



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ORAL NAS POPULAÇÕES DESFAVORECIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

[Evaluation of the impact of oral health education programs on disadvantaged
populations: integrative review]

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Medicina Dentária

Renda Kadri

Orientador:

Mestre José Alberto Frias de Vasconcelos Bulhosa

Outubro, 2024

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE ORAL NAS POPULAÇÕES DESFAVORECIDAS:
REVISÃO INTEGRATIVA**

[Evaluation of the impact of oral health education programs on disadvantaged
populations: integrative review]

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Medicina Dentária

Renda Kadri

Orientador:

Mestre José Alberto Frias de Vasconcelos Bulhosa

Outubro, 2024

Dédicace à moi-même d'avoir fais 5 ans d'étude pour le métier de mes rêves et de mettre donner les moyens d'y arriver.

A mes parents pour m'avoir soutenue toutes ces années.

Et bien évidemment dédicace à mon marie Yanis KEHAL pour m'avoir soutenue et encouragée durant ces 5 ans d'études.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu professor José Alberto Frias de Vasconcelos Bulhosa por ter aceitado ser meu guia e por me permitir fazer a disciplina que escolhi.

Obrigado à Universidade Fernando Pessoa por me permitir fazer o trabalho dos meus sonhos.

Obrigado aos professores, a todos os auxiliares de consultório dentário e às secretárias por me apoiarem ao longo do curso.

Merci a mes parents d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir toujours soutenue et épaulés. J'espère vous avoir rendu fière.

Je remercie mon futur mari Yanis KEHAL d'avoir été un pilier pendant ces 5 années à Porto.

Je remercie Katya-Sarah Tidjani ma binôme ma coloc et mon amie d'avoir embellie mes deux dernières années d'étude à Porto.

Remerciement à tous mes amies qui m'ont permis d'embellir ces années d'études particulièrement Mathilde Marguerite Gros Jean, Ines Gragueb Chatti. On aura bien mérité ce diplôme.

Je remercie également toute ma famille de Grenoble et de Belfort et également d'Algérie.

Merci à toutes les personnes qui ont pu croiser ma route tout au long de mes études

RESUMO

Este trabalho tese analisa o efeito dos programas educativos em saúde oral nas populações desfavorecidas, destacando o efeito das disparidades socioeconómicas. A metodologia, estruturada de acordo com o quadro PICO, tem como objetivo trazer precisão metódica à investigação, abordando cada elemento-chave e integrando a diversa literatura existente. O estudo incide sobre indivíduos socioeconomicamente desfavorecidos que enfrentam dificuldades no acesso a recursos e serviços de saúde, com particular ênfase para a saúde oral. A intervenção no âmbito dos cuidados primários engloba frequentemente programas educativos deliberados com o objetivo de aumentar os conhecimentos e competências em saúde oral juntos destas populações. Estes programas incluem iniciativas educativas lideradas por profissionais de saúde, campanhas de sensibilização, workshops educativos e a distribuição de recursos educativos ou formativos. A investigação compara a eficácia dos programas educativos com grupos de controlo da mesma população desfavorecida que não beneficiaram destas intervenções. Isto permite avaliar o impacto relativo dos programas educativos em comparação com a ausência de intervenção. O principal objetivo é avaliar o impacto da educação na saúde oral, medido por indicadores como a incidência de doenças orais, os comportamentos de higiene oral, os níveis de conhecimento e o acesso a cuidados dentários preventivos.

Palavras-chaves: prevenção carie, programas educativos, população desfavorecida

ABSTRACT

This thesis takes an in-depth look at the effect of educational programmes on oral health in disadvantaged populations, highlighting socio-economic disparities. The methodology, structured according to the PICO framework, aims to bring methodical precision to the research by addressing each key element. The study focuses on socioeconomically disadvantaged individuals who face difficulties in accessing health resources and services, particularly oral health. Primary intervention encompasses deliberate educational programmes aimed at increasing oral health knowledge and skills among these populations. These programmes include educational initiatives led by health professionals, awareness campaigns, educational workshops and the distribution of educational resources. The research compares the effectiveness of educational programmes with control groups from the same disadvantaged population who have not benefited from these interventions. This makes it possible to assess the relative impact of educational programmes compared to no intervention. The main objective is to assess the impact of education on oral health, measured by indicators such as the prevalence of oral diseases, oral hygiene behaviours, levels of knowledge and access to preventive dental care.

Keywords: caries prevention, educational programs, disadvantaged populations

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. DESENVOLVIMENTO.....	3
2.1 Fundamentos teóricos	3
2.1.1 Revisão da literatura sobre a importância da educação para a saúde oral.....	3
2.1.1.1 A importância da saúde oral	3
2.1.1.2 Teorias comportamentais e educação para a saúde oral	4
2.1.1.3 Abordagens eficazes para chegar às populações desfavorecidas	4
2.1.1.4 Contributos da educação para a saúde oral.....	4
2.1.2 Os fatores socioeconómicos afetam a saúde oral nas populações desfavorecidas	5
2.1.2.1 Rendimento e acesso a recursos	5
2.1.2.2 Nível de educação.....	5
2.1.2.3 Emprego e estatuto socioeconómico Condições de trabalho.....	6
2.1.2.4 Habitação e Ambiente Acesso a Água Fluoretada	6
2.1.2.5 Cultura e Perceções de Saúde	7
2.1.2.6 Políticas Públicas e Cobertura de Seguros de Saúde	7
2.1.2.7 Infraestruturas e serviços de saúde Disponibilidade de prestadores:	8
2.1.2.8 Transportes e mobilidade Acessibilidade geográfica	8
2.1.2.9 Apoio social e rede de apoio Rede de apoio.....	8
2.1.2.10 Educação dos pais.....	8
2.2 Metodologia	9
2.2.1 Definição e componentes do método PICO	9
2.2.2 Descrição do método de pesquisa utilizado, incluindo critérios de inclusão e exclusão	10
2.2.2.1 Componentes do método PICO	10

2.2.2.2 Etapas do Estudo	11
2.2.2.3 Critérios de inclusão	11
2.2.2.4 Critérios de exclusão	12
2.2.3 Identificação e seleção de estudos relevantes	12
2.3 Resultados	15
2.3.1 Apresentação dos resultados da análise dos estudos incluídos.	15
2.3.2 Identificação dos principais temas e tendências nos programas de educação em saúde oral para populações desfavorecidas	21
2.4 Discussão	22
2.4.1 Análise aprofundada dos resultados	22
2.4.1.1 Eficácia dos programas escolares e comunitários	22
2.4.1.2 Impacto dos fatores socioeconómicos e culturais.....	23
2.4.1.3 O papel central da educação parental	23
2.4.1.4 Limites e lacunas dos programas.....	24
2.4.2 As desigualdades socioeconómicas e a eficácia dos programas educativos ..	25
2.4.3 Impacto das intervenções comunitárias adaptadas.....	25
2.4.4 O papel da educação parental na eficácia do programa	26
2.4.5 As políticas públicas e a redução dos açúcares adicionados.....	26
2.4.6 Eficácia variável dos programas de prevenção em função dos grupos visados	27
2.4.7 Persistência das desigualdades apesar dos esforços educativos.....	28
2.4.8 Recomendações para futuros programas de educação em saúde oral.....	28
2.4.8.1 Implicações para a política de saúde pública.....	29
2.4.8.2 Perspetivas internacionais	29
2.4.9 Teoria da Mudança de Comportamento	29
2.4.10 Análise custo-efetividade de programas educativos	31
2.4.11 Ganhos em saúde e eficácia dos programas de intervenção.....	31

2.4.12 Perspetivas para futuros programas de intervenção no domínio da saúde oral	33
2.5 Limitações do estudo e da investigação.....	34
3. CONCLUSÃO.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de seleção de artigos.....	14
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição do número de artigos por ano de publicação	16
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Método PICO com as 4 etapas.....	9
Tabela 2 Critérios de inclusão e exclusão	12
Tabela 3 Distribuição dos artigos por ano de publicação	15
Tabela 4 Distribuição do número de artigos por Tipo de estudo.....	16
Tabela 5 Caracterização dos artigos selecionados.....	17

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRONIMOS

CCE	Cáries Precoces da Infância
CPOD	Índice de Cárie, Perda e Obturação Dentária
EHCP	Programa de Cuidados de Saúde Essenciais
FDI	Federação Dentária Mundial
GBD	Global Burden of Disease
GI	Índice Gengival
Nd	Não Determinado
OHI-S	Índice de Higiene Oral
OHP	Programa de Promoção da Saúde Oral
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Índice de Placa
PICO	População, Intervenção, Comparação, Resultado
ppm	Partes por Milhão
ZEP	Zona de Educação Prioritária

1. INTRODUÇÃO

A saúde oral desempenha um papel crucial no bem-estar geral de cada indivíduo. Uma boa higiene oral pode prevenir muitas doenças, como as cáries dentárias, as doenças das gengivas entre outras infecções orais, que podem ter um impacto grave nas diferentes dimensões da nossa saúde física, mental e social. A investigação demonstrou que os problemas orais não tratados podem contribuir para doenças não transmissíveis de cariz sistémico, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, demências e até complicações durante a gravidez com impacto futuro no feto (Petersen & Ogawa, 2012). Por isso, cuidar da saúde oral é essencial para prevenir doenças graves ou crónicas e melhorar a qualidade de vida em geral (OMS, 2022).

As populações desfavorecidas são particularmente vulneráveis aos problemas de saúde oral, uma realidade que se explica em grande parte por uma falta de educação sobre aspetos de promoção da saúde oral e prevenção da doença. De facto, a prevenção e manutenção de uma boa higiene oral depende em grande medida de conhecimentos específicos e de práticas quotidianas que muitas vezes faltam às pessoas de meios socioeconómicos menos favorecidos (De Abreu et al., 2021).

Em primeiro lugar, o acesso limitado a uma educação de qualidade desempenha um papel crucial. Os programas de sensibilização para a higiene oral são muitas vezes integrados nos sistemas educativos, mas é menos provável que as escolas das zonas desfavorecidas disponham dos recursos necessários para fornecer esta informação de forma eficaz (Griffin & Nilsson, 2012). Além disso, as famílias que vivem nestas áreas podem não ter sido educadas nestas práticas, perpetuando um ciclo de negligência dentária.

