



**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Necessidades e Recursos para a Promoção da Saúde  
Oral Infantil numa comunidade vulnerável: um estudo  
exploratório de base comunitária**  
V Mestrado em Promoção da Saúde

**Carla Isabel Dias Bucho Afonso**

**abril de 2023**



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **Necessidades e Recursos para a Promoção da Saúde Oral Infantil numa comunidade vulnerável: um estudo exploratório de base comunitária**

Dissertação apresentada para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Promoção da Saúde, realizada sob a orientação científica da Prof. Dra. Ana Rita Goes e a coorientação do Prof. Dr. Mário Rui Araújo

**abril de 2023**

## **Agradecimentos**

À minha orientadora Prof. Dra. Ana Rita Goes, pelos ensinamentos, rigor e pela paixão demonstrada pela promoção da saúde. Sem ela este meu projeto nunca teria chegado ao fim.

Ao Professor Mário Rui Araújo, fonte de inspiração dos higienistas orais. Pela sua criatividade e visão, e pela forma como nos faz sentir os profissionais de promoção da saúde mais importantes deste mundo e mais além.

Ao Dr. Mário Durval, por ter sido quem me mostrou o caminho da saúde pública. Pela inspiração, ensinamentos, humanismo e afeto demonstrado. Será sempre o meu eterno “chefe”.

À Paula Encarnação, a minha parceira de trabalho de campo, um verdadeiro exemplo de profissional que está de alma e coração no serviço social.

Às Mulheres participantes deste estudo, que me ensinaram tanto e fizeram de mim uma pessoa melhor.

Aos meus pais, Isabel e José Afonso, pelo seu apoio incondicional e por me darem aquele empurrão que me faz ir sempre mais além.

Aos meus filhos, Catarina e Guilherme, por me aceitarem como sou e porque me darem força para que possa ser para eles um modelo de trabalho e resiliência.

A todos os amigos e colegas que me incentivaram, sobretudo ao Sérgio Guia, que esteve sempre presente nos bons e maus momentos.

A Todos, o meu Muito Obrigada!

*“Só podemos alcançar o impossível, se acreditarmos que é possível”*  
Alice do País das Maravilhas (2010)

## Resumo

**Introdução:** A prevenção das doenças orais tem sido predominantemente centrada no comportamento individual, negligenciando outros determinantes da saúde oral. A redução das desigualdades em saúde oral implicará abordagens e intervenções sensíveis aos contextos e envolvimento das populações vulneráveis na compreensão dos problemas e desenvolvimento de intervenções adequadas. A investigação participativa de base comunitária permite assegurar cuidados de saúde oral sustentáveis, eficazes, eficientes, seguros e apropriados.

**Objetivos:** Compreender percepções, necessidades e oportunidades para a promoção da saúde oral na infância numa comunidade vulnerável.

**Metodologia:** Estudo exploratório, com recurso a métodos quantitativos e qualitativos, com abordagem de investigação participada de base comunitária. Desenvolveu-se numa comunidade com mães e profissionais com intervenção no território. A recolha de dados envolveu a utilização de questionários e grupos focais.

**Resultados:** Identificaram-se múltiplas influências na saúde oral infantil, sendo o consumo de açúcar e a escovagem dos dentes os comportamentos sob maior influência familiar e ambiental. Identificaram-se dificuldades no acesso e utilização de cuidados de saúde oral. Foram feitas propostas para a promoção da saúde oral infantil, marcadas pela valorização de intervenções de proximidade na comunidade e necessidade de uma abordagem intersectorial.

**Conclusão:** A promoção da saúde oral implicará um olhar sistémico, considerando as famílias como um todo e os seus contextos em particular. Neste sentido, será também essencial considerar as especificidades de famílias em situação de vulnerabilidade para ajustar a implementação de políticas e intervenções na área da saúde oral.

**Palavras-chave:** saúde oral infantil; promoção da saúde; determinantes de saúde oral; investigação de base comunitária

## **Abstract**

**Introduction:** The prevention of oral diseases has been predominantly focused on individual behavior, neglecting other oral health determinants. Reducing oral health inequalities will require context-sensitive approaches and interventions involving vulnerable populations in understanding the issues and developing suitable interventions. Community-based participatory research makes it possible to ensure sustainable, effective, efficient, safe and suitable oral health care.

**Objectives:** To understand perceptions, needs and opportunities for oral health promotion in childhood in a vulnerable community.

**Methodology:** Exploratory study, using quantitative and qualitative methods, with a community-based participatory research approach. It was developed in a community with mothers and professionals with intervention in the territory. Data collection involved the use of questionnaires and focus groups.

**Results:** Multiple influences on children's oral health were identified, with sugar consumption and toothbrushing being the behaviors most influenced by family and environment. Difficulties in accessing and using oral health care were identified. Proposals were made for the promotion of children's oral health, marked by the appreciation of community outreach interventions and the need for an intersectoral approach.

**Conclusion:** The promotion of oral health will involve a systemic view, considering families as a whole and their contexts in particular. In this sense, it will also be essential to consider the specificities of families in vulnerable situations to adjust the implementation of policies and interventions in the field of oral health.

**Key Words:** children's oral health; health promotion; oral health determinants; community-based research

## Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo .....	IV
Abstract .....	V
Índice.....	VI
Índice Figuras .....	VIII
Índice Tabelas .....	VIII
Lista de Abreviaturas .....	IX
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico.....	3
2.1 Saúde Oral .....	3
2.2. Epidemiologia das doenças orais .....	3
2.3 Determinantes sociais da saúde oral.....	5
2.3.1. Determinantes individuais da cárie dentária na infância .....	6
2.3.2. Determinantes familiares da cárie dentária na infância.....	7
2.3.3. Determinantes comunitários da cárie dentária na infância.....	8
2.4. Políticas públicas de saúde oral .....	8
2.5. Desigualdades em saúde oral .....	11
2.6. Promoção da saúde oral em populações vulneráveis.....	14
2.6.1. Investigação participada de base comunitária .....	15
3. Questão de investigação e objetivos.....	19
3.2. Objetivos específicos:.....	19
4. Metodologia .....	20
4.1 Contexto de realização do estudo .....	20
4.2 Tipo de Estudo .....	20
4.3 Participantes do estudo .....	20
4.4 Técnicas de recolha de dados.....	22
4.4.1. Questionário .....	22
4.4.2. Grupos Focais .....	22
4.5 Procedimentos de recolha de dados .....	23
4.6 Questões éticas.....	24
5. Resultados.....	27
5.1 Caracterização da amostra.....	27

5.1.2 Saúde oral da criança.....	27
5.1.3 Comportamentos relacionados com a higiene oral da criança .....	28
5.1.4. Comportamentos alimentares relacionados com a saúde oral da criança .....	29
5.1.5. Comportamentos relacionados com a transmissão de streptococcus mutans mãe-filho .....	30
5.2. Perspetivas acerca da saúde oral infantil: resultados dos grupos focais.....	30
5.2.1. Valor da Saúde Oral .....	30
5.2.2. Determinantes de saúde oral.....	33
5.2.2.1. <i>Dos comportamentos à sociedade</i> .....	33
5.2.2.2. <i>Papel da família</i> .....	35
5.2.2.3. <i>Acesso e utilização dos serviços de saúde oral</i> .....	40
5.2.3. Promoção da saúde oral infantil .....	42
5.2.3.1. <i>Estratégias parentais para a promoção da saúde oral</i> .....	42
5.2.3.2. <i>Promoção da saúde oral na comunidade</i> .....	44
5.2.3.3 <i>Propostas de promoção da saúde oral em contexto escolar</i> .....	47
5.2.3.4. <i>Promoção da saúde oral através de medidas políticas e sociais</i> .....	50
5.2.3.4.1. <i>Acesso universal aos cuidados de saúde oral</i> .....	51
5.2.3.4.2 <i>Acesso aos cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários</i> .....	52
5.2.3.4.3 <i>Propostas relacionadas com a utilização dos media</i> .....	55
6. Discussão .....	56
<i>Limitações do estudo</i> .....	66
7. Conclusões.....	67
8. Referências Bibliográficas .....	69
9. Anexos.....	77
Anexo 1 – Questionário de caracterização socioeconómica, familiar e comportamentos relacionados com a saúde oral das crianças.....	78
Anexo 2 – Tabelas de operacionalização das variáveis.....	85
Anexo 3 – Guiões grupo focal 1 .....	91
Anexo 4 – Guiões grupo focal 2 .....	97
Anexo 5 – Cartaz/ Convite de apresentação do estudo na comunidade .....	101
Anexo 6 – Consentimento de participação grupo 1 .....	102
Anexo 7 – Consentimento de participação grupo 2 .....	105

## Índice Figuras

Figura 1 - Modelo ecológico da cárie na infância - influências da criança, família e comunidade na saúde oral das crianças .....	6
Figura 2 – Procedimentos de seleção dos participantes do estudo .....	21
Figura 3 - Descrição dos instrumentos e procedimentos de recolha dos dados do Estudo .....	24
Figura 4 – Distribuição da amostra segundo a frequência da escovagem dos dentes da criança .....	28
Figura 5 – Distribuição da amostra segundo o momento da escovagem dos dentes da criança .....	28
Figura 6 – Distribuição da amostra segundo a idade do início da escovagem dos dentes da criança .....	29
Figura 7 - Distribuição da amostra segundo a idade que deixou de mamar/ beber biberão durante a noite .....	29

## Índice Tabelas

Tabela 1 – Caracterização familiar da população em estudo .....	27
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a frequência de consumo de alimentos com açúcar, bebidas com açúcar e na cama antes de adormecer .....	30



## **Lista de Abreviaturas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACFF – *Alliance For Cavity- Free Future*

ARSLVT – Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CPI – Cárie Precoce de Infância

DGS - Direção Geral da Saúde

DNT – Doença Não Transmissível

ENPDO – Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FDI – Federação Dentária Internacional

IPBC - Investigação Participativa de Base Comunitária

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PSSOCA – Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes

RBE – Rede Nacional Bibliotecas Escolares

RSI – Rendimento Social de Inserção

SOBE – Saúde Oral Bibliotecas Escolares

## 1. Introdução

A saúde oral é uma componente da saúde geral e as doenças orais estão entre as que apresentam maior incidência e prevalência em todo o mundo (Watt et al., 2019).

Sabe-se que as características dos dentes decíduos, os hábitos alimentares e a eficácia da remoção da placa bacteriana tornam as crianças pequenas um grupo suscetível (Alazmah, 2017), e que um valor índice cárie na dentição decídua elevado é preditivo de risco elevado para novas cáries na idade adulta (Meyer e Enax, 2018).

De acordo com Global Burden of Disease Study de 2017, mais de 530 milhões de crianças em todo o mundo apresentam cárie na dentição decídua (OMS, 2019). Segundo o último estudo nacional de prevalência das doenças orais, Portugal atingiu a meta da OMS para a cárie dentária aos 12 anos, no entanto, a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos ainda se encontra abaixo (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2015). O mesmo padrão tem vindo a verificar-se nos restantes países da Europa (Frencken et al., 2017).

A abordagem predominante na prevenção das doenças orais tem sido centrada no comportamento individual e num modelo de cuidados clínicos centrado na tecnologia, negligenciando os outros determinantes da saúde que moldam a vida e a saúde das pessoas (Watt et al., 2019). Um estudo realizado em Portugal em 2018, permitiu-nos perceber o impacto que os determinantes sociais da saúde têm nos hábitos de saúde oral dos jovens portugueses, verificando-se a associação entre a adoção de comportamentos de escovagem potencialmente inadequados e as variáveis sociodemográficas, sendo a área de residência, escolaridade da mãe e o estado laboral do pai desempregado as variáveis com maior impacto. Sugere ainda, que estudos futuros de saúde oral pública devem focar todos os aspetos sociais, determinantes da saúde e sua relação com as atitudes e comportamentos em saúde oral (Bombert *et al.*, 2018).

Assim sendo, a intervenção em saúde oral deverá incluir uma abordagem mais ampla que aborde não só o risco de cada indivíduo, mas também a sua estrutura familiar e comunitária. Aumentar o nível de educação e literacia das famílias, melhorar as condições de acessibilidade aos cuidados de saúde oral, alterar os padrões alimentares incorretos, inculcar os hábitos de higiene oral mais favoráveis e estabelecer cadeias de apoio social são aspetos importantes para diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais ao longo de todo o ciclo de vida (Fonseca e Avenetti, 2017). Deverá ser dado ainda, um especial destaque para o papel da mãe, já que vários estudos apontam o nível de escolaridade da mãe como um fator com influência significativa na saúde oral

das crianças (Nurelhuda et al., 2009). Finalmente, abordar as desigualdades em saúde oral é uma parte essencial das atividades de promoção da saúde, tendo como objetivo a sua redução. Isto implica reconhecer a saúde oral como parte integrante da realidade social dos indivíduos e garantir a adaptação das intervenções aos contextos específicos, considerando valores, cultura, prioridades, necessidades e recursos. A participação ativa das próprias populações parece ser um ingrediente essencial para o desenho de intervenções sensíveis às características dos contextos (Petersen et al., 2005).

Tem-se constatado, contudo, que as pessoas que vivem com doenças orais não têm participado na reforma dos cuidados de saúde. As suas vozes, as suas necessidades e preferências estão em grande parte ausentes do planeamento e conceção dos serviços. Fomentar o envolvimento da comunidade e inclusão das populações marginalizadas nos diálogos políticos são cruciais para reconhecer as experiências das pessoas que vivem com as doenças orais e abordar as suas causas (Glick, 2018).

A investigação participada de base comunitária (IPBC) tem um papel importante em assegurar que os cuidados de saúde são sustentáveis, eficazes, eficientes, seguros e apropriados.(Jull, Giles e Graham, 2017). Nesta abordagem, os determinantes sociais de saúde são claramente focados, através do envolvimento ativo das comunidades, e embora esta metodologia esteja a ser amplamente utilizada na prevenção de vários problemas de saúde, a sua utilização na investigação em saúde oral tem sido limitada, e apenas alguns estudos recentes relatam a IPBC como uma prioridade no desenvolvimento de intervenções em saúde oral (Gibbs et al., 2014).

O presente trabalho integra-se num projeto comunitário, financiado pelo Programa Bairros Saudáveis, dirigido às famílias residentes no “Bairro das Palmeiras” no Barreiro e pretende compreender necessidades, barreiras e facilitadores relacionados com a saúde oral de crianças de uma comunidade vulnerável.

O trabalho que se segue esta organizado em duas componentes, uma componente teórica, onde se apresenta os principais conceitos, modelos e evidências existentes para o problema em estudo: necessidades e recursos para a promoção da saúde oral infantil numa comunidade vulnerável. Outra componente empírica, onde serão apresentados os objetivos, a metodologia e os resultados do trabalho. Por fim, será realizada a discussão dos resultados à luz da evidência e as respetivas conclusões que possam ter relevância para a promoção da saúde oral infantil numa comunidade vulnerável.

Reconhecendo a necessidade de adaptar as atividades de promoção da saúde oral às características específicas deste contexto e comunidade, o trabalho assumiu a perspetiva da IPBC, lançando as primeiras sementes para um trabalho de continuidade com a comunidade.

## 2. Enquadramento teórico

### 2.1 Saúde Oral

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a Saúde Oral é um indicador-chave da saúde geral, bem-estar e qualidade de vida, definindo-a como *“Um estado livre de dores crónicas na boca e no rosto, de cancro oral e de garganta, de infeções e feridas orais, de doença periodontal de cárie dentária, de perda dentária e outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade de um indivíduo morder, mastigar, sorrir, falar e bem-estar psicossocial”*, (World Health Organization, 2019).

Por sua vez, a Federação Dentária Internacional (FDI) define saúde oral como sendo *“multifacetada e que inclui, mas não se limita, à capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial”* (Federação Dentária Internacional, 2016). Esta definição reforça a saúde oral como parte integrante da saúde geral, reconhecendo o seu carácter multifacetado. A Saúde Oral é, assim, vista como um direito humano, devendo ser parte integrante de todas as políticas de saúde (Glick *et al.*, 2018).

A

s doenças orais são as doenças não transmissíveis (DNT) mais comuns e afetam as pessoas ao longo da vida, causando dor, desconforto, desfiguração e até morte (World Health Organization, 2019). A maior parte das doenças orais são evitáveis e têm fatores de risco comuns a outras doenças não transmissíveis e parecem estar associadas a diversas doenças sistémicas, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, entre outras (Sabbah *et al.*, 2007; Winning *et al.*, 2017).

### 2.2. Epidemiologia das doenças orais

As doenças orais têm uma elevada incidência e prevalência em todo o mundo. O Global Burden of Disease 2017 estimou que as doenças orais afetavam metade da população mundial. Cerca de 3,45 mil milhões de pessoas apresentavam doenças orais, destas, 530 milhões de crianças com cárie na dentição decídua, 2,3 mil milhões de adultos com cárie em dentes permanentes e cerca de 2,5 milhões são afetados por edentulismo parcial ou total (Pitts e Mayne, 2021).

As principais doenças orais são a doença periodontal e a cárie dentária. As doenças periodontais afetam as estruturas de suporte dos dentes, o periodonto, constituído pela gengiva, mucosa alveolar, cemento, ligamento periodontal e osso alveolar (Cohen *et al.*, 2001). A prevalência da periodontite é elevada, não havendo evidência que estes resultados tenham sofrido alterações ao longo do tempo e sendo que 10% da população apresenta periodontite severa. (Frencken *et al.*, 2017)

A cárie dentária é uma doença multifatorial, que resulta da interação dos fatores de risco ambientais, comportamentais e genéticos e que mais afeta as populações ao longo de todo o ciclo de vida (Featherstone, 2004). A cárie é a doença crónica mais comum a nível mundial, afetando 514 milhões de crianças em todo o mundo (Salari *et al.*, 2022). Os resultados de um estudo de revisão sistemática publicado em 2017, mostram que a cárie dentária é prevalente em todos os grupos etários e que a prevalência e severidade das cáries de dentina nos últimos 40 anos diminuiu nas crianças entre os 5 e os 12 anos, sendo esta redução mais significativa nos jovens de 12 anos dos países de elevada renda; também são estes países que apresentam a maior redução de prevalência da cárie dentária entre os 35 e 44 anos. (Frencken *et al.*, 2017). Ainda assim, o número de crianças entre os 5 e os 6 anos com história de cárie (dentição decídua), está a aumentar em alguns países, estimando-se que 20% a 90% das crianças europeias sejam afetadas (World Health Organization, 2019).

Segundo os dados do último Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais em Portugal (III ENPDO), os indicadores utilizados para medir a prevalência das doenças orais nas crianças têm vindo a melhorar desde 2000:

- Foi atingida a meta da OMS para 2020 no que respeita ao índice de cárie dentária aos 12 anos (CPO-1,5);
- O índice de cpo-d (média de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decídua) aos 6 anos, em 2000 era de 3,56 tendo esse valor diminuído para 1,65 em 2013/14
- 57,8% dos jovens aos 12 anos têm hemorragia à sondagem e 41,8% apresentam gengivas saudáveis.
- A percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos, passou de 33% (2000) para 53% no ano 2013/14, no entanto ainda continua inferior à meta estabelecida pela OMS de 80%.

A Associação Dentária Americana identifica a Cárie Precoce de Infância (CPI), como um importante problema de saúde pública em comunidades carenciadas, verificando-se também na população infantil de uma forma geral. A CPI é definida como o

aparecimento de 1 ou mais dentes decíduos com cárie, ou dentes tratados ou perdidos por cárie, até aos 71 meses (American Academy of Pediatric Dentistry, 2018).

A CPI não tratada pode causar dificuldades em dormir e comer, e possivelmente afetar o crescimento e desenvolvimento das crianças (Ortiz et al., 2014). Crianças com cáries dentárias também tendem a ter uma baixa autoimagem e autoestima (Silva et al., 2020; Petersen et al., 2005). Foram ainda encontradas taxas mais elevadas de absentismo em crianças com CPI não tratada, o que levou a um impacto negativo no seu desempenho escolar (Neves *et al.*, 2016). A hospitalização ou consultas de medicina dentária de emergência em crianças com cárie dentária são relatadas em algumas situações como graves, podendo tornar-se mesmo ameaças à vida (Allareddy et al., 2014).

Um estudo de revisão sistemática, que incluiu estudos publicados nos últimos 5 anos (2013-2017), verificou que a CPI continua a prevalecer na maior parte dos países em todo o mundo, variando significativamente de país para país, sendo a sua prevalência ainda elevada nas crianças em idade pré-escolar em muitos países, particularmente na Ásia, América do Sul, e África (Chen et al., 2019).

### 2.3 Determinantes sociais da saúde oral

A Organização Mundial da Saúde define os determinantes sociais da saúde *como "as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida quotidiana. Estas forças e sistemas incluem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais"* (World Health Organization, 2019; CSDH, 2008).

De acordo com Dahlgren e Whitehead (1991), os determinantes sociais da saúde podem agrupar-se em 4 níveis de influências. O nível mais abrangente diz respeito ao ambiente global, às condições socioeconómicas e cultura e está relacionado com as políticas de saúde de cada país. No terceiro nível estão as redes de suporte familiar e comunitário, sendo importantes na forma como interagem entre si e com o poder local, com o objetivo de criar estratégias que capacitem a comunidade na resposta a questões sociais e de saúde. O segundo nível, são os hábitos e estilos de vida, que são influenciados pelos níveis anteriores, e que incluem a capacitação do indivíduo para escolhas saudáveis. No último nível estão os fatores não modificáveis, a idade, o sexo e os fatores hereditários individuais, que condicionam o seu estilo e hábitos de vida (Dahlgren e Whitehead, 1991).

Susan Fisher-Owens e colegas propuseram uma adaptação do modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead para a cárie na infância, no qual os fatores etiológicos, o início e evolução da mesma poderá estar dependente da interação de múltiplos determinantes que poderão ter influência, ao nível da criança, família e comunidade (Fisher-Owens *et al.*, 2007)

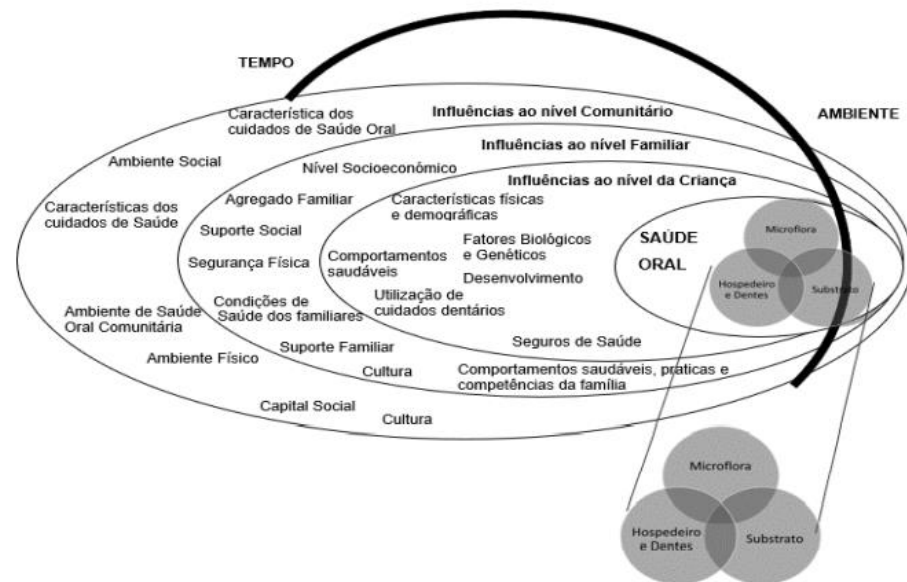


Figura 1 - Modelo ecológico da cárie na infância - influências da criança, família e comunidade na saúde oral das crianças. Adaptado de Fisher-Owens *et al.*, 2007

### 2.3.1. Determinantes individuais da cárie dentária na infância

Os quatro principais fatores etiológicos de cárie dentária estão bem documentados: hospedeiro suscetível, bactérias cariogênicas, substrato de hidratos de carbono fermentáveis, e tempo para a interação destes fatores (Gupta *et al.*, 2013). Uma higiene oral deficiente e a ingestão excessiva ou frequente de açúcar entre as refeições são as causas principais da cárie dentária e da saúde oral deficiente em geral (Harris *et al.*, 2004). O consumo de hidratos de carbono fermentáveis que contêm açúcares adicionados tem vindo a aumentar, particularmente entre crianças e jovens adultos (Levine e Stillman-Lowe, 2019).

Os fatores genéticos e biológicos como a anatomia e alterações no esmalte dentário, bactérias mais agressivas e saliva mais ácida devem ser tidos em consideração como determinantes individuais de saúde oral (Meyer e Enax, 2018).

Sabe-se ainda, que as características dos dentes decíduos, os hábitos alimentares e a eficácia da remoção da placa bacteriana tornam as crianças pequenas um grupo

suscetível (Alazmah, 2017), e que um valor índice cárie na dentição decídua elevado é preditivo de risco elevado para novas cáries na idade adulta (Meyer e Enax, 2018).

### 2.3.2. Determinantes familiares da cárie dentária na infância

As crianças de famílias desfavorecidas, apresentam indicadores de saúde oral piores, com maior número de dentes cariados, por tratar e dentes perdidos, mantendo este mesmo padrões de saúde oral em adultos (Thomson et al., 2004).

Um nível socioeconómico baixo, baixos níveis de instrução e de rendimentos do agregado familiar e isolamento social (Sanchez-Perez et al., 2010 in Hooley et al., 2012; KopyckaKedzierawski, 2008; Cameron et al., 2006; Floyd, 2009) são fatores comumente associados à cárie dentária (Hooley et al., 2012). O baixo nível socioeconómico poderá ainda refletir-se na dificuldade na aquisição de alimentos saudáveis e produtos necessários para os cuidados diários de higiene oral (Thomson et al., 2004). Sabe-se ainda que, um baixo nível socioeconómico e de escolaridade das famílias, quando relacionados, refletem-se não só na dificuldade de acesso aos cuidados de saúde oral, mas também na procura e compreensão da informação em saúde (Thomson *et al.*, 2004).

O nível de educação dos pais parece ser um determinante familiar da saúde oral na infância mais relevante que o nível socioeconómico, pois, ao contrário da condição socioeconómica, este mantém-se ao longo da vida. (Peres et al., 2019). Crianças cujos pais têm níveis de escolaridade mais elevados tendem a ter menos lesões de cárie e a frequentar mais vezes uma consulta de saúde oral nos últimos 12 meses (Petersen *et al.*, 2005), indicando indiretamente que a literacia em saúde e a informação podem ser fatores protetores para a saúde das crianças (Savage et al., 2004).

Vários estudos apontam o nível de escolaridade da mãe como um fator com influência significativa na saúde oral das crianças (Nurelhuda et al., 2009). Um baixo nível de educação da mãe está associado a uma baixa frequência de escovagem diária das crianças e a uma diminuição das idas a consultas de saúde oral (Branden, van den et al., 2013; Okunseri et al., 2013). A forte associação entre a frequência de hábitos saudáveis e o nível de escolaridade da mãe permite identificar grupos de risco e assim elaborar estratégias especificamente desenhadas para maximizar a sua efetividade (Lapresa; Barbero e Arizatela, 2012 *cit.* TM Filipa e Bombert, 2014).

Também a cultura, etnia e as crenças da família podem influenciar a saúde oral da criança (Broadbent *et al.*, 2016).



### 2.3.3. Determinantes comunitários da cárie dentária na infância

Sabe-se que crianças e jovens que vivem em comunidades mais estáveis e seguras, crescem em ambientes mais saudáveis (Pattussi *et al.*, 2001)

Os determinantes comunitários que influenciam a cárie dentária na infância incluem os fatores ambientais, sociais, económicos e o ambiente cultural de uma determinada comunidade (Patrick *et al.*, 2006). Neste nível de influência, destaca-se o papel do poder político local no acesso aos cuidados de saúde, serviços (transportes), educação e apoios sociais. O envolvimento das famílias, grupos de apoio na comunidade ou outras redes formais ou informais, também são considerados fatores determinantes, pois poderão ser os mediadores que permitem reduzir a distância existente entre as decisões políticas e as reais necessidades da comunidade. Também o ambiente escolar é considerado determinante, nomeadamente pela inclusão de programas de educação comunitárias, tipo de alimentação disponível (ex. máquinas de *vending*), inclusão de temáticas relacionadas com a saúde oral nos currículos, etc. (Patrick *et al.*, 2006)

Outros fatores ambientais são considerados, tais como a utilização de flúor no abastecimento público de água e acesso a serviços de saúde oral públicos estão relacionados com a cárie na infância (Kawashita, Kitamura e Saito, 2011).

