimentos e atitudes de saúde oral, e perceber até que ponto uma diferença de género em crianças destas idades se pode traduzir ao nível de diferenças de conhecimentos, uma vez que estudos com adolescente (Ostberg et al., 1999) identificam diferenças favoráveis às raparigas no que diz respeito comportamentos e atitudes de saúde oral.

Também seria interessante o estudo das diferenças desde as idades pré-escolar até à adolescência, como por exemplo, perceber se crianças mais velhas são capazes de identificar mais formas de promover a saúde oral ou que referências é que são mais próprias de cada idade.

Outro caminho de investigação a seguir poderia ser a comparação dos conhecimentos e crenças dos pais e dos filhos acerca do consumo de bebidas açucaradas, que tipos de distinções fazem entre os diversos tipos de bebidas açucaradas, e que características os permitem categorizar determinada bebida como saudável e outra não saudável.

7. Implicações Clínicas

Os estudos que se conhecem sobre a saúde oral são geralmente como crianças mais velhas e com metodologias quantitativas, que por vezes não se adequam às características de desenvolvimento das crianças pré-escolares, quer ao nível das capacidades de compreensão da leitura e da escrita, quer o nível da manutenção da atenção das crianças por longos períodos de tempo.

A utilização destas metodologias mais adequadas ao nível de desenvolvimento das crianças, torna a sua utilização mais desejável por parte das crianças e motiva-as mais para a participação, permitindo obter uma informação mais fina sobre o que as crianças destas idades sabem e fazem em relação à sua saúde oral.

O formato do estudo permitiu identificar inconsistências nas respostas das crianças, especialmente quando comparada a questão “escovas os dentes todos os dias” com a presença da escovagem em “o que já fizeste hoje”.

Torna-se necessário utilizar diferentes métodos para obter informação junto de crianças em idade pré-escolar para permitir um distanciamento das respostas socialmente aceites e esperadas (Backett-Milburn e McKie, 1999), ou para permitir aumentar a cooperação para a tarefa (Morrison, Moir e Kwansa, 2000).

Uma das apostas dos programas de promoção da saúde oral assenta na distinção entre alimentos saudáveis e prejudiciais. Esta noção parece estar clara para as crianças, uma vez que a maioria consegue fazer a classificação dos alimentos desta forma. Contudo, alguns alimentos não são percebidos pelas crianças como prejudiciais apontando para a necessidade de focar de forma concreta esses alimentos nas sessões de educação para a saúde. Muitos planos apostam na importância do controlo dos alimentos para melhorar a saúde oral das crianças, mas ainda há áreas que faltam explorar, como é o caso das bebidas açucaradas, uma vez que o estudo encontrou demasiadas crianças que classificam incorrectamente estes alimentos como saudáveis e que os consomem diariamente.

A questão das bebidas açucaradas como os sumos de fruta deveria receber maior destaque nos programas de promoção da saúde oral, de forma a facilitar o desenraizamento de crenças erradas sobre o seu consumo, e de as substituir por crenças facilitadoras de uma boa saúde oral uma vez que são dos alimentos que as crianças mais dificuldades têm em identificar como prejudiciais à saúde oral.

O adiamento da escovagem é outra questão que surgiu com este estudo, e que deveria passar a ser considerada nos programas, uma vez que o adiamento muitas vezes se traduz pela não escovagem ou escovagem de modo inapropriado por parte da criança.

Os programas deveriam considerar a inclusão de estratégias concretas para os pais poderem utilizar para motivarem a criança e para terem alternativas quando esta recusa a escovagem de uma forma não muito directa e ajudá-los a anteciparem as barreiras e a desenvolverem eles próprios estratégias para as contornarem.

Referências Bibliográficas

Adair, P., Pine, C., Burnside, G., Nicoll, A., Gillett, A., Anwar, S., ... Young, D. (2004). Familial and Cultural Perceptions and Beliefs of Oral Hygiene and Dietary Practices Among Ethnically and Socio-Economical Diverse Groups. *Community Dental Health*, 21(supplement 1): 102-111.

American Academy of Pediatric Dentistry. (2011). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences and Preventive Strategies. *Pediatric Dentistry*, 34 (6 reference manual): 50-53.

Areias, C., Macho, V., Raggio, D., Melo, P., Guimarães, H., de Andrade, C. e Guedes-Pinto. (2010). Cárie Precoce da Infância – o Estado da Arte. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(5): 217 – 221.

Ayhan, H., Suskan, E., e Yildirim, S. (1996). The Effect of Nursing or Rampant Caries on Height, Body Weight, and Head Circumference. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 20: 209-212.