Em segundo lugar, a falta de educação formal sobre saúde oral leva a uma falta de compreensão das medidas preventivas essenciais. As populações desfavorecidas estão frequentemente menos informadas sobre a importância da escovagem regular, do uso do fio dentário e das visitas regulares ao médico dentista. Esta ignorância leva a uma maior prevalência de cáries, doenças das gengivas e outras doenças dentárias que poderiam ser evitadas através de uma higiene e vigilância especializada adequada (Petersen, 2003).

As restrições financeiras e o acesso limitado aos cuidados dentários agravam a situação. Mesmo quando estão conscientes da importância da saúde oral, as pessoas de meios desfavorecidos podem não ter recursos para adquirir produtos de higiene básicos ou para pagar visitas regulares ao médico dentista. O custo dos cuidados dentários pode tornar-se

assim proibitivo sem apoios estatais ou acesso a sistema de seguro de saúde adequado, levando a uma progressiva deterioração da saúde oral e da saúde geral (Griffin & Nilsson, 2012).

O stress e as prioridades concorrentes também desempenham um papel importante. Para muitas famílias desfavorecidas, as preocupações imediatas, como a segurança alimentar, a habitação e o emprego, têm prioridade sobre os cuidados dentários. Neste contexto, a importância dos cuidados preventivos é muitas vezes desvalorizada ou adiada, conduzindo a problemas dentários mais graves e dispendiosos a longo prazo (Sheiham & Tsakos, 2014).

Para remediar esta situação, é crucial criar programas de educação e sensibilização adaptados às necessidades das populações desfavorecidas. Isto inclui iniciativas comunitárias, campanhas de prevenção nas escolas e a melhoria do acesso a cuidados dentários de baixo custo. Ao reforçar a educação para a saúde oral e ao tornar os cuidados mais acessíveis, podemos esperar reduzir a desigualdade na saúde dentária e melhorar a qualidade de vida destas populações vulneráveis (Dye et al., 2012).

O objetivo desta tese é avaliar a eficácia dos programas de educação para a saúde oral em populações desfavorecidas, utilizando o método PICO (População, Intervenção, Comparação, Resultado) como referência analítica.

Foi estabelecido como um problema: "Qual o impacto da educação para a saúde oral em populações desfavorecidas?"

Nesse sentido, abordaremos primeiro os fundamentos teóricos, depois a metodologia de investigação utilizada e, por fim, os resultados obtidos e a discussão.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Fundamentos teóricos

2.1.1 Revisão da literatura sobre a importância da educação para a saúde oral

A importância da saúde oral e da educação para a saúde oral foi durante muito tempo subestimada pelo público e pelos decisores políticos (Watt & Sheiham, 2012). No entanto, os problemas dentários estão entre as doenças mais comuns e têm um impacto significativo na saúde pública (Peres et al., 2019). As doenças orais, como a cárie dentária e a doença periodontal, afetam uma grande parte da população mundial, (Petersen & Ogawa, 2012) influenciando a saúde geral, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Sheiham, 2005). Estas doenças são também vulneráveis a intervenções eficazes, conhecidas e comprovadas.

2.1.1.1 A importância da saúde oral

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a importância da saúde oral em 1997, identificando-a como um problema de saúde pública e apelando à implementação de programas preventivos e curativos (OMS, 2022). Em 2003, o Programa Global de Saúde Oral da OMS foi reorientado para incluir a saúde oral nas estratégias definidas de prevenção de doenças crônicas. A declaração da OMS de 2007 levou vários países a afetar mais fundos à saúde oral, o que levou à criação de organizações de prevenção para promover a saúde oral e prevenir as doenças orais.

Desde os anos 2000, a sensibilização para a importância da educação para a saúde oral aumentou consideravelmente (Petersen & Kwan, 2011). Apesar disso, estima-se que cerca de 3,5 mil milhões de pessoas sejam afetadas por doenças orais, sendo a cárie não tratada dos dentes permanentes identificada como a doença mais comum, de acordo com o relatório Global Burden of Disease de 2019 (GBD, 2020). Os problemas dentários podem levar a complicações sistémicas e, se não forem tratados, podem levar a doenças graves, como o cancro oral (Warnakulasuriya et al., 2008).

A maioria dos problemas dentários poderia ser evitada se os pacientes tivessem uma boa compreensão da higiene oral e da importância de tratar os problemas dentários numa fase precoce. A Federação Dentária Mundial (FDI, 2020) sublinhou que a medicina dentária preventiva é essencial e que a educação para a saúde oral desempenha um papel

fundamental não só na saúde geral, mas também numa melhor qualidade de vida, tanto a nível social como psicológico. Uma boa saúde oral é sinónimo de uma boa saúde geral.

As doenças orais, como a cárie dentária e a doença periodontal, são em grande parte evitáveis através de boas práticas de higiene oral. A educação desempenha um papel crucial na informação e capacitação das pessoas sobre a importância da escovagem, do uso do fio dentário, da limitação do consumo de açúcar e das visitas regulares ao dentista.

2.1.1.2 Teorias comportamentais e educação para a saúde oral

A educação para a saúde oral pode influenciar os comportamentos de saúde de várias formas. As teorias comportamentais, como o modelo de crenças sobre a saúde e a teoria do comportamento planeado, sugerem que a educação pode alterar as crenças e as intenções, conduzindo a melhores comportamentos de saúde. Estas teorias indicam que é mais provável que os indivíduos tomem medidas preventivas se acreditarem na importância destas ações e se tiverem a perceção dos benefícios pessoais que elas trazem (Glanz et al., 2008).

2.1.1.3 Abordagens eficazes para chegar às populações desfavorecidas

A eficácia dos programas de educação para a saúde oral depende da sua capacidade de chegar às populações-alvo de uma forma relevante e acessível (Petersen & Kwan, 2004). O objetivo é fornecer uma educação personalizada e criar confiança nos participantes, o que pode melhorar a adesão às recomendações de saúde. Os materiais educativos devem estar disponíveis nas línguas faladas pelas populações-alvo e ter em conta as suas crenças e práticas culturais.

2.1.1.4 Contributos da educação para a saúde oral

A educação para a saúde oral contribui significativamente para a promoção da saúde e a prevenção das doenças orais. Desempenha um papel crucial na melhoria dos conhecimentos e na mudança de comportamentos (Watt, 2005).

2.1.2 Os fatores socioeconómicos afetam a saúde oral nas populações desfavorecidas

A saúde oral das populações desfavorecidas é influenciada por uma multiplicidade de fatores socioeconómicos. Estes fatores interagem de forma complexa e podem exacerbar as desigualdades na saúde oral (Watt, 2007). Segue-se uma análise detalhada destes fatores:

2.1.2.1 Rendimento e acesso a recursos

Acesso a cuidados dentários:

As populações com baixos rendimentos têm frequentemente um acesso limitado aos cuidados dentários devido ao elevado custo do tratamento e à cobertura insuficiente dos seguros (Listl et al., 2015). De facto, alguns países não beneficiam de assistência financeira para cuidados médicos. Isto significa que as pessoas têm de contar apenas com os seus próprios recursos financeiros para o tratamento. O elevado custo dos cuidados médicos torna difícil para as pessoas com baixos rendimentos pagá-los. Isto leva a visitas menos frequentes ao dentista e a um tratamento tardio ou mal-sucedido de problemas orais, como próteses removíveis ou fixas (Peres et al., 2019). Alguns pacientes ficam com a sua prótese provisória em vez de voltarem para a sua prótese definitiva.

Qualidade dos alimentos:

As famílias com baixos rendimentos podem ter acesso limitado a alimentos saudáveis, levando-as a consumir alimentos ricos em açúcares e hidratos de carbono processados (Peres et al., 2019). É verdade que este tipo de alimentos é mais barato e mais acessível, mas infelizmente estes hábitos alimentares aumentam significativamente o risco de cárie dentária e doença periodontal (Watt & Sheiham, 1999).

2.1.2.2 Nível de educação

Literacia em saúde:

O nível de educação influencia a literacia em saúde, ou seja, a capacidade de compreender e utilizar informações sobre saúde. Um baixo nível de educação está frequentemente associado a um menor conhecimento das práticas de saúde oral, como a escovagem regular dos dentes e o uso do fio dentário (Watt, 2007). Esta falta de educação está frequentemente associada a uma falta de educação por parte dos pais, o que tem

repercussões na saúde oral das crianças. Trata-se de uma cadeia de transmissão de informação deficiente que tem de ser quebrada para melhorar a saúde geral destas populações (Peres et al., 2019).

Conhecimentos e Práticas de Prevenção:

As pessoas com menos escolaridade têm menos probabilidade de saber sobre a importância de visitas regulares ao dentista e de medidas preventivas como a utilização de pasta dentífrica fluoretada (Watt, 2007). Também estão menos informadas sobre as ligações entre a saúde oral e a saúde geral. As consequências desta falta de conhecimento são um elevado nível de negligência da higiene oral e uma falha no tratamento dos problemas que surgem (Guarnizo-Herreño & Wehby, 2012).

2.1.2.3 Emprego e estatuto socioeconómico Condições de trabalho

Os empregos mal pagos e inseguros oferecem frequentemente menos flexibilidade para tirar tempo para consultas médicas. Isto pode impedir os indivíduos de receberem cuidados dentários regulares e atempados.

Stress socioeconómico:

O stress relacionado com condições de vida difíceis e instabilidade financeira pode contribuir para maus hábitos de saúde, incluindo a negligência dos cuidados de saúde oral (Watt & Sheiham, 1999). O stress crónico também pode ter efeitos diretos na saúde oral, aumentando o risco de doença periodontal (Peres et al., 2019). De facto, o stress pode aumentar os nossos níveis de cortisol e levar à inflamação das gengivas. O stress também pode levar ao bruxismo, o que não ajuda a saúde oral destes indivíduos (Genco & Borgnakke, 2013).

2.1.2.4 Habitação e Ambiente Acesso a Água Fluoretada

As populações desfavorecidas podem viver em áreas onde a água não é fluoretada, reduzindo uma importante proteção contra a cárie dentária. As pessoas que vivem em habitações de má qualidade podem também ter acesso limitado a instalações sanitárias adequadas para manter uma boa higiene oral (Griffin et al., 2007).