Todos os fatores que influenciem negativamente a saúde oral da criança em períodos críticos e sensíveis do seu desenvolvimento, poderão levar a um risco cumulativo ao longo da sua vida, mudanças nas suas trajetórias sociais, sendo ainda preditores da sua saúde oral em adultos (Heilmann, Tsakos e Watt, 2015).

### 2.4. Políticas públicas de saúde oral

Tendo em conta que o principal desafio global em matéria de políticas de saúde é a desigualdade da carga de doenças orais evitáveis, conseguir o acesso sustentável e acessível a cuidados essenciais de saúde oral e à prevenção para quase 3-5 milhões de pessoas afetadas por doenças orais não tratadas requer soluções políticas impactantes e um sistema de reforma radical. O número de doenças não tratadas mais do que duplicou entre 1990 e 2017 nos países de baixa renda e aumentou mais de 50% a nível mundial (Peres *et al.*, 2019).

A abordagem que, predominante, tem sido utilizada na prevenção das doenças orais é centrada no comportamento individual e o modelo de cuidados clínicos centrado na tecnologia, negligenciando os outros determinantes da saúde que moldam a vida e a saúde das pessoas (Watt *et al.*, 2019). A perspetiva de que as doenças orais se previnem precocemente, poderá ainda realçar a importância da responsabilidade

individual na manutenção da saúde oral. Esta interpretação, supõe, também, que todos os grupos populacionais têm igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde oral (Peres et al., 2019).

Também, de uma forma global, os profissionais do sistema nacional de saúde, tendem a olhar para as doenças isoladamente em vez de utilizar uma abordagem colaborativa da saúde numa perspetiva mais ampla. Este facto aumenta o abismo entre a saúde oral e saúde geral, aumentando assim a carga da doença entre os diferentes grupos populacionais socioculturalmente desfavorecidos (Andersson *et al.*, 2007; Watt e Sheiham, 2012).

Em 2009, pela primeira vez na história da Comissão Global para os Determinantes da Saúde, o tópico da promoção da saúde oral recebeu especial atenção, com uma sessão dedicada ao tema, trazendo assim a saúde oral para uma agenda política superior (Petersen e Kwan, 2011).

Um documento publicado em 2021, que resultou de uma *Taskforce of global health experts*, liderada pela ACFF (*Alliance for Cavity Free Future*), conclui que globalmente não existem estratégias para a cárie dentária e, embora tenha sido formalmente classificada como uma doença não transmissível (DNT), não é reconhecida ou incluída nas estratégias de combate às DNT. Isso significa que cárie é muitas vezes um problema invisível (ou vista como uma inevitabilidade). Assim sendo, quando as prioridades das políticas de saúde estão a ser avaliadas, não são alocados os recursos necessários à saúde oral (Pitts e Mayne, 2021).

Ainda em 2021, uma resolução na Assembleia Geral da OMS apela ao desenvolvimento de uma estratégia global de saúde oral até 2022 e plano de ação até 2023, incluindo um quadro de monitorização, com objetivos alinhados com as doenças não transmissíveis (DNT). No entanto, continua a ser excluída dos indicadores dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS). Também as Nações Unidas e o Banco Mundial deveriam integrar a monitorização, avaliação e cobertura universal da saúde oral.

Uma nova estratégia global para a saúde oral requer um esforço para uma maior equidade em todas as dimensões da saúde oral, incluindo a redução da exposição e carga de doença, aumentando o acesso aos cuidados de saúde e uma melhoria no empoderamento e participação. Requer uma ação decisiva a montante nas políticas sociais, determinantes ambientais e comerciais, em conjunto com um melhor acesso aos cuidados essenciais no contexto dos cuidados de saúde primários e cobertura universal de saúde (Wang, Mathur e Schmidt, 2020).

A exclusão da saúde oral das coberturas de saúde universais irá comprometer a saúde da população muito para além da sua boca, perpetuando ainda a distinção do conceito de saúde oral e saúde geral (Listl, Quiñonez e Vujicic, 2021; Wang, Mathur e Schmidt, 2020).

Em Portugal, a prevenção das doenças orais constitui um assunto pertinente ao qual a saúde pública sempre deu atenção. O primeiro programa de saúde oral em Portugal surgiu em 1986, intitulado de “Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar”. Em 1999 foi feita a revisão do programa de Saúde Oral em Saúde Escolar pela circular normativa n.º 6/DSE de 20/05/99 da Direção Geral da Saúde, tendo passado a designar-se “Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes” (PPSOCA). O PPSOCA contava com procedimentos clínicos preventivos (aplicação de selantes de fissuras), tendo sido depois posteriormente complementado com a prestação de serviços médico-dentários interventivos por contratualização (Direção Geral de Saúde, 2005).

Passados alguns anos, devido à Diretiva Comunitária 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 10/6 sobre o uso de fluoretos e a sua toxicidade, houve a necessidade de uma revisão do programa, tendo sido mudado para o “Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), despacho nº153/2005 (2ª série)”. Este programa passou a incluir vários grupos, classificados como grupos de risco, como as grávidas, crianças, adolescentes, idosos beneficiários do complemento solidário mínimo, portadores de HIV/SIDA e mais tarde o diagnóstico e tratamento de lesões de cancro oral (PIPICO), sendo a sua dimensão mais conhecida o “cheque-dentista”, através do qual os utentes podem receber tratamentos médico-dentários consoante as suas necessidades e de acordo com critérios pré-estabelecidos.

Nas crianças e jovens, pretende desenvolver uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolvendo-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam. Como complemento da promoção da saúde oral em contexto escolar, o Projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE) nasce em 2012, tem como principal objetivo a integração no currículo da temática da saúde em geral, e da saúde oral em particular. Também possibilita que as escolas realizem a candidatura ao projeto “Escovar na Escola”, projeto este que funciona como um incentivo à realização da escovagem dos dentes, diariamente, em ambiente escolar, medida fundamental para a prevenção das doenças orais e para a promoção da saúde (Direção Geral de Saúde, 2021).

Perante a necessidade de atingir os objetivos definidos pela OMS para 2020 (80% de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos) foi introduzida em 2013 uma recomendação de aplicação semestral de vernizes de flúor, às crianças com idade inferior a 7 anos que frequentam o jardim-de-infância (Direção Geral de Saúde, 2021)

A atual PNPSO 2021-2025, recomenda que os cuidados de saúde oral sejam realizados desde o nascimento e que a primeira visita ao profissional de saúde se realize aos 2 anos. As idades de referenciação para “cheque dentista” são os 4, 7, 10 e 13 anos e podem ser usados para aplicação de selantes ou tratamento de cárie em dentes definitivos. Apenas os “cheques dentista” antes dos 6 anos, permitem o tratamento de lesões de cárie em dentes decíduos, e aos 8, 9, 11, 12 e 14 anos, o tratamento de 2 cáries em dentes definitivos. Só os jovens que completam o plano de tratamento aos 13 anos podem ter acesso ao “cheque dentista” dos 16 e 18 anos.

Distingue-se do anterior, por passar a incluir as crianças e jovens que frequentam o ensino particular e cooperativo. (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2021).

Apesar de se verificar uma evolução nas políticas mundiais e nacionais de saúde oral, constata-se que as pessoas que vivem com doenças orais não têm participado na reforma dos cuidados de saúde. As suas vozes, as suas necessidades e preferências estão em grande parte ausentes do planeamento e conceção dos serviços. Fomentar o envolvimento da comunidade e inclusão das populações marginalizadas nos diálogos políticos são cruciais para reconhecer as experiências das pessoas que vivem com as doenças orais e abordar as suas causas (Glick, 2018).

## 2.5. Desigualdades em saúde oral

As desigualdades em saúde definem-se como “as diferenças sistemáticas na saúde entre grupos sociais, que são evitáveis e injustas, podendo ser medidas através da mortalidade, morbidade e probabilidade dos indivíduos se exporem a comportamentos que representem um risco para saúde (Whitehead e Dahlgren, 2007)

Em 1990, Whitehead elaborou documento de consultoria para a Organização Mundial da Saúde (OMS), posteriormente publicado no *International Journal of Health Services*, no qual propunha distinguir diferenças ou disparidades em saúde (*differences or disparities*) de inequidade (*inequities*) em saúde. Para essa autora, inequidades constituem diferenças que, além de evitáveis, são também injustas (Whitehead, 1992) Esta autora refere ainda a importância do “gradiente social” ou o 'gradiente socioeconómico em saúde', descrevendo-o como uma redução gradual ou linear da

saúde é medida que há também um decréscimo no seu nível socioeconómico (Marmot, 2004). Ou seja, quanto maior o nível de desvantagem, pior é o estado de saúde e menor é a esperança de vida.

Apesar das melhorias encontradas com a implementação de programas de saúde pública, existem ainda desigualdades em relação à saúde oral em grupos socialmente desfavorecidos, não apenas do ponto de vista geográfico, mas porque estes grupos incluem frequentemente populações heterogéneas que diferem do ponto de vista da etnia, estatuto migratório, antecedentes históricos, cultura e práticas relacionadas com saúde (Cooper, Hill e Powe, 2002). Nestes grupos, é recomendada uma abordagem universal e multinível, ao longo do ciclo de vida (gravidez, infância, idade adulta e velhice) e tendo em conta as necessidades individuais, o envolvimento da rede familiar e apoio social, e políticas que envolvam a comunidade, com um maior acesso aos cuidados de saúde oral (Northridge, Kumar e Kaur, 2019)

Um estudo de revisão sistemática, utilizando análise qualitativa, identificou 11 determinantes das desigualdades em saúde oral nos países em desenvolvimento de baixos ou médios rendimentos, incluindo características pessoais, estado de saúde, necessidades e comportamentos de saúde, sociais, económicos, culturais e ambientais e recursos relacionados com o acesso à saúde oral, recomendando que as políticas tenham em conta estes determinantes e um maior investimento no acesso a serviços de saúde oral, seguros, sistema de vigilância e distribuição equitativa dos consultórios dentários. Também recomenda a utilização dos meios de comunicação social para promover comportamentos saudáveis (Bastani *et al.*, 2021)

Também um estudo realizado em Portugal em 2018, permitiu-nos perceber o impacto que os determinantes sociais da saúde têm nos hábitos de saúde oral dos jovens portugueses, verificando-se a associação entre a adoção de comportamentos de escovagem potencialmente inadequados e as variáveis sociodemográficas, sendo a área de residência, escolaridade da mãe e o estado laboral do pai desempregado as que apresentam um maior impacto. Estas descobertas apontam para a enorme relevância política desta questão e sugerem que as abordagens futuras devem ser específicas nalgumas subpopulações e incluir pais, escolas, centros de saúde e comunidade, que deverão trabalhar em conjunto para conseguir estratégias eficazes a longo prazo, centradas nas populações de maior risco, como é o caso das crianças com condições socioeconómicas baixas. Refere ainda que, estudos futuros de saúde oral pública devem focar todos os aspetos sociais, determinantes da saúde e sua relação com as atitudes e comportamentos em saúde oral (Bombert *et al.*, 2018)

Alguns autores do campo da sociologia referem ainda que as desigualdades em saúde oral insultam o nosso sentido de justiça (Shaw et al., 2009; Watt, 2007, 2012), sendo relevantes porque estão relacionadas com uma série de princípios sociais importantes. A valorização da agência pessoal, tornou-se um objetivo central das instituições sociais dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) há vários séculos. Esta valorização implica permitir que todos exerçam de forma igual 3 princípios: o direito à *autonomia*, à *liberdade* e o *direito à diferença* e o *princípio da identidade*, que é o direito de viver a própria vida com sentido de identidade. Estes princípios poderão colidir, porque, por um lado queremos promover o acesso universal, mas por outro, desejamos preservar o direito dos indivíduos a escolherem o seu próprio destino (autonomia) (Sulkunen, 2010; 2014; Sulkunen e Warsell, 2012). Segundo este autor quando a montante as intervenções são inalcançáveis, devemos dar atenção a estes princípios pois eles poderão apontar o caminho para uma posição de compromisso, em que o princípio de escolha é também desejável, podendo assim abrir a porta onde ainda não foi possível reduzir as desigualdades na saúde oral (Sulkunen, 2010).

Nos últimos anos, um número crescente de vozes tem apelado aos profissionais de saúde para irem além da prestação tradicional de cuidados de saúde, e terem em conta os determinantes sociais da saúde (Allen et al., 2013; Sklar, 2017).

Este movimento não é súbito. Muitos profissionais observaram que os serviços que prestavam aos utentes eram frequentemente insuficientes para melhorar a sua saúde a longo prazo. Consequentemente, os profissionais e organizações de saúde de vários países lançaram iniciativas para ampliar o domínio dos cuidados de saúde. Usando termos diferentes, tais como "*medicina social*", "*prescrição social*" ou "*responsabilização social*" (Brandling e House, 2009; Polley et al., 2017; Westerhaus et al., 2015), partilham uma visão de "estruturas competentes" e profissionais capazes e dispostos a conduzir ações a *upstream* e *midstream* em vez das tradicionais intervenções clínicas *downstream* (Bickerdike et al., 2017; Metzl e Hansen, 2014; Mikkonen e Raphael, 2010; Polley et al., 2017; Stevens, Forbush e Morse, 2015; Wilkinson e Marmot, 1998).

Este modelo de "*medicina dentária social*" propõe que a equipa de saúde oral conduza ações a 3 níveis: Ao nível individual, através da prestação de cuidados centrados no doente e, quando necessário, estabelecendo ligações com os recursos locais numa abordagem centrada nos motivos que levam os seus pacientes a adoecer. Ao nível da comunidade, adaptam a sua prática às necessidades dos grupos mais vulneráveis e

advogam políticas locais saudáveis, estão envolvidos em ações a *upstream* que abordam os determinantes sociais da saúde (Bedos, Apelian e Vergnes, 2018).

As barreiras identificadas na implementação das estratégias deste modelo, foram a ausência de formação nas escolas de medicina dentária, nomeadamente conhecimentos e aptidões de comunicação, advocacia e desenvolvimento de parcerias ou políticas sociais, que permitam a identificação dos determinantes sociais da saúde oral dos pacientes e imaginar intervenções sociais apropriadas (Watt, Williams e Sheiham, 2014).

As barreiras estruturais apontadas foram sistemas de pagamento dos serviços de saúde oral e o predomínio do modelo biomédico. O sistema de capitação parece ser mais adaptado ao financiamento da medicina dentária social do que o atual *fee-for-service*. No sistema de capitação, os profissionais recebem um salário para a prestação de cuidados a um grupo definido de pacientes. Isso, encoraja-os a manter os seus pacientes saudáveis e favorece ações de prevenção. Este sistema é raro na medicina dentária, mas as experiências na Suécia mostram que conduzem a uma maior prevenção do que o sistema de taxa por serviço (Andås et al., 2014).

O domínio do modelo biomédico é o segundo desafio. Embora, originalmente, o discurso da medicina dentária enfatize a prevenção e a saúde pública, a profissão, em parte devido às fortes inovações tecnológicas, estreitou o seu foco nos processos biológicos, procedimentos cirúrgicos e novas tecnologias. Este modelo anula os determinantes sociais da saúde e limita o potencial de intervenções sociais. O domínio deste modelo poderá também explicar porque a medicina dentária deixa para trás o conceito de cuidados centrados no paciente e os modelos psicossociais dos cuidados de saúde. (Apelian, Vergnes e Bedos, 2014).

## 2.6. Promoção da saúde oral em populações vulneráveis

Em áreas vulneráveis, os problemas de saúde oral poderão fazer parte de um conjunto de outras necessidades sociais e de saúde. Assim sendo, vários agentes da comunidade deverão em conjunto realizar esforços para proporcionar intervenções em saúde para famílias com diferentes origens culturais (Julihn, Ekbohm e Modéer, 2010; Wennhall *et al.*, 2002).

Os valores tradicionais e as práticas familiares influenciam as atitudes em relação à saúde e a forma como as comunidades valorizam a saúde oral, bem como o que é considerado o padrão para ser saudável (Christensen, Twetman e Sundby, 2010).

Alguns estudos demonstram que as perspectivas culturais ou parentais afetam a saúde oral em populações refugiadas (Chhabra e Chhabra, 2012).

A compreensão destas populações específicas, a sua situação socioeconómica, a influência das suas práticas tradicionais e, acima de tudo, a influência de todos estes fatores nos seus comportamentos de saúde são necessários para melhorar a utilização dos cuidados de saúde oral em grupos socialmente vulneráveis. Isto, por sua vez, contribuirá para reduzir as desigualdades em saúde oral (Christensen, Twetman e Sundby, 2010; Hjern *et al.*, 2001)

Os pais de crianças que vivem num ambiente socialmente vulnerável poderão ainda necessitar de apoio comunitário para conseguir estabelecer bons hábitos alimentares e de higiene oral (Hjern *et al.*, 2001).

Há uma necessidade premente de intervenções e serviços adaptados que abordem eficazmente a desigualdades em saúde oral nos grupos vulneráveis. Deverão ser soluções de promoção da saúde oral inovadoras e sensíveis à cultura e ao contexto e não apenas baseadas nos pontos de vista dos interessados, mas bastante influenciadas pela participação ativa destas populações. A participação ativa de elementos representantes dos grupos-alvo é fundamental para reduzir a lacuna no conhecimento, bem como para a atribuição de recursos que apoiam uma comunidade com necessidades específicas (Abma *et al.*, 2017; Ramji *et al.*, 2020)

#### 2.6.1. Investigação participada de base comunitária

As metodologias de investigação participada de base comunitária (IPBC, *Community-based participatory research*), têm um papel importante em assegurar que os cuidados de saúde sejam sustentáveis, eficazes, eficientes, seguros e apropriados. É amplamente aceite que a sociedade e os sistemas de saúde não estão a beneficiar de forma otimizada dos investimentos na investigação (Buchan, 2004).

A redução desta lacuna entre o “saber” e o “fazer” é um dos aspetos éticos imperativos do nosso tempo e uma necessidade reconhecida. A implementação tardia de práticas eficazes e a descontinuidade das ineficazes, afeta a saúde das pessoas e contribui para a insustentabilidade dos sistemas de saúde. Uma melhor utilização do conhecimento em saúde requer parcerias entre os envolvidos nos processos e os utilizadores, que se debatem com as necessidades do mundo real, bem como as restrições dos sistemas de saúde. Uma abordagem para colmatar esta lacuna entre o “saber” e o “fazer” é o processo interativo de troca de conhecimentos entre os investigadores e os utilizadores do conhecimento (Mitton *et al.*, 2007)



A IPBC é um dos métodos de promoção da saúde, que se centra na abordagem dos determinantes da saúde, assim como os determinantes sociais e ambientais, e perspectiva o envolvimento ativo dos membros da comunidade e de outros atores envolvidos no processo de investigação. Tendo como requisitos aspetos sociais específicos e o crescente envolvimento da comunidade para melhorar a saúde, a IPBC surgiu como uma mudança no paradigma da saúde e a investigação social (Abma *et al.*, 2017; Wallerstein e Duran, 2017).

Os princípios da IPBC são baseados em conceitos centrais que facilitam a realização de objetivos de nível mais elevado como a redução das desigualdades. Estes incluem a parceria e co-aprendizagem, como o reforço de capacidades e(ou) formação dos elementos da comunidade para se tornarem futuros embaixadores da saúde, e a produção de conhecimentos para a transformação da sociedade e empenho continuado. (Wallerstein e Duran, 2017).

A literatura advoga a utilização da IPBC em famílias de grupos vulneráveis. Este método tem sido bem-sucedido na abordagem de uma variedade de questões de saúde, com resultados e redução das desigualdades em saúde em muitos grupos étnicos-minoritários (Bayer *et al.*, 2007).

Os resultados de um estudo realizado na Suécia, com famílias de grupos vulneráveis com crianças de 7 a 14 anos que viviam em bairros desfavorecidos, mostrou que a promoção da saúde oral através da reflexão e do diálogo com as comunidades, juntamente com outras partes envolvidas, poderá ter o potencial de influenciar a mudança de comportamento e capacitar os participantes para serem futuros embaixadores para a mudança (Ramji *et al.*, 2020). As mães deste estudo valorizaram os aspetos sociais da sua participação; no entanto, elas creem que foi a aquisição do conhecimento em combinação com a interação social que foi significativa. As participantes reconheceram o papel das dinâmicas familiares, principalmente as relações, estrutura familiar e práticas tradicionais como fatores que influenciam e estão relacionados com os comportamentos de saúde oral das crianças. Relatam ainda que, a compreensão da associação entre a saúde geral e a saúde oral, motivou-as a ter rotinas e comportamentos mais saudáveis (Ramji *et al.*, 2020).

Também um estudo, utilizando uma abordagem participativa, realizado na Austrália com refugiados, permitiu abordar questões relacionadas com a incapacidade de proporcionar uma adequada saúde oral a crianças vulneráveis, em idade pré-escolar e com elevada

morbilidade. Através do envolvimento dos refugiados e dos profissionais de saúde, este estudo permitiu a compreensão intercultural e a oportunidade de trabalharem em conjunto para a definição de um modelo de oportunidades de mudança, que mostra os fatores que influenciam o acesso aos cuidados de saúde oral destas crianças. Deste trabalho, resultou a sistematização de recomendações para o desenvolvimento de uma melhor abordagem neste grupo, tendo como base os determinantes de saúde oral identificados (Davidson et al., 2007). Os resultados deste estudo apoiam que a melhoria da saúde oral das crianças refugiadas em idade pré-escolar, não se deve focar na mudança de comportamento individual e que a reorientação deverá ter em conta os fatores de risco comuns às outras DNT e os determinantes sociais da saúde, oferecendo um apoio intensivo e personalizado e melhorando a acessibilidade e integração nos serviços destas famílias. (Davidson *et al.*, 2007).

A utilização da IPBC num estudo com uma comunidade indígena independente em Saskatchewan, na Austrália, estabeleceu processos para assegurar que qualquer mudança na e com a comunidade é sustentável e tem potencial de prevenir a cárie dentária em crianças pequenas. Os processos de investigação utilizados permitiram a co-criação de ferramentas, identificar pontos fortes da comunidade, impulsionar oportunidades de mudança, gerar subsequentemente soluções práticas para os problemas e consequentemente transformar o acesso aos serviços de saúde desta comunidade. Este método de investigação permitiu ainda aumentar as competências e capacidades da equipa de investigação e comunidade, resultando em relações sustentáveis e resultados que darão informação para orientações práticas e para futuras investigações (Ogenchuk *et al.*, 2022)

Outro estudo de investigação participada de base comunitária, como o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde oral das crianças índias residentes no Alasca, permitiu desenvolver intervenções preventivas úteis e culturalmente ajustadas, fornecendo dados e ferramentas para desenvolver novas estratégias e reduzir as desigualdades em saúde. Este tipo de abordagem, por ser consistente com os valores e objetivos tribais, é considerada, por estes autores, representativa do único método aceitável para a realização de investigação neste tipo de comunidades, onde as necessidades são tão grandes no que diz respeito à manifestação dos problemas de saúde, mas também tão específicas nos requisitos culturais relacionados com a aceitabilidade das intervenções (Tiwari et al., 2015)

Embora as metodologias de investigação participada de base comunitária estejam a ser amplamente utilizada na prevenção de vários problemas de saúde, a sua utilização na investigação em saúde oral tem sido limitada, e apenas alguns estudos recentes relatam a IPBC como uma prioridade no desenvolvimento de intervenções em saúde oral (Gibbs *et al.*, 2014).

### 3. Questão de investigação e objetivos

Tem sido apontado que a redução das desigualdades em saúde oral implicará o desenvolvimento de abordagens e intervenções sensíveis aos contextos. Neste sentido, tem-se apelado ao envolvimento das populações mais vulneráveis nos esforços para compreender os problemas de saúde oral e desenvolver intervenções adequadas. A investigação participada de base comunitária tem um papel importante a desempenhar em assegurar que os cuidados de saúde são sustentáveis, eficazes, eficientes, seguros e apropriados (Jull, Giles e Graham, 2017). O nível de educação dos pais é um determinante com impacto na saúde oral nas crianças e sabe-se que a figura da mãe é considerada como um modelo na adoção de comportamentos de saúde, sendo por isso uma figura central na promoção da saúde oral.

Considerando a relevância de adaptar as intervenções em saúde oral aos contextos específicos e a importância de considerar os valores, práticas e perspetivas de populações específicas, em particular de comunidades em situação de maior vulnerabilidade para a saúde oral, este trabalho pretendeu responder à seguinte questão de investigação:

*Quais as perceções, necessidades e oportunidades para a promoção da saúde oral na infância numa população vulnerável?*

#### 3.1 Objetivo Geral

Compreender necessidades, barreiras e facilitadores relacionados com a saúde oral de crianças de uma comunidade vulnerável

#### 3.2. Objetivos específicos:

- a) Compreender as perceções sobre saúde oral de mães de crianças residentes numa comunidade vulnerável;
- b) Caracterizar os comportamentos de saúde oral de crianças numa comunidade vulnerável
- c) Compreender dificuldades e fatores relacionados com a utilização dos cuidados de saúde oral pelas crianças de uma comunidade vulnerável
- d) Identificar e caracterizar as estratégias e desafios das mães na gestão da saúde oral das crianças
- e) Sistematizar propostas para a promoção da saúde oral das crianças residentes no bairro

## 4. Metodologia

### 4.1 Contexto de realização do estudo

O estudo foi enquadrado no projeto RENASCER o Bairro das Palmeiras, mais especificamente o “Bairro das Palmeiras”, inserido nas freguesias Barreiro e Lavradio. Este projeto, financiado pelo Programa Bairros Saudáveis, visa promover mudanças que contribuam para processos de inclusão social e comunitária e assentou em 5 eixos: saúde, social, económico, ambiental e urbanístico. Teve como entidade promotora a NÓS – Associação de Pais e Técnicos para a Integração do Deficiente e um conjunto de entidades parceiras, entre as quais o agrupamento de centros de saúde (ACeS) Arco Ribeirinho.

No eixo da saúde o objetivo central do projeto era contribuir para o bem-estar e promoção da saúde, através de processos de facilitação do acesso aos cuidados de saúde, informação, sensibilização e prevenção de doenças. Tendo já sido identificadas anteriormente, pelos profissionais que trabalham neste território, as necessidades em saúde oral desta comunidade, assim como as dificuldades na utilização dos serviços de saúde, o desenvolvimento deste trabalho assumiu relevância.

### 4.2 Tipo de Estudo

Considerando a importância do envolvimento, participação e parceria para a adaptação das intervenções em saúde oral a contextos específicos e a populações em situação de vulnerabilidade, o presente trabalho foi inspirado na abordagem da Investigação Participada de Base Comunitária, socorrendo-se de métodos quantitativos e qualitativos para dar voz às perspetivas dos atores da comunidade.

### 4.3 Participantes do estudo

Tendo em conta a importância do envolvimento de diferentes atores do território para uma melhor compreensão da realidade, consideraram-se dois grupos de informadores: mães de crianças residentes no Bairro das Palmeiras e profissionais com intervenção no território e que trabalham diretamente com as famílias residentes. Foi utilizada uma técnica de amostragem intencional.

Para o grupo de mães, eram elegíveis todas as mães de crianças residentes no bairro, cujos filhos tivessem idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, que compreendessem a língua portuguesa e fossem capazes de comunicar em português.

De acordo com a equipa do Projeto Renascer o Bairro das Palmeiras, foram identificadas 21 famílias residentes no Bairro das Palmeiras com crianças, com quem o Contrato Local de Desenvolvimento Social (CLDS 4G Barreiro) - Projeto COMsigo ou o Protocolo do Rendimento Social de Inserção estão a intervir. No total, estas famílias têm 35 crianças. O processo de recrutamento socorreu-se de uma amostragem do tipo bola de neve, tirando partido do contacto entre mães. Aceitaram participar 16 mães.

Para o grupo de profissionais, foram considerados os profissionais com intervenção no território, que trabalham diretamente com as famílias residentes no bairro e que poderiam contribuir para os objetivos do estudo. O processo de amostragem seguiu uma abordagem intencional, por bola de neve.