Backett-Milburn, K., e McKie, L. (1999). A critical Appraisal of the Draw and Write Technique. *Health Education Research*, 14(3).387-398.

Baker, A. Gilley, J., James, J., e Kimani, M. (2012). “High Five to Healthy Living”: A Health Intervention Program for Youth at an Inner City Community Center. *Journal of Community Health*, 37:1–9.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Climepsi Editores: Lisboa.

Berkowitz, R. (2003). Causes, Treatment and Prevention of Early Childhood Caries: A Microbiologic Perspective. *Journal of the Canadian Dental Association*, 69(5): 304-307

Brukiene, V. e Aleksejuniene, J. (2009). An overview of oral health promotion in adolescents. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19 (3): 163-171.

Creedon, M. e O'Mullane, D.M. (2001). Factors Affecting Caries Levels Amongst 5-year-old Children in County Kerry, Ireland. *Community Dental Health*, 18(2): 72-78.

Cullen, K., Ash, D., Warneke, C., e de Moor, C.(2002). Intake of Soft Drinks, Fruit-Flavored Beverages, and Fruits and Vegetables by Children in Grades 4 Through 6. *American Journal of Public Health*, 92(9), 1475-1477.

Curnow, M., Pine, C., Burnside, G., Nicholson, J., Chesters, R., e Huntington, E. (2002). A Randomised Controlled Trial of the Efficacy of Supervised Toothbrushing in High-Caries-Risk Children. *Caries Research*, 36 :294-300.

Darbyshire, P., MacDougal, C., e Schiller, W. (2005). Multiple Methods in Qualitative Research With Children: More Insight or Just More? *Qualitative Research*, 5(4): 417-436.

Davoglio, R., Aerts, D., Abegg, C., Freddo, S. e Monteiro, L. (2009). Fatores Associados a Hábitos de Saúde Bucal e Utilização de Serviços Odontológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 655-667.

Direcção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa.

Docherty, S., e Sandelowski, M. (1999). Focus on Qualitative Methods: Interviewing Children. *Research in Nursing and Health*, 22: 117-185.

Dorri, M., Sheiham, A., Hardy, R., e Watt, R. (2010). The Relationship Between Sense of Coherence and Toothbrushing Behaviours in Iranian Adolescents in Mashad. *Journal of Clinical Periodontology*, 37(1): 46-52.

Dye, B.A., Shenkin, J.D., Ogden, C.L., Marshall, T.A., Levy, S.M., Kanellis, M.J. (2004). The relationship between healthful eating practices and dental caries in children aged 2–5 years in the United States, 1988–1994. *The Journal of the American Dental Association* 135 (1): 55-66.

Filstrup, S.L., Briskie, D., da Fonseca, M., Lawrence, L., Wandera, A. e Inglehart, M. (2003). Early Childhood Caries and Quality of Life: Child and Parent Perspectives. *Pediatric Dentistry*, 25(5): 431-440.

Gibson, S., e Williams, S. (1999). 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 Research*, 33(2): 101-113.

Gill, P., Chestnutt, I., e Channing, D. (2009). Opportunities and Challenges to Promoting Oral Health in Primary Schools. *Community Dental Health*, 26(3): 188-192.

Grant, J., Kotch, J., Quiñonez, R., Kerr, J., e Roberts, M. (2010). Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Self-Reported Behaviors Among 3-5 Year Old School Children using an Oral Health and Nutrition Intervention. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 35(1): 59-64.

Gross, J., Hayne, H. e Drury, T. (2009). Drawing Facilitates Children's Reports of Factual and Narrative Information: Implications for Educational Contexts. *Applied Cognitive Psychology*, 23(7): 953-971.

Harris, R., Nicoll, R., Adair, P., e Pine, C. (2004). Risk Factors for Dental Caries in Young Children: a Systematic Review of the Literature. *Community Dental Health*, 21 (Supplement), 71-85.

Hicks, C.L., Bayer, C.V., Spafford, P.A., Korlaar, I.V., Goodenough, B. (2001). The FACES Pain Scale – Revised: Toward a Common Metric in Pediatric Pain Measurement. *Pain* 93(2): 173-183.

Hietsalo, P., Seppä, L., Lahti, S., Poutanen, R., Niinimaa, A., e Hausen, H. (2008). Oral Health-related Behaviors Predictive of Failures in Caries Control Among 11–12-yr-old Finnish Schoolchildren. *European Journal of Oral Sciences*, 116(3): 267-271.

Honkala, S., Honkala, E. e Al-Sahili, N. (2007). Do life- or School-Satisfaction and Self-Esteem Indicators Explain the Oral Hygiene Habits of Schoolchildren?*Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35 (5), 337-347.

Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. *Journal of Dentistry* (40): 873-885.

Kalio, P. (2001). Health Promotion and Behavioral Approaches in the Prevention of Periodontal Disease in Children and Adolescents. *Periodontology 2000*, 26(1): 135-145.

Kawamura, M., Takase, N., Sasahara, S. e Okada, M. (2007). Teenager's Oral Health Attitudes and Behavior in Japan: Comparison by Sex and Age Group. *Journal of Oral Science*, 50(2): 167-174.

Kelly, S., Binkley, C., Neance, W., e Gale, B. (2005). Barriers to Care Seeking for children's Oral Health Among Low-Income Caregivers. *American Journal of Public Health*, 75: 1345-1351.

Khöler, B., Andréen, I., e Jonsson, B. (1988). The Earlier the Colonization by Mutans Streptococci, the Higher the Caries Prevalence at 4 years of Age. *Oral Microbiology and Immunology*, 3(1): 14-17.

Longobottom, P.J., Wrieden, W.L. e Pine, C.M. (2002). Is There a Relationship Between the Food Intakes of Scottish 5 ½ - 8 ½ year-olds and those of their mothers?. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15(4): 271-279.

Macintosh, A.C., Schrott, R.J., Edwards, J., Harms, L., Mellon, B., Moffat, M. (2010). The Impact of Community Workshops on Improving Early Childhood Oral Health Knowledge. *Pediatric Dentistry*, 32(2): 110-117.

Makuch, A. e Reschke, K. (2001). Playing Games in Promoting Childhood Dental Health. *Patient Education and Counseling*, 43: 105-110.

Mendes, S., Rodrigues, J., Abukumail, N., Guerreiro, A., e Bernardo, M. (2009). Prevalência e Gravidade de Cárie Dentária em três Jardins de Infância da Freguesia de Alcântara. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 50(3), 175.

Morrison, M., Moir, J., e Kwansa, T. (2000). Interviewing Children for the Purposes of Research in Primary Care. *Primary Health Care Research and Development*, 1: 113-130.

Nurko, C., Sjur, P. e Brown, J.P. (2003). Caries Prevalence of Children in an Infant Oral Health Educational Program at a WIC Clinic. *Journal of Dentistry for Children*, 70 (3): 231-234.

Okada M., Kawamura M., Kaihara Y., Matsuzaki Y., Kuwahara S., Ishidori H., Miura, K. (2002). Influence of Parents' Oral Health Behaviour on Oral Health Status of Their School Children: an Exploratory Study Employing a Causal Modelling Technique. *International Journal of Pediatric Dentistry* 12(2):101–108.

Okada, M., Kawamura, M., Hayashi, Y., Takase, N. e Kozai, K. (2008). Simultaneous Interrelationship Between the Oral Health Behavior and Oral Health Status of Mothers and Their Children. *Journal of Oral Science*, 50 (4): 447-452.

O'Sullivan, D.M., e Tinanoff, N. (1996). The Association of Early Dental Caries Patterns With Caries Incidence in Preschool Children. *Journal of Public Health Dentistry*, 56: 81-83.

Ostberg, A., Halling, A., e Lindblad, U. (1999). Gender Differences in Knowledge, Attitude, Behavior and Perceived Oral Health Among Adolescents. *Acta Odontologica Scandinavica*, 57(4): 231-236.

Peterson-Sweeney, K. e Stevens, J. (2010). Optimizing the Health of Infants and Children: Their Oral Health Counts! *Journal of Pediatric Nursing*, 25(4): 244-249.

Pine, C., McGoldrick, P., Burnside, G., Curnow, M., Chesters, R., Nicholson, J., e Huntington, E. (2000). An Intervention Programme to Establish Regular Toothbrushing: Understanding Parent's Beliefs and Motivating Children. *International Dental Journal, Supplement*, 312-323.

Pine, C. Adair, P., Nicoll, A., Burnside, G., Petersen, P., Beighton, D., ... e Whelton, H. (2004a). International Comparisons of Health Inequalities in Childhood Dental Caries. *Community Dental Health 21 (1 Supplement)*:121-130.

Pine, C., Adair, P., Petersen, P., Douglass, C., Burnside, G., Nicoll, A., ... e Williams, S. (2004b). Developing Explanatory Models of Health Inequalities in Childhood Dental Caries. *Community Dental Health 21 (1 supplement)*: 86-95.

Pine, C., Curnow, M., Burnside, G., Nicholson, J., e Roberts, A. (2007). Caries Prevalence four years after the end of a randomized controlled trial. *Caries Research*, 41(6), 431-436.