Proximidade dos serviços de saúde:

As áreas desfavorecidas são frequentemente mal servidas por serviços de saúde, incluindo serviços dentários. A falta de dentistas locais obriga os residentes a percorrer longas distâncias para obter tratamento, o que pode constituir um obstáculo significativo (Peres et al., 2019).

2.1.2.5 Cultura e Percepções de Saúde

Crenças e Atitudes:

As crenças culturais e as percepções da saúde oral podem influenciar o comportamento dos cuidados de saúde. Nalgumas culturas, os problemas orais podem ser vistos como menos prioritários do que outros problemas de saúde, levando a uma menor utilização dos serviços dentários (Newton & Bower, 2005).

Estigma e relaxamento:

O estigma associado aos cuidados dentários ou o medo do tratamento podem dissuadir os indivíduos de procurar cuidados dentários. Experiências negativas anteriores com cuidados dentários também podem desempenhar um papel na relutância em consultar um dentista (Beaton et al., 2013).

2.1.2.6 Políticas Públicas e Cobertura de Seguros de Saúde

A cobertura inadequada ou inexistente de cuidados dentários por seguros de saúde públicos ou privados é um fator importante que limita o acesso aos cuidados. As populações desfavorecidas têm frequentemente planos de seguro que oferecem pouca ou nenhuma cobertura para cuidados dentários preventivos e curativos (Petersen, 2003).

Políticas de saúde pública:

As políticas de saúde pública, como os programas de prevenção nas escolas, as iniciativas de fluoretação da água e as campanhas de educação para a saúde oral, podem não chegar efetivamente às populações desfavorecidas devido a lacunas na implementação e no financiamento (OMS, 2022).

2.1.2.7 Infraestruturas e serviços de saúde Disponibilidade de prestadores:

A escassez de dentistas e profissionais de saúde oral nas zonas rurais e urbanas desfavorecidas limita o acesso aos cuidados. As clínicas de saúde comunitárias podem não ser suficientemente numerosas ou bem equipadas para satisfazer a procura (Petersen, 2008).

Qualidade dos serviços:

Os serviços dentários disponíveis para as populações desfavorecidas podem ser de qualidade inferior devido a recursos limitados, pessoal com pouca formação ou equipamento e tecnologia desatualizados (Watt et al., 2016).

2.1.2.8 Transportes e mobilidade Acessibilidade geográfica

A falta de transporte fiável e acessível pode ser uma grande barreira ao acesso a serviços dentários, especialmente nas zonas rurais. As populações urbanas também podem enfrentar desafios de mobilidade, como o elevado custo dos transportes públicos ou a insegurança em bairros desfavorecidos (Wall & Vujicic, 2015).

2.1.2.9 Apoio social e rede de apoio Rede de apoio

Uma forte rede de apoio familiar e comunitário pode ajudar a ultrapassar as barreiras ao acesso aos cuidados dentários, fornecendo recursos e encorajamento. Por outro lado, o isolamento social e a falta de apoio podem agravar as dificuldades na obtenção de cuidados (Newton & Bower, 2014).

2.1.2.10 Educação dos pais

A educação dos pais desempenha um papel crucial na saúde oral das crianças. Os pais mais bem informados têm maior probabilidade de transmitir boas práticas de saúde aos seus filhos e de os levar ao dentista regularmente (Petersen, 2005).

Os fatores socioeconómicos que afetam a saúde oral das populações desfavorecidas são múltiplos e estão interligados. Incluem o rendimento, a educação, o emprego, a habitação, as crenças culturais, as políticas públicas, as infraestruturas dos serviços de saúde, a acessibilidade geográfica e o apoio social. Para melhorar a saúde oral destas populações,

é crucial desenvolver intervenções integradas que abordem estes vários fatores de uma forma holística e coordenada (Watt & Sheiham, 2012).

2.2 Metodologia

O método PICO é um quadro analítico utilizado no auxílio da investigação clínica e epidemiológica no domínio da saúde para desenvolver questões de investigação que respondam a um problema claro e estruturado. Este método é utilizado para orientar a recolha e a análise de dados. É composto por 4 elementos: população, intervenção, comparação e resultado. Este método permite uma avaliação sistemática e rigorosa das intervenções no domínio da saúde, facilitando a síntese das provas e a elaboração de recomendações baseadas em provas. Este método é utilizado em dissertações de revisão sistemática e integrativa.

2.2.1 Definição e componentes do método PICO

PICO é um acrónimo que representa os quatro elementos principais de uma pergunta de investigação:

Tabela 1

Método PICO com as 4 etapas

1.P (População)	Esta componente refere-se ao grupo de doentes o que vamos estudar: a população desfavorecida
2. I (Intervenção/Exposição)	Trata-se do tratamento, teste de diagnóstico, exposição ou intervenção que se pretende estudar. Intervenções nas escolas, programas educativos criados em zonas desfavorecidas, campanhas de sensibilização.
3. C (Comparação)	Este elemento é facultativo, mas muito útil. É a principal alternativa à intervenção ou exposição que está a ser estudada. os resultados dos grupos que beneficiam dos programas de educação para a saúde oral serão comparados com os dos grupos que não receberam estas intervenções. Esta comparação permitirá determinar o impacto direto dos programas educativos na saúde oral das populações desfavorecidas.
O (Outcome)	Esta secção destaca os resultados dos programas educativos. Por exemplo, melhorias na saúde oral e nos conhecimentos.

2.2.2 Descrição do método de pesquisa utilizado, incluindo critérios de inclusão e exclusão

A questão central é: Qual é o impacto dos programas educativos na saúde oral das populações desfavorecidas?

2.2.2.1 Componentes do método PICO

População (P)

As populações-alvo incluem grupos desfavorecidos, tais como:

- Pessoas que vivem em áreas economicamente desfavorecidas
- Indivíduos com acesso limitado a serviços de saúde
- Grupos com taxas mais elevadas de problemas orais devido a vários fatores socioeconómicos.

Intervenção (I)

A intervenção consiste em programas de educação para a saúde oral, incluindo:

- Iniciativas para melhorar os conhecimentos em matéria de higiene oral
- Demonstrações de técnicas de escovagem e de cuidados dentários
- Campanhas de sensibilização sobre a importância da saúde oral

Comparação (C)

Para avaliar a eficácia das intervenções, os resultados dos grupos que beneficiam dos programas de educação para a saúde oral serão comparados com os dos grupos que não receberam estas intervenções. Esta comparação permitirá determinar o impacto direto dos programas educativos na saúde oral das populações desfavorecidas.

Outcome (O)

O objetivo é demonstrar que os programas de educação para a saúde oral podem:

- Melhorar a saúde oral
- Reduzir as taxas de cárie e doença periodontal
- Melhorar o bem-estar geral das populações desfavorecidas.

2.2.2.2 Etapas do Estudo

- **Identificação da População (P)**

Identificar os grupos desfavorecidos visados pelo estudo, privilegiando os que vivem em zonas economicamente desfavorecidas e com acesso limitado aos serviços de saúde.

- **Revisão das Intervenções (I)**

Analisar os programas educativos desenvolvidos para aumentar os conhecimentos e competências em saúde oral das populações desfavorecidas, avaliando os métodos utilizados para educar e sensibilizar estas populações.

- **Comparação dos resultados (C)**

Comparar os resultados de saúde oral entre os grupos que receberam intervenções educativas e os que não receberam, de modo a medir o impacto das intervenções.

- **Apresentação dos Resultados (O)**

Apresentar os resultados da investigação, destacando a melhoria ou não da saúde oral em populações desfavorecidas, incluindo reduções nas taxas de cárie e doença periodontal, bem como melhorias nas práticas de higiene oral.

O método PICO permite estruturar a investigação de forma sistemática, facilitando a avaliação do impacto dos programas educativos na saúde oral das populações desfavorecidas. Seguindo esta abordagem, é possível tirar conclusões precisas e pertinentes sobre a eficácia destas intervenções, contribuindo assim para melhorar as práticas de saúde pública e reduzir as desigualdades em matéria de saúde oral.

2.2.2.3 Critérios de inclusão

A pesquisa utiliza uma revisão integrativa dos estudos existentes para avaliar a eficácia dos programas de educação para a saúde oral. Os critérios de inclusão incluem estudos que avaliem programas educativos destinados a populações carenciadas, publicados em inglês, português e francês, e que contenham dados quantitativos ou qualitativos sobre resultados de saúde oral. As publicações devem ter menos de 20 anos.

2.2.2.4 Critérios de exclusão

São excluídos os estudos puramente teóricos, os artigos de opinião e a investigação que não diga especificamente respeito a populações desfavorecidas ou que não diga respeito a intervenções específicas de programas de educação para a saúde oral.

Tabela 2

Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População-alvo: Incluir estudos sobre populações socioeconomicamente desfavorecidas, com uma incidência específica na saúde oral.	População não desfavorecida: Excluir estudos sobre populações que não pertençam a grupos socioeconomicamente desfavorecidos
Intervenções educativas: Limitação da investigação a estudos que avaliem intervenções educativas específicas relacionadas com a saúde oral, tais como programas educativos, workshops, campanhas de sensibilização.	Intervenções não educativas: Excluir estudos que não se centrem em intervenções educativas específicas no domínio da saúde oral.
Medição de resultados: Incluir estudos que meçam o impacto da educação em indicadores específicos de saúde oral, tais como a prevalência de cáries, a frequência de visitas ao dentista e os conhecimentos sobre higiene oral.	Medidas de desempenho não relevantes: Excluir os estudos que não medem o impacto da educação nos indicadores de saúde oral relevantes.
Tipos de estudos: Incluir estudos de investigação primária, tais como ensaios controlados aleatórios, estudos observacionais e inquérito.	Língua de publicação: Limitar as pesquisas a artigos publicados em espanhol, inglês, francês e português
Período de publicação: As pesquisas são limitadas a artigos e estudos com menos de 20 anos. De 2004 a Julho 2024.	Qualidade metodológica: Excluir estudos com fragilidades metodológicas significativas e resultados irrelevantes.