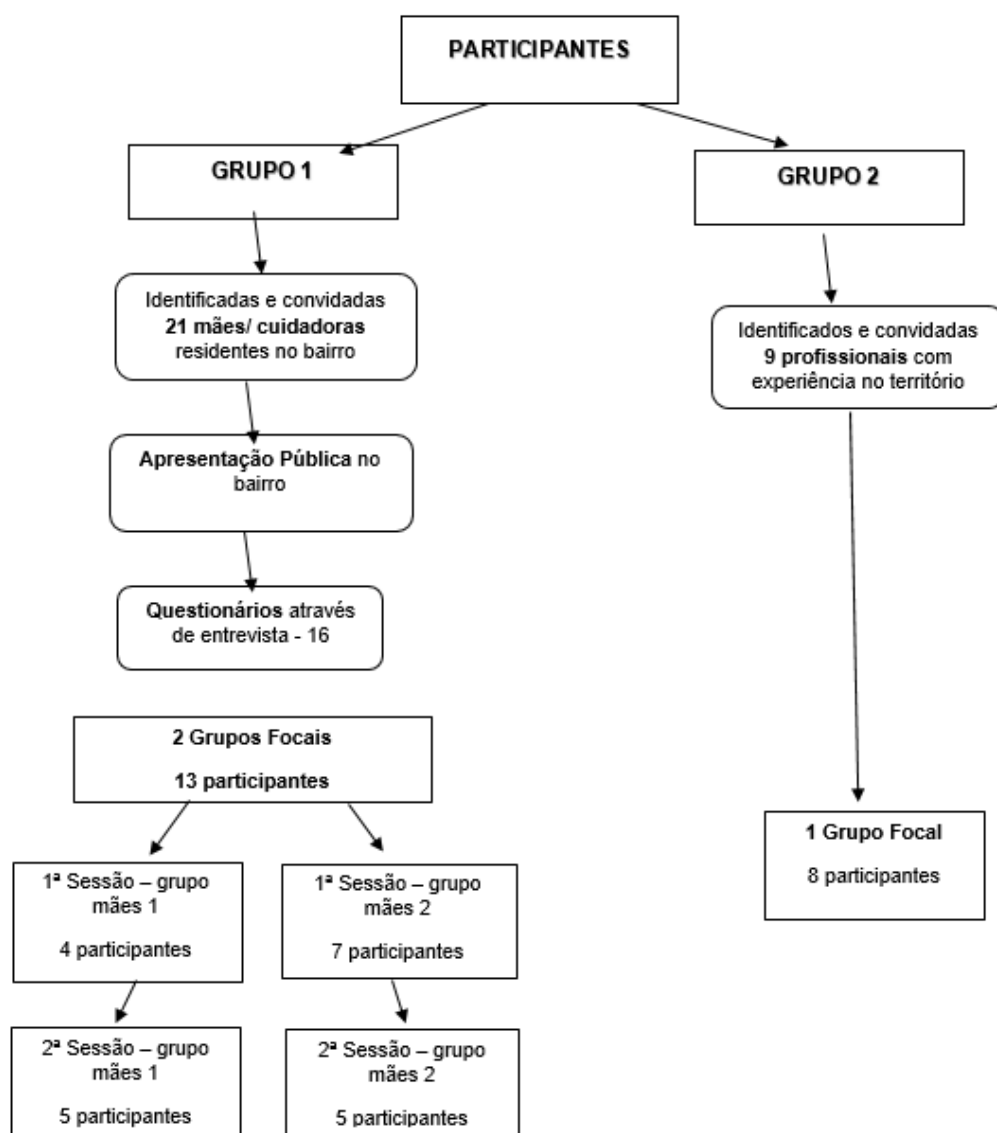


Figura 2 – Procedimentos de seleção dos participantes do estudo

A identificação dos participantes no grupo focal de profissionais foi realizada após referenciação e convite em parceria com uma técnica da Associação NÓS, entidade promotora do projeto Renascer o Bairro das Palmeiras, que também coordena o projeto COMsigo (Contrato Local de Desenvolvimento Social – Barreiro), com intervenção neste território. Foram incluídos 8 profissionais com intervenção no território, nomeadamente das áreas de serviço social, animação sociocultural, psicologia, sociologia, educação, enfermagem e um informador-chave.

#### 4.4 Técnicas de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada entre abril e junho de 2022, com recurso a duas técnicas: questionário e grupo focal.

##### 4.4.1. Questionário

Para realizar a caracterização socioeconómica e familiar, bem como os comportamentos relacionados com a saúde oral das crianças, foi administrado um questionário. O questionário foi desenvolvido com base no modelo de questionário utilizado nas entrevistas no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças orais da DGS (Estudo e Prevalência, 2011), assim como em questionários utilizados em estudos relacionados com saúde oral na infância em Portugal (Borrinho, 2014).

O questionário inclui 5 secções: dados sociodemográficos, saúde oral da criança, higiene oral, hábitos alimentares, comportamentos relacionados com transmissão de streptococcus mutans mãe-filho. As perguntas são de resposta fechada e foram dirigidas ao filho mais novo do agregado familiar (anexo1).

As variáveis em estudo foram agrupadas tendo em conta a finalidade e a informação recolhida e apresentam-se organizadas em 4 tabelas de operacionalização das variáveis (anexo 2).

##### 4.4.2. Grupos Focais

Foram organizados grupos focais com mães (grupo 1) e com profissionais do território (grupo 2), para discutir perspetivas sobre a saúde oral e promoção da saúde oral das crianças deste bairro. Os grupos foram conduzidos por um facilitador e co-facilitador, adotando uma abordagem semi-estruturada. Para cada grupo de participantes, foi desenhado um guião (anexos 3 e 4). As sessões foram gravadas, transcritas e anonimizadas.

Nas sessões com as mães, foi utilizada a técnica de grupos sequenciais, considerando a diversidade de temas que se pretendia discutir. As mães foram divididas em dois grupos, tendo sido realizadas duas sessões com cada grupo, cada uma delas com 4 a 7 participantes e uma duração de 60 a 120 minutos.

Na primeira sessão, foram apresentados os propósitos e dinâmicas de funcionamento da sessão antes do seu início. Em cada sessão, as participantes foram convidadas a partilhar as suas perspetivas, pensamentos, opiniões relacionadas com a saúde oral infantil e necessidades e recursos para a sua promoção, bem como a discutir as perspetivas das outras participantes. As sessões 1 e 2 distinguiram-se por incluírem diferentes temáticas e objetivos (anexos 3 e 4).

Posteriormente à recolha de dados foram realizadas sessões de educação para a saúde oral com as mães e crianças residentes no bairro.

No grupo focal com profissionais, tal como no grupo 1, depois de apresentados os propósitos e dinâmicas de funcionamento da sessão, as participantes foram convidadas a partilhar as suas perspetivas, pensamentos e opiniões relacionadas com a sua experiência de trabalho com as famílias residentes no bairro, bem como a discutir as perspetivas dos outros participantes, sendo conduzidos pelo moderador, a investigadora.

#### 4.5 Procedimentos de recolha de dados

O estudo foi apresentado à comunidade sob a designação “Projeto Sorrisos Coloridos” (cartaz/ convite em anexo 5). A equipa do Projeto RENASCER o Bairro das Palmeiras convidou todas as mães e crianças a participar nesta sessão de apresentação. O acontecimento, também foi divulgada nas redes sociais, nomeadamente na página de Facebook do projeto. Esta apresentação foi realizada em local público, no polidesportivo do bairro, tendo sido utilizada uma dinâmica de grupo que teve como objetivos explicar os objetivos e condições do estudo. Com esta sessão, pretendeu-se promover o envolvimento das mães com a equipa, num ambiente descontraído favorável ao desenvolvimento de confiança. Nesta apresentação foram entregues os consentimentos de participação a todas as mães potenciais participantes.

Os consentimentos de participação dos elementos do grupo focal de profissionais foram entregues antes da sessão, após anterior identificação e convite realizado pela técnica da Associação NÓS, entidade promotora do projeto Renascer o Bairro das Palmeiras.



A recolha de dados iniciou-se com a aplicação do questionário pela investigadora através de entrevista às mães/ cuidadoras das crianças residentes no Bairro das Palmeiras, após a verificação/ preenchimento do respetivo consentimento informado, numa sala localizada no grupo desportivo e recreativo Chinquilha Palmeirense. Posteriormente foram realizadas as sessões de grupos focais.

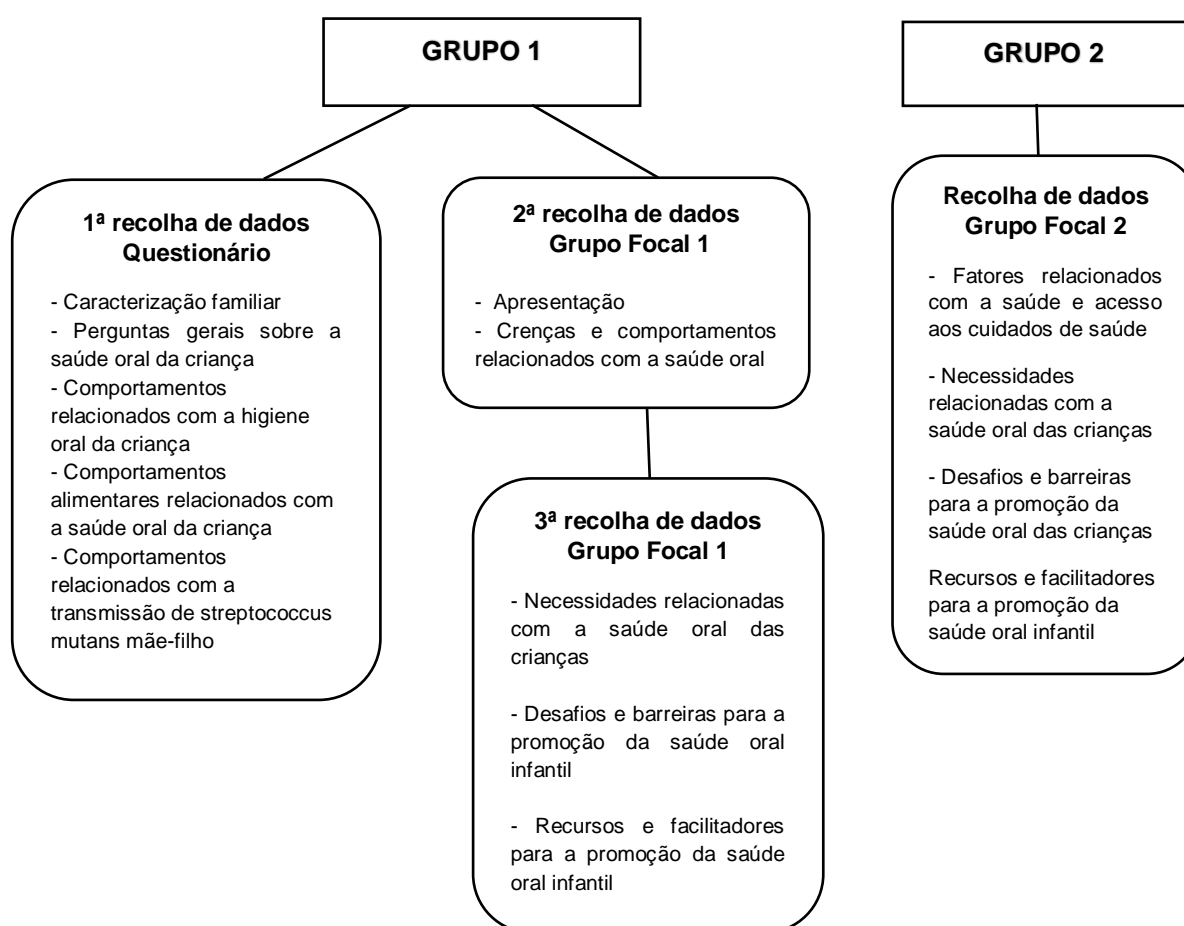


Figura 3 - Descrição dos instrumentos e procedimentos da recolha de dados do estudo

#### 4.6 Questões éticas

A participação no estudo foi voluntária, tendo sido apresentadas a finalidade do estudo, formas e benefícios de participação. Foi ainda realizado esclarecimento no que respeita à participação: participação voluntária, sem custos, sem riscos para a saúde e possibilidade de desistir a qualquer momento através de comunicação à investigadora ou técnicos do projeto RENASCER o Bairro das Palmeiras. De modo a manter a conduta científica adequada, foi solicitado consentimento de participação aos 2 grupos de participantes (anexos 6 e 7).

Os dados fornecidos foram totalmente confidenciais. Apenas a equipa de investigação teve acesso aos dados individuais dos participantes. Os questionários foram apenas identificados com um código, não sendo registado nome ou dados de identificação. Na transcrição dos grupos focais, foram também eliminados ou substituídos todos os dados que permitam a identificação. Desta forma, as informações fornecidas foram tratadas de forma anónima, sem qualquer referência a dados de identificação.

Os dados recolhidos foram armazenados em local seguro, protegido por password e serão eliminados no fim da investigação.

Os resultados do estudo ficarão acessíveis aos participantes, através da sua divulgação em sessão realizada na comunidade para esse efeito.

Este estudo teve parecer favorável das comissões de ética da ENSP em 09.03.2022 (nº 1/ 2022) e da ARSLVT em 06.05.2022 (referência 3328/CES/ 2022).

#### 4.7. Análise de dados

Os dados quantitativos obtidos através do questionário foram analisados com recurso a análise descritiva, utilizando para as variáveis numéricas medidas de tendência central e para as variáveis nominais são apresentadas as suas frequências absolutas e relativas. Foi utilizado o programa Power BI®.

Os dados qualitativos recolhidos nos grupos focais foram analisados com recurso à análise temática. Foi utilizada uma abordagem indutiva, codificando as transcrições de forma sistemática, para extração das categorias de análise. Para esta análise foi utilizado um software de análise assistida por computador - maxQDA®.

A AT é uma abordagem sistemática para a identificação, análise e reporte de padrões ao longo de um conjunto de dados, com o objetivo de identificar um número limitado de temas que reflitam de forma adequada aos dados textuais.

O processo de AT é constituído por 6 etapas: 1) familiarização; 2) geração de códigos iniciais; 3) identificação de temas; 4) revisão de temas; 5) definição e nomeação de temas; 6) reporte.

Após a recolha, transcrição e anonimização dos dados, é realizada uma leitura de todo o conjunto de dados e realizadas as primeiras anotações. Nesta etapa, chamada de familiarização, é realizada uma imersão nos dados de forma a conhecer a sua amplitude e profundidade (Braun & Clarke, 11).

A segunda etapa, caracteriza-se pelo processo de geração de códigos. Nesta, são assinalados, de forma sistemática ao longo de todo o conjunto de dados, aspetos

interessantes, como tópicos, ideias ou palavras-chave. Cada pedaço de texto é rotulado com um “código” gerado a partir dos dados, sendo assim agrupados e organizados. Depois de todos os dados estarem codificados e organizados, temos uma vasta lista de códigos. Segue-se então a terceira etapa, a identificação de temas, onde se organizam os extratos codificados em temas possíveis. Um tema *"capta algo importante sobre os dados em relação à questão da investigação, e representa algum nível de resposta padrão ou significado dentro do conjunto de dados"* (Braun & Clarke, 2006, p. 82). É tipicamente mais amplo do que um código na medida em que contém muitas facetas. Na quarta etapa, revisão de temas, são descartados temas que, ou não contenham dados suficientes para os apoiar, ou, por outro lado, tenham dados demasiado diversos. Agregam-se alguns temas e separam-se outros, havendo assim uma revisão geral dos temas em relação ao conjunto de dados como um todo (Braun & Clarke, 11).

A quinta etapa, (definição e nomeação de temas), tem como finalidade refinar as especificidades de cada tema (identificando a sua essência), gerando assim definições e nomes claros e apelativos (Braun & Clarke, 11).

O reporte é a última etapa da análise temática, e consiste na criação de uma narrativa que evidencie a prevalência e essência dos temas, de forma concisa, coerente, lógica e interessante. Nesta “história” são escolhidos extratos para ilustrar as diferentes facetas do tema e que servem de argumento à questão de investigação (Braun & Clarke, 11).

Na investigação qualitativa não se trata de encontrar a resposta certa; o que procura sempre é o melhor *"ajuste"* de análise para responder à questão da investigação. A análise deve ser descrita como *"uma história"* e criação artística autoconsciente do investigador que deve ser construída para persuadir o leitor da plausibilidade de um argumento" (Foster & Parker, 1995: 204).

## 5. Resultados

### 5.1 Caracterização da amostra

Participaram neste trabalho 16 mães de crianças residentes no bairro, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos.

*Tabela 1 – Caracterização familiar da população em estudo*

<b>Amostra</b>						
	n	%	Md	DP	Min	Max
<i>Nº mães</i>	16					
<i>Nº crianças agregado familiar</i>	28		2	0,83	1	3
<b>Idade mãe</b>	-----	-----	39	9,83	18	54
<b>Idade do filho mais novo</b>	-----	-----	5	3,16	1	13
<i>Sexo das crianças</i>						
<i>Masculino</i>	7	43,75%				
<i>Feminino</i>	9	56,25%				

Quanto à origem das famílias 43,75% das mães eram oriundas de países africanos de língua portuguesa, seguindo-se Portugal (37,5) e Brasil (18,75%). No que respeita à legalização, verificou-se que 81,25% das mães estão legalizadas.

As crianças nasceram na sua maioria em Portugal (68,75%), seguindo-se Brasil (12,5%), e em igual percentagem (6,25), países africanos de língua portuguesa, Bélgica e França. 81,25% das crianças estão legalizadas.

Mais de metade das mães tinha a escolaridade básica (75%). No que se refere ao rendimento, a maioria (62,5%) apresentava rendimentos abaixo dos 650€ e 43,75% estavam desempregadas.

Das 16 mães questionadas, 11 referem residir numa casa com 3 assoalhas, todas as casas tinham internet, água e eletricidade e 2 não tinham casa de banho no interior da habitação.

93,75% das famílias estão inscritas no centro de saúde e 50% têm médico de família.

#### 5.1.2 Saúde oral da criança

Mais de metade das mães (56,25%) refere que o seu filho(a) não realizou uma visita ao dentista/ higienista e quando questionadas sobre o motivo da última visita, a maioria (71,43%) refere ter sido para fazer limpeza ou fazer selantes.

62,5% das mães já ouviram falar dos cheques-dentista e 61,54% já utilizou cheques-dentista.

Quanto ao acesso à informação sobre a saúde oral na infância, a amostra divide-se, sendo que 50% das mães refere nunca ter recebido qualquer informação sobre como cuidar dos dentes do filho. De entre as que receberam, referem que essa informação foi fornecida pelo dentista ou higienista oral em 62,5% das situações e apenas em 12,5% pelo pediatra ou médico de família.

### 5.1.3 Comportamentos relacionados com a higiene oral da criança

Das mães questionadas, 68,75% refere que a criança escova os dentes “duas ou mais vezes ao dia” (Figura 4).

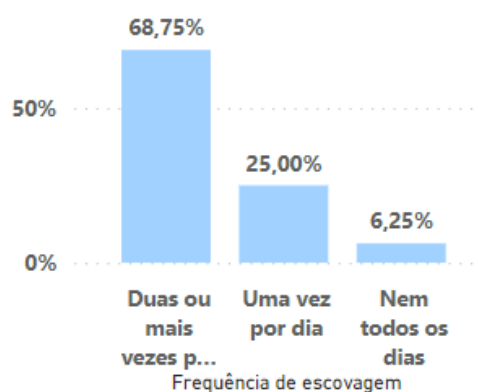


Figura 4 – Distribuição da amostra segundo a frequência da escovagem dos dentes da criança

O momento do dia mais referido para a realização da escovagem dos dentes foi antes de ir dormir (36,67%), seguindo-se a escovagem antes (20%) e após o pequeno-almoço (20%) (Figura 5).

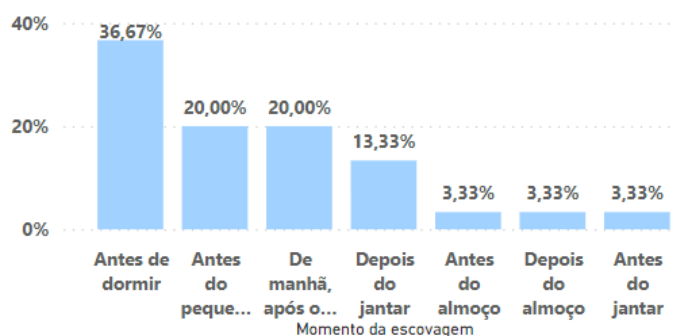


Figura 5 – Distribuição da amostra segundo o momento da escovagem dos dentes da criança

A maioria das mães refere ter iniciado a escovagem da criança antes de 1 ano de idade (56,25%) (Figura 6).

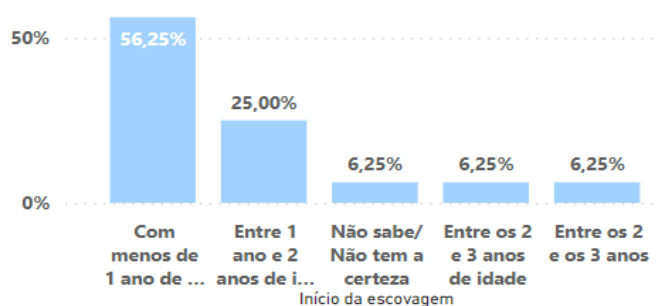


Figura 6 – Distribuição da amostra segundo a idade do início da escovagem dos dentes da criança

A ajuda na escovagem dos dentes da criança foi referida como sempre por 56,25% das mães e 50% das mães respondeu não saber/ não ter a certeza se o dentífrico usado contém flúor.

#### 5.1.4. Comportamentos alimentares relacionados com a saúde oral da criança

Segundo as participantes, 31,25% das crianças deixaram de mamar ou utilizar o biberão para adormecer antes do primeiro ano e 18,75% das crianças nunca beberam leite ou mamaram para adormecer (Figura 7).

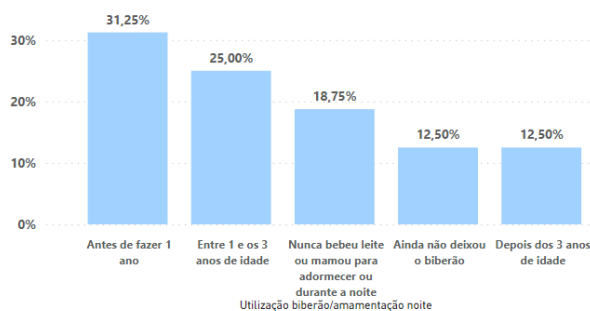


Figura 7 - Distribuição da amostra segundo a idade que deixou de mamar/ beber biberão durante a noite

Quando questionadas sobre a colocação de substâncias doces da chucha, 56,25% das mães referem que os filhos nunca usaram chucha e 37,50% referem que não colocavam nenhuma substância doce para que a criança pegasse na chucha, havendo apenas 1 mãe a referir colocar medicamento para alívio das cólicas.

O consumo de alimentos cariogênicos verificou-se frequente: 43,75% das mães afirmaram que o seu filho consome ou bebe alimentos açucarados todos os dias e 12,50

% na maioria dos dias. No que respeita ao consumo específico de bebidas açucaradas, a maioria das mães participantes refere que a criança não consome (81,25%).

O consumo frequente de bebidas ou alimentos cariogénicos ao adormecer ou durante a noite foi referido por 43,75% das mães como sendo todos os dias (*tabela2*).

*Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a frequência de consumo de alimentos com açúcar, bebidas com açúcar e na cama antes de adormecer*

	Todos os dias	Ocasionalmente	A maioria dos dias	Uma ou duas vezes por semana	Nunca
Freq. come/ bebe alimentos com açúcar	43,75%	18,75%	12,50%	12,50%	12,50%
Freq. come/ bebe cama antes de adormecer/ durante noite	43,75%	25,00%	6,25%	25,00%	
Freq. bebe bebidas com açúcar	12,50%	6,25%			81,25%

#### 5.1.5. Comportamentos relacionados com a transmissão de streptococcus mutans mãe-filho

Da amostra de crianças que usou chucha (43,75%), 18,75% das mães referiram que nunca fizeram a limpeza da chucha dos seus filhos na própria boca e 12,5% referem que sempre e frequentemente têm esse hábito.

O hábito de provar ou soprar a comida da criança foi referido como sendo bastante frequente (75%).

#### 5.2. Perspetivas acerca da saúde oral infantil: resultados dos grupos focais

A análise temática dos grupos focais originou 3 temas centrais, que organizam as perspetivas, dificuldades e propostas das participantes em relação à promoção da saúde oral infantil: valor da saúde oral; determinantes de saúde oral; propostas para a promoção da saúde oral.

##### 5.2.1. Valor da Saúde Oral

Este primeiro grande tema capta as perspetivas das participantes em relação à saúde oral e a sua importância. Este é um tema particularmente presente no discurso das mães, mas também afluído nas discussões com os profissionais que as acompanham.

Ao discutir o conceito de boca saudável, as mães remeteram para a noção de ausência de doença, mas consideraram também o papel da higiene oral e o bem-estar, começando a emergir um papel mais amplo da saúde oral.

*Boca saudável... é uma pessoa por exemplo não ter dentes estragado (P3)*

*Eu um dia se não lavar boca ficou tipo assim, fico assim tipo sinto que... sinto maldisposta, sinto mesmo mal, mal mesmo...Tipo imagina que estou a sair de casa agora, se não lavar a boca. Ai, eu tenho que ir agora para casa agora lavar a boca senão fico...(P1)*

*Numa boca saudável o mais importante são os cuidados e isso, não porque há pessoas que têm os dentes até tortos, mas a boca é saudável isso não tem a ver e também temos pessoas com dentes amarelos e é de si mesmo isso também é dentição delas (P4)*

Com efeito, a maioria das mães referiram-se à saúde oral como um valor essencial para a vida, destacando a sua importância em termos de imagem, funcionalidade e bem-estar geral. Ao discutir o valor da saúde oral, as participantes referem-se frequentemente ao seu papel na imagem, remetendo para o seu impacto ao nível da auto-estima, relações sociais e até empregabilidade.

*Para mim a boca é tudo numa pessoa basicamente, tudo, tudo não mas é importante acho que é algo que temos sempre que tratar dela tanto de aparência como para nós mesmos (P4)*

*Eu acho que a autoestima esta envolvida muita coisa não é, porque ela fica constrangida, porque tem a boca toda estragada, depois tem o mau hálito ((risos)) que é uma coisa, e a própria estética da pessoa. É a autoestima que afeta (P13)*

*Nas procuras de emprego, se não tivermos uma boca razoável isso implica também muito nos trabalhos porque eles querem uma pessoa por vezes não digo os dentes todos, mas uma cara que se apresente (P7)*

*(...) e o meu medo é esse, eles podem cair, e a primeira coisa que eu pergunto é: tens os dentes na boca? ((risos)) pode partir um dedo, a mão, a cabeça, o braço, isso tudo cura, agora, os dentes não, porque há aquele mito em que se cai torto nasce torto uma coisa assim e então... (P11)*

O valor da saúde oral é também mencionado, num elevado número de comentários, numa perspetiva de funcionalidade, pelo papel que a boca desempenha como uma estrutura anatómica essencial nas atividades diárias e vista como um valor insubstituível.

*Mesmo falar (P8)*

*Juro... é tudo, a boca é tudo, para comer, para... tudo (P4)*



*Até o respirar já vai afetar a saúde, o comer, até mesmo beber já vai afetar toda a nossa saúde (...) P9*

A reflexão das mães em torno da saúde oral sugere ainda o reconhecimento da sua relação com a saúde geral e o seu impacto no bem-estar.

*Acho que sim, se não tem saúde do corpo, na boca também não (P12)*

*Acho que também se temos algum dente estragado vai prejudicar a saúde do corpo também, acho que isso também é interessante (P8)*

*Eu acho que isso tem diretamente a ver com a higiene da boca, tem a ver com o organismo porque há doenças que podemos ter não diretamente na boca, mas que influencia os dentes (P11)*

*Pronto, a gente sabe que quando a gente está com dores de dentes a gente já nem consegue comer quando estás com dor de dente também sentes dores na cabeça no ouvido já afeta algumas partes do teu corpo a gente se não come já fica com dores de estômago ao começamos a tomar medicamentos isso já é mau para nossa saúde (P2)*

No discurso das profissionais que acompanham as famílias, emerge a ideia de que a saúde oral é o “parente pobre da saúde”. Algumas profissionais questionam o valor atribuído pelas famílias à saúde oral, contrastando com as perspetivas recolhidas junto das mães. Embora a maioria considere que são mães cuidadosas no que respeita à higiene oral das crianças, reconhecem que poderão não ter conhecimento de como o realizar corretamente. Outras assinalam que a saúde oral nem sempre é uma necessidade e(ou) preocupação e que a relação da saúde oral com a saúde geral nem sempre é reconhecida.