Plutzer, K. e Spencer, A.J. (2008). Efficacy of an Oral Health Promotion Intervention in the Prevention of Early Childhood Caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4): 335-346.

Poutanen, R. Lahti, S. e Hausen, H. (2005). Oral Health-Related Knowledge, Attitudes and Beliefs Among 11 to 12-year-old Finnish Schoolchildren With Different Oral Health Behaviors. *Acta Odontologica Scandinavica* 63(1) : 10 – 16.

Poutanen, R., Lhati, S., Seppa, L., Tolvanen, M. e Hausen, H. (2007). Oral Health-Related Knowledge, Attitudes, Behavior, and Family Characteristics Among Finnish Schoolchildren With and Without Active Initial Caries Lesions. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65(2): 87-96.

Pridmore, P., e Landsdown, R. (1997). Exploring Children's Perceptions of Health: Does Drawing Really Break Down Barriers? *Health Education Journal*, 56: 219-230.

Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., Robertson, J. e Tambor, E. (2001). Elementary School-Aged Children's Reports of Their Health: A Cognitive Interviewing Study. *Quality of Life Research*, 10: 59-70.

Reinhardt, C.H., Lopker, N., Noack, M.J., Klein, K. e Rosen, E. (2009). Peer Tutoring Program for the Improvement of Oral Health Behavior in Underprivileged and Immigrant Children. *Pediatric Dentistry*, 31(7): 481-485.

Rossow, I. e Rice, J. (1994). Concordance of Parental and Adolescent Health Behaviors. *Social Science and Medicine*, 38 (9): 1299-1305.

Schroth, R.J., Brothwell, D.J., Moffat, M.E.K. (2007). Caregiver Knowledge and Attitudes of Preschool Oral Health and Early Childhood Caries (ECC). *International Journal of Circumpolar Health*, 66(2): 153 – 167.

Seow, W. (1998). Biological Mechanisms of Early Childhood Caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(Supplement 1): 8-27.

Shenoy, R. e Sequeira P. (2010). Effectiveness of a School Dental Education Program in Improving Oral Health Knowledge and Oral Hygiene Practices and Status of 12- to 13-year-old School Children. *Indian Journal of Dental Research*, 21:253-259.

Smyth, E., Caamaño, F. e Fernández-Riveiro, P. (2007). Oral Health Knowledge, Attitudes and Practice in 12-year-old Schoolchildren. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* 12(8): 614-620.

Tolvanen, M., Lahti, S. e Hausen, H. (2010) Changes in Toothbrushing Frequency in Relation to Changes in Oral Health-Related Knowledge and Attitudes Among Children – a Longitudinal Study. *European Journal of Oral Science*, 118 (3): 284-289.

Tolvanen, M., Lahti, S., Poutanen, R., Seppä, L. e Hausen, H. (2010b). Children's oral health-related behaviors: individual stability and stage transitions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38 (5): 445-452.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health.

Williams, T., Wetton, N. e Moon, A. (1989). *A Picture of health: What do you do that makes you healthy and keeps you healthy?* Health Education Authority: London.

ANEXOS

Anexo A



Faculdade de Medicina dentária da Universidade de Lisboa

Lisboa, 21 de Fevereiro de 2011

CARO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO,

A Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa tem, desde há alguns anos, uma parceria com o Centro de Saúde e colabora com a promoção da saúde oral em jardins-de-infância desta área. Este ano uma das escolas incluídas nestas actividades é a do seu educando, pelo que pedimos que assine a autorização abaixo de modo a que o seu filho possa nelas participar.

Estas actividades incluem:

- Um teatro de fantoches, onde se ensinam os cuidados a ter com a boca e dentes;
- Observação da cavidade oral e registo do estado de saúde oral da criança;
- Sessão de demonstração de como se lavam correctamente os dentes;
- Jogos sobre os conhecimentos e práticas que as crianças têm sobre saúde oral.

A vossa participação é voluntária e todos os dados recolhidos são confidenciais, pelo que mesmo que publicados, como é costume quando recolhidos dados desta natureza, a identificação dos participantes nunca será divulgada.

No final das actividades será distribuída informação a cada um dos encarregados de educação sobre o estado de saúde oral do seu educando.

CASO ACEITE PARTICIPAR, PREENCHA A AUTORIZAÇÃO EM ANEXO E DEVOLVA-A À EDUCADORA DO SEU

FILHO



Eu, _____, encarregado de educação do
aluno _____, autorizo o meu filho a participar nas
actividades de promoção da saúde oral.

Data: ___/___/____ Assinatura: _____