2.2.3 Identificação e seleção de estudos relevantes

As pesquisas bibliográficas foram em bases de dados especializadas, como a PubMed e a Scielo. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão através de filtros específicos.

Palavras-chave utilizadas:

PubMed:

"Caries prevention and education program and oral health": 166 Resultados

"disadvantaged populations": 8 Resultados

Scielo:

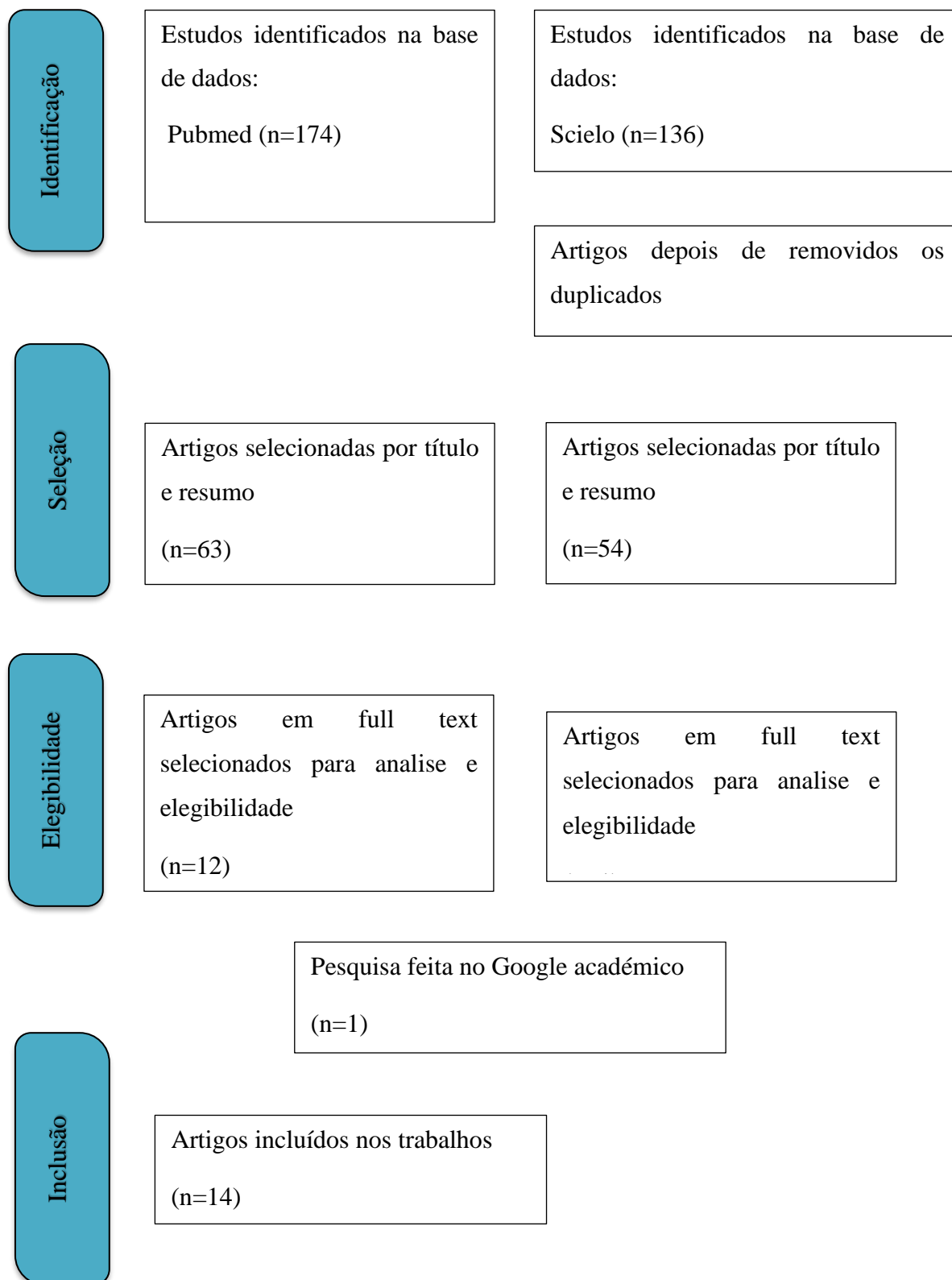
"education program oral health": 136 Resultados

Foi utilizado um processo de seleção em duas fases:

1. leitura dos títulos e resumos
2. análise dos textos completos

Figura 1

Diagrama de seleção de artigos



2.3 Resultados

2.3.1 Apresentação dos resultados da análise dos estudos incluídos.

Tabela 3

Distribuição dos artigos por ano de publicação

Autores	Ano de publicação	Artigos (título)
Jackson et al.	2005	The effects of a supervised toothbrushing programme on the caries increment of primary school children, initially aged 5-6 years
Brown et al.	2005	An oral health education program for Latino immigrant parents
Davies et al.	2007	Challenges associated with the evaluation of a dental health promotion programme in a deprived urban area
Tubert-Jeannin et al.	2011	Addressing children's oral health inequalities: carie experience before and after the implementation of an oral health promotion program
Gibbs et al.	2014	An exploratory trial implementing a community-based child oral health promotion intervention for Australian families from refuge and migrant backgrounds: a protocol paper for teeth tales
Chandrashekar et al.	2014	Oral Health promotion among rural school children trough teachers: an interventional study
Jaime et al.	2015	Oral health education program on dental caries incidence for school children
Wemaere	2015	Impact de la prévention bucco-dentaire en milieu scolaire
Cartes-Velasquez et al.	2017	A motivational interview intervention delivered at home to improve the oral health literacy and reduce the morbidity of Chilean disadvantaged families: a study protocol for a community trial
Qadri et al.	2018	School-based oral health education Increase caries inequalities
Wilson et al.	2018	Fidelity of motivational interviewing in an American Indian oral health intervention
Chi et al.	2019	Added sugar and Dental caries in children: a scientific update and future steps
Chen et al.	2020	Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan
Ruff et al.	2022	Effectiveness of school-based strategies to prevent tooth decay in Filipino children: A cluster-randomized trial

Gráfico 1

Distribuição do número de artigos por ano de publicação

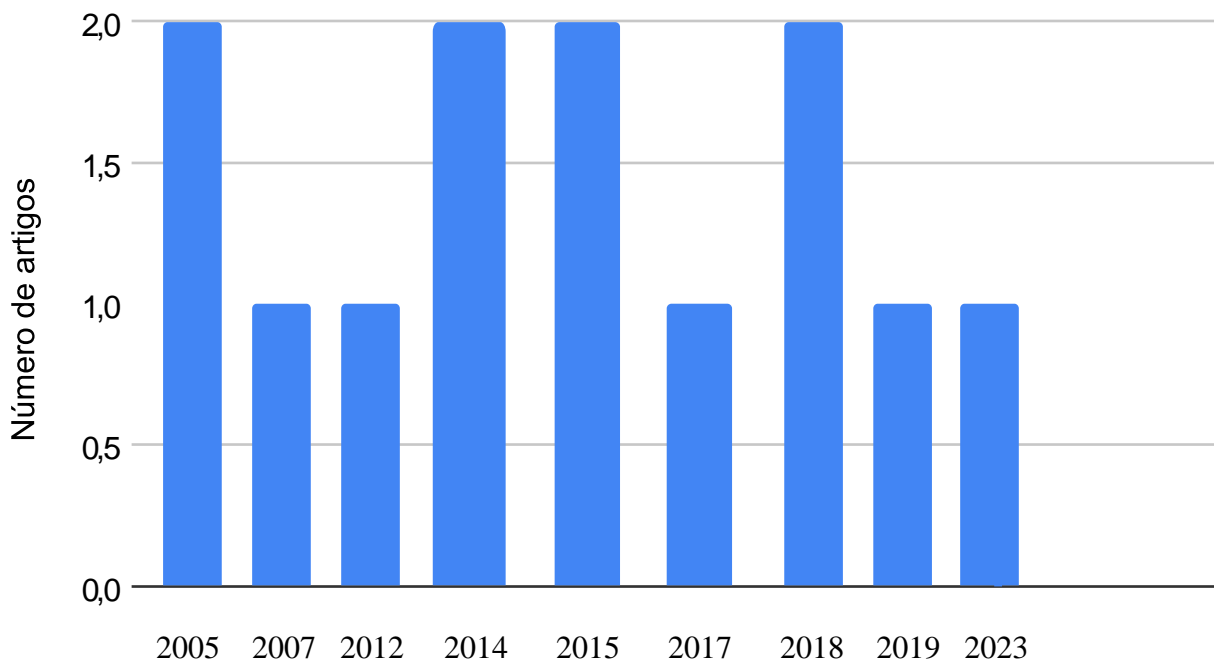


Tabela 4

Distribuição do número de artigos por tipo de estudo

Tipo de estudo	Número de artigos
Ensaio controlados aleatórios	6
Revisão	1
Estudo de intervenção	2
Ensaio clínico	1
Ensaio exploratório	1
Estudo transversal	1
Ensaio retrospectivo controlado	1
Estudo multicêntrico	1

Ao ordenar estes artigos, torna-se mais fácil visualizar a distribuição dos estudos de acordo com o ano de publicação e o tipo de intervenção, facilitando assim a análise comparativa dos resultados.