*Eu acho que nos filhos têm alguma preocupação, no entanto, em casos mais agudos, considero que pessoalmente é o parente pobre da saúde, depois estas famílias que revelam alguns cuidados, não todas, mas uma grande parte, porque sabem que têm muitas dificuldades no caso a sua criança necessite de ser assistida (...) (Profissional 5)*

*Se já tiver com algum problema. Na primeira infância acho que desvalorizam um bocadinho os dentinhos de leite porque vão cair, então não há aquela preocupação (Profissional 7)*

*Mas é tão interessante ver a perspetiva de algumas mães, porque têm algum conhecimento e estas preocupações, mas não significa que nem sempre o façam daquela forma, da forma mais correta, e não é por mal (Profissional 8)*

*Mas das que acompanhava, não é a totalidade do bairro, é uma pequena amostra, eu não tive grandes problemas graves na saúde oral das crianças. Tinha mães cuidadosas, preocupadas com a lavagem dos dentes das crianças, na minha experiência (Profissional 1)*

Os profissionais assumem que no próprio acompanhamento feito às famílias este não é o tema de maior foco e que é de uma forma global é desvalorizado pela sociedade.

*É falar um bocadinho aquilo que não se fala, não é falado, a saúde oral é pouco falado na sociedade, e até nós, ou então falo por mim, que é quando estou perante uma família, a primeira coisa que eu penso não é na saúde oral, por acaso é saúde, nos primeiros contactos nós fazemos uma avaliação em termos da área de saúde da família e não é saúde oral, é se calhar quando a pessoa toca no assunto (Profissional 3)*

### 5.2.2. Determinantes de saúde oral

Este tema capta as perspetivas das participantes quanto ao papel de diferentes fatores para a saúde oral das crianças, incluindo ameaças, recursos e barreiras. A partir das reflexões das participantes, é possível identificar o reconhecimento de fatores individuais, familiares e do sistema de saúde.

#### 5.2.2.1. Dos comportamentos à sociedade

No que se refere aos fatores individuais, as participantes deram especial enfoque ao papel dos comportamentos, com destaque para a alimentação e higiene oral.

Ao discutir o papel da alimentação, o consumo de alimentos açucarados recebeu um papel central, em articulação com a importância da higiene oral, sendo este o tópico mais discutido. As participantes reconhecem que a redução do consumo de alimentos açucarados representa um desafio, não só pela dificuldade de cada um em resistir, mas também pelos apelos que existem à nossa volta.

*Acho que é mais a base da higiene, de lavar os dentes, escovar e não comer tantos bolos doces, tantas gomas (a rir) (P7)*

*E evitar doces né que é difícil (risos) (P6)*

*Ah não sei... (risos) olha eu sempre julguei as mães que falam "o meu filho só vai comer doces depois dos 2 anos" mas... (pausa) mas é difícil viu é difícil não segurar porque não depende só da agente né ele vê outro lugar e aí quer, aí você chega em casa e não dá, o ... (nome do filho mais novo) pelo menos aí ele chora então tem que contornar para*

*não chorar porque já esta acostumado né então eu acho que se ensinar o limite né 1 goma, amanhã outra mas é difícil (P6)*

Uma das participantes assinala ainda o desafio dos comportamentos preventivos: como os resultados se observam a médio ou longo prazo, é difícil dar-lhes prioridade.

*Eu acho que tem a ver com ser um problema, de longo prazo, não é uma coisa que a gente consome agora e vai danificar agora, então a maior parte das pessoas pensa, então andaste quase 5 anos sem quase lavar os dentes e a consumir doces, se daqui para a frente começares a lavar fica tudo bem (P11)*

A higiene oral é reconhecida como essencial e não é considerada uma dificuldade pela maioria das mães, embora algumas reconheçam que os filhos são diferentes no que se refere aos hábitos e atitudes em relação à escovagem dos dentes.

*Eu também não tem problema com isso normalmente, porque ele nasceu num outro país. Lá as coisas são diferentes, porque lá quando que eu levei no... ele tinha um ano só, sempre usavam a escova esponja, ele me mostrava fazia o gesto, a brincadeira ele vai começar a tratar o que é que é isso, e normalmente eu não precisa dizer vai lavar dente, vai escovar dente, vai fazer isso, porque ele já sabe (P8)*

*(...) mas porém eu acho que também há crianças que são habituadas a escovar os dentes mas algumas que é delas mesmo não quero não quero percebe eu vejo pelo meu irmão que tem 14 anos a minha mãe desde pequenino tal como fez comigo e desde pequena ensinou-me a escovar os dentes de manhã e pelo menos meu irmão sabe perfeitamente disso mas ele é mesmo do jeito dele não vou quando eu quero ele diz mesmo a mãe não agora não vou lavar a minha mãe diz vais ficar com a boca feia, vais ficar com a boca suja eu acho que também depende também de nós mesmos como é que nós olhamos para essas coisas (P4)*

*O meu ... (nome do filho mais velho), aquilo para lavar os dentes, aquilo tem que ser à marrada, é verdade, e mesmo assim não vai lá. Tenho muitas dificuldades com ele, nesse sentido de eu o obrigar a lavar os dentes, porque mesmo que eu o obrigue, eu viro costas, ele vira costas e vai-se embora né, ele já tem 16 anos, eu não vou estar ali em cima dele para ele lavar os dentes que acho que ele já tem maturidade para aquilo, esta grandinho sabe que tem que lavar os dentes, mas ele é que é o meu maior desafio, tenho o meu mais velho que até lava os dentes até é demais (risos) sério, sério, o mais velho lava muitas vezes os dentes, não tenho problemas nenhuns com ele, tenho a minha pequenina, esta assim assim, passa horas na casa de banho a bochechar os*

*dentess, passa o fio dental, mas isto é só assim quando lhe dá assim na neura ((risos)), quando se lembra (...)* (P7)

As participantes apontaram ainda o papel de fatores genéticos.

*Dizem que a estrutura da dentição vem de família, mas (riso) na minha família o meu avô tem 80 anos e tem uma dentição perfeita tem os dentes todos na boca e nem eu tenho isso. Mas eu sempre lhe observei quando eu era pequena ele sempre preocupava com os dentes estava sempre a lavar os dentes, a minha avó também estava sempre a lavar os dentes, mas já ela falta os dentes na boca neste momento ela está a usar placa e o meu avô não usa, e é mais velho* (P2)

#### 5.2.2.2. Papel da família

O papel da família mereceu uma atenção especial da parte das participantes, incluindo aspetos relacionados com as práticas parentais, hábitos familiares e culturais, mencionando em particular a importância das crenças e literacia da família. Também são incluídos aspetos mais relacionados com a estrutura e condições de vida da família

A maioria das participantes, fez referência às práticas parentais. Por um lado, os pais foram apontados como modelos de comportamento essenciais à aprendizagem de hábitos saudáveis. Por outro lado, foi enfatizado o seu papel ao nível da estruturação do dia a dia da criança, impondo limites e fazendo escolhas.

*Mas não é mentira nenhuma, os nossos filhos olham para a gente como exemplos, se a gente não somos exemplos para os nossos filhos, o que é que vai adiantar? Não vai adiantar de nada* (P9)

*A família também tem responsabilidade porque se eu não lavar o meu filho não vai lavar porque ele não vê eu a lavar exato ou se eu não lhe disser e não ensinar que aquilo é algo que nós no dia a dia temos que praticar acho que a criança né porque isto vem de criança nunca vai interiorizar que Ah é importante lavar os dentes porque tenho que ter dentes bons ou porque de aparência porque isto não vai ter claro que né ela vai ser tipo nunca falaram sequer* (P4)

*(...) mas eu todos os dias digo: meninos lavar dentes, isto já começa a ser uma rotina e a gente como mães também já nos começamos a cansar, de estar sempre a dizer a mesma coisa, sempre a dizer a mesma coisa, há de chegar uma altura meu, tens os dentes todos podres, culpa tua! Porque a mãe dizia-te todos os dias, vai lavar os*

*dentinhos filho, tu ouvias a mãe? Ouvia. Fazias o que a mãe dizia? Não, então não te venhas queixar! (risos) tenho este lema (P9)*

*(...) Tem que ter cuidado com a alimentação!!! Esta é a minha luta diariamente, porque ela se vê um doce, vai por debaixo da cama. Isso é normal, é normal deles porque eles gostam... e a minha filha às vezes dá-lhe a abstinência do açúcar que pega até o adoçante, mas eu sei quando... eles não têm noção, só sabe que sente falta, mas eu sei o que é, então eu tenho que estar com a persistência, a controlar (...) (P13)*

Ainda no domínio das práticas parentais, os profissionais apontam a “*utilização do doce como recompensa*” e até mesmo uma grande valorização dos alimentos doces na relação dos pais com as crianças.

*E não só a nível da dentição, mas a outros níveis também, não digo que em termos de alimentação que haja algum cuidado em assegurar as refeições, mas esta questão dos doces, os doces às vezes acabam por ser uma recompensa (Profissional 8)*

*Têm uma importância tão grande para aquela mãe poder dar um chupa, um rebuçado (Profissional 8)*

*Como não consegue compensar com outras coisas, compensa dessa forma, são mais baratas de alguma maneira (Profissional 3)*

*Mas quando passam pelo café tanto podiam comprar a sandes como o bolo. Escolhem o bolo porquê? Porque se calhar valorizam mais? (Profissional 6)*

*O bolo não é mais barato, mas é o bolo que a criança quer, isso tem a ver também (Profissional 8)*

Ao discutir o papel dos pais, as participantes destacam as experiências dos seus próprios pais ao longo da vida como um condicionante do seu futuro papel parental. Não só em relação à transmissão do valor da saúde oral entre gerações, mas também as experiências e expectativas dos pais em relação aos cuidados de saúde oral.

*Como mãe tem que ter preocupação com filho, porque também a minha mãe também tinha tanta preocupação connosco (P3)*

*Fala-se muito da culpa dos pais, sim, os pais têm culpa, mas será que os pais sabem? Pode vir dos pais dos pais, dos avós, se os avós não deram educação aos pais que devem ter uma higiene oral correta, os filhos, neste caso são os netos, nunca vão ter, é*

*uma coisa que vem de berço, se eu nunca vi a minha mãe a lavar os dentes, porque é que eu tenho que lavar? Não adianta ir ao dentista, não adianta ter dinheiro, uma coisa que já vem de cima (P11)*

*Eu acho que não é só preocupação temos que confiar nos filhos também que eu já tive errada nisso o meu filho, estava com cáries nos dentes e ele dizia: Oh mãe estava com dores nos dentes e eu disse para ele que tu não tens idade para teres dores de dentes porque eu quando era pequena não sentia dores nenhuma nos dentes (riso) e depois... quando eu fui ao centro de saúde tratar dos dentes e a doutora disse sim que podia sim sentir dores nos dentes, mas eu duvidei porque nunca tive dores nos dentes (P2)*

*É, só casos excepcionais em que os pais têm aquela ansiedade de ir ao dentista, mas sabem que é importante os filhos irem (Profissional 3)*

Ainda no domínio parental e do seu papel no acesso e utilização dos cuidados de saúde oral, verifica-se um elevado número de referências à (ir)responsabilidade familiar, pela dependência da criança da família.

*Mas eu acho que isso não é não vem dos miúdos vem dos pais uma criança não pega nele olha eu vou ao centro de saúde tratar dos meus dentes (riso) a mãe o pai tem que dizer olha filho vamos ao centro de saúde tens uma consulta do dentista tens que ir lá (P2)*

*Sim. Deve sim. Porque é negligência, esta a negar um direito que é da criança (P13)*

*No meu caso do meu filho eu cheguei a levar no dentista foi por conta da escola e o facto de eu ter o cuidado não teve nada demais então não foi necessário fazer... (P5)*

Também no debate do papel da família e dos pais, foi captado o papel de fatores como crenças e hábitos. A cultura e hábitos ancestrais foram referidos como potenciais fatores de proteção para a saúde das crianças.

*Não é o ocidente que tem prejudicado, é a própria escolha da pessoa. Isso da África é o que querem pintar, porque nós temos dentes bons. (...) E eu introduzo sempre a nossa alimentação, desde pequena, mesmo para ela amanhã ser forte e até medicação à base natural. As vezes nós africanos temos tendência a ignorar aquilo que é o costume, aquilo que são as lições que os nossos pais passaram, porque pensamos que esta ultrapassado, não, porque se eles vivem até hoje graças aquilo, não graças aquilo que temos hoje que é muito superficial e não nos faz bem à saúde (P13)*

*Mas falando nas crianças em idade pré-escolar, aqui do bairro, residentes do bairro são maioritariamente cabo-verdianas, há uma preocupação. É a preocupação desejável? Pode não ser, mas há uma preocupação no cuidado da boca (riso) mas isso é também cultural (Profissional 8)*

As profissionais que trabalham no terreno consideram ainda que os recursos internos familiares, como a saúde mental, emocional, falta de conhecimento, desorganização familiar e fatores externos como outras preocupações e prioridades, poderão ser determinantes no acesso destas famílias aos cuidados de saúde oral.

*E na falha de conhecimento, porque às vezes nós temos feito ações de sensibilização sobre alimentação saudável e por vezes não é uma questão económica, é questão de hábitos, porque é possível fazer receitas económicas e saudáveis (...) (Profissional 1)*

*Estas pessoas entram num registo de quase passividade, porque as dificuldades são tantas, os obstáculos são tantos, lá está, falta de recursos que depois entram num registo de: não vale a pena, ou, por exemplo, até têm consulta marcada, mas naquele dia não conseguiram deixar o menino a alguém, é uma logística muito grande (Profissional 3)*

*E às vezes aquilo que para nós pode não ser uma prioridade aquilo que a pessoa, não era urgente, não se justificava, mas para a pessoa é, para o contexto em que ela está, e o funcionamento, e as suas vivências, não foi possível naquele dia, não se conseguiu organizar, e esta falta de recursos, não são só recursos económicos, são outros recursos, de informação (riso) (Profissional 8)*

*Organização não é só na família, é organização mental da própria pessoa para fazer isso, é um recurso que também pode estar (Profissional3)*

As participantes reconheceram que as condições de vida da família têm um papel importante na promoção e manutenção da saúde oral da criança. Neste âmbito, expressaram frequentemente que o nível socioeconómico pode condicionar o tipo de alimentação e o acesso a materiais de higiene oral.

*Mas é o que a P11 disse, a fraca instrução dos pais às vezes, a fraca aquisição da alimentação e eu às vezes vejo muito isso, os pais a irem comprar fast-food, o fast-food dá cabo da saúde dos filhos, dá, mas é aquilo que os pais têm para dar, (...) (P13)*

*Porque por exemplo, para ti é fácil tu ires às compras e comprar fruta, verdura, legumes, escova e pasta, para mim é mais fácil comprar esparguete, atum, leite, bolacha maria e cereais, eu comprei pasta em dezembro, acabou, olha filhos, acabou (P11)*

Ficou também patente que valores e emoções, como o orgulho, a vergonha e o medo do julgamento social podem constituir uma barreira no acesso a eventuais ajudas ou aceitação de conselhos e sugestões. O receio da atuação dos serviços no âmbito da proteção de menores ficou particularmente evidente.

*E depois tem aquela coisa de... eu não sou capaz de chegar perto da professora e dizer, porque o orgulho também fala mais alto, e se eu falar com a professora, a professora vai falar com a diretora e a diretora vai falar com o centro de saúde ((risos)) e o bairro inteiro sabe que eu não tenho dinheiro para comprar escova e pasta, e quando vieres ter comigo para oferecer a escova e pasta: eu conheço-te de algum lado para me ajudares? Não quero nada vindo de ti, e eu tenho, eu não compro porque eu não quero, e na verdade não tenho... (P11)*

*Porque é muito mais fácil de eu ouvir a minha vizinha do que ouvir a assistente social ((risos)). Isto porquê, a assistente social vem na boa-fé de ajudar, mas o meu pensamento é, ela sabe que eu não tenho dinheiro para escova, ela sabe que eu não tenho dinheiro para pasta, sabe que eu não tenho dinheiro para pôr verduras na comida, ela vai-me tirar os meus filhos! (P11)*

*Sim (riso) As pessoas sempre julgam. Sempre julgam, sempre dão opinião também (risos) eu digo que as pessoas são o médico da vida, Ai isso por causa disso e daquilo também e tens que fazer assim assim assado (risos) (P2)*

Ainda no domínio das condições de vida, foi apontada a importância de fatores relacionados com a estrutura familiar e vulnerabilidade laboral. A monoparentalidade e isolamento por estarem longe dos seus países de origem sem apoio de familiares, foram apontados como um fator que agrava a falta de tempo ou de condições das mães para investirem na saúde oral da criança.

*Aqui mesmo tem muitas mães que trabalham ao fim de semana ou não tem forma assim para sustentar a família até mesmo não tem tempo (P5)*

*Mas é de facto as rotinas e a vida de algumas destas mães, eu falo das mães que vão sendo as principais cuidadoras, é tão preenchida algumas delas, que uma marcação de uma consulta é muito difícil de o fazer, e cá esta, é uma situação que vai sendo adiada,*



*e que não é acessível, se tivessem condições económicas se calhar poderiam ir para o privado, mas a falta de condições não lhes permite, e portanto acabam por recorrer à urgência do hospital, porque a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde nas unidades de saúde, por vezes é difícil (Profissional 8)*

### *5.2.2.3. Acesso e utilização dos serviços de saúde oral*

O acesso e utilização dos serviços de saúde oral, foi fortemente mencionado como um determinante em saúde oral. Os custos elevados destes cuidados foi uma barreira apontada pela maioria das participantes, colocando-as em situações constrangedoras.

*É o preço... também quem não se cuida mais é pela parte financeira... custa né até sabe-se que para tratar uma boca que esteja um pouco malcuidada às vezes já até duas consultas são necessário para que a boca fique né (P4)*

*Porque é que um dentista é tão caro, porquê? os nossos dentes não vêm da saúde? (P9)*

*Por exemplo, eu por acaso tenho que ir arrancar um dente não é ((risos)) entretanto pode ser que ele caia? E quando lá fui o Sr. assustou-me, aí precisa de ver isto, tem aquilo, e tem mais aquilo, 1500 euros. Desculpa!? Sim. E eu: a sério? Ah tá, então vou só ali ao carro e já venho ((risos)) Até hoje! ((risos)) (P11)*

*(...) é a questão das consultas de saúde oral é outra porque não se consegue lá chegar, e isto é o interesse do privado, das clínicas dentárias, ponto! Há um interesse económico brutal (Profissional 1)*

A falta de confiança nos profissionais de saúde oral e algum receio dos próprios cuidados são referidos pelas participantes, potenciados pelas más experiências.

*Em primeiro lugar, eu tenho medo, não gosto de fazer isso, porque passou muito mal tinha um dente estragado ... (P8)*

*Foi particular, enton daí a Sra. disse que era gratuita e quando chegamos lá fazemos consulta e ela disse que era para dar o NIB, da conta, não sei quê, então eu disse: Sra. olha eu venho aqui para fazer consulta gratuita não é para pagar eu vou fazer consulta fora, paga o meu dinheiro. Ela disse que não, deu-nos o papel para fazer inscrição, para fazer isso e mais aquilo, mas não é de graça (...) já resolveu porque tive lá que dar baixa para não tirem esse dinheiro e depois de 2000 e tal euros (P10)*

*Exato, mas os dentistas não são muito assim, para arranjar uma coisa aqui vão ter que arranjar uma coisa ali ((risos)) (P11)*

Ainda neste tema são apontados com frequência fatores relacionados com a ausência de respostas e(ou) respostas insuficientes no Serviço Nacional de Saúde.

*No estado? Ah isso demora (P9)*

*Quando vão à urgência, a urgência é passar medicação, não conseguem também dar resposta, depois há São José, São José é sempre o último recurso, a lista de espera deve estar infinita (Profissional 4)*

*Aqui no Barreiro, que eu saiba, é quase ausente (Profissional 3)*

*Mas depois as pessoas faziam as extrações, ou faziam aqueles tratamentos básicos, e... ficavam por ali, ou seja, a resposta não era uma resposta completa e não era a mais eficaz, sendo que para as pessoas irem à Moita, algumas recorriam aos nossos serviços, aos serviços de acompanhamento e proximidade, para as podermos acompanhar, porque não tinham, ou não tinham dinheiro, ou tinham problemas de saúde que de forma autónoma não conseguiam deslocar-se sozinhas, ou seja, havia a resposta, mas a resposta não era a resposta mais adequada a este contexto, portanto... (Profissional 8)*

O acesso aos cuidados de saúde oral estar dependente do encaminhamento do médico de família e regras desajustadas do modelo “cheque-dentista”, são os principais fatores apontados como barreiras relacionadas com o Programa Nacional de Saúde Oral.

*A gente na Cabo Verde, a gente tem o nosso médico de família em Cabo Verde. Eu (lá) tenho médico de família (...) Mas aqui não, aqui é médico de família, médico de família não tem, tem que ir a uma clínica, serviço de dente (P3)*

*Não há um médico de referência. Uma das barreiras que não chegamos a falar, é o caso das crianças que as famílias ainda não estão com as situações regularizadas. A burocracia. (Profissional 6)*

O modelo “cheque-dentista” do PNPSO é também visto como insuficiente. A falta de divulgação, regras e limites nos tratamentos são os principais fatores apontados. No entanto a maioria das mães participantes refere a sua experiência no acesso aos cuidados de saúde oral através do modelo “cheque-dentista” como satisfatória.

*Eu acho que esta bem, mas também devia ser um bocado mais... há falta de divulgação (P2)*

*Eu tive o acesso (Portugal), porém a clínica que eu andei não atendia, não tem convénio com o governo. Não. A médica me chegou a me entregar o cheque que eu tinha direito e aí eu fui a alguns sítios e eu não cheguei a utilizar (referente cheque-dentista grávida) (P5)*

*No caso da escola o meu filho teve. Agora eu tive só uma questão, ele com esse dentista, ele necessita de uma limpeza e nessa parte disseram que ele não podia fazer, só se a escola mandasse. Então tinha feito um ano que ele tinha feito e então não poderia. Aí eu conversei e me fizeram, num caso que a limpeza estava paga (P5)*

*(...) eles não vão arranjar tudo não, nem pensar nisso, eles dão lá o toquezinho deles, (...) (P9)*

*(...)Tou satisfeita com o cheque-dentista porque tem fases para cumprir e eu acho que ele está dentro das fases que são críticas para as crianças até à adolescência, (...), eu vejo o cheque-dentista assim, é gratuito, porque no espaço de um tratamento para o outro os pais estão aí vão fazer o trabalho deles, (P13)*

*Eu das vezes que eu fui aos dentistas com os meus filhos não tenho nada a dizer, sempre fui bem atendida, sempre respeitaram o protocolo do estado no cheque-dentista, sempre tive direito aos cheques-dentista (P9)*

### 5.2.3. Promoção da saúde oral infantil

As participantes do estudo começam por descrever algumas estratégias individuais utilizadas para a promoção da saúde oral das crianças, seguindo-se propostas que foram dirigidas ao nível comunitário e social.

#### 5.2.3.1. Estratégias parentais para a promoção da saúde oral

As participantes salientaram a importância de favorecer hábitos alimentares saudáveis, apontando as estratégias usadas na diversificação alimentar para contrariar as preferências por alimentos açucarados, como adiar a introdução do paladar doce ou substituir por alternativas saudáveis.

*Sim. Sim. Porque aí eu já sei, o meu bebé vai nascer, ele já conhece esses 2 sabores, então eu quando introduzir, por isso é que dizem que tem que ser o peito até mais ou menos aos 6 meses, quando eu lhe der a comida, em vez de eu lhe dar logo um iogurte que é doce, eu retardo a introdução do iogurte, ou das frutas em compotas, tenho que retardar essas coisas, e o sal também diminuir um bocadinho porque ele já nasce com isso (P13)*

Adicionalmente, partilharam práticas parentais de estrutura, para limitar o acesso a alimentos açucarados. Neste âmbito, focaram estratégias relacionadas com o evitar ter disponíveis, acessíveis ou visíveis os alimentos açucarados.

*Eu falo da questão que falou que se colocou aqui de dar para evitar, como é o caso dela, em casa eu utilizo mais o caso da P2 a estratégia dela de levar de casa as coisas ou se não então evito de comprar para não ter em casa e também é mesmo impor limites na questão de é só 1 e guardo o resto as vezes eles até esquecem e nem se lembram e quando (P5)*

*E tem de tirar fora da vista tem que tirar fora do olho porque ela vai ver e ... (P4)*

Foram também referidas por várias mães práticas de definição de limites e regras.

*É preciso começar a regra bem cedo, lá em casa é muito necessário, com a pandemia ele estava muito acima do peso até mesmo a médica disse que ele estava no limite obesidade e foi uma coisa que não fez falta e só tivemos benefícios com isso (P5)*

*(...) então eu acho que se ensinar o limite né 1 goma, amanhã outra, mas é difícil (P6)*

*Lá em casa só esta sendo ao fim de semana. Lá em casa a dificuldade mesmo é com pai, o pai é todo liberal e a mãe é a regra (P5)*

As mães realçaram também estratégias dirigidas à higiene oral das crianças. Neste âmbito, destacaram práticas de monitorização e apoio direto, como lembrar os momentos de escovagem e realizar a escovagem dos filhos mais pequenos.

*É, tem que estar ali, já lavaste os dentes!?! (P6)*

*Quando levanta logo de manhã ele tem que lavar boca, lavar cara, lavar boca. ... (nome do filho) sempre tem que tomar banho, levanta cedo toma banho, escova dente e depois vai comer e escova dente outra vez novamente tem que escovar dente e depois quando vai para a cama e depois se ele não gosta daquele Colgate, mãe tem que trocar isto porque isto não está a sentir confortável vai ter que trocar ou escova... eu tenho sempre cuidado com isso (P3)*

*A minha função é mandar escovar os dentes pela manhã e antes de dormir. À tarde como esta na escola não consigo e também não tem bem esse hábito, mas de resto faço questão o mais velho já escova sozinho e o bebé eu faço a escovação (P5)*

Referiram ainda estratégias motivacionais, como brincar e utilizar materiais de higiene oral atrativos.

*Eu às vezes tenho que brincar com ela... (P4)*

*Todos nós temos uma pasta, todos diferentes, nós somos 4, 4 pastas, 4 escovas e cada um sabe a sua escova e a sua pasta. A do Dinis é azul é menino, a da Íris é cor-de-rosa porque é menina, a do João é uma mágica transparente com glitter, se tiver bem lavado sai a espuma azul ((risos)) é tudo muito assim, mas o ... João não lava (P11)*

#### *5.2.3.2. Promoção da saúde oral na comunidade*

O local onde vivem, estudam e a rede de apoio social reúnem as principais áreas de intervenção propostas pelos participantes. A “criação de espaços comunitários”, que permitam o estabelecimento de uma rede de suporte comunitária, a criação de relações de interajuda, partilha e estreitamento de laços, foi frequentemente apontada.

*Um grupo (no Whatsapp) com eles com vocês para vocês ajudar aquilo que precisa (P3)*

*Ou fazer tipo um plano né e havendo várias pessoas e ir distribuído também por todas em si não é (P4)*

*Cada uma ajudar do seu jeito (P4)*

Estes espaços são apontados como uma forma de dinamizar e estimular o debate de temáticas de interesse da comunidade e a partilha de culturas e experiências. Os testemunhos das participantes do estudo evidenciam o valor atribuído às dinâmicas utilizadas no âmbito no Projeto Bairros Saudáveis, sendo propostas de continuidade.

*Eu acho que a meu ver o trabalho que vocês têm feito já tem melhorado bastante, tem reunido a comunidade, tentado... reunido as crianças eu acho que o que vocês estão fazendo já é muito importante (P5)*

*Neste microcosmo, como há bocado a ... estava a dizer, que é cultural de Cabo Verde eles terem mais cuidados, era isso que estava a dizer não era e tu estavas a dizer que nas sessões com as mães, elas próprias não sendo uma sessão de sensibilização saíram logo daqui a dizerem que tinham aprendido muito umas com as outras, se calhar aprendem mais umas com as outras, do que nós a darmos uma seca, digo eu (Profissional 6)*

*E tem de ser uma coisa informal, elas depois não estavam à espera, e a conversa, e a partilha da dúvida por causa da consulta, é um espaço (Profissional 2)*

*Portanto tem de se dar continuidade, porque elas manifestaram isso, e de facto é muito interessante, e que aprenderem umas com as outras, e que valorizaram, porque nós não fizemos qualquer comentário, com as práticas dos países de origem e com aquilo que foram as vivências e as referências delas, portanto foi muito rico (Profissional 8)*

As dinamizações com as crianças da comunidade foram também consideradas como um veículo para chegar aos pais.

*É como a P11 já disse, é informação, como vivemos numa comunidade até que é pequena, de tempo em tempo, podia-se até ter teatro, essas coisas assim, podia ter até ... que deviam apresentar no palco, mas as crianças participavam, alguma coisa assim de interagir exatamente com o que está no palco, ele contar a experiência dele, como é que ele lava os dentes, se gosta e ganharem assim estímulos (P13)*

*Os filhos passam a palavra e os pais vão ser obrigados, porque eu sei que a minha filha ouviu o João a dizer que participou numa atividade dos dentes e ganhou um brinquedo, ou qualquer coisa assim, vai insistir com a mãe para levar (P13)*

Ainda ao nível da intervenção comunitária, foram identificadas algumas propostas para ultrapassar as barreiras sentidas e identificadas. O acompanhamento pelos técnicos de apoio social nos processos de acesso aos cuidados de saúde e o esclarecimento e informação das famílias e crianças, numa relação de proximidade saúde, educação e comunidade, nomeadamente no que se refere à utilização do PNPSO.

*Explicar muito bem como é que funciona o cheque-dentista do centro de saúde, porque muitos pais não sabem que existem e sabem assim na teoria que existe e não sabem como é que funciona (P11)*

*Mesmo assim pessoas que não sabem ler nem escrever por exemplo... pediam-nos ajuda para nós marcarmos... sim, não sabiam o processo, para ele ter direito como é que eu faço acontecer? Na primeira ou na segunda a gente fazia e explicava e depois eles já sabiam como se processava, mas muitas vezes é o desconhecido para eles (Profissional 4)*

*Perceber efetivamente, não julgar logo, porque é que a mãe não utilizou o cheque-dentista, tentar perceber. As mães diziam no outro dia, então, mas como é que se chega aquelas mães? Então através de, de mim dizia ela, você depois ia ajudar e perguntar porque é que não conseguiu ir. Ou seja, tentar-se perceber com a educadora, com quem esta no território, numa primeira abordagem (Profissional 2)*

*Aqui não sei muito bem, mas na altura do RSI quando aconteciam essas situações, as pessoas não irem, muitas vezes o que eu concluía é que as pessoas não sabiam como é que era o processo, o que é que eu faço para utilizar este cheque? Onde é que eu vou? A onde? (Profissional 4)*

São ainda apresentadas propostas de apoio alimentar e de material de higiene oral.

*Kits de higiene, e de forma regularmente, os 3 em 3 meses (P13)*

*Mas é o que a P11 disse, a fraca instrução dos pais às vezes, a fraca aquisição da alimentação e eu às vezes vejo muito isso, os pais a irem comprar fast-food, o fast-food dá cabo da saúde dos filhos, dá, mas é aquilo que os pais têm para dar, então entra lá os outros serviços do estado, não é, para o apoio destas mesmas famílias. Eu já sei que esta família que esta catalogada no sítio X não tem uma condição suficiente para o sustento, então de tempo em tempo, temos lá a tal supervisão, não é, a tal cestinha básica a dizer olha: mamãe isto é exatamente específico para o bebé, vocês têm aqui*

*isto, para ver se ele vai crescendo e dizer filhinho só comes o doce 1 vez por semana, ou no final de semana (...) (P13)*

### *5.2.3.3 Propostas de promoção da saúde oral em contexto escolar*

Sabe-se que o ambiente onde as crianças crescem e vivem é um determinante em saúde e neste contexto surgem propostas de promoção da saúde oral. A avaliação do estado de saúde oral, a educação para a saúde utilizando métodos dinâmicos e participativos e a aplicação de meios preventivos como o flúor e a escovagem são apontados como pontos fortes da promoção da saúde oral em contexto escolar.

*Eu acho que a melhor estratégia é através da escola como andam a fazer atualmente tipo os dentistas vão à escola avaliar fazer uma avaliação no meu caso o que aconteceu com meu filho foi a própria Carla que foi lá a escola (riso) fez uma avaliação e me encaminhou para o centro de saúde da quinta da lomba marcou o dia e tudo para fazer uma consulta (P2)*

*Estou a explicar que em Cabo Verde, na escola, a minha menina mais velha, quando estava na escola escova o dente na escola, a professora trouxe um esqueleto com dente, com escova, eles todos aprenderam essa coisa, na escola, ela chegava casa e dizia: mãe tu não sabes lavar a boca, lavar a boca é assim (P8)*

*E havia o flúor. A ... (nome da filha) e o meu filho também já me disse isso (P9)*

*Ela abria a boca e dizia tem que escovar em cima, tem que escovar ((risos)) começou a rir, ela mãe para de rir que não estas a escovar, bem feitinho mesmo, é por isso que eu não tenho dificuldade com eles para lavar os dentes (P8)*

É feita referência à importância da utilização de métodos de educação e promoção da saúde dinâmicos, lúdicos e participativos.

*Sim à dança, à música, através das sessões com a Smile Dance, as escovas divertidas que há e que são diferentes e são apelativas para as crianças (Profissional 2)*

*A partir do momento que eles gostam de lavar os dentes, eles lavam os dentes, o grande desafio é ser apelativo, além de saberem que é importante, é gostar, e depois tudo o que é lúdico, quando entra, aquilo a aprendizagem é totalmente diferente, e se isso na escola for sempre trabalhado de uma forma lúdica, engraçada, com brincadeira, eles começam a gostar e depois isso torna-se um hábito (Profissional 4)*



A escola é vista como um ambiente favorável à criação de hábitos saudáveis. As participantes referem com frequência a importância da escovagem e do fornecimento de kits de escovagem gratuitos em contexto escolar. No entanto, o tema “escovar na escola”, gerou alguma discussão entre as mães participantes, por existirem práticas distintas entre escolas. De qualquer forma, ficou patente uma valorização das escolas e professores que promovem atividades de saúde oral.

*Sabem o que é que eu achava bom, bom, isto é a minha opinião, porque é que nas escolas, antigamente havia, que eu me lembro que sou desse tempo, assim que a gente acabava de almoçar nas escolinhas, a professorazinha, meninos lavar os dentes (P9)*

*Felizmente a minha filha teve numa escola, em que a professora é um espetáculo não é, mas ela também já o fazia antes e já levava a escova dela, e depois ela incentivava as crianças a porem lá no escovão (contentor para reciclagem de escovas de dentes), todo o mundo quer escovar em casa, porque sabem que depois de 3 meses vai ter que levar a escova para o escovão, para todo o mundo ver que está a pôr a escova no escovão (P13)*

*Eu não sei se isto todas as escolas fazem, sei que a ... faz, de pelo menos 1 vez por dia eles lá escovam os dentes, têm lá a escova e a pasta. Foi lá uma higienista, não sei, e deu essa ideia ou foi não sei, acho que dar ali uma escova e uma pasta e ensinar os miúdos e incentivar. Acho que se passasse por todas as outras escolas e leva-se este projeto, pelo menos dava para equilibrar as coisas, pelo facto de em casa não terem uma boa alimentação nem uma boa higiene, pelo menos na escola 1 vez por dia fazia-se e depois transmitir aos filhos o porquê de estarem a lavar os dentes e chegarem a casa e dizerem: olha eu hoje lavei os dentes na escola (...) (P11)*

No que diz respeito ao assunto “escovar na escola”, algumas mães participantes consideram que deveria ser uma atividade ou medida de saúde pública obrigatória. Outras, consideram que deverão ser respeitados valores como a liberdade individual do professor e poderão ter influência fatores como a valorização da escovagem pelo próprio, o esforço que envolve a organização da atividade em si e ainda a atribuição dessa responsabilidade às famílias.

*Ok, porque é que vocês não impõem esse programa para as escolas, porque as escolas é um exemplo (P9)*

*Isso e se a professora tiver uma reunião com os encarregados de educação, porque ela não pode decidir sozinha, ela é livre de aceitar, mas, também deve ouvir a opinião dos*

*pais, numa reunião com os encarregados faz-lhes essa proposta: vocês gostariam? (P13)*

*Pois, se ela não quer, a gente não pode obrigá-la (P9)*

*Porque as crianças são obrigadas a escovar os dentes em casa, no contexto familiar, só. Escola é escola, vamos aprender letras, contas.*

*Agora não podemos obrigar os professores (P11)*

*Se a professora ouviu o comunicado, sabe do projeto, sabe de tudo, não transmitiu aos pais, é porque ela não quer saber (P11)*

*Por causa da bagunça ((risos)) não vão fazer, porque aquele trabalho que nós pais temos com os nossos filhos, do “i” e do “a”, abre a boca, escova mais, tens que lavar, ela não quer passar por isso, isso sem contar que para dizer aos alunos para fazer, ela tem que o fazer, ela pode não ter isso como na rotina dela, como lavar os dentes, não podemos obrigar os outros a fazerem uma coisa que não querem ou que não foram incutidos desde pequenos, ponto (P11)*

São ainda realizadas propostas relacionadas com a implementação das atividades do PNPSO em meio escolar, nomeadamente um maior envolvimento dos pais e a melhoria dos canais de informação.

*Através das escolas marcar alguma formação, reunião, panfletos que fossem direcionados aos pais (P11)*

*E deveriam se envolver mais, mesmo quando a higiene oral vai à escola envolver-se mais os pais, como faziam na creche as reuniões, como aqui, as mães agradeceram as partilhas e o conhecimento, eu acho que os miúdos são miúdos não é (Profissional 7)*

*Informação dos prestadores de cuidados. No outro dia, falou-se numa coisa muito importante que foi, isto foi extraordinário, isto foi uma mãe que falou, que era a escola tem que ser parceira da família, porque têm objetivos comuns, sem dúvida, portanto se fizerem um trabalho em parceria conseguem mais facilmente atingir um objetivo, em que pode partir da escola, mas pode partir também através das enfermeiras de saúde escolar poderem fazer esta ligação às escolas e as escolas efetivarem esta parceria com os pais, também no que diz respeito à higiene oral, também terem porque não uns kits de escovas (Profissional 2)*

As profissionais realizam propostas de melhoria da utilização dos canais de informação escolares relacionadas com a entrega dos cheques-dentista, um papel mais responsável e ativo dos professores e utilizar a matrícula para recolher informações referentes ao PNPSO.

*E era os cheques não irem na mochila, serem entregues diretamente aos pais (Profissional 6)*

*Era ser dado nas reuniões dos encarregados de educação, e aqueles que não vão era telefonar e dizer: olhe esta aqui o cheque-dentista. É mais trabalho para os professores que já têm tanta coisa não é, mas para os diretores de turma ou para os professores titulares de turma, porque acho que é uma coisa suficientemente importante para se fazer isso (Profissional 6)*

*E ser flexível, não dá por uma via, vamos tentar por outra (Profissional 2)*

*Até depois a pessoa ter de dizer assim ah eu tenho dificuldade em ir aí, será que pode mandar, mas já tinha sido dado o toque, que aquilo era uma coisa importante e tinha que ser ir levantar, agora vai aí um papelinho na mochila. Mas eu acho que vocês até já tentaram (Profissional 6)*

*Até lá na creche têm WhatsApp, email às vezes não sabem mexer (Profissional 7)*

*E na escola por exemplo tal como nas matrículas, se tem a vacina em dia, se houvesse algum registo da saúde oral que pudesse ser vista, tal como se pede o registo das vacinas (Profissional 6)*

#### *5.2.3.4. Promoção da saúde oral através de medidas políticas e sociais*

Quanto às propostas de promoção da saúde oral políticas e sociais, destacaram-se as propostas relacionadas com o acesso mais universal aos cuidados de saúde oral, quer através do SNS, de prestadores convencionados ou unidades móveis. São ainda realizadas propostas concretas em relação ao acesso e integração da saúde oral nos cuidados de saúde primários.

#### 5.2.3.4.1. Acesso universal aos cuidados de saúde oral

A maioria das participantes do estudo considera como principal facilitador o acesso à “Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde”, considerando que este deveria ser universal, gratuito, que a resposta poderia estar incluída nos hospitais e(ou) nos cuidados de saúde primários/ centro de saúde.

*Porque é que a gente também não tem uma saúde nacional de dentes, como temos a nível de saúde de irmos ao hospital. Qual é a diferença? (P9)*

*Eu acho que no hospital deve ter, eu penso mais assim também porque todo o mundo não pode fazer, vai desistir (P2)*

*Isso é no princípio, no princípio que hospital funciona, devia ter todas essas cenas ali, não é preciso andar para ali, andar para cima para procurar dente para gastar dinheiro, para mim é assim (P10)*

*Pois eu iria começar pelo centro de saúde, temos os nossos médicos e se fosse uma coisa mais grave mandar para o hospital (P2)*

Na questão do acesso aos cuidados de saúde oral, surgem ainda como propostas relacionadas com o setor privado, como a redução dos custos e/ou pagamento faseado ou serviços convencionados, existindo a crença que estes não possam ser assumidos totalmente pelo estado.

*Primeiramente, se formos falar em clínicas porque na maioria nós temos que né nos dirigir até lá mesmo, pelo menos baixar, porque nós também não vamos falar em baixar o preço porque isso não depende só dos dentistas nem nada do género, mas arranjar talvez outro jeito que nós tenhamos para nós podermos ir, ajudas, olha os seguros por exemplo são ajudas para nós podermos aceder com mais facilidade (P4)*

*(...) mas também falar serviços gratuitos, também já estamos a pedir muito Mas, se ele me tivesse dito assim, OK, o orçamento da sua boca fica 1500 euros, mas... há a possibilidade de pagar 20,30,50 euros mensalmente, então quando atingirmos por exemplo os 200 euros, começamos a fazer um tratamento, e assim vai-se indo que é para equilibrar as coisas, porque se for para lá e maioria das pessoas é tratamento gratuito, ele esta a trabalhar para o ar, não necessariamente porque depois os mais graduados, os mais patentes, vão pagando e vão fazendo e o dele é sempre bem-vindo mas a nível de material e de tudo acaba por não compensar (P11)*

*Mas se não se aplica, se tem alguma deficiência numa criança, que é de mais baixa renda, devia ter sim a participação, como a P11, não é totalmente de graça porque tem muitos custos, mas que fosse uma modalidade mais suave a se pagar (P13)*

*No caso igual, por exemplo, não sei se já tem, as escolas né o governo poderia mesmo facilitar mesmo na questão das faculdades poderem ajudar as populações mais desfavorecida, mesmo financiar ou algo que eles possam estagiar precisa adquirir experiência, poderia estar exercendo nesses locais (P5)*

Ambos os grupos de participantes propuseram a utilização de cuidados de saúde de proximidade, como facilitadores do acesso, como por exemplo, as unidades móveis de saúde ou gabinetes na comunidade.

*Vem cá o tratamento ter. Há os carros, tipo aqueles do balcão único (P13)*

*Eu estava a imaginar, como houve aquela carrinha da saúde, que as enfermeiras trouxeram uma carrinha (Profissional 1)*

#### *5.2.3.4.2 Acesso aos cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários*

A questão mais abordada, refere-se a propostas relacionadas com o acesso à saúde oral nos cuidados de saúde primários. Consideram que deverá existir a integração da saúde oral na vigilância geral da saúde ao longo do ciclo de vida, sobretudo na infância e em pé de igualdade com outras áreas já cobertas pelo SNS. Esta integração deverá passar pela avaliação, aconselhamento e pela ligação ao PNSO e ainda o aumento de profissionais de saúde oral nos centros de saúde.

*Exatamente, tal como existem as consultas de planeamento familiar e de vigilância de saúde, estenderia como qualquer outra (Profissional 6)*

*Se eu mandasse o programa nacional de saúde oral estendia-se ao longo da vida, do longo do ciclo de vida todo, neste formato de cheques-dentista (Profissional 6)*

*E haver um dentista por cada centro de saúde (riso) (Profissional 1)*

As propostas de promoção da saúde oral nos cuidados de saúde primários passariam pelo acesso e abordagem regular da saúde oral nas consultas de vigilância e a sua

realização como consulta de rotina. Neste tópico há a percepção que a saúde oral não é abordada em pé de igualdade como outras áreas de vigilância em saúde.

*As famílias são aconselhadas em relação à alimentação dos bebês, mas normalmente só se fala, quando se leva os bebês às consultas, agora introduza isto, introduza aquilo, os alimentos, mas é muito raro se ouvir falar na parte da saúde oral, podia entrar nas rotinas (Profissional 7)*

*Ainda há pouco eu falava do médico, não é? Poder informar e partilhar mais quais são os recursos que a família podem ter acesso? (Profissional 1)*

*Considero que o grande desafio realmente para a saúde oral é ela fazer parte integrante da saúde, na totalidade da sua saúde, portanto ser uma rotina, como a visita ao médico, outra visita como qualquer outra. Pertencer às consultas. Como se fosse do crescimento, a parte da saúde oral (Profissional 5)*

*Porque se fossem rotineiramente encaminhados, só para ficarem a conhecer que existe, onde é que fica, que é simpática ( ) era mesmo para isso, para criar o laço (Profissional 6)*

A educação sobre cuidados de higiene oral e informação relativas ao acesso e verificação da utilização do PNSO deverão estar incluídas nos objetivos das consultas de saúde materna e de saúde infantil-juvenil.

*O acompanhamento tem que ser mesmo da instituição pública (...). Como já estou desde a gestação, já recebi essas informações e sempre que vou fazer uma consulta, uma vacina, vão-me passando essas informações, quando chegar a altura dos dentinhos da criança, vai fazer revisão, vai fazer essas coisas, eu já sei o que é (P13)*

*A partir do momento em que nós que vamos às consultas anuais, aí inculir, dizer logo desde o princípio já nasceu o dentinho, nós temos aqui uma higienista que vê os dentes mesmo sendo de leite (P11)*

*Ou então assim é quando a criança nasce já recebe a caderneta de vacinação recebesse alguma coisa sobre... se bem que quando nasce não tem dente né ou que nem quando você vai tomar uma vacina a criança toma a vacina e fica anotado para a próxima e se você vai algures na escola se a vacina não esta feita não pode fazer matrícula então poderia fazer isso oh não seja se não comparecer na consulta... (P6)*

São sugeridos como facilitadores para uma melhor comunicação e divulgação do PNSO o registo e partilha de informação através do boletim individual de saúde (oral), sendo também um veículo de verificação da utilização do PNSO pelos profissionais e serviços de saúde.

*É a comunicação, se houvesse aquele o livrinho, onde se apontasse o dia da consulta por exemplo (Profissional 5)*

*Haver um boletim de saúde oral (Profissional 6)*

*E ser carimbado depois, o facto de ser carimbado que veio ou que ainda falta ali carimbo (Profissional 1)*

*Por exemplo como as vacinas e haver um único boletim (Profissional 2)*

É proposta ainda a inclusão da saúde oral nos objetivos e indicadores das Unidades de Saúde Familiares (USF).

*Era, para mim a cereja no topo do bolo, seria contar como indicador de avaliação, que era criança com X anos tem, não sei, consulta de saúde oral, ou foi emitido cheque, qualquer coisa que eles tivessem de fazer o click (Profissional 6)*

*Voltando à comparação com as vacinas, se uma pessoa não tiver uma vacina em dia, desde que entra e é contactada pela administrativa que aparece uma janela a avisar esta pessoa tem uma vacina atrasada e desde a administrativa, até ao médico até ao enfermeiro toda a gente tem acesso à informação (Profissional 6)*

*E a questão dos cheques, controlo da utilização dos cheques (Profissional 2)*

Como última medida proposta é sugerida a entrega regular de materiais de higiene oral gratuitos às famílias nos centros de saúde.

*Perguntar no centro de saúde, assim como se pergunta se as mulheres precisam de pílula, se precisam de pastas e escovas, por ex., há famílias que é barato, mas dentro daquilo que são as prioridades da família, se calhar continua a não ser uma prioridade, portanto por mais barato que seja. No centro de saúde as pessoas poderem ir e poderem ir buscar, de 3 em 3 meses iam levantar a escova (Profissional 2)*

#### 5.2.3.4.3 Propostas relacionadas com a utilização dos media

Por fim, e numa perspetiva mais macro, é proposto pelas profissionais, o recurso aos *media* como veículo de acesso universal à informação de saúde oral, tendo sido propostas campanhas de televisivas de educação para a saúde oral, pequenas curtas-metragens pedagógicas dirigidas à população infantil e canais no Youtube.

*Nós já falamos aqui muito mas a questão de, eu não digo que seja a mais importante, mas a sensibilização do, nós estamos aqui num plano do, se nós pudéssemos fazer como é que faríamos, eu acho que é passa muito pela comunicação, e nós já falamos dessa questão, passa tanta informação que é pouco útil na televisão, e acho que se devia, e ainda é dos meios que é mais acessível a toda a população, neste momento rara é a pessoa que não tem televisão, a importância destes cuidados e as implicações que isso tem para a saúde (Profissional 1)*

*Mas o Vitinho lavava os dentes antes de ir para a cama, e era à hora em que nós íamos para dormir, isto eram rotinas, era pedagógico (Profissional 2)*

*E ter umas publicidades nos vídeos no Youtube que os miúdos agora é tudo ligado a isso, mais do que à televisão (Profissional 7)*



## 6. Discussão

Este trabalho partiu da necessidade e relevância de adaptar as intervenções em saúde oral aos contextos específicos e da importância de considerar os valores, práticas e perspectivas de populações específicas, em particular de comunidades em situação de maior vulnerabilidade para a saúde oral. Desta forma, pretendemos explorar as percepções, necessidades e oportunidades para a promoção da saúde oral na infância numa população vulnerável, partindo da abordagem da investigação participada de base comunitária. Os resultados do estudo permitiram compreender o valor atribuído à saúde oral nesta comunidade, bem como os esforços e desafios enfrentados pelas mães para contribuir para a saúde oral dos seus filhos. Foi ainda possível gerar propostas para a promoção da saúde oral de crianças e jovens, de acordo com as necessidades e preferências de pessoas da comunidade.

Os dados obtidos a partir dos questionários permitiram caracterizar os comportamentos de saúde oral, fornecendo um enquadramento para as discussões realizadas nos grupos focais. Em relação aos hábitos de escovagem da nossa amostra, 68,75% das mães refere que a criança escova os dentes *“duas ou mais vezes ao dia”*, resultados que, embora aquém do desejável, estão acima dos apresentados no III Estudo Nacional de Prevalência das doenças orais (2016), que estima a escovagem em 53% (IC 95%) e de outro estudo nacional, com crianças entre os 3 e os 5 anos (Borrvalho, 2004) que também apresenta os mesmos valores (53,5%). Mais de metade das mães referiram ajudar a criança na escovagem (56,25), valores semelhantes aos encontrados no estudo de Borrvalho em 2014 (54,3%).

No que se refere à alimentação, o consumo de alimentos cariogénicos na nossa amostra verificou-se frequente: 43,75% das mães afirmaram que o seu filho consome ou bebe alimentos açucarados todos os dias. O consumo frequente de alimentos e bebidas açucarados tem sido identificado noutros estudos em Portugal, como é o caso do estudo de Borrvalho em que 34,5% das crianças os consumia na maioria dos dias. O consumo destes alimentos na cama verificou-se bastante menos frequente, com 77,2% das crianças a referirem nunca o fazer, resultados estes, também semelhantes aos encontrados noutros trabalhos (e.g., Borrvalho, 2014).

Portanto, de uma forma geral, os resultados encontrados neste estudo em relação aos comportamentos preventivos são consistentes com dados encontrados na população geral.

Ao explorar as percepções das mães participantes acerca da saúde oral, verificou-se a adoção de um conceito de saúde oral abrangente, focando não só a ausência de doença, mas reconhecendo a sua importância no bem-estar e qualidade de vida. Estas percepções leigas revelaram-se em linha com as definições contemporâneas de saúde oral da OMS e FDI. Para além de um conceito amplo, as participantes evidenciaram a atribuição de um elevado valor à saúde oral, destacando o seu papel ao nível da imagem, funcionalidade, auto-estima e interações sociais. Em linha com estes resultados, também Maida e colaboradores verificaram que os pais viam a saúde oral de forma holista e atribuíam elevado valor à saúde oral, reconhecendo impactos sociais e psicológicos (Maida et al., 2018).

Outros trabalhos têm também revelado este reconhecimento do valor da saúde oral e seus impactos noutras áreas da vida, com sinais de pobre saúde oral (e.g., edentulismo) a serem conotados com características sociais mais negativas, condicionando dessa forma o sucesso pessoal e social (Bennadi e Reddy, 2013) Também os resultados de um estudo que aborda as percepções sociais de estudantes universitários sobre indivíduos desdentados que uma pessoa com falta de dentes era percebida de forma mais negativa em todas as características sociais avaliadas (Willis, Esqueda e Schacht, 2008).

A perspetiva das mães contrastou aliás com a dos profissionais, que questionaram o valor ou prioridade atribuída à saúde oral em relação a outras áreas da saúde e da vida. Estas perspetivas contrastantes reforçam a importância de dar voz às próprias populações. Salientam também a importância de olhar para a saúde oral de forma integrada e multinível, em que uma menor adesão a determinados comportamentos ou baixa procura de cuidados de saúde oral não deve ser automaticamente assumida como um sinal de baixo valor atribuído.

Ao discutir os fatores que contribuem para a saúde oral, as participantes identificaram fatores a diferentes níveis, em linha com os modelos ecológicos de saúde oral (cf. Fisher-Owens et al., 2007). Esta discussão permitiu a identificação de desafios e barreiras enfrentados pelas famílias, mas também favoreceu a geração de ideias para a promoção da saúde oral infantil.

Ao nível dos fatores individuais, a alimentação e, em particular, o consumo de alimentos açucarados mereceram particular atenção. Com efeito, o consumo de hidratos de carbono fermentáveis que contêm açúcares adicionados tem vindo a aumentar, particularmente entre crianças e jovens adultos. (Levine e Stillman-Lowe, 2019) e isso parece ser reconhecido pelas participantes.

As participantes reconheceram ainda que a redução do consumo de alimentos açucarados representa um desafio, não só pela dificuldade de cada um em resistir, mas também pelos apelos que existem na sociedade, resultados também verificados nas respostas dos questionários, nos quais 56,25% das mães afirmam ser difícil evitar que os filhos comam doces e 43,75% das mães afirmam que o seu filho consome ou bebe alimentos açucarados todos os dias e ao adormecer ou durante a noite. Com efeito, os desafios associados a contrariar a ingestão desses alimentos foram também discutidos num trabalho de Butera et al, que identificou a auto-eficácia para controlar a ingestão de alimentos açucarados pelos filhos como o fator preditor mais significativo da existência ou não de hábitos favoráveis à saúde oral (Butera et al., 2022).

Ainda nos fatores individuais favoráveis à saúde oral infantil, as mães referem-se à higiene oral como algo não questionável, básico e sem dificuldade, destacando a importância de práticas de monitorização e apoio direto, embora algumas refiram que os hábitos e atitudes em relação à escovagem também dependem das características da própria criança. Efetivamente, a evidência sugere que a auto-eficácia parental em relação à escovagem, tal como as práticas alimentares já referidas, constitui um importante preditor de comportamentos relacionadas com a higiene oral (Butera et al., 2022).