Tabela 5

Caracterização dos artigos selecionados

Autores/ Ano/ País	Tipo de estudo	Objetivo	Número de participantes	idade	Resultados	Conclusão
Cartes-Velasquez et al. 2017 Chile (1)	Ensaio controlado aleatório	Utilização de entrevistas motivacionais em casa para melhorar a literacia em saúde oral e reduzir a morbilidade em famílias chilenas desfavorecidas	240	Crianças em idade pré-escolar	O grupo experimental apresenta uma redução significativa da cárie dentária em comparação com o grupo de controlo	Os cuidados domiciliários motivacionais são eficazes na melhoria da saúde oral de famílias chilenas desfavorecidas
Chi et al. 2019 Estados Unidos (2)	Revisão	Atualização dos conhecimentos científicos sobre o açúcar adicionado e a cárie dentária em crianças	Nd	Crianças	O açúcar adicionado, particularmente em bebidas açucaradas, é uma das principais causas de cáries dentárias em crianças nos Estados Unidos.	o artigo sublinha a importância de reduzir o consumo de açúcares adicionados pelas crianças para prevenir as cáries dentárias e apela a esforços concertados em matéria de política de saúde pública e de investigação científica para resolver este problema de forma mais eficaz
Gibbs et al. 2014 Austrália (3)	ensaio exploratório	Implementação de uma intervenção de base comunitária para promover a saúde oral de crianças em famílias de refugiados e migrantes	600	Crianças (1-4 anos)	Os resultados concretos do estudo mostram que a intervenção, baseada na educação pelos pares e na reorientação dos serviços de saúde para serem culturalmente competentes, melhorou os conhecimentos dos pais sobre saúde oral, aumentou as consultas dentárias preventivas e reduziu a incidência de cáries nas crianças participantes.	Um modelo promissor para melhorar a saúde oral em comunidades culturalmente diversas

Davies et al. 2007 Reino Unido (4)	Ensaio controlado aleatório	Avaliar o impacto clínico de uma série de intervenções nas cáries precoces da infância (CCE) e nos níveis gerais de cáries entre crianças de cinco anos de idade numa área urbana desfavorecida.	Nd	crianças (5 anos)	As crianças do grupo de intervenção apresentaram taxas mais baixas de cáries na primeira infância, cáries gerais e extrações, com um dmft médio (20%: 54%: 3%: 2,2) em comparação com o grupo de comparação (32%: 64%: 12%: 3,7). No entanto, o efeito global foi reduzido pela elevada não-participação e pela elevada mobilidade da população.	Os elevados níveis de não participação e de mobilidade da população nas zonas urbanas desfavorecidas diluem o impacto das intervenções no domínio da saúde dentária, tornando menos perceptíveis os benefícios para toda a população.
Jackson et al. 2005 Reino Unido (5)	Ensaio controlado aleatório	Determinar se um programa de escovagem supervisionada utilizando uma pasta de dentes com 1.450 ppm de flúor pode reduzir as cáries dentárias em crianças de 5-6 anos em comunidades desfavorecidas.	517	crianças (5-6 anos)	As crianças do grupo de intervenção apresentaram uma redução significativa no aumento de cáries (2,60) em comparação com o grupo de controlo (2,92). A maior diferença foi observada nas superfícies proximais dos dentes.	Um programa de escovagem supervisionada utilizando pasta dentífrica com flúor pode reduzir significativamente as cáries em crianças de comunidades desfavorecidas.
Qadri et al. 2018 Alemanha (6)	Ensaio controlado aleatório	Avaliar o efeito de um programa escolar de promoção da saúde oral nas desigualdades em matéria de cáries.	740	crianças (9-12 anos)	Aumento das desigualdades de cárie, com um risco 35% superior no grupo de controlo. Redução de 94% do risco nas crianças de estatuto socioeconómico elevado no grupo de intervenção.	O programa é eficaz na melhoria da saúde dentária das crianças de estatuto socioeconómico elevado, mas não tem qualquer efeito preventivo nas crianças de estatuto socioeconómico baixo.
Chen et al. 2020 China (7)	Estudo transversal	Examinar a relação entre os níveis de educação dos pais, os seus conhecimentos sobre saúde oral e os comportamentos de saúde oral dos seus filhos.	8446	crianças (6-7 anos)	Os pais com níveis de educação mais elevados tinham melhores conhecimentos sobre saúde oral e os seus filhos tinham melhores comportamentos de higiene oral. Quatro das cinco medidas do comportamento de saúde oral das crianças foram significativamente associadas ao nível de educação da mãe e três ao nível de educação do pai.	Os pais com níveis de educação mais elevados tendem a ter melhores conhecimentos sobre saúde oral e os seus filhos adotam melhores práticas

<p>Tubert-Jeannin et al. 2011 França (8)</p>	<p>Estudo multicêntrico</p>	<p>Avaliar as desigualdades na saúde oral das crianças antes e depois da implementação de um programa de promoção da saúde oral (OHP).</p>	<p>478</p>	<p>crianças (5 anos)</p>	<p>O resultado mostra que 27,6% das crianças tinham pelo menos um dente afetado por cárie. As desigualdades na cárie persistiram de acordo com o estatuto socioeconómico e a higiene oral. O aumento da cárie foi observado em áreas que já apresentavam um baixo nível de cárie em 2003. Nas zonas desfavorecidas, a cárie aumentou nas escolas sem um programa de OHP.</p>	<p>O programa OHP não conseguiu reduzir as disparidades em matéria de saúde oral, embora se tenham registado melhorias em algumas escolas que beneficiaram do programa.</p>
<p>Jaime et al. 2015 Brasil (9)</p>	<p>Ensaio retrospectivo controlado</p>	<p>Avaliação do efeito de um programa escolar de educação para a saúde oral na incidência de cáries em crianças.</p>	<p>240 (120 no grupo experimental e 120 no grupo de controlo)</p>	<p>crianças (5-7 anos)</p>	<p>Mais crianças no grupo experimental estavam conscientes das cáries dentárias e usavam fio dental diariamente, mas não houve diferença significativa na incidência de cáries entre os grupos.</p>	<p>O programa escolar de educação para a saúde oral não foi suficiente para reduzir a incidência de cáries ao fim de três anos, embora os conhecimentos sobre saúde oral tenham aumentado ligeiramente.</p>
<p>Wemaere 2015 França (10)</p>	<p>Estudo de intervenção</p>	<p>Medir o impacto de um programa escolar de prevenção da saúde oral na saúde das crianças de 7 e 8 anos de idade numa Zona de Educação Prioritária (ZEP) na região de Ile-de-France.</p>	<p>711</p>	<p>crianças (7-8 anos)</p>	<p>Melhoria da proporção de crianças com boa higiene dentária, de 67% para 78%. Aumento do tratamento dentário das lesões cáries, de 22% para 36%. Maior incentivo à procura de cuidados para as crianças que melhoraram a sua higiene dentária. Aumento da utilização de procedimentos preventivos, nomeadamente o selamento de fissuras.</p>	<p>A intervenção melhorou a higiene dentária e o acesso aos cuidados para as crianças das escolas desfavorecidas. No entanto, são necessárias mais ações de sensibilização junto das famílias e intervenções repetidas para maximizar o impacto.</p>
<p>Brown et al. 2005 Estados Unidos (11)</p>	<p>Ensaio clínico</p>	<p>Avaliar a eficácia de um programa de educação em saúde oral para pais imigrantes latinos num distrito escolar da Califórnia.</p>	<p>Nd</p>	<p>Crianças e pais</p>	<p>Aumento significativo dos conhecimentos e comportamentos em matéria de saúde oral após duas sessões de formação.</p>	<p>Os programas de educação para a saúde oral destinados aos pais podem melhorar os conhecimentos e o comportamento das crianças em matéria de saúde oral, especialmente nas comunidades imigrantes.</p>

Chandrashek -ar et al. 2014 Índia (12)	Estudo de intervenção	Comparar a higiene oral, a placa bacteriana, a condição das gengivas e a cárie dentária em crianças rurais que recebem educação em saúde oral de diferentes prestadores de serviços com e sem auxiliares de higiene oral.	400	Crianças (15 anos)	Os grupos que receberam auxiliares de higiene oral mostraram uma redução significativa no índice de higiene oral (OHI-S), índice de placa (PI) e índice gengival (GI) após a intervenção. Não se registaram diferenças significativas na incidência de cáries dentárias.	O fornecimento de pastas e escovas de dentes com flúor a baixo custo através das escolas pode melhorar significativamente a higiene oral das crianças nas zonas rurais.
Wilson et al. 2018 Estados Unidos (13)	Ensaio controlado aleatório	Avaliar a fidelidade da entrevista motivacional numa intervenção de saúde oral para mães ameríndias	225	Mãe com bebés recém- nascidos	Competências variáveis dos colaboradores da entrevista motivacional. Pontuações de reflexão e perguntas abaixo do nível de iniciação. Competências de entrevista motivacional mais elevadas não estão correlacionadas com melhores resultados.	A aplicação fiel da entrevista motivacional deve ser cuidadosamente avaliada para garantir a sua eficácia, independentemente da competência percebida dos intervenientes.
Ruff et al. 2022 Filipinas (14)	Ensaio controlado aleatório	Avaliar o efeito de um programa de escovagem de dentes em grupo, baseado numa escola pública, em comparação com a educação normal em saúde oral, na incidência de cáries dentárias e infecções odontogénicas em crianças filipinas durante um período de 3 anos.	682	Crianças (7 anos)	As crianças do grupo do programa de cuidados de saúde essenciais (EHCP) apresentaram uma redução de 22% na incidência de CPOD em comparação com os controlos. A adição de um gel de flúor semanal e o tratamento urgente resultaram numa redução de 40% na incidência de CPOD.	A aplicação semanal de gel de flúor e o tratamento urgente, para além da escovagem diária na escola, são estratégias realistas e eficazes para reduzir o peso das cáries dentárias nas crianças filipinas.

2.3.2 Identificação dos principais temas e tendências nos programas de educação em saúde oral para populações desfavorecidas

Desigualdades socioeconômicas e saúde oral

Os estudos apresentados na tabela 5 mostram que a eficácia dos programas educativos varia em função do meio socioeconômico. As crianças de meios desfavorecidos beneficiam frequentemente menos destes programas do que as de meios mais favorecidos. Por exemplo, Tubert-Jeannin et al. (2011) e Qadri et al. (2018) mostram que os programas de prevenção são geralmente mais eficazes para crianças de meios socioeconômicos mais elevados, ao passo que mostram uma menor redução das cáries em crianças de famílias desfavorecidas, mesmo após a participação nestes programas educativos. Isto realça a necessidade de adaptar os programas aos contextos socioeconômicos das populações-alvo.

Intervenção comunitária e educação

As intervenções educativas baseadas na comunidade e adaptadas às necessidades das populações desfavorecidas são mais eficazes do que os programas normalizados. Gibbs et al. (2014) e Cartes-Veslasquez et al. (2017) estacam o impacto positivo dos programas educativos personalizados, nomeadamente para os migrantes e refugiados. Estes programas, que incluem visitas ao domicílio e abordagens educativas adaptadas às realidades culturais e linguísticas, melhoraram significativamente a saúde oral destas populações em comparação com intervenções mais gerais e normalizadas.