Apesar da valorização da escovagem dos dentes, nos resultados dos questionários apenas 68,75% das mães referiram que a escovagem dos dentes era realizada *“duas ou mais vezes ao dia”*. Por outro lado, apenas 56,25% referiram ajudar na escovagem dos dentes (do filho mais novo), apesar de apontarem a monitorização e o apoio como importantes. Estes resultados sugerem que o reconhecimento da importância da higiene oral pode não ser suficiente para uma adesão adequada a esses comportamentos, sendo não só necessário conhecer as recomendações, mas também ter condições para as implementar. Adicionalmente, fica patente que, embora as mães reconheçam a importância do seu papel de vigilância e apoio, poderão ter expectativas desadequadas quanto à idade em que essa vigilância é essencial. Na revisão de literatura de Aliakbari e colaboradores sobre a supervisão parental da escovagem, verificou-se que esta prática pode ser condicionada pelo ambiente (i.e., acesso a cuidados de saúde) e condições de vida da família, que influenciarão o tempo e disponibilidade para a concretização desta prática. Adicionalmente, os conhecimentos e expectativas dos pais em relação a uma escovagem adequada e necessidades de apoio para a escovagem foram também apontados como barreiras para a prática de supervisão parental da escovagem. Os autores verificaram ainda que o desenvolvimento de conhecimentos adequados acerca da escovagem e supervisão parental era facilitado pela

disponibilização de educação para a saúde oral, vigilância regular em saúde oral e suporte comunitário (Aliakbari et al., 2020)

Esta percepção de que as mães têm a preocupação que os seus filhos escovem os dentes, mas que poderão não ter conhecimento de como o fazer corretamente, também foi referido pelas profissionais que trabalham com as famílias da comunidade. A aparente incongruência entre a relevância atribuída pelas mães à escovagem e ingestão de açúcar e os comportamentos relatados é coerente com a sugestão de Butera e colaboradores de que, além da transmissão de mensagens preventivas, estas famílias necessitam de apoio para a sua realização (Butera et al., 2022).

A falta de conhecimento das famílias sobre saúde oral parece também estar relacionada com o acesso à informação. Com efeito, metade das mães referiu nunca ter recebido qualquer informação sobre como cuidar dos dentes do filho. De entre as que receberam, cinco referiram que essa informação foi fornecida pelo dentista ou higienista oral e apenas uma referiu o pediatra ou médico de família, o que revela uma desvalorização da abordagem e intervenção precoce em saúde oral nas práticas habituais de vigilância de saúde infantil (cf. Lewis et al., 2000)

Reconhecendo a importância da informação, o grupo de profissionais apontou a necessidade de veículos de acesso universal à informação de saúde oral, designadamente através dos *media*, incluindo campanhas televisivas de educação para a saúde oral, pequenas curtas-metragens pedagógicas dirigidas à população infantil e utilização de canais no Youtube. Uma revisão sistemática em 2020, sobre a utilização dos *media* como ferramenta pelos profissionais de saúde, que incluiu como uma das categorias avaliadas a promoção da saúde, concluiu que os cuidados de saúde deverão ser multidimensionais e que a parceria com os *media* ou outros meios de comunicação tem demonstrado ser bem-sucedida, ainda assim, deverá haver um equilíbrio entre os cuidados de saúde digitais e tradicionais (Farsi, 2021).

Encontramos os mesmos resultados num trabalho de Duijster et al., que identifica o conhecimento, percepção da importância, confiança e supervisão dos pais na realização da escovagem, como as condições familiares com maior impacto nestes comportamentos. À semelhança deste trabalho, são ainda, assinalados outros fatores externos, como a escola, o ambiente social, a comunicação social e acessibilidade à alimentação (Duijster et al., 2015)

Também nos resultados obtidos, a escovagem em contexto escolar é valorizada. Em Portugal, existe um projeto, denominado Projeto SOBE +, através do qual são disponibilizados kits de escovagem, mas apenas às escolas aderentes. As experiências destas mães sugerem que o alcance deste projeto pode não estar a ser suficiente para combater as desigualdades em saúde oral. Este tema foi controverso, pois as opiniões

dividiram-se entre a liberdade do professor e a necessidade de ser uma medida de saúde pública oral obrigatória.

O reconhecimento da importância destes comportamentos pelas mães parece ser uma oportunidade para a promoção da saúde infantil. Com efeito, enquanto assinalam a sua importância, as mães apontam também alguns desafios, reforçando o papel da auto-eficácia parental para a concretização destes comportamentos, como evidenciando em estudos nesta área (Butera et al., 2022; Duijster et al., 2015), bem como a necessidade de assumir a natureza multidimensional destes comportamentos e, por isso, a importância de uma abordagem centrada na família.

Para além dos comportamentos, foram discutidos fatores de nível familiar, designadamente foi identificado de forma muito marcada o papel materno como determinante para a saúde oral. Foi enfatizado o papel da família como modelo de comportamento e aprendizagem e a sua responsabilidade na criação de hábitos saudáveis. As mães participantes no estudo identificaram assim estratégias individuais para favorecer hábitos alimentares saudáveis. Referem o adiamento da introdução do paladar doce ou a substituição por alimentos que consideram mais saudáveis, e destacam a importância do seu papel na definição de limites e regras, como não ter os alimentos açucarados disponíveis, acessíveis e visíveis. Ainda assim, os principais desafios referidos são a dificuldade de imposição de limites e realização das escolhas alimentares, atribuindo as causas à pressão social do marketing, fatores inerentes à própria criança e desconhecimento.

Estas propostas parecem incongruentes com os resultados dos questionários, que sugerem um elevado consumo de açúcar. No mesmo sentido, também os profissionais apontaram para uma tendência para um consumo frequente de açúcar e até para o seu papel na própria relação com a criança, atribuindo estas escolhas ao desconhecimento das consequências a longo prazo para a saúde e à relação afetiva representada pelo doce. A utilização de alimentos como recompensa aumenta o interesse e a atração por esses alimentos, os quais são, geralmente, doces, guloseimas ou snacks salgados (Oliveira et al., 2020). Ao mesmo tempo, a dificuldade percebida pelos pais para controlarem o consumo destes alimentos tem sido associada a piores comportamentos e pior saúde oral infantil (Butera et al., 2022).

Ainda no nível familiar, é feita referência aos modelos e hábitos saudáveis relacionados com a cultura, crenças e tradições familiares, que foram passados pelos ancestrais, estando patente como um conhecimento sólido e de valor inquestionável pelas participantes. Broadbent *et al.* (2016) referem que a cultura, etnia e as crenças da família podem influenciar a saúde oral, persistindo ao longo da vida.

As condições de vida, como o tipo de estrutura familiar/ monoparentalidade, o isolamento dos familiares, a maioria longe dos seus países de origem, são apontadas como motivos para que estas mães não tenham tempo para investir na saúde oral dos filhos (cf. Aliakbari et al., 2020). De facto, na caracterização da amostra verificamos que mais de metade das mães são estrangeiras, sendo 43,75% de países africanos de língua portuguesa e 18,75% do Brasil.

Apontam ainda a condição socioeconómica como uma barreira, podendo refletir-se na dificuldade na aquisição de alimentos saudáveis e produtos necessários para os cuidados diários de higiene oral (cf. Thomson et al., 2004). Com efeito, mais de metade das mães (62,5%) apresentava rendimentos abaixo dos 650€ e 43,75% estavam desempregadas. A evidência tem apontado sistematicamente o papel do nível socioeconómico nos resultados em saúde oral. Um nível socioeconómico baixo, baixos níveis de instrução e de rendimentos do agregado familiar e isolamento social (Sanchez-Perez et al., 2010 in Hooley et al., 2012; KopyckaKedzierawski, 2008; Cameron et al., 2006; Floyd, 2009) são fatores comumente associados à cárie dentária (Hooley et al., 2012).

Por outro lado, há um sentimento de ambiguidade em relação à procura de ajuda. Valores e emoções, como orgulho, vergonha e o medo do julgamento social podem constituir uma barreira no acesso a eventuais ajudas ou aceitação de conselhos e sugestões. O receio da atuação dos serviços no âmbito da proteção de menores ficou particularmente evidente, o que nos faz refletir sobre o que vários autores referem que as desigualdades em saúde oral insultam o nosso sentido de justiça (Shaw et al., 2009; Watt, 2007, 2012). É evidente que estas mulheres sofrem um julgamento social intenso e que isso também é uma barreira.

No sentido de combater estas barreiras, as participantes apresentaram várias propostas, como o apoio alimentar e de material de higiene oral nas escolas e centros de saúde. O reconhecimento desta necessidade é apontado num estudo de Margaret M.C. et al, que refere a necessidade de políticas para reduzir a insegurança alimentar, relacionando-a com uma pior saúde geral, alguns problemas de saúde crónicos e agudos e pior acesso aos cuidados de saúde, incluindo o esquecimento de consultas e aumento das idas às urgências das crianças. Refere ainda uma taxa de cuidados médicos perdidos 179,8% mais elevada (Thomas, Miller e Morrissey, 2019). Este valor faz-nos refletir de como um maior investimento neste tipo de apoio poderia reduzir de uma forma impactante os gastos em saúde.

No tópico das influências familiares na saúde oral da criança fica evidente a necessidade duma atuação multinível, com o claro envolvimento da comunidade e dos parceiros sociais, sendo esta “relação de proximidade” identificada e valorizada, no apoio das

famílias da comunidade, com atuação nos vários contextos: comunitário, social, educação e saúde.

Ao nível do ambiente comunitário é valorizada a criação de espaços comuns e de partilha locais, identificados como veículos para o estabelecimento da rede de apoio comunitário, permitindo o estreitamento de laços e as relações de interajuda entre os vários membros da comunidade, potenciando assim o seu capital social.

Ao nível social é proposto o acompanhamento nos processos de acesso aos cuidados de saúde e o esclarecimento e informação das famílias.

Ao nível da atuação da saúde e educação, o contexto escolar é apontado pelas participantes do estudo, como um ponto forte para a promoção da saúde oral infantil. A avaliação do estado de saúde oral, a educação para a saúde utilizando métodos dinâmicos e participativos e a aplicação de meios preventivos como o flúor e a escovagem, são indicadas como boas práticas que deverão ser continuadas. As evidências dos resultados das intervenções em meio escolar têm sido largamente estudadas, mostrando o seu impacto positivo na saúde oral das crianças (Akera et al., 2022). A revisão sistemática de Akera e colaboradores aponta que a incorporação de métodos de educação para a saúde baseados em competências, formação de professores, acesso aos serviços de saúde oral e envolvimento dos pais terá um efeito positivo nos resultados em saúde oral (Akera et al., 2022).

Também Harris *et al.*, aponta as barreiras sociais e das estruturas comunitárias, como o envolvimento social diversidade, a disponibilização de informação sobre saúde oral e a eventual falta de confiança nos serviços e vontade e capacidade da procura de cuidados de saúde oral, como potencialmente limitantes (Harris et al., 2017)

O acesso aos cuidados de saúde oral é considerado um fator social com grande impacto na saúde oral infantil pelas participantes do estudo, tendo sido identificados múltiplos aspetos com influência neste acesso e utilização.

No que respeita as características dos cuidados de saúde oral existentes, é feita referência à ausência ou respostas insuficientes no Serviço Nacional de Saúde, falta de acessibilidade/proximidade, modelos existentes desajustadas e custos elevados. A identificação da falta de acessibilidade devido aos custos, disponibilidade, cuidados ajustados e de financiamento público é também feita num estudo de revisão sistemática que refere estas barreiras como comuns a todos os grupos vulneráveis (El-Yousfi et al., 2019), o que sugere a necessidade de considerar as necessidades específicas destes grupos nas políticas de saúde oral. Birch et al. refere ainda, que a falta de eficiência destas políticas, poderá estar relacionada com a utilização de modelos de base populacional em vez de modelos de planeamento “bottom-up”, e propõe um modelo de

planeamento de distribuição de recursos (humanos) baseado nas necessidades e a construção de um quadro que reflita os diferentes níveis de saúde oral e as necessidades de cuidados dentro dos subgrupos (Birch et al., 2021).

Em relação ao atual modelo português (PNPSO) não é considerado universal, uma vez que o “modelo cheque dentista” abrange apenas grupos diferenciados (cf. Lourenço e Pita, 2016) e tem como base a sua aplicação em coortes, impedindo o acesso intermédio e continuado a quem não o utilize nestas idades (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2021). Nos resultados deste estudo, embora a mães refiram o acesso aos cuidados de saúde oral através do “modelo cheque-dentista” como satisfatório, apontam-no com tendo regras desajustadas às necessidades (ex. depender da referenciação do médico de família). E embora a maioria das famílias estivessem inscritas no centro de saúde e metade tivesse médico de família, é fácil antecipar que as próprias dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários podem condicionar o acesso ao cheque dentista. Isto sugere a importância de refletir sobre a necessidade de revisão deste modelo, que parece não só estar desajustado a estas populações (muitas vezes sem acesso a médico de família), como à população em geral.

Ainda assim, mais de metade das mães já tinha ouvido falar do cheque dentista e já tinha utilizado. Este resultado contrasta com dados disponibilizados no portal da transparência do SNS (2022), que referem que apenas 30,29% dos “cheques-dentista” para crianças e jovens até aos 18 anos foram utilizados em consultório privado e 53,5% no centro de saúde (higiene oral). Os resultados do nosso estudo poderão estar relacionados com o fato de se desenvolverem atividades relacionadas com o PNPSO há já alguns anos nesta localidade.

Também no que respeita ao acesso a cuidados de saúde oral, mais de metade das mães (56,25%) refere que o seu filho(a) não realizou uma visita ao dentista/ higienista. Tendo em conta que a mediana de idade das crianças (filho mais novo) da nossa amostra é de 5 anos e que existe acesso gratuito a partir dos 2 anos, este dado revela que ou não têm conhecimento dessa possibilidade ou não foram encaminhadas nas consultas de saúde infantil para cuidados preventivos.

Reconhecendo os desafios relacionados com o acesso a cuidados de saúde oral, foram feitas várias propostas no sentido de uma maior universalidade do acesso, quer através do SNS, de prestadores convencionados ou unidades móveis. A maioria das participantes considera como principal facilitador o acesso à “Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde”, resposta que poderia estar incluída nos hospitais e(ou) nos cuidados de saúde primários/ centro de saúde. A exclusão da saúde oral das coberturas de saúde universais é referida por alguns autores como um fator que além de comprometer a saúde da população, muito para além da sua boca, perpetua a distinção



do conceito de saúde oral e saúde geral (Listl et al., 2021; Wang et al., 2020). Esta ideia também é referida com alguma indignação por parte das participantes do estudo que não entendem esta ainda existente distinção entre acesso à saúde oral e saúde geral. Algumas participantes apresentaram ainda propostas relacionadas com o financiamento dos cuidados, como a redução dos custos e/ou pagamento faseado ou serviços convencionados, existindo o reconhecimento de que estes não possam ser assumidos totalmente pelo estado. Alguns autores defendem o sistema de capitação para o setor privado convencionado, em que os profissionais recebem um salário para a prestação de cuidados a um grupo definido de pacientes, encorajando-os a manter os seus pacientes saudáveis e favorecendo ações de prevenção. Este sistema é raro na medicina dentária, mas experiências na Suécia mostram que conduz a uma maior prevenção do que o sistema de pagamento por serviço (Andås et al., 2014). Os modelos adotados até agora, em Portugal, seguem sistemas de pagamento por serviço, como é o caso da contratualização de serviços médico dentários ou o “modelo cheque-dentista” em curso.

Ambos os grupos de participantes propuseram a utilização de cuidados de saúde de proximidade, como por exemplo, as unidades móveis de saúde ou gabinetes na comunidade. Este modelo de utilização de programas de serviços dentários móveis foi estudado na Índia, trazendo melhorias no acesso às populações rurais, bairros sociais e crianças escolarizadas, mas não trouxe ganhos em saúde oral significativos. Os autores deste estudo referem que, embora as unidades móveis tenham algumas dificuldades práticas e considerações financeiras, parecem ser ainda a única forma de chegar a todas os segmentos da comunidade (Ganavadiya et al., 2014).

Desde 2009, a partir da 7ª conferência mundial da OMS, que se defende a integração do acesso aos cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários, numa perspetiva de um acesso equitativo e universal. Também as participantes do estudo, consideram que deverá existir a integração da saúde oral na vigilância geral da saúde ao longo do ciclo de vida, sobretudo na infância e em pé de igualdade com outras áreas já cobertas pelo SNS, numa perspetiva de vigilância e cuidados antecipatórios. Também um estudo de revisão bibliográfica de Prasad et al., enumerou as múltiplas vantagens da integração da saúde oral nos cuidados de saúde primários, nomeadamente a identificação e encaminhamento precoce das crianças de risco e(ou) vulneráveis (Prasad et al., 2019).

É ainda sugerido o registo e partilha de informação de saúde oral através do Boletim de Saúde infantil, nomeadamente no que se refere à utilização do PNPSO, aquando das consultas de saúde infantil e juvenil. Mais uma vez constatamos que estes procedimentos foram recomendados em Portugal em 2005 (Circular Normativa No:

01/DSE de 18/01/05), mas na realidade parecem não ser uma prática comum. Desde esta data que se recomenda fazer o diagnóstico precoce de cárie dentária, registrando os dados na Ficha Individual de Saúde Oral e no Boletim de Saúde Infantil, que esta deverá ser feita pela equipa de saúde, pelo médico de família ou pelo pediatra, começar aos 6 meses e prolongar-se até aos 18 anos, e que a estes profissionais compete reforçar as medidas de promoção da saúde oral. Também alguns estudos referem a utilização de um “passaporte dentário” como medida de melhoria da utilização dos cuidados de saúde oral nas crianças em idade escolar, registando a aplicação de procedimentos preventivos e envolvendo de uma forma mais ativa os pais das crianças (Šimetin et al., 2020).

Como forma de monitorização duma efetiva utilização do programa, é proposto ainda a inclusão da saúde oral nos objetivos e indicadores das Unidades de Saúde Familiares (USF). Estas propostas sugerem que as políticas de saúde oral mesmo que existentes poderão não alcançar uma adoção e implementação suficientes e sustentadas sem o envolvimento, sensibilização e incentivo dos profissionais de saúde e organizações para a promoção da saúde oral.

Como barreira no acesso a estes cuidados, as participantes referem ainda falta de confiança nos profissionais de saúde oral e o medo dos tratamentos e pagamentos propostos, potenciada pelas más experiências passadas. Esta barreira também é apontada num estudo de Buldur, que afirma que o estilo parental e ansiedade dos pais aos tratamentos dentários está associado aos comportamentos das crianças na visita ao dentista (Buldur, 2020).

Para além das barreiras estruturais ao acesso aos cuidados de saúde oral, foi ainda sugerido que os próprios recursos internos das famílias podem comprometer o acesso e utilização deste tipo de cuidados. Neste âmbito, foi apontada a falta de conhecimento dos recursos existentes, a (des)organização emocional e outras preocupações ou prioridades como condicionando a capacidade das famílias para usarem serviços eventualmente disponíveis. Estes resultados sugerem uma elevada complexidade nestes processos e o próprio carácter interseccional dos fatores relacionados com a saúde oral. Esta diversidade de fatores é reconhecida por Singh et al 2019, que menciona que apesar de existir evidência no que diz respeito à relação entre baixo rendimento e várias doenças, refere que os fatores psicossociais e comportamentais estão ainda pouco estudados (Singh et al., 2019). Alguns destes resultados, como a ansiedade a tratamentos dentários, competências sociais, perceção de saúde oral e o valor atribuído aos cuidados, também foram apontados como barreiras na procura de cuidados de saúde oral, num estudo de revisão sistemática Cochrane de 2017 (Harris et al., 2017).

### *Limitações do estudo*

Este estudo trata-se que um estudo exploratório de base comunitária, logo permite um aprofundamento de conhecimentos através das vozes da comunidade. No entanto, os resultados encontrados são específicos do contexto, embora possam ser transferíveis para realidades semelhantes. É, no entanto, de referir que esta abordagem metodológica embora esteja a ser amplamente utilizada em várias áreas da saúde, a sua utilização na investigação em saúde oral tem sido limitada, sendo inovadora em estudos de base comunitária em saúde oral em Portugal.

Sendo um estudo qualitativo, apresenta uma amostra intencional, podendo não ser suficientemente diversa para representar adequadamente as vivências e perspetivas de mães desta comunidade. Ainda assim, conseguiu-se uma boa taxa de aceitação, se considerarmos que, das 21 mães identificadas, 16 aceitaram participar. Contudo, é naturalmente possível que as características das restantes sejam distintas, designadamente no valor atribuído à saúde oral.

A investigadora principal que desenvolveu o trabalho de campo trabalha diretamente na área geográfica onde se desenvolveu o estudo, no entanto durante todo o trabalho de campo fez um esforço para manter uma perspetiva aberta e neutra, procurando limitar a interferência de opiniões ou juízos de valor. Nesse sentido, foi também planeado um envolvimento gradual com o contexto de recolha de dados, desde a apresentação do estudo, contacto inicial com as famílias para preenchimento o questionário e finalmente grupos focais sequenciais, que favorecerá um maior envolvimento com o contexto e realidades e vivências das pessoas daquela comunidade.

Importa salientar que se tratou da primeira experiência da investigadora na utilização destas técnicas de recolha e análise de dados, podendo condicionar a qualidade dos mesmos e da análise. Contudo, foi feita uma preparação cuidada antes da realização dos grupos focais, procurando melhorar as competências da investigadora a este nível. Adicionalmente, o apoio da co-facilitadora favoreceu a realização de uma reflexão conjunta, que permitisse ir melhorando as abordagens. No que diz respeito à análise de dados, não só toda a análise está sustentada pelos verbatins das participantes, como todo o processo foi acompanhado e revisto pela equipa de orientação, que tem experiência em estudos qualitativos.

## 7. Conclusões

Este estudo de base comunitária permitiu identificar as perspectivas de mães de uma comunidade vulnerável e profissionais com atuação na mesma acerca da saúde oral infantil e detalhar influências percebidas. Foi também possível recolher um conjunto diverso de propostas para melhorar a saúde oral nas crianças desta comunidade.

Os resultados encontrados neste estudo reforçam a importância de ter em conta as características do agregado familiar, assim como as suas necessidades de apoio numa dimensão mais alargada, coerente com uma visão holista de saúde oral. Com efeito, verificou-se que, apesar de perceções favoráveis em relação ao valor da saúde oral e fatores relacionados, isso poderá competir com uma série de outros desafios com que as famílias se confrontam, limitando a real adoção de comportamentos promotores da saúde oral. Desta forma, a promoção da saúde oral implicará um olhar sistémico, considerando as famílias como um todo e os seus contextos em particular. Neste sentido, será também essencial considerar as especificidades de famílias em situação de maior vulnerabilidade para ajustar a implementação de políticas e intervenções na área da saúde oral. A intervenção de proximidade e a articulação entre diferentes setores ficaram patentes neste estudo como absolutamente essenciais, favorecendo o desenvolvimento de relações de confiança com as famílias, o apoio interpares e a disponibilização de respostas às necessidades mais globais das famílias.

A influência dos conhecimentos e práticas parentais, culturais e condições de vida da família são fatores com influência na saúde oral infantil. Desta forma, a intervenção em saúde oral deverá incluir uma abordagem mais ampla que aborde não só o risco de cada indivíduo, mas também a sua estrutura familiar e comunitária.

Aumentar o nível de conhecimentos e literacia das famílias, intervir precocemente nos padrões alimentares incorretos, inculcar hábitos de higiene oral mais favoráveis, melhorar as condições de acessibilidade aos cuidados de saúde oral e estabelecer cadeias de apoio social são aspetos importantes para diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais destas populações ao longo de todo o ciclo de vida.

Nas comunidades vulneráveis, os vários agentes da comunidade deverão em conjunto realizar esforços para proporcionar intervenções e acompanhamento em saúde, estabelecendo relações de proximidade, respeitando as diferentes origens culturais, e criando condições para o acesso aos cuidados de saúde, alimentação e material de higiene oral destas famílias e crianças.

O ambiente escolar deve ser utilizado como veículo de educação e atuação da saúde, sendo a escovagem em contexto escolar uma atividade recomendada.

No acesso aos cuidados de saúde oral é proposto um modelo de cobertura de saúde oral, através do SNS, de prestadores convencionados e unidades móveis, considerando cuidados de saúde oral de qualidade e financeiramente acessíveis a estas famílias.

A promoção da saúde oral deverá estar integrada nos cuidados saúde primários, numa perspetiva antecipada de promoção da saúde oral infantil, com sistemas de efetiva partilha de informação e monitorização, sendo necessária a revisão do modelo existente em Portugal, que parece estar desajustado a estas populações e à população em geral.

O acesso aos cuidados de saúde oral deverá ainda, ter em conta contextos, valores e recursos internos das famílias como sendo influenciadores da capacidade destas usarem os serviços eventualmente disponíveis.

Os resultados deste estudo apoiam que uma nova estratégia global para a saúde oral requer um esforço para uma maior equidade em todas as dimensões da saúde oral, incluindo a redução da exposição e carga de doença, aumentando o acesso aos cuidados de saúde e uma melhoria no empoderamento e participação.

Requer ações que se adaptem as políticas e uma ação decisiva a montante nas políticas sociais, determinantes ambientais e comerciais, em conjunto com um melhor acesso aos cuidados básicos no contexto de um serviço universal de saúde.

A prevenção e promoção da saúde oral deverá estar integrada nos cuidados de saúde primários, sendo ainda necessária, uma adaptação das intervenções às especificidades de comunidades locais, promovendo assim uma maior equidade em saúde.

Fica o desafio para os cidadãos, profissionais de saúde oral, profissionais de saúde e setor social e decisores políticos de encontrarem formas de apoiar as vozes dos cidadãos mais vulneráveis para uma saúde oral infantil para todos. Uma melhor resposta às necessidades destas comunidades não será possível auscultando apenas a perspetiva técnica e científica e assumindo que conhecemos o suficiente sobre a realidade destas famílias.

## 8. Referências Bibliográficas

ABMA, Tineke A. *et al.* - Social impact of participatory health research: collaborative non-linear processes of knowledge mobilization. **Educational Action Research**. ISSN 0965-0792. 25:4 (2017) 489–505. doi: 10.1080/09650792.2017.1329092.

ALAZMAH, Abdulfatah - Early Childhood Caries: A Review. **The Journal of Contemporary Dental Practice**. ISSN 1526-3711. 18:8 (2017) 732–737. doi: 10.5005/jp-journals-10024-2116.

ALLAREDDY, Veerasathpurush *et al.* - Hospital-based emergency department visits with dental conditions among children in the United States: Nationwide epidemiological data. **Pediatric Dentistry**. ISSN 01641263. 36:5 (2014).

ALLEN, Matilda *et al.* - **Working for Health Equity: The Role of Health Professionals**. London: (2015)

ANDÅS, Charlotte Andrén *et al.* - A new dental insurance scheme--effects on the treatment provided and costs. **Swedish dental journal**. ISSN 0347-9994. 38:2 (2014).

ANDERSSON, Kerstin *et al.* - Oral health is not my department? Perceptions of elderly patients? oral health by general medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. ISSN 0283-9318. 21:1 (2007) 126–133. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00446. x.

APELIAN, Nareg; VERGNES, Jean-Noel; BEDOS, Christophe - Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. **The International Journal of Whole Person Care**. ISSN 2291-918X. 1:2 (2014). doi: 10.26443/ijwpc. v1i2.2.

BASTANI, Peivand *et al.* - What makes inequality in the area of dental and oral health in developing countries? A scoping review. **Cost Effectiveness and Resource Allocation**. ISSN 14787547. 19:1 (2021). doi: 10.1186/s12962-021-00309-0.

BAYER, Irene S. *et al.* - Erratum: Building and sustaining community-institutional partnerships for prevention research: Findings from a national collaborative (Journal of Urban Health DOI: 10.1007/s11524-006-9113-y). **Journal of Urban Health**. ISSN 10993460. 84:3 (2007) 461. doi: 10.1007/s11524-006-9140-8.

BEDOS, C.; APELIAN, N.; VERGNES, J. N. - Social dentistry: an old heritage for a new professional approach. **British Dental Journal**. ISSN 0007-0610. 225:4 (2018) 357–362. doi: 10.1038/sj.bdj.2018.648.

BENNADI, Darshana; REDDY, C. V. K. - Oral health related quality of life. **Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry**. ISSN 22501002. 3:1 (2013) 1–6. doi: 10.4103/2231-0762.115700.

BICKERDIKE, Liz *et al.* - Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. **BMJ Open**. ISSN 2044-6055. 7:4 (2017) e013384. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013384.

BOMBERT, Filipa *et al.* - Sociodemographic factors associated with oral health in 12-year-old adolescents: hygiene behaviours and health appointments. A cross-sectional national study in Portugal. **International Dental Journal**. ISSN 1875595X. 68:5 (2018) 327–335. doi: 10.1111/idj.12390.

BORRALHO, Sónia Mendes - Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa. 2014) 337.

BRANDLING, Janet; HOUSE, William - Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. **British Journal of General Practice**. ISSN 0960-1643. 59:563 (2009) 454–456. doi: 10.3399/bjgp09X421085.

BROADBENT, J. M. *et al.* - Oral Health–related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. **Journal of Dental Research**. ISSN 0022-0345. 95:7 (2016) 808–813. doi: 10.1177/0022034516634663.

BUCHAN, Heather - Gaps between best evidence and practice: Causes for concern. **Medical Journal of Australia**. ISSN 0025729X. 180:6 SUPPL. (2004). doi: 10.5694/j.1326-5377.2004.tb05944.x.

CHEN, Kitty J. *et al.* - Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. **Journal of Investigative and Clinical Dentistry**. ISSN 20411618. 10:1 (2019) e12376. doi: 10.1111/jicd.12376.

CHHABRA, N.; CHHABRA, A. - Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: A quantitative study. **European Archives of Paediatric Dentistry**. ISSN 19969805. 13:2 (2012). doi: 10.1007/BF03262848.

CHRISTENSEN, Lisa Bøge; TWETMAN, Svante; SUNDBY, Annette - Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. **Acta Odontologica Scandinavica**. ISSN 0001-6357. 68:1 (2010) 34–42. doi: 10.3109/00016350903301712.

COOPER, Lisa A.; HILL, Martha N.; POWE, Neil R. - Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. **Journal of General Internal Medicine**. ISSN 0884-8734. 17:6 (2002) 477–486. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10633. x.

CSDH - **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**. Geneva: World Health Organization, 2008. ISBN 9789241563703.

DAVIDSON, Natasha *et al.* - Equitable access to dental care for an at-risk group: A review of services for Australian refugees. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**. ISSN 13260200. 31:1 (2007). doi: 10.1111/j.1753-6405.2007.00014. x.

Circular Normativa 01/DSE: PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL. **2005**.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional Promoção da Saúde Oral 2021-2025** Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde, 2021 Disponível em WWW:<URL: <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2021/06/PNPSO-MAIO2021.pdf>>. ISBN 9789726752974.

ESTUDO, I. I. I.; PREVALÊNCIA, Nacional De - Direção-Geral da Saúde. (2011).

FONSECA, Marcio A.; AVENETTI, David - Social Determinants of Pediatric Oral Health. **Dental Clinics of North America**. ISSN 00118532. 61:3 (2017) 519–532. doi: 10.1016/j.cden.2017.02.002.

FRENCKEN, Jo E. *et al.* - Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review. **Journal of Clinical Periodontology**. ISSN 1600051X. 44:2017). doi: 10.1111/jcpe.12677.

GIBBS, Lisa *et al.* - An exploratory trial implementing a community-based child oral health promotion intervention for Australian families from refugee and migrant backgrounds: A protocol paper for Teeth Tales. **BMJ Open**. ISSN 20446055. 4:3 (2014). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004260.

GLICK, Michael - Promoting the importance of oral health: where are our patients' voices? **Journal of the American Dental Association**. ISSN 00028177. 149:12 (2018) 1003–1004. doi: 10.1016/j.adaj.2018.10.006.

GUPTA, Prahlad *et al.* - Role of Sugar and Sugar Substitutes in Dental Caries: A Review. **ISRN Dentistry**. 2013:2013). doi: 10.1155/2013/519421.



HARRIS, Rebecca *et al.* - Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Community dental health**. ISSN 0265-539X. 21:1 Suppl (2004) 71–85.

HEILMANN, Anja; TSAKOS, Georgios; WATT, Richard G. - Oral health over the life course. Em BURTON-JEANGROS, CLAUDINE *et al.* (Eds.) - **A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions**. New York: Springer International Publishing, 2015. p. 39–59.

HJERN, Anders *et al.* - Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. ISSN 03015661. 29:3 (2001) 167–174. doi: 10.1034/j.1600-0528.2001.290302. x.

JULIHN, Annika; EKBOM, Anders; MODÉER, Thomas - Migration background: a risk factor for caries development during adolescence. **European Journal of Oral Sciences**. ISSN 09098836. 118:6 (2010) 618–625. doi: 10.1111/j.1600-0722.2010.00774. x.

JULL, Janet; GILES, Audrey; GRAHAM, Ian D. - Community-based participatory research and integrated knowledge translation: Advancing the co-creation of knowledge. **Implementation Science**. ISSN 17485908. 12:1 (2017). doi: 10.1186/s13012-017-0696-3.

KARLBERG, Gunn L.; RINGSBERG, Karin C. - Experiences of oral health care among immigrants from Iran and Iraq living in Sweden. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**. ISSN 1748-2631. 1:2 (2006) 120–127. doi: 10.1080/17482620600679688.

KAWASHITA, Yumiko; KITAMURA, Masayasu; SAITO, Toshiyuki - Early Childhood Caries. **International Journal of Dentistry**. ISSN 1687-8728. 2011:2011) 1–7. doi: 10.1155/2011/725320.

LEVINE, Ronnie; STILLMAN-LOWE, Catherine - **The Scientific Basis of Oral Health Education**. London: Springer Nature, 2019. ISBN 978-3-319-98207-6.

LISTL, Stefan; QUIÑONEZ, Carlos; VUJICIC, Marko - Including oral diseases and conditions in universal health coverage. **Bulletin of the World Health Organization**. ISSN 15640604. 99:6 (2021). doi: 10.2471/BLT.21.285530.

METZL, Jonathan M.; HANSEN, Helena - Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. **Social Science & Medicine**. ISSN 02779536. 103:2014) 126–133. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032.

MEYER, F.; ENAX, J. - Early Childhood Caries: Epidemiology, Aetiology, and Prevention. **International Journal of Dentistry**. ISSN 1687-8728. 2018:2018) 1–7. doi: 10.1155/2018/1415873.

MIKKONEN, J.; RAPHAEL, D. - **Social Determinants of Health: The Canadian Facts**. Toronto: York University School of Health Policy and Management, 2010. ISBN 978-0-9683484-1-3.

MITTON, Craig *et al.* - Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. **Milbank Quarterly**. ISSN 0887378X. 85:4 (2007). doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00506. x.

NEVES, Érick Tássio Barbosa *et al.* - Absenteeism among preschool children due to oral problems. **Journal of Public Health**. ISSN 2198-1833. 24:1 (2016) 65–72. doi: 10.1007/s10389-015-0697-0.

NORTHRIDGE, Mary E.; KUMAR, Anjali; KAUR, Raghbir - Disparities in access to oral health care. **Annual Review of Public Health**. ISSN 15452093. 41:2019) 513–535. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094318.

NURELHUDA, Nazik Mostafa *et al.* - Oral health status of 12-year-old school children in Khartoum state, the Sudan; A school-based survey. **BMC Oral Health**. ISSN 14726831. 9:1 (2009). doi: 10.1186/1472-6831-9-15.

OGENCHUK, Marcella *et al.* - Pediatric oral health: community-based participatory research. **BMC Pediatrics**. ISSN 14712431. 22:1 (2022). doi: 10.1186/s12887-022-03153-0.

OKUNSERI, Christopher *et al.* - Predictors of dental care use: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **Journal of Adolescent Health**. ISSN 1054139X. 53:5 (2013). doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.05.013.

ORTIZ, Fernanda Ruffo *et al.* - Toothache, Associated factors, And its impact on oral health-related quality of life (OHRQoL) in preschool children. **Brazilian Dental Journal**. ISSN 18064760. 25:6 (2014). doi: 10.1590/0103-6440201302439.

PATRICK, Donald L. *et al.* - Reducing oral health disparities: A focus on social and cultural determinants. Em **BMC Oral Health**

PATTUSSI, Marcos Pascoal *et al.* - Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. **Social Science and Medicine**. . ISSN 02779536. 53:7 (2001). doi: 10.1016/S0277-9536(00)00391-9.

PERES, Marco A. *et al.* - Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**. ISSN 01406736. 394:10194 (2019) 249–260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

PETERSEN, Poul Erik *et al.* - The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**. ISSN 0042-9686. 83:9 (2005) 661–9. doi: /S0042-96862005000900011.

PETERSEN, Poul Erik *et al.* - The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**. ISSN 0042-9686. 83:9 (2005) 661–9. doi: /S0042-96862005000900011.

PETERSEN, Poul Erik; KWAN, Stella - Equity, social determinants and public health programmes - the case of oral health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. ISSN 03015661. 39:6 (2011) 481–487. doi: 10.1111/j.1600-0528.2011.00623.x.

PITTS, Nigel; MAYNE, Catherine - **A global consensus for achieving a dental cavity-free future: Executive summary**. London. (2021). Disponível em WWW:<URL: <https://www.acffglobal.org/wp-content/uploads/2021/03/ACFF-Consensus-Paper-Executive-Summary.pdf>>.

POLLEY, M. *et al.* - **Making sense of social prescribing**. London: (2017)

RAMJI, Rathi *et al.* - Understanding behavioural changes through community-based participatory research to promote oral health in socially disadvantaged neighbourhoods in Southern Sweden. **BMJ Open**. ISSN 20446055. 10:4 (2020) 1–12. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035732.

SABBAH, W. *et al.* - Social Gradients in Oral and General Health. **Journal of Dental Research**. ISSN 0022-0345. 86:10 (2007) 992–996. doi: 10.1177/154405910708601014.

SALARI, Nader *et al.* - Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**. ISSN 24687855. 123:2 (2022). doi: 10.1016/j.jormas.2021.05.008.

SILVA, Vlamir Oliveira Da *et al.* - Percepção materna sobre qualidade de vida de crianças portadoras de cárie na primeira infância: um estudo piloto. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**. 9:4 (2020). doi: 10.21270/archi.v9i4.4957.

SKLAR, David P. - Reaching Out Beyond the Health Care System to Achieve a Healthier Nation. **Academic Medicine**. ISSN 1040-2446. 92:3 (2017) 271–273. doi: 10.1097/ACM.0000000000001555.

STEVENS, Cassidy; FORBUSH, Leigh; MORSE, Michelle - **Social Medicine Reference Toolkit**. (2015): Social Medicine Consortium

THOMSON, W. M. *et al.* - Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. ISSN 0301-5661. 32:5 (2004) 345–353. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00173. x.

THOMSON, W. M. *et al.* - Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. ISSN 0301-5661. 32:5 (2004) 345–353. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00173. x.

TIWARI, T. *et al.* - **Community Based Participatory Research to Reduce Oral Health Disparities in American Indian Children**

WALLERSTEIN, Nina; DURAN, Bonnie - The theoretical, historical, and practice roots of CBPR. Em WALLERSTEIN, N. *et al.* (Eds.) - **Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity (3rd ed.)**. San Francisco: Jossey Bass, 2017

WANG, Tim T.; MATHUR, Manu Raj; SCHMIDT, Harald - Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility. **Bulletin of the World Health Organization**. ISSN 15640604. 98:10 (2020) 719–721. doi: 10.2471/BLT.19.247288.

WATT, R. G.; WILLIAMS, D. M.; SHEIHAM, A. - The role of the dental team in promoting health equity. **British Dental Journal**. ISSN 0007-0610. 216:1 (2014) 11–14. doi: 10.1038/sj.bdj.2013.1234.

WATT, Richard G. *et al.* - Ending the neglect of global oral health: time for radical action. **The Lancet**. ISSN 1474547X. 394:10194 (2019). doi: 10.1016/S0140-6736(19)31133-X.

WATT, Richard G.; SHEIHAM, Aubrey - Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. ISSN 03015661. 40:4 (2012) 289–296. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00680. x.

WENNHALL, Inger *et al.* - Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. **Swedish dental journal**. ISSN 0347-9994. 26:4 (2002) 167–72.

WESTERHAUS, Michael *et al.* - The Necessity of Social Medicine in Medical Education. **Academic Medicine**. ISSN 1040-2446. 90:5 (2015) 565–568. doi: 10.1097/ACM.0000000000000571.

WHITEHEAD, M. - The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**. ISSN 00207314. 22:3 (1992). doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN.

WHITEHEAD, Margaret; DAHLGREN, Göran - **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1**. Disponível em WWW:<URL: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)>.

WILKINSON, Richard; MARMOT, Michael (EDS.) - **Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998. ISBN 92 890 1371 0.

WINNING, Lewis *et al.* - Periodontitis and incident type 2 diabetes: a prospective cohort study. **Journal of Clinical Periodontology**. ISSN 03036979. 44:3 (2017) 266–274. doi: 10.1111/jcpe.12691.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Ending Early childhood caries - WHO Implementation manual**. Geneva: (2019) ISBN 9789240000056.

## 9. Anexos

Anexo 1 – Questionário de caracterização socioeconómica, familiar e comportamentos relacionados com a saúde oral das crianças

**Necessidades e Recursos para a Promoção da Saúde Oral em populações vulneráveis: um estudo exploratório de base comunitária**

**PROJETO BAIROS SAUDÁVEIS – RENASCER o Bairro das Palmeiras**

Questionário para mães/ cuidadoras das crianças residentes no Bairro das Palmeiras  
(adaptado do modelo do questionário utilizado no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais e em estudos sobre saúde oral em saúde infantil)

As perguntas do questionário são referentes ao filho mais novo do agregado familiar

**Caracterização familiar**

<b>1. Idade</b>	
<b>2. Número de elementos do agregado familiar</b> <i>(Quantas pessoas vivem com a criança?)</i>	
<b>3. Nº de crianças do agregado familiar</b>	
<b>4. Idade da criança</b>	
<b>5. Género da criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Feminino</li> <li>b) Masculino</li> <li>c) Outro</li> </ul>
<b>6. Nível de escolaridade da mãe</b> <i>(Estudou até que ano?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Menos de 4 anos ou sem instrução</li> <li>b) Básico (do 1º ao 4º ano)</li> <li>c) Básico (do 4º ao 9º ano)</li> <li>d) Secundário</li> <li>e) Ensino superior</li> <li>f) Não sabe/Não tem a certeza</li> <li>g) Não responde</li> </ul>
<b>7. Atividade laboral da mãe nos últimos 12 meses</b> <i>(Nos últimos 12 meses esteve a trabalhar?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Trabalhador com contrato trabalho a termo certo</li> <li>b) Trabalhador com contrato trabalho sem termo certo</li> <li>c) Desempregado</li> <li>d) Doméstico</li> <li>e) Estudante</li> <li>f) Reformado</li> <li>g) Sem capacidade para trabalhar</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>h) Beneficiário RSI</li> <li>i) Não sabe/ Não tem a certeza</li> <li>j) Não responde</li> </ul>
<p><b>8. Rendimentos</b> <i>(Qual o valor que tem por mês para as despesas?)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) &lt; 650 €</li> <li>b) 651-1000 €</li> <li>c) 1001-1500 €</li> <li>d) 1501-2000 €</li> <li>e) 2001-2500 €</li> <li>f) &gt; 2501€</li> <li>g) Rendimentos incertos</li> <li>h) Assistência (subsídios) ou sem remuneração</li> <li>i) Não sabe/ Não tem a certeza</li> <li>j) Não responde</li> </ul>
<p><b>9. País de origem da criança</b> <i>(Onde nasceu a criança?)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Portugal</li> <li>b) País Africano de Língua Portuguesa</li> <li>c) Brasil</li> <li>d) País de Leste da Europa</li> <li>e) Outro. Qual? _____</li> <li>f) Não sabe/ Não tem a certeza</li> <li>g) Não responde</li> </ul>
<p><b>10. País de origem da mãe</b> <i>(Onde nasceu?)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Portugal</li> <li>b) País Africano de Língua Portuguesa/rasil</li> <li>c) País de Leste da Europa</li> <li>d) Outro. Qual? _____</li> <li>e) Não sabe/ Não tem a certeza</li> <li>f) Não responde</li> </ul>
<p><b>11. Situação de legalização em Portugal, no caso de ser estrangeiro da mãe</b> <i>(Já conseguiu a sua legalização em Portugal?)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Legalizado</li> <li>b) Não legalizado</li> <li>c) Outro _____</li> <li>d) Não sabe/ Não tem a certeza</li> <li>e) Não responde</li> </ul>
<p><b>12. Situação de legalização em Portugal, no caso de ser estrangeiro da criança</b> <i>(E a legalização do seu filho(a)?)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Legalizado</li> <li>b) Não legalizado</li> <li>c) Outro _____</li> <li>d) Não sabe/ Não tem a certeza</li> <li>e) Não responde</li> </ul>



<b>13. Identificação das condições da habitação</b>	<p>13.1. <i>A sua casa tem água? eletricidade? casa de banho? Internet?</i></p> <p>a) Água b) Eletricidade c) Casa de banho (inclui banheira, e sanitários) d) Internet</p>
	<p>13.2. <i>Quantas assoalhadas tem a vossa casa?</i></p> <p>a) 1 assoalhada b) 2 assoalhadas c) Mais de 3 assoalhadas d) Não sabe/ Não tem a certeza e) Não responde</p>
<b>14. Identificação da situação nos cuidados de saúde primários/ centro de saúde</b>	<p>14.1. <i>Esta inscrito em algum centro de saúde?</i></p> <p>a) Sim. b) Não. c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde</p>
	<p>13.2. <i>Tem médico de família?</i></p> <p>a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde</p>

### Perguntas gerais sobre saúde oral da criança

<b>1. Crenças sobre a saúde oral</b>	<p>1.1. <i>Considera que ter maus dentes é um problema de família?</i></p> <p>a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde</p>
	<p>1.2. <i>Acha que as cáries podem ter consequências graves na saúde do seu filho(a)?</i></p> <p>a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza</p>

	<p>d) Não responde</p> <p>1.3. <i>Se os seus filhos não quiserem escovar os dentes todos os dias acha que deve obrigar?</i></p> <p>a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde</p> <p>1.4. <i>Acha difícil impedir que os seus filhos comam doces?</i></p> <p>a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde</p>
<p><b>2. Utilização dos serviços de saúde oral</b></p>	<p>2.1. <i>O seu filho já foi alguma vez ao dentista/higienista?</i></p> <p>a) Sim b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde</p> <p><b>(se resposta for NÃO passar para a pergunta 1.3)</b></p> <p>1.2. <i>Qual a razão da última visita ao dentista/higienista?</i></p> <p>a) Dores de dentes ou abcesso b) Extrair ou tratar um dente c) Consulta anual de prevenção d) Conhecer o estado de saúde da boca e) Fazer limpeza ou fazer selantes f) Outro. Qual? _____ g) Não sabe/Não tem a certeza h) Não responde</p> <p>1.3. <i>Já ouviu falar dos cheques-dentista?</i></p> <p>a) Sim b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde</p> <p><b>(se resposta for NÃO passar para a pergunta 3)</b></p> <p>1.4. <i>Já utilizou algum cheques-dentista?</i></p> <p>a) Sim b) Não</p>

	<p>c) Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>d) Não responde</p>
<p><b>3. Informação geral sobre saúde oral</b></p>	<p><i>2.1. Já recebeu alguma informação sobre como cuidar dos dentes do seu filho?</i></p> <p>a) Sim</p> <p>b) Não</p> <p>c) Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>d) Não responde</p>
	<p><i>2.2. Quem lhe deu essa informação?</i></p> <p>a) Familiar ou amigo</p> <p>b) Pediatra ou médico família</p> <p>c) Dentista ou Higienista Oral</p> <p>d) Folheto informativo</p> <p>e) Outro. Qual? _____</p> <p>f) Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>g) Não responde</p>

<p><b>Comportamentos relacionados com a higiene oral da criança</b></p>	
<p><b>1. Frequência da escovagem dos dentes</b></p> <p><i>(O seu filho costuma escovar os dentes? Se a resposta for afirmativa: Quantas vezes?)</i></p>	<p>a) Nunca</p> <p>b) Raramente</p> <p>c) Nem todos os dias</p> <p>d) Uma vez por dia</p> <p>e) Duas ou mais vezes por dia</p> <p>f) Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>g) Não responde</p> <p><b>(se resposta for não passar para a seção seguinte)</b></p>
<p><b>2. Momento da escovagem dos dentes</b></p> <p><i>(Em que altura do dia o seu filho escova os dentes?)</i></p>	<p>a) Antes do pequeno-almoço</p> <p>b) De manhã, após o pequeno-almoço</p> <p>c) Antes do almoço</p> <p>d) Depois do almoço</p> <p>e) Antes do jantar</p> <p>f) Depois do jantar</p> <p>g) Antes de dormir</p> <p>h) Não sabe/ Não tem a certeza</p> <p>i) Não responde</p>

<p><b>3. Idade início da escovagem dos dentes</b> <i>(Que idade tinha o seu filho quando começou a escovar os dentes?)</i></p>	<p>a) Com menos de 1 ano de idade b) Entre 1 ano e 2 anos de idade c) Entre os 2 e 3 anos de idade d) Depois dos 3 anos de idade e) Não sabe/ Não tem a certeza f) Não responde</p>
<p><b>4. Ajuda na escovagem dos dentes</b> <i>(Costuma ajudar o seu filho a escovar os dentes?)</i></p>	<p>a) Sempre b) Às vezes c) Nunca d) Não sabe/Não tem a certeza e) Não responde</p>
<p><b>5. Utilização de fluoretos</b> <i>O seu filho costuma lavar os dentes com pasta de dentes com flúor?</i></p>	<p>a) Sim b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde</p>

<b>Comportamentos alimentares relacionados com a saúde oral da criança</b>	
<p><b>1. Período de utilização do biberão ou amamentação durante a noite</b> <i>(Quando é que o seu filho deixou de mamar ou de beber biberão ao adormecer durante a noite?)</i></p>	<p>a) Nunca bebeu leite ou mamou para adormecer ou durante a noite b) Antes de fazer 1 ano c) Entre 1 e os 3 anos de idade d) Depois dos 3 anos de idade e) Ainda não deixou o biberão f) Não sabe/Não tem a certeza g) Não responde</p>
<p><b>2. Colocação substâncias na chucha</b> <i>(Para que o seu filho pegasse na chucha alguma vez colocou algo doce, antes de a dar ao seu filho?)</i></p>	<p>a) O meu filho nunca usou chucha b) Sim. O que? _____ c) Não d) Não sabe/Não tem a certeza e) Não responde</p>
<p><b>3. Frequência de consumo de alimentos cariogénicos</b></p>	<p><i>3.1. Com que frequência o seu filho come ou bebe alimentos açucarados?</i></p> <p>a) Todos os dias b) A maioria dos dias c) Uma ou duas vezes por semana d) Ocasionalmente</p>

	<p>e) Nunca</p> <p>f) Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>g) Não responde</p>
	<p><i>3.1. Com que frequência o seu filho come ou bebe na cama, antes de adormecer ou durante a noite?</i></p> <p>a) Todos os dias</p> <p>b) A maioria dos dias</p> <p>c) Uma ou duas vezes por semana</p> <p>d) Ocasionalmente</p> <p>e) Nunca</p> <p>f) Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>Não responde</p>
	<p><i>3.3. Com que frequência o seu filho bebe bebidas açucaradas? Dar ex: ice tea; coca-cola; leite com chocolate</i></p> <p>a) Todos os dias</p> <p>b) A maioria dos dias</p> <p>c) Uma ou duas vezes por semana</p> <p>d) Ocasionalmente</p> <p>e) Nunca</p> <p>f) Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>g) Não responde</p>

<b>Comportamentos relacionados com a transmissão de SM mães-filhos</b>	
<p><b>1. Hábito de provar ou soprar a comida da criança</b> <i>(Quando o seu filho começa a comer com colher tinha o hábito de provar ou soprar a comida antes de lha dar?)</i></p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p> <p>3. Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>4. Não responde</p>
<p><b>2. Limpeza da chucha na própria boca</b> <i>(Quando a chucha do seu filho cai/caia, costuma limpá-la na sua boca antes de a voltar a dar ao seu filho?)</i></p>	<p>1. O meu filho nunca usou chucha</p> <p>2. Sempre</p> <p>3. Frequentemente</p> <p>4. Raramente</p> <p>5. Nunca</p> <p>6. Não sabe/Não tem a certeza</p> <p>7. Não responde</p>

Anexo 2 – Tabelas de operacionalização das variáveis

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis familiares e socioeconómicas

<b>Variável</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Valores ou classes</b>
<i>Idade</i>	Numérica	Entre 18 e 65 anos
<i>Elementos do agregado familiar</i>	Numérica	1-6
<i>Crianças do agregado familiar</i>	Numérica	1-3
<i>Idade da criança</i>	Numérica	0-14 anos
<i>Género da criança</i>	Nominal	a) Feminino b) Masculino c) Outro
<i>Escolaridade da mãe</i>	Ordinal	a) Menos de 4 anos ou sem instrução b) Básico (do 1º ao 4º ano) c) Básico (do 4º ao 9º ano) d) Secundário e) Ensino superior f) Não sabe/Não tem a certeza g) Não responde
<i>Atividade laboral da mãe nos últimos 12 meses</i>	Nominal	a) Trabalhador com contrato trabalho a termo certo b) Trabalhador com contrato trabalho sem termo certo c) Desempregado d) Doméstico e) Estudante f) Reformado g) Sem capacidade para trabalhar h) Beneficiário RSI i) Não sabe/ Não tem a certeza j) Não responde
<i>Rendimentos familiares</i>	Nominal	a) < 650 € b) 651-1000 € c) 1001-1500 € d) 1501-2000 € e) 2001-2500 € f) > 2501€

		g) Rendimentos incertos h) Assistência (subsídios) ou sem remuneração i) Não sabe/ Não tem a certeza j) Não responde
<i>País de origem da criança</i>	Nominal	a) Portugal b) País Africano de Língua Portuguesa c) Brasil d) País de Leste da Europa e) Outro. Qual? f) Não sabe/ Não tem a certeza g) Não responde
<i>País de origem da mãe</i>	Nominal	a) Portugal b) País Africano de Língua Portuguesa/Brasil c) País de Leste da Europa d) Outro e) Não sabe/ Não tem a certeza f) Não responde
<i>Legalização da mãe</i>		a) Legalizado b) Não legalizado c) Outro d) Não sabe/ Não tem a certeza e) Não responde
<i>Legalização da criança</i>	Nominal	a) Legalizado b) Não legalizado c) Outro d) Não sabe/ Não tem a certeza e) Não responde
<i>Condições da habitação</i>	Nominal	a) Água b) Eletricidade c) Casa de banho (inclui banheira, e sanitários) d) Internet
	Ordinal	a) 1 assoalhada b) 2 assoalhadas c) ≥ 3 assoalhadas d) Não sabe/Não tem a certeza e) Não responde

<i>Situação familiar em relação aos cuidados de saúde primários: inscrição no centro de saúde</i>	Nominal	a) Sim b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Situação familiar em relação aos cuidados de saúde primários: médico de família</i>	Nominal	a) Sim. b) Não. c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde

Tabela 2 – Operacionalização das variáveis de caracterização geral sobre a saúde oral da criança

<b>Variável</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Valores ou classes</b>
<i>Crenças sobre saúde oral da família</i>	Nominal	a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Crenças sobre impacto da cárie na saúde da criança</i>	Nominal	a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Crenças sobre o papel dos pais na escovagem dos filhos</i>	Nominal	a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Crenças sobre o papel dos pais na alimentação dos filhos</i>	Nominal	a) Sim. b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Utilização dos serviços de saúde oral</i>	Nominal	d) Sim. e) Não f) Não sabe/Não tem a certeza g) Não responde
<i>Motivo de utilização dos serviços de saúde oral</i>	Nominal	a) Dores de dentes ou abscesso b) Extrair ou tratar um dente c) Consulta anual de prevenção d) Conhecer o estado de saúde da boca e) Fazer limpeza ou fazer selantes



		f) Outro g) Não sabe/Não tem a certeza h) Não responde
<i>Conhecimento dos serviços de saúde oral: cheques-dentista</i>	Nominal	a) Sim b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Utilização dos serviços de saúde oral: cheques-dentista</i>	Nominal	a) Sim b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Obtenção de Informação sobre saúde oral</i>	Nominal	a) Sim b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Fonte de Informação sobre saúde oral</i>	Nominal	a) Familiar ou amigo b) Pediatra ou médico família c) Dentista ou Higienista Oral d) Folheto informativo e) Outro f) Não sabe/Não tem a certeza g) Não responde