O papel da educação parental

O nível de educação dos pais desempenha um papel fundamental na eficácia das práticas de higiene oral dos seus filhos. No estudo de Chen et al. (2020), foi observada uma forte correlação entre o nível de educação dos pais e a adoção de boas práticas de saúde oral pelas crianças. Pais mais bem informados tendem a inculcar melhores hábitos de higiene nos seus filhos, contribuindo assim para uma maior eficácia dos programas educativos. Por outro lado, os filhos de pais menos instruídos são frequentemente menos recetivos aos ensinamentos dos programas, o que limita o impacto destas intervenções.

Políticas de saúde pública e redução dos açúcares adicionados

O consumo de açúcares adicionados é um fator-chave na incidência de cáries dentárias, particularmente em crianças. Chi et al. (2019) sublinham a importância de reduzir o consumo de açúcares adicionados para limitar as cáries, nomeadamente em meios desfavorecidos. Esta

estratégia deve ser integrada nos programas de saúde pública através de campanhas de sensibilização e de medidas políticas destinadas a limitar o acesso a alimentos ricos em açúcar em meio escolar e comunitário.

Eficácia variável dos programas de prevenção

A eficácia dos programas de prevenção da saúde oral varia de acordo com as populações visadas e os métodos utilizados. Davies et al. (2007) e Wilson et al. (2018) relatam que alguns programas, como os baseados nas escolas, reduzem significativamente a cárie em crianças desfavorecidas, enquanto outros, que são menos adaptados, têm apenas um impacto limitado. Por exemplo, no estudo de Tubert-Jeannin et al. (2011), os programas baseados na escola mostraram alguma eficácia a curto prazo, mas os resultados a longo prazo foram menos conclusivos. O estudo mostra que os programas mais eficazes são os que adotam abordagens personalizadas e baseadas na comunidade, em especial para os grupos socioeconomicamente vulneráveis.

2.4 Discussão

2.4.1 Análise aprofundada dos resultados

A análise dos resultados dos programas de educação para a saúde oral destinados a populações desfavorecidas revelou efeitos variados em função dos grupos socioeconómicos, das abordagens educativas e dos contextos culturais. Estes resultados podem ser divididos em três temas principais: a eficácia dos programas escolares e comunitários, o papel dos fatores socioeconómicos e culturais e a importância das intervenções parentais.

2.4.1.1 Eficácia dos programas escolares e comunitários

Os estudos analisados, tais como os de Jackson et al. (2005) e Chen et al. (2020), mostraram que os programas educativos baseados na escola são geralmente eficazes na sensibilização das crianças para as boas práticas de higiene oral. Estes programas, que são frequentemente aplicados a uma escala nacional, como no caso do programa do Reino Unido analisado por Davies et al. (2007), têm sido bem-sucedidos na melhoria do conhecimento da saúde oral a curto prazo. Os resultados mostram que as crianças expostas a sessões regulares de informação e prevenção têm uma melhor compreensão dos riscos associados à cárie dentária e das boas práticas de higiene.

No entanto, os resultados do estudo de Ruff et al. (2022) sublinham que esta melhoria dos conhecimentos não se traduz sistematicamente numa redução da cárie dentária nas populações mais desfavorecidas. As taxas de cárie permanecem elevadas nestas populações, apesar da introdução destes programas. Isto indica que a informação por si só não é suficiente para mudar o comportamento a longo prazo, particularmente em contextos em que outros fatores, como o acesso aos cuidados de saúde e as condições de vida, influenciam os resultados em termos de saúde.

2.4.1.2 Impacto dos fatores socioeconómicos e culturais

Um dos resultados mais marcantes desta análise é a influência significativa das disparidades socioeconómicas na eficácia dos programas educativos. Estudos realizados por Qadri et al. (2018) demonstraram que as crianças de famílias com baixos rendimentos ou que vivem em zonas geográficas desfavorecidas são mais suscetíveis de sofrer de cáries dentárias, mesmo depois de participarem em programas de prevenção baseados na escola. Estes resultados corroboram as conclusões de Tubert-Jeannin et al. (2011), que salientam que as populações de baixos rendimentos enfrentam barreiras estruturais, tais como o acesso limitado a cuidados dentários de qualidade, a má nutrição e os ambientes de vida precários que exacerbam as desigualdades em matéria de saúde.

Além disso, estudos de Cartes-Veslasquez et al. (2017) e Chi et al. (2019) mostram que programas adaptados às especificidades culturais de grupos marginalizados, como refugiados e migrantes, são muito mais eficazes. Ao incorporar elementos como a língua e as normas culturais, estes programas conseguem ultrapassar algumas das barreiras que limitam o envolvimento da comunidade. As intervenções de base comunitária que envolvem mediadores culturais e assistentes sociais ajudam a estabelecer uma melhor comunicação com as famílias, resultando em melhores comportamentos de saúde oral.

2.4.1.3 O papel central da educação parental

Os resultados dos estudos de Brown et al. (2005) e Chen et al. (2020) sublinham o papel crucial desempenhado pelos pais na saúde oral dos seus filhos. Estes estudos revelam que as crianças cujos pais têm um nível de educação mais elevado e uma melhor compreensão dos cuidados dentários beneficiam geralmente de melhores práticas de prevenção e higiene oral. Estes pais

são mais suscetíveis de seguir as recomendações dos programas educativos e de encorajar visitas regulares ao dentista.

Em contrapartida, os pais com um baixo nível de educação ou com menos recursos económicos têm menos probabilidades de transmitir estas boas práticas. O estudo de Wilson et al. (2018) concluiu que, mesmo depois de participarem num programa educativo, as crianças de famílias desfavorecidas continuam a ter níveis elevados de cáries dentárias porque as práticas ensinadas não são sistematicamente reforçadas em casa. Este facto realça a importância de envolver não só as crianças, mas também os seus pais, nas iniciativas de prevenção.

2.4.1.4 Limites e lacunas dos programas

Vários estudos demonstraram igualmente que a sustentabilidade dos resultados constitui um desafio importante para estes programas. Embora sejam frequentemente observadas melhorias a curto prazo, a falta de acompanhamento e de reforço dos ganhos a longo prazo limita os efeitos benéficos das intervenções. Gibbs et al. (2014) demonstraram que, quando os programas terminam, os comportamentos das crianças e das famílias tendem a voltar às práticas anteriores, invertendo os progressos registados. Este facto realça a importância de um acompanhamento contínuo e de um apoio regular, sobretudo para as populações desfavorecidas.

Por último, vários estudos, incluindo os de Wemaere (2015) e Chandrashekar et al. (2014), salientaram as limitações metodológicas na avaliação destes programas. A falta de normalização dos critérios de avaliação, as pequenas dimensões das amostras e a ausência de dados a longo prazo tornam difícil avaliar o impacto real dos programas na saúde oral em grande escala.

Em conclusão, esta análise mostra que os programas de educação para a saúde oral têm efeitos positivos, mas o seu impacto continua a ser limitado por fatores socioeconómicos e culturais. Embora algumas iniciativas consigam aumentar a consciencialização e alterar os comportamentos a curto prazo, os resultados a longo prazo são frequentemente incertos, em especial para as populações mais vulneráveis. Estas observações mostram a necessidade de adaptar os programas às realidades sociais das populações-alvo, assegurando simultaneamente um apoio contínuo e integrado nas políticas públicas.

2.4.2 As desigualdades socioeconómicas e a eficácia dos programas educativos

As desigualdades socioeconómicas desempenham um papel central na saúde oral das crianças desfavorecidas. De acordo com Jackson et al. (2005), os programas de prevenção são frequentemente mais eficazes para crianças de meios socioeconómicos favorecidos, enquanto as populações desfavorecidas beneficiam menos. Qadri et al. (2018) salientam que estas populações desfavorecidas beneficiam menos dos programas de prevenção normalizados, devido ao acesso limitado aos cuidados e ao acompanhamento inadequado após as intervenções escolares.

Gibbs et al. (2014) mostraram que as famílias de migrantes e refugiados na Austrália tinham acesso limitado a informações sobre saúde bucal e que os programas de prevenção não levavam suficientemente em conta as barreiras culturais e linguísticas. Tubert-Jeannin et al. (2011) também observaram que, embora os programas educativos tenham um efeito globalmente positivo na redução da cárie, persistem desigualdades nos resultados entre as populações ricas e desfavorecidas. Estas desigualdades mostram que a abordagem atual, muitas vezes normalizada, não está adaptada a todos os grupos e que é necessária uma maior personalização para melhorar o impacto nas populações vulneráveis.

Estas conclusões são apoiadas por Peres et al. (2019), que demonstraram que as desigualdades sociais pioram os resultados da saúde oral. Do mesmo modo, Watt et al. (2016) defendem que a saúde oral deve ser abordada numa perspetiva de justiça social, salientando que as intervenções padronizadas não são suficientes para compensar as desigualdades estruturais. A eficácia dos programas está diretamente ligada ao contexto socioeconómico dos beneficiários, o que exige adaptações específicas para as populações marginalizadas.

2.4.3 Impacto das intervenções comunitárias adaptadas

As intervenções adaptadas a nível cultural e local apresentam melhores resultados. Cartes-Velásquez et al. (2017) demonstraram que as intervenções domiciliárias, como a entrevista motivacional, levaram a uma melhoria significativa na saúde oral das famílias desfavorecidas no Chile, superando as barreiras linguísticas e culturais. Além disso, Gibbs et al. (2014) e Ruff et al. (2022) mostraram que a inclusão de trabalhadores comunitários melhora o alcance das famílias de migrantes e refugiados.

Isto é consistente com os resultados de Fisher-Owens et al. (2007), que enfatizam a importância dos determinantes sociais e ambientais nos programas de saúde oral. Na mesma linha, Tubert-

Jeannin et al. (2011) concluíram que os programas comunitários que incorporam atividades educativas adaptadas às realidades das populações locais aumentaram a sensibilização para a importância da higiene dentária e reduziram os comportamentos de risco.

Watt e Sheiham (1999) acrescentam que as intervenções centradas na comunidade, particularmente em contextos de poucos recursos, promovem a participação e a adesão, especialmente se forem cultural e linguisticamente adequadas.

Estes resultados demonstram que os programas que têm em conta as especificidades culturais e socioeconómicas dos beneficiários, tal como também referido por Gibbs et al. (2014), ajudam a ultrapassar as barreiras à educação e à prevenção nas populações marginalizadas.

2.4.4 O papel da educação parental na eficácia do programa

A educação dos pais é um fator determinante na transmissão de boas práticas de saúde oral. Chen et al. (2020) observaram que as crianças cujos pais tinham um nível de educação mais elevado adotavam melhores práticas de higiene dentária, o que aumentava a eficácia das intervenções escolares. No entanto, tal como salientado por Hooley et al. (2012), as crianças provenientes de meios onde os pais têm um baixo nível de educação são mais suscetíveis de desenvolver cáries, uma vez que estas famílias não conseguem manter práticas educativas em casa, o que conduziu a um fracasso parcial das intervenções.

Fitzpatrick-Lewis et al. (2010) demonstraram que o envolvimento dos pais nos programas educativos multiplica o seu impacto. Sublinham ainda que a ação conjunta entre a escola e a família é essencial para que os conhecimentos adquiridos pelas crianças nos programas escolares sejam sustentados.

Chi et al. (2019) reforçam esta ideia ao sublinharem a importância de programas educativos que incluam as famílias, para que os comportamentos preventivos sejam mantidos em casa.

2.4.5 As políticas públicas e a redução dos açúcares adicionados

A redução dos açúcares adicionados é crucial para a prevenção de cáries, particularmente em crianças. Chi et al. (2019) salientaram a importância de programas de sensibilização combinados com medidas de regulação alimentar nas escolas. Este ponto também é defendido por Sheiham & James (2014), que demonstraram uma clara correlação entre o consumo de açúcares adicionados e a prevalência de cáries em crianças.

No contexto dos programas educativos, Jaime et al. (2015) mostram que a sensibilização para a necessidade de reduzir os açúcares adicionados na dieta das crianças é crucial para reduzir a incidência de cáries.

A necessidade de reduzir os açúcares adicionados na dieta das crianças é crucial para reduzir a incidência de cáries. No entanto, Wemaere (2015) e Davies et al. (2007) referem que estes programas só são eficazes se forem acompanhados de políticas públicas restritivas do consumo de açúcar, como a regulamentação dos produtos alimentares disponíveis nas escolas e campanhas de sensibilização em larga escala.

Os estudos de Sheiham & Tsakos (2014) defenderam intervenções públicas mais rigorosas para limitar o acesso a produtos açucarados, particularmente nas escolas, juntamente com campanhas educativas.

Os resultados mostram que as políticas que combinam a educação e a regulação dos açúcares adicionados poderiam ter um impacto mais duradouro na saúde oral das crianças de populações desfavorecidas. Esta abordagem é tanto mais pertinente quanto Chandrashekar et al. (2014) demonstraram que as ações educativas, por si só, não são suficientes para mudar os hábitos alimentares a longo prazo, especialmente em ambientes onde o acesso a alternativas saudáveis é limitado.

2.4.6 Eficácia variável dos programas de prevenção em função dos grupos visados

Os resultados dos programas educativos variam muito em função dos grupos sociais visados. Ruff et al. (2022) demonstraram que as crianças de meios desfavorecidos beneficiam menos das intervenções normalizadas, enquanto Tubert-Jeannin et al. (2011) constataram que os efeitos positivos não são frequentemente sustentados a longo prazo sem um acompanhamento adequado. Petersen & Ogawa (2012) sublinharam que os programas educativos têm de ser apoiados por políticas estruturais e iniciativas de saúde pública para terem um impacto duradouro.

Petersen (2008) salienta a integração da educação para a saúde oral numa abordagem de saúde pública mais ampla, que engloba não só a educação, mas também a melhoria das infraestruturas de cuidados dentários em ambientes desfavorecidos. Isto está de acordo com as conclusões de Benzian et al. (2011), que defenderam programas holísticos para reduzir as desigualdades estruturais na saúde oral.

2.4.7 Persistência das desigualdades apesar dos esforços educativos

Por último, apesar dos progressos realizados graças aos programas educativos, as desigualdades em matéria de saúde oral persistem. Qadri et al. (2018) destacaram o facto de que, mesmo após vários anos de programas educativos, as crianças de meios desfavorecidos continuam a ter taxas de cárie muito mais elevadas do que as de meios favorecidos. Gibbs et al. (2014) atribuem esta persistência das desigualdades à falta de recursos, monitorização e adaptação cultural dos programas educativos.

Watt e Sheiham (2012) e Cartes-Velásquez et al. (2017) sugerem que a chave para reduzir estas desigualdades reside numa abordagem integrada, em que a educação para a saúde oral é combinada com ações sociais e económicas mais amplas, tais como a facilitação do acesso aos cuidados dentários e a implementação de políticas públicas e apoio comunitário destinados a reduzir as disparidades económicas.

2.4.8 Recomendações para futuros programas de educação em saúde oral

Os resultados deste estudo mostram que, embora os programas de educação para a saúde oral tenham um impacto positivo, não conseguem colmatar as desigualdades entre grupos socioeconómicos. Uma das principais recomendações seria o desenvolvimento de abordagens personalizadas adaptadas aos contextos culturais e linguísticos das populações desfavorecidas. Estudos como os de Cartes-Velásquez et al. (2017) e Chi et al. (2019) demonstraram que as intervenções baseadas na comunidade e culturalmente adaptadas, como as visitas domiciliárias ou as campanhas especificamente direcionadas, são mais eficazes do que os programas escolares normalizados.

Outra recomendação seria a incorporação de um acompanhamento a longo prazo nestes programas. Os resultados de Davies et al. (2007) mostram que os impactos a curto prazo são visíveis, mas que, sem um acompanhamento contínuo, os efeitos positivos diminuem rapidamente. Seria benéfico desenvolver programas com apoio pós-intervenção, em que os pais e os professores continuam a ser formados e supervisionados para manter boas práticas de saúde oral a longo prazo.

2.4.8.1 Implicações para a política de saúde pública

As políticas de saúde pública devem também evoluir para apoiar estes esforços educativos. A integração de programas de saúde oral nas políticas públicas, por exemplo através de subsídios para cuidados dentários em comunidades desfavorecidas, poderia ajudar a colmatar o défice económico. O estudo de Jackson et al. (2005) mostra que uma melhor afetação dos recursos públicos a estes programas tornaria os cuidados dentários mais acessíveis.

Além disso, a redução dos açúcares adicionados na alimentação das crianças através de medidas legislativas ou fiscais poderia ter um efeito sinérgico com os programas educativos. Como mostra o estudo de Chen et al. (2020), a relação entre o consumo de açúcar e a cárie dentária está bem estabelecida, pelo que seria benéfica uma abordagem integrada que combinasse a educação e a intervenção política.

2.4.8.2 Perspetivas internacionais

Os resultados deste estudo estão em sintonia com a experiência internacional no domínio da saúde oral. Nos países em desenvolvimento, como mostra o trabalho de Tubert-Jeannin et al. (2011), as disparidades no acesso aos cuidados são ainda mais acentuadas. Nestes contextos, a educação, por si só, não é suficiente para compensar a falta de infraestruturas de cuidados dentários. Por outro lado, programas em países como o Brasil demonstraram que a integração da saúde oral em campanhas de saúde mais alargadas e adaptadas às comunidades locais, tal como descrito por Chi et al. (2019), melhorou o impacto das intervenções educativas.

Esses exemplos mostram que, para serem eficazes, os programas precisam ser contextualizados e acompanhados de apoio político e comunitário, como também destacado por Qadri et al. (2018).

2.4.9 Teoria da Mudança de Comportamento

A teoria da mudança de comportamento é essencial para compreender como as intervenções educativas podem efetivamente influenciar as práticas de saúde. Os estudos mostram que, embora os programas educativos sejam importantes, eles tendem a ter efeitos limitados quando aplicados de forma isolada, especialmente em populações desfavorecidas. Por exemplo, Cartes-Velasquez et al. (2017) demonstraram que a utilização de entrevistas motivacionais em casa melhorou a literacia em saúde oral e reduziu a morbilidade em famílias chilenas desfavorecidas,

resultando em uma redução significativa da cárie dentária. Contudo, as desigualdades em saúde oral persistiram, sugerindo a necessidade de estratégias mais amplas e holísticas para alcançar mudanças significativas.

Para encorajar mudanças duradouras no comportamento, é necessário ir além da simples transmissão de conhecimentos. Não basta informar as pessoas sobre o que devem fazer; é preciso fornecer-lhes ferramentas e suporte para aplicar esses conselhos no seu dia a dia. Chi et al. (2019) enfatizam a importância de reduzir o consumo de açúcares adicionados, uma das principais causas de cáries, para promover práticas de saúde eficazes. Além disso, estudos como o de Gibbs et al. (2014) sugerem que intervenções baseadas na educação pelos pares podem melhorar a saúde oral em comunidades culturalmente diversas.

Programas que incluem visitas domiciliares por trabalhadores comunitários têm mostrado ser mais eficazes do que intervenções tradicionais. Reisine & Psoter (2001) indicam que esses trabalhadores podem fornecer apoio personalizado às famílias, ajudando-as a compreender e aplicar os conselhos de saúde oral, além de oferecer encorajamento contínuo. Estes programas podem também ajudar as famílias a superar barreiras como a falta de tempo ou de recursos.

Além disso, Jackson et al. (2005) demonstraram que um programa de escovagem supervisionada com pasta de dentes fluoretada reduziu significativamente as cáries em crianças de comunidades desfavorecidas, reforçando a eficácia de intervenções diretas na mudança de comportamento. Por sua vez, Davies et al. (2007) observaram que a alta mobilidade da população nas zonas urbanas desfavorecidas pode diluir o impacto das intervenções no domínio da saúde dentária, tornando menos perceptíveis os benefícios para toda a população.