Tabela 3 – Operacionalização das variáveis de caracterização dos comportamentos relacionados com a higiene oral da criança

<b>Variável</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Valores ou classes</b>
<i>Frequência escovagem</i>	Nominal	a) Nunca b) Raramente c) Nem todos os dias d) Uma vez por dia e) Duas ou mais vezes por dia f) Não sabe/Não tem a certeza g) Não responde
<i>Momento escovagem</i>	Nominal	a) Antes do pequeno-almoço b) De manhã, após o pequeno-almoço c) Antes do almoço d) Depois do almoço e) Antes do jantar f) Depois do jantar g) Antes de dormir

<i>Idade início escovagem</i>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>h) Não sabe/ Não tem a certeza</li> <li>i) Não responde</li> <li>a) Com menos de 1 ano de idade</li> <li>b) Entre 1 ano e 2 anos de idade</li> <li>c) Entre os 2 e 3 anos de idade</li> <li>d) Depois dos 3 anos de idade</li> <li>e) Não sabe/ Não tem a certeza</li> <li>f) Não responde</li> </ul>
<i>Apoio da mãe na escovagem</i>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sempre</li> <li>b) Às vezes</li> <li>c) Nunca</li> <li>d) Não sabe/Não tem a certeza</li> <li>e) Não responde</li> </ul>
<i>Conhecimento e Utilização fluoretos</i>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sim</li> <li>b) Não</li> <li>c) Não sabe/Não tem a certeza</li> <li>d) Não responde</li> </ul>

Tabela 4 – Operacionalização das variáveis de caracterização dos comportamentos relacionados com a higiene oral da criança

<b>Variável</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Valores ou classes</b>
<i>Período de utilização do biberão ou amamentação durante a noite</i>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca bebeu leite ou mamou para adormecer ou durante a noite</li> <li>b) Antes de fazer 1 ano</li> <li>c) Entre 1 e os 3 anos de idade</li> <li>d) Depois dos 3 anos de idade</li> <li>e) Ainda não deixou o biberão</li> <li>f) Não sabe/Não tem a certeza</li> <li>g) Não responde</li> </ul>
<i>Colocação substâncias na chucha</i>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) O meu filho nunca usou chucha</li> <li>b) Sim. O que?</li> <li>c) Não</li> <li>d) Não sabe/Não tem a certeza</li> <li>e) Não responde</li> </ul>
<i>Frequência de consumo de alimentos cariogénicos</i>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Todos os dias</li> <li>b) A maioria dos dias</li> <li>c) Uma ou duas vezes por semana</li> <li>d) Ocasionalmente</li> <li>e) Nunca</li> <li>f) Não sabe/Não tem a certeza</li> </ul>

<i>Frequência de consumo noturno de alimentos cariogênicos</i>	Nominal	g) Não responde
		a) Todos os dias b) A maioria dos dias c) Uma ou duas vezes por semana d) Ocasionalmente e) Nunca f) Não sabe/Não tem a certeza
<i>Frequência de consumo de bebidas com açúcar</i>	Nominal	g) Não responde
		a) Todos os dias b) A maioria dos dias c) Uma ou duas vezes por semana d) Ocasionalmente e) Nunca f) Não sabe/Não tem a certeza

Tabela 5 – Operacionalização das variáveis de caracterização dos comportamentos relacionados com a transmissão de streptococcus mutans mãe-filho

<b><i>Variável</i></b>	<b><i>Tipo de variável</i></b>	<b><i>Valores ou classes</i></b>
<i>Hábito de provar ou soprar a comida da criança</i>	Nominal	a) Sim b) Não c) Não sabe/Não tem a certeza d) Não responde
<i>Limpeza da chucha da criança na própria boca</i>	Nominal	a) O meu filho nunca usou chucha b) Sempre c) Frequentemente d) Raramente e) Nunca f) Não sabe/Não tem a certeza g) Não responde

## Guião grupo focal 1 – 1ª sessão

### Introdução

#### Objetivos:

- ✓ Informar das linhas gerais do estudo
- ✓ Assegurar a confidencialidade das informações prestadas do(a) entrevistado(a)

Obrigada antes de mais por estarem presentes. Só para lembrar, que este estudo pretende perceber como olham para a saúde da boca dos vossos filhos e quais as dificuldades e ajudas que podem partilhar connosco sobre este tema. A vossa opinião e experiência como mães poderá ajudar a compreender melhor as necessidades e as dificuldades da comunidade e assim contribuir para encontrar as melhores estratégias que facilitem os tratamentos e a manutenção da saúde oral das crianças e jovens desta comunidade e de outras.

Nestes círculos de conversa ou de debate, serão convidadas a partilhar as vossas perspetivas, pensamentos, opiniões e as experiências relacionadas com a saúde oral do(s) vosso(s) filho(s). O tempo previsto para cada uma das sessões é de 1 hora. Estas sessões serão gravadas, para que a informação seja depois analisada pela equipa de investigação.

Posteriormente faremos algumas sessões de informação onde teremos oportunidade de falar sobre os temas que serão aqui debatidos nestes grupos.

É importante que saibam que não existem respostas certas ou erradas, que são bem-vindas, mas não são obrigados a falar de experiências pessoais.

Todas as opiniões são importantes, e para que todas tenham oportunidade de partilhar a sua perspetiva e também para que a gravação fique clara, deverão levantar a mão antes de falar, ou esperar pela nossa indicação.

Algumas das questões são sobre questões reais, e outras serão suposições.

**Apresentação:** *Quem sou eu? Nome, filhos; O que gostam de fazer?*

**Bloco temático: Crenças e comportamentos relacionados com a saúde oral**

Objetivo: Compreender as percepções em saúde oral das mães das crianças residentes no bairro

**1 - Agora ia pedir-vos para dizerem a primeira coisa que vos vem à cabeça quando se fala em... SAÚDE**

**2 - E... qual a primeira coisa que vos vem à cabeça quando se fala em Boca?**

*O que associam/relacionam com boca?*

*Que coisas positivas vos ocorrem quando pensam na boca?*

*Que coisas negativas?*

*Mais alguma coisa?*

**3 - Qual a primeira coisa que vos vem à cabeça quando se fala em Bocas Saudáveis?**

*Quando pensam numa boca saudável, quais as características que tem?*

*O que é preciso para considerarem que uma pessoa tem uma boca saudável?*

*Há pouco disseram o que relacionavam com Boca. E com Boca Saudável?*

**4 - De que forma é que acham ou não, que a Saúde da Boca esta relacionada com a Saúde Geral do corpo?**

*De que maneira isso poderá afetar a vida das pessoas?*

*Em que aspetos da vida?*

*E ao contrário, como é que a Saúde Geral do corpo pode afetar a Saúde da Boca das pessoas?*

**5 - Na vossa opinião, o que pode levar uma pessoa ter ou não ter bons Dentes?**

*Que aspetos das famílias poderão fazer com que uma pessoa tenha ou não bons Dentes?*

*E que coisas do dia a dia das famílias poderão influenciar uma pessoa ter ou não bons Dentes?*

**6 – Quando vemos uma criança com os dentes estragados, o que achamos que levou a isso?**

*Acham que o problema vem de onde? O que acham que levou a isso?*

*Qual seria a melhor forma de ajudar a família de uma criança que tem problemas nos dentes?*

**7 - Quando ouvem falar de tratar os dentes/ ir ao dentista, o que vos vem à cabeça?**

*Até que ponto essas ideias que as pessoas têm atrapalham a ida ao dentista ou os tratamentos?*

*Como se poderá ultrapassar isso?*

**Encerramento**

Na sessão de hoje, falamos sobre as vossas perspetivas de Saúde, de Saúde da Boca e de Bocas Saudáveis. Falamos ainda de que forma é que acham que a Saúde da Boca pode estar relacionada com a Saúde Geral das pessoas e aquilo que acreditam que possa levar a que as pessoas ou as crianças tenham ou não Bons Dentes.

Têm mais alguma ideia ou opinião que gostariam de partilhar?

Podem dizer-me o que vos fez decidir vir hoje participar neste grupo?

Qual foi a sensação de participarem num grupo de debate?

É o que estavam a espera que fosse?

Obrigada, mais uma vez pela vossa participação.

Na próxima sessão iremos falar sobre a saúde oral das crianças e quais são os vossos desafios como mães nessa tarefa. Falaremos ainda sobre o acesso aos cuidados de saúde, e, em conjunto, tentaremos identificar fatores e fazer propostas que possam contribuir para melhorar esses cuidados.

Obrigada!!

**Guião grupo focal 1 – 2ª sessão**

Obrigada, mais uma vez por estarem presentes.

Na última sessão, falamos sobre as vossas ideias de Saúde, de Saúde da Boca e de Bocas Saudáveis. Falamos ainda de que forma é que acham que a Saúde da Boca pode estar relacionada com a Saúde Geral das pessoas e aquilo que acreditam que possa levar a que as pessoas ou as crianças tenham ou não Bons Dentes.

Nesta sessão iremos falar sobre a saúde oral das crianças e quais são os vossos desafios como mães nessa tarefa. Falaremos ainda sobre o acesso aos cuidados de saúde, e, em conjunto, tentaremos identificar fatores e fazer propostas que possam contribuir para melhorar esses cuidados.

**Bloco temático: Necessidades relacionadas com a saúde oral das crianças**

Objetivos: Caracterizar os comportamentos em saúde oral das crianças da população residente no bairro; compreender as estratégias e desafios das mães na gestão da saúde oral das crianças residentes no bairro

**1- Se pensarem na Saúde vossos filhos, o que vos vem à cabeça?**

*O que acham que é necessário para que eles cresçam com Saúde?*

**2 - Porque acham que as doenças da Boca continuam a ser as que mais atingem crianças em todo o mundo?**

*Porque será que isto ainda acontece?*

*Será que são doenças difíceis de evitar?*

*Será que lhes é dada a devida importância?*

*Será o que esta a ser feito para as combater e tratar é o mais adequado?*

*Na passada sessão também deram a vossa opinião em relação ao que consideravam seria necessário para as pessoas terem uma Boca/Dentes com saúde. Falaram sobre a importância da higiene oral e da alimentação e do papel dos pais na 1ª infância; consideram que a saúde geral e genética da pessoa também influencia.*

**3 - Podem me dizer em relação aos vossos filhos, o que fazem no dia a dia para proteger a Saúde da Boca/Dentes dos vossos filhos?**

*O que acham poderiam fazer diferente?*

**Bloco temático: Desafios e barreiras para a promoção da saúde oral das crianças**

Objetivos: Identificar necessidades de saúde oral não satisfeitas; compreender os fatores relacionados com a utilização dos cuidados de saúde oral das crianças residentes no bairro

**4 - Quando se referiram às coisas que fazem para proteger a Saúde da Boca/ Dentes dos vossos filhos. Têm tido dificuldades em conseguirem realizá-las?**

*De tudo que disseram que fazem para proteger a saúde da boca dos vossos filhos, o que acham que é mais difícil fazer? Porquê?*

*Na primeira sessão falaram sobre as vossas experiências das visitas ao dentista e disseram também que consideram caro e pouco acessível à maioria das pessoas.*

**5 - Na vossa opinião, o que deveria ser feito para que os tratamentos fossem mais acessíveis a todos?**

*Na sessão passada algumas mães falaram sobre as experiências com as consultas de saúde da Boca dos filhos.*

**6 - Como consideraram o acesso às consultas de Saúde da Boca para os vossos filhos, como correu?**

*Sabem onde ir?*

*Sempre que os vossos filhos precisaram de ir a uma consulta de saúde da boca acham que vai ser fácil terem essa consulta?*

*A divulgação/ informação destas consultas é bem-feita? Pode ser feita de outra forma?*

**Bloco temático: Recursos e facilitadores para a promoção da saúde oral infantil**

Objetivo: sistematizar propostas para a promoção da saúde oral das crianças residentes no bairro

*Na outra sessão sugeriram que as famílias que têm filhos com dentes estragados podem ser ajudadas pelos profissionais de saúde falando com estas famílias, explicando as causas das doenças e como evitar, explicando como funciona as consultas para tratar os dentes através dos programas da escola e nas consultas de rotina de saúde infantil e da grávida no centro de saúde.*

**7 - Pensando aqui na zona em que vivemos, que instituições e pessoas da comunidade local podem ajudar a melhorar a saúde das crianças?**

*O que podem fazer? Como fazer?*



*Na última sessão disseram que as famílias que os filhos têm os dentes estragados, podem ter medo da segurança social e vergonha das necessidades, e que isso as pode impedir de procurar ajuda e de utilizar os programas do governo.*

**8 - Como mães, como acham que podem ajudar outras mães?**

*Acham que os pais que não tratam os dentes dos filhos deveriam ser responsabilizados?*

*Imaginem que eram convidadas pelo governo para fazer Programas de Saúde Oral.*

**9 - De uma forma mais geral, o que poderia ser feito pelo Governo para melhorar a saúde da boca das crianças?**

*Deveria haver materiais ou recursos gratuitos? Quais?*

*As consultas deveriam funcionar de outra maneira? Sugestões?*

**Encerramento**

Hoje falamos sobre a Saúde dos Vossos filhos, de como os problemas da Boca afetam as crianças do Mundo, afetam os vossos filhos e o que vocês como mães fazem para os proteger das doenças da boca. Deram a vossa opinião em relação ao acesso e funcionamento dos cuidados de saúde oral.

Contribuíram e deram sugestões para encontramos soluções para ajudar famílias cujas crianças tenham problemas de saúde da boca e fizeram propostas para a promoção da saúde oral das crianças da comunidade, e de uma forma geral de políticas de Saúde Oral.

Têm mais alguma ideia ou opinião que gostariam de partilhar?

Qual foi a sensação de participarem nestes grupos de debate?

Obrigada, mais uma vez pela vossa participação.

## **Guião grupo focal 2 – profissionais que trabalham no território**

### **Introdução**

#### Objetivos:

- ✓ Informar das linhas gerais do estudo
- ✓ Assegurar a confidencialidade das informações prestadas do(a) entrevistado(a)

Obrigada antes de mais por estarem presentes. Foram convidadas a participar neste estudo porque a sua experiência de trabalho com as famílias residentes no bairro, poderá contribuir para identificar, compreender e melhorar as estratégias de promoção da saúde oral das crianças da comunidade.

Será convidada a partilhar a sua perspetiva, pensamentos, opiniões e as experiências relacionadas com o tema. É importante que saibam que não existem respostas certas ou erradas, a maior parte das questões são suposições, e não se sintam obrigadas a falar sobre situações pessoais e ou reais. O tempo previsto para a sessão é de 1 hora e meia. Estas sessões serão gravadas, para que a informação seja depois analisada pela equipa de investigação.

*Apresentação: Apresentação, nome, profissão, ocupação no projeto e questionar se ir ao dentista/ higienista é para si uma rotina (pessoal) anual?*

### **Bloco temático: Fatores relacionados com a saúde e acesso aos cuidados saúde**

Objetivo: compreender os fatores relacionados com a saúde e utilização dos cuidados de saúde das crianças residentes no bairro

- *Na vossa perspetiva, como é que a população/famílias com que trabalham, veem a Saúde?*
  - *Que valor que têm a saúde para esta população?*
- *Com a vossa experiência no terreno, que barreiras têm identificado, que influenciam o acesso desta população aos cuidados de saúde?*
  - *Barreiras nos serviços de saúde?*
  - *Barreiras das próprias pessoas?*

- *Na vossa perspetiva, como é que a população/famílias com que trabalham, encaram a ida ao médico?*
  - *Em situações?*
  - *Onde?*
  - *Acessível?*
  
- *Na vossa perspetiva, como é que a população/famílias com quem trabalham, veem a Saúde Oral?*
  
- *Alguma vez ouviram as famílias com que trabalham falar sobre a Saúde Oral?*
  - *Se sim. Em que situações?*
  - *Associado ao que?*
  - *Foi preciso ajuda ou eles resolveram?*

### **Bloco temático: Necessidades relacionadas com a saúde oral das crianças**

Objetivo: compreender os fatores relacionados com a utilização dos cuidados de saúde oral das crianças residentes no bairro

- *Em relação aos mais novos como acham que está a saúde oral deles?*
  - *Há falta de Higiene Oral?*
  - *Há queixas?*
  -
  
- *Na vossa opinião, quais as motivações ou razões acham que impedem que estas famílias levem os filhos a consultas com profissionais de saúde oral?*
  - *Falta de acesso?*
  - *Falta de informação?*
  - *Medo?*
  - *Vergonha?*
  - *Não consideram importante?*
  - *Outras prioridades? Quais?*

## **Bloco temático: Desafios e barreiras para a promoção da saúde oral das crianças**

Objetivos: identificar necessidades de saúde oral não satisfeitas

- *Na vossa perspetiva, o que interfere com a saúde oral das crianças das famílias com quem trabalham?*
  - *Falta de perceção da importância por parte das famílias/mães?*
  - *Existem outras coisas mais importantes?*
  - *Questões económicas?*
  - *Aspetos educativos e culturais?*
  - *Ou precisamos de resolver outras coisas primeiro. Tais como?*

## **Bloco temático: Recursos e facilitadores para a promoção da saúde oral infantil**

Objetivo:

- ✓ *Sistematizar propostas para a promoção da saúde oral das crianças residentes no bairro*
- ✓ *Explorar estratégias de motivação e capacitação das mães para a saúde oral dos filhos numa população vulnerável*
- ✓ *Debater estratégias/ políticas que tornariam os cuidados de saúde oral mais acessíveis e eficientes numa população vulnerável*
  
- *O que poderia ajudar, tendo em conta as necessidades e as questões que levantaram (se levantaram) já tiveram alguma ideia que poderia ajudar nesta questão?*
  - *Aspetos/ potencialidades podem ser explorados para motivar as mães a adotar atitudes protetoras da saúde oral dos filhos?*
  - *Não sendo levantados problemas perguntar o que se poderia ou faria sentido criar alguma intervenção para ajudar a população a continuar a não ter problemas?*
  
- *Tendo aquilo que falamos, como definiriam o grande desafio na promoção da saúde oral das crianças?*
  - *Que tipo de intervenção faria mais sentido? (para ambas as possibilidades)*

- *Na vossa perspetiva, o que deveria proporcionar uma intervenção em saúde oral para a população?*
  - *Tratamentos?*
  - *Educação e criação de hábitos?*
  - *Intervenções preventivas?*
  - *Responsabilização?*
  - *Qual consideram a mais importante/ prioritária?*

## **Encerramento**

Têm mais alguma ideia ou opinião que gostariam de partilhar?

Podem dizer-me o que vos fez decidir vir hoje participar neste grupo?

Qual foi a sensação de participarem num grupo de debate? É o que estavam a esperar? (ou que estavam à espera que fosse?)

Obrigada, mais uma vez pela vossa participação.

CONVITE

**SORRISOS COLORIDOS**  
SORRISOS MAIS SAUDÁVEIS E ALEGRES...

*Renascer*  
o Bairro das Palmeiras  
Barreiro

UM PROJETO DO BAIRRO COM AS  
MÃES E CRIANÇAS DO BAIRRO

**DIA 9 DE ABRIL ÀS 16:30**  
**NO POLIDESPORTIVO DO BAIRRO DAS PALMEIRAS**

#juntosmudamosobairro



Escola Nacional  
de Saúde Pública  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**PROJETO BAIROS SAUDÁVEIS – RENASCER O BAIRRO DAS PALMEIRAS**

**Promoção da Saúde Oral na Comunidade – Projeto Sorrisos Coloridos**

**Informação**

O meu nome é Carla Afonso, sou higienista oral e sou responsável pelo Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral do Barreiro. Atualmente, sou aluna no Curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, e encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação com o título “Sorrisos coloridos”, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Rita Goes e do Prof. Dr. Mário Rui Araújo.

Se tem filhos com idades entre os 0 e os 18 anos, gostaríamos de o convidar a participar no Projeto Sorrisos Coloridos. Por favor, leia a informação que se segue, antes de decidir se aceita participar.

**Qual é a finalidade deste estudo?**

Este estudo pretende compreender as vivências das mães de crianças e adolescentes na área da saúde oral, nomeadamente as necessidades, as barreiras e facilitadores que se relacionam com a saúde oral de crianças e adolescentes.

**Porque fui convidada?**

Foi convidada a participar neste estudo porque tem filhos com idades entre os 0 e os 18 anos e porque a sua opinião e experiência poderá contribuir para identificar e melhorar as estratégias de promoção da saúde oral das crianças e jovens da comunidade.

**Tenho mesmo de participar?**

A sua participação é totalmente voluntária. A decisão de participar é sua. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de dar uma justificação. Neste caso, bastará informar o investigador da sua decisão.

Este documento é constituído por 2 páginas, ficando o original para o investigador e a cópia para o participante.

### **O que terei de fazer se aceitar participar?**

Se aceitar participar, iremos pedir-lhe que:

- Participe numa entrevista para preenchimento de um questionário, para conhecer melhor a sua família e a saúde oral do(s) seu(s) filhos. A entrevista terá a duração aproximada de 30 minutos.
- Participe em círculos de conversa, em pequenos grupos constituídos por 6 a 10 pessoas. Cada pessoa será convidada a participar em duas sessões de grupo, que irão decorrer no Grupo Chinquilha Palmeirense. Nestes círculos de conversa, será convidada a partilhar a sua perspetiva e as suas experiências relacionadas com a saúde oral do(s) seu(s) filho(s). O tempo previsto para cada uma das sessões é de duas horas. Estas sessões serão gravadas, para que a informação seja depois analisada pela equipa de investigação. No final de cada sessão, será entregue um resumo e também alguma informação sobre os tópicos discutidos.

### **Quem tem acesso à informação que eu fornecer?**

Os dados que nos fornecer são totalmente confidenciais. Apenas a equipa de investigação terá acesso aos dados individuais. Os questionários serão apenas identificados com um código, não sendo registado o seu nome ou dados de identificação. Na transcrição dos círculos de conversa serão também eliminados ou substituídos todos os dados que permitam a sua identificação. Desta forma, as informações que nos fornecer serão tratadas de forma anónima, sem qualquer referência a dados de identificação.

Todos os dados serão armazenados com as devidas precauções para garantir que apenas a equipa de investigação tem acesso aos mesmos. Os dados serão eliminados ao fim de 5 anos.

Os dados que nos fornecer serão utilizados apenas para fins de investigação e os resultados do estudo serão apresentados na dissertação de Mestrado em Promoção da Saúde, em artigos científicos e em apresentações orais em contexto académico e/ou profissional, mas a identificação dos participantes não será divulgada.

Este documento é constituído por 2 páginas, ficando o original para o investigador e a cópia para o participante.



### Quais as vantagens e desvantagens em participar?

Com a participação neste estudo, não são esperados benefícios diretos para os participantes, mas a sua participação é muito importante para melhorarmos os serviços que são oferecidos à população.

Não são esperadas quaisquer desvantagens ou riscos para os participantes.

### Se tiver dúvidas, quem posso contactar?

Pode colocar as questões que pretender sempre que quiser. Pode mesmo mudar de ideia e desistir de participar. Pode contactar a investigadora através do número de 965021700

\_\_\_\_\_  
Assinatura da investigadora  
(Carla Afonso)

\_\_\_\_\_  
Data



### Consentimento de Participação

#### Declaração do Participante:

Declaro ter recebido e compreendido a informação sobre o estudo no âmbito do Projeto Sorrisos Coloridos. Sei que a minha participação é totalmente voluntária e que posso desistir de participar em qualquer momento. Percebo que os dados serão tratados de forma anónima, para fins de investigação, e que a minha identificação jamais será divulgada. Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, com as salvaguardas de confidencialidade e anonimato.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
(assinatura legível)

\_\_\_\_\_  
Data

Este documento é constituído por 2 páginas, ficando o original para o investigador e a cópia para o participante.

## Anexo 7 – Consentimento de participação grupo 2



### **Necessidades e Recursos para a Promoção da Saúde Oral em populações vulneráveis: um estudo exploratório de base comunitária**

#### **PROJETO BAIROS SAUDÁVEIS – RENASCER o Bairro das Palmeiras**

### **Informação**

O meu nome é Carla Afonso, sou higienista oral e sou responsável pelo Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral do Barreiro. Atualmente, sou aluna no Curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, e encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação com o título "*Necessidades e Recursos para a Promoção da Saúde Oral em populações vulneráveis: um estudo exploratório de base comunitária*". Este estudo tem a orientação da Prof. Dra. Ana Rita Goes e do Prof. Dr. Mário Rui Araújo e decorrerá no Bairro das Palmeiras no concelho do Barreiro. Se trabalha há pelo menos 2 anos com a população residente no Bairro das Palmeiras, gostaríamos de a(o) convidar para participar neste estudo. Por favor, leia a informação que se segue, antes de decidir se aceita participar.

#### **Qual é a finalidade deste estudo?**

Este estudo pretende compreender as vivências das mães de crianças e adolescentes na área da saúde oral, nomeadamente as necessidades, as barreiras e facilitadores que se relacionam com a saúde oral de crianças e adolescentes.

#### **Porque fui convidado(a)?**

Foi convidado(a) a participar neste estudo porque a sua experiência de trabalho com as famílias residentes no bairro, poderá contribuir para identificar, compreender e melhorar as estratégias de promoção da saúde oral das crianças da comunidade.

#### **Tenho mesmo de participar?**

A sua participação é totalmente voluntária. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de dar uma justificação. Neste caso, bastará informar o investigador da sua decisão.

Este documento é constituído por 2 páginas, ficando o original para o investigador e a cópia para o participante. GRUPO 2

### **O que terei de fazer se aceitar participar?**

Se aceitar, iremos pedir-lhe que participe numa sessão de debate (grupo focal), que irá decorrer no Grupo Chinquilho Palmeirense, localizado no bairro das Palmeiras onde será convidado(a) a apresentar-se e a partilhar a sua perspetiva e experiências relacionadas com o tema. O tempo previsto para a sessão é de duas horas. Esta sessão será gravada, para que a informação seja depois analisada pela equipa de investigação. No final de cada sessão, será entregue um resumo e também alguma informação sobre os tópicos discutidos.

### **Quem tem acesso à informação que eu fornecer?**

Os dados que nos fornecer são totalmente confidenciais. Apenas a equipa de investigação terá acesso aos dados individuais. Os questionários serão apenas identificados com um código, não sendo registado o seu nome ou dados de identificação. Na transcrição dos círculos de conversa serão também eliminados ou substituídos todos os dados que permitam a sua identificação. Desta forma, as informações que nos fornecer serão tratadas de forma anónima, sem qualquer referência a dados de identificação.

Todos os dados serão armazenados com as devidas precauções para garantir que apenas a equipa de investigação tem acesso aos mesmos. Os dados serão eliminados ao fim de 5 anos.

Os dados que nos fornecer serão utilizados apenas para fins de investigação e os resultados do estudo serão apresentados na dissertação de Mestrado em Promoção da Saúde, em artigos científicos e em apresentações orais em contexto académico e/ou profissional, mas a identificação dos participantes não será divulgada.

Caso pretenda retirar-se do estudo, serão eliminados os dados fornecidos através do questionário. Poderá não ser possível garantir a eliminação da totalidade dos dados partilhados nos círculos de conversa.

### Quais as vantagens e desvantagens em participar?

Com a participação neste estudo, não são esperados benefícios diretos para os participantes, mas a sua participação é muito importante para melhorarmos os serviços que são oferecidos à população.

Não são esperadas quaisquer desvantagens ou riscos para os participantes.

### Se tiver dúvidas, quem posso contactar?

Pode colocar as questões que pretender sempre que quiser. Pode mesmo mudar de ideia e desistir de participar. Pode contactar a investigadora através do número de 965021700

\_\_\_\_\_  
Assinatura da investigadora  
(Carla Afonso)

\_\_\_\_\_  
Data



### Consentimento de Participação Grupo 2

#### Declaração do Participante:

Declaro ter recebido e compreendido a informação sobre o estudo no âmbito do Projeto Sorrisos Coloridos. Sei que a minha participação é totalmente voluntária e que posso desistir de participar em qualquer momento. Percebo que os dados serão tratados de forma anónima, para fins de investigação, e que a minha identificação jamais será divulgada. Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, com as salvaguardas de confidencialidade e anonimato.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
(assinatura legível)

\_\_\_\_\_  
Data

Este documento é constituído por 2 páginas, ficando o original para o investigador e a cópia para o participante. GRUPO 2