As intervenções nas escolas, onde se fornecem escovas e pasta dentífrica fluoretada, e se inclui a escovagem dos dentes como parte da rotina diária, podem ter um impacto positivo na saúde oral das crianças de comunidades vulneráveis. Tubert-Jeannin et al. (2011) ressaltam a importância de um programa de promoção da saúde oral, mas indicam que as desigualdades em cárie persistiram, o que mostra a necessidade de um enfoque mais abrangente e adaptado às necessidades locais.

Além disso, é crucial adaptar as intervenções às necessidades específicas de cada comunidade. Programas que consideram fatores culturais e socioeconômicos são geralmente mais eficazes. Watt e Sheiham (2012) afirmam que formar líderes comunitários para transmitir mensagens de saúde oral de maneira culturalmente relevante pode aumentar a compreensão e adesão às recomendações.

Em conclusão, a promoção de uma mudança de comportamento sustentável requer intervenções educativas integradas e abrangentes. Estas devem ir além da simples educação e incluir apoio contínuo, reforço positivo e modificações no ambiente. Ao adotar essas abordagens mais amplas, é possível ajudar as populações desfavorecidas a superar as barreiras que limitam a aplicação de novos conhecimentos e práticas de saúde oral.

2.4.10 Análise custo-efetividade de programas educativos

A análise da eficácia dos programas de educação para a saúde oral deve também ter em conta o seu custo. Os programas de baixo custo, como as intervenções baseadas na escola ou as visitas domiciliárias, têm mostrado resultados variados, dependendo do contexto socioeconómico. Por exemplo, o estudo de Brown et al. (2005) sobre um programa de escovagem supervisionada para crianças desfavorecidas em Inglaterra mostra que estas intervenções de baixo custo podem reduzir a progressão da cárie, mas a sua sustentabilidade depende de financiamento a longo prazo.

Os programas comunitários, que requerem uma maior mobilização de recursos humanos e materiais, podem ser mais dispendiosos, mas mais eficazes. O estudo de Chi et al. (2019) destaca que, embora os custos iniciais sejam mais elevados, os programas que envolvem visitas domiciliárias e acompanhamento regular oferecem melhores resultados a longo prazo, nomeadamente em termos de prevenção de cáries e de melhoria da saúde oral geral.

Num contexto em que os recursos são limitados, é, por conseguinte, crucial avaliar o equilíbrio entre o custo e a eficácia dos programas para garantir a sua viabilidade e o seu impacto a longo prazo.

2.4.11 Ganhos em saúde e eficácia dos programas de intervenção

Os programas de intervenção no domínio da saúde oral, embora com resultados desiguais, revelaram ganhos de saúde mensuráveis, nomeadamente em termos de redução das taxas de cárie, melhoria dos comportamentos de higiene oral e redução da dor dentária em crianças de populações desfavorecidas. Os programas de intervenção no domínio da saúde oral, embora com resultados desiguais, revelaram ganhos de saúde mensuráveis, nomeadamente em termos de redução das taxas de cárie, melhoria dos comportamentos de higiene oral e redução da dor dentária em crianças de populações desfavorecidas.

Reduzir a taxa de cáries

Alguns estudos mostraram uma redução significativa da cárie dentária em resultado de programas de intervenção. Por exemplo, o trabalho de Jackson et al. (2005) mostra que os programas de escovagem escolar supervisionada reduzem as cáries nas crianças, especialmente nas que provêm de meios socioeconómicos mais elevados. Do mesmo modo, Chen et al. (2020) referem uma redução das cáries em resultado de iniciativas educativas combinadas com cuidados preventivos, como a aplicação de flúor.

Melhores resultados: abordagens personalizadas e de base comunitária

Os melhores resultados foram observados em programas que integram abordagens baseadas na comunidade e culturalmente adaptadas. O trabalho de Cartes-Veslasquez et al. (2017) e Chi et al. (2019), realizado com populações vulneráveis, como migrantes e refugiados, mostrou que a adição de visitas domiciliárias e apoio personalizado às famílias levou a uma redução significativa das cáries e a uma melhoria da saúde oral geral. Estes programas também facilitaram a superação das barreiras linguísticas e culturais que muitas vezes dificultam o acesso aos cuidados de saúde.

Limitações dos programas educativos normais

Em contraste, os programas educativos padronizados, baseados apenas na informação e sensibilização, mostram uma eficácia limitada a longo prazo. Embora sejam frequentemente observadas melhorias temporárias, como um aumento dos conhecimentos sobre higiene oral ou uma diminuição das cáries durante o período do programa (Gibbs et al., 2014), estes ganhos nem sempre são sustentáveis após o fim das intervenções. Isto realça a importância da monitorização regular, particularmente em comunidades onde as barreiras socioeconómicas persistem.

- Eficácia a longo prazo e acompanhamento das populações desfavorecidas

Outro aspeto crucial é a sustentabilidade dos resultados ao longo do tempo. Como destacado no trabalho de Tubert-Jeannin et al. (2011) e Qadri et al. (2018), os programas que incorporam cuidados preventivos contínuos, como a aplicação regular de géis de flúor e a oferta de acompanhamento dentário gratuito, tendem a produzir efeitos mais duradouros do que as intervenções puramente educativas. Isto mostra que, para serem eficazes a longo prazo, os programas devem ir além da educação e incluir intervenções clínicas regulares.

Em conclusão, é essencial que os programas educativos sejam concebidos de forma flexível,

tendo em conta as características socioeconómicas, culturais e familiares específicas das populações-alvo. Iniciativas futuras devem combinar educação, apoio parental, intervenções comunitárias e políticas públicas para reduzir efetivamente as desigualdades na saúde oral.

2.4.12 Perspetivas para futuros programas de intervenção no domínio da saúde oral

Os resultados desta tese destacam a necessidade de repensar os programas de intervenção em saúde oral para populações desfavorecidas. Em primeiro lugar, é essencial adaptar os programas para melhor satisfazer as necessidades específicas dos grupos vulneráveis. Isto inclui ter em conta as barreiras linguísticas, culturais e económicas, como foi demonstrado em estudos sobre populações de refugiados e migrantes. As intervenções educativas devem ser adaptadas às realidades locais e incorporar práticas que sejam acessíveis a cada população-alvo.

Em segundo lugar, um acompanhamento regular e a longo prazo após o termo dos programas é crucial para garantir resultados duradouros. O efeito das intervenções a curto prazo é frequentemente positivo, mas sem um acompanhamento regular, os progressos em matéria de higiene oral tendem a desaparecer. O apoio contínuo, por exemplo, através de visitas de acompanhamento ou de avisos regulares, ajudaria a manter os conhecimentos e as práticas adquiridos.

Comparação entre diferentes abordagens educativas

A comparação dos diferentes métodos utilizados para educar as pessoas sobre a saúde oral pode fornecer informações valiosas. Por exemplo, poderíamos comparar a eficácia de cursos em sala de aula, workshops comunitários e consultas individuais. Também seria interessante explorar a utilização de novas tecnologias, como aplicações móveis e plataformas em linha, para ver se podem melhorar os resultados.

Estudos multicêntricos

A realização de investigações em vários centros e em diferentes países permitiria comparar os efeitos dos programas educativos em diferentes contextos. Estes estudos poderiam ajudar a identificar o que funciona bem em todo o lado e o que precisa de ser adaptado a contextos específicos. Isto permitiria conceber programas mais eficazes e adaptados a diferentes ambientes socioeconómicos e culturais.

Papel dos pais e encarregados de educação

O estudo do papel dos pais e dos professores na promoção da saúde oral das crianças poderia revelar como envolvê-los mais eficazmente. A investigação poderá centrar-se na formação e no apoio necessários para que os pais e os professores transmitam eficazmente as mensagens de prevenção.

Impacto das políticas de saúde pública

A análise da forma como as políticas de saúde pública influenciam a implementação e o sucesso dos programas educativos pode fornecer ideias para uma melhor integração destes programas nos sistemas de saúde existentes. Por exemplo, poderíamos estudar a forma como os subsídios governamentais e as parcerias com organizações não governamentais afetam o êxito dos programas educativos.

Por último, a integração das novas tecnologias (aplicações móveis, teleconsultas, plataformas de informação) poderá oferecer novas oportunidades para chegar a um maior número de pessoas, nomeadamente as que vivem em zonas rurais ou isoladas. Estas tecnologias poderiam facilitar o acesso aos cuidados, à informação e ao acompanhamento personalizado, reduzindo simultaneamente as desigualdades.

2.5 Limitações do estudo e da investigação

- Limitações metodológicas

Os dados utilizados na presente tese provêm de vários estudos e programas realizados em contextos diferentes. Esta diversidade, embora benéfica para alargar a compreensão, torna por vezes difícil a comparação direta dos resultados. Nomeadamente, os estudos nem sempre utilizam metodologias uniformes, o que pode influenciar a generalização das conclusões. Além disso, alguns estudos têm amostras de dimensão limitada, o que reduz a sua representatividade estatística.

- Amostragem e potencial enviesamento

As populações desfavorecidas estudadas variam em termos de características socioeconómicas, culturais e geográficas, o que pode influenciar a resposta aos programas de educação para a saúde oral. Alguns estudos, nomeadamente os realizados com populações migrantes ou refugiadas (Gibbs et al., 2014; Cartes-Veslasquez et al., 2017), podem não ter tido em conta todas as particularidades culturais ou linguísticas destes grupos. Isto pode introduzir vieses de

seleção ou de medição que limitam o âmbito dos resultados.

- Duração dos estudos

Outra limitação é a duração dos estudos analisados. A maioria dos programas avaliados teve uma duração relativamente curta, tornando difícil avaliar a eficácia a longo prazo destas intervenções na saúde oral. Como observado no estudo de Chi et al. (2019), o impacto a longo prazo dos programas escolares ou comunitários na saúde oral permanece incerto.

- Falta de acompanhamento a longo prazo

Vários estudos mostraram uma melhoria temporária nos conhecimentos e práticas de higiene oral durante a intervenção, mas pouca investigação incluiu um acompanhamento a longo prazo para medir a sustentabilidade dos resultados (Ruff et al., 2022). Esta falta de acompanhamento pós-programa torna impossível determinar se as mudanças comportamentais e as melhorias na saúde oral persistem após o fim das intervenções educativas.

- Variabilidade dos contextos socioeconómicos

Os resultados variam muito em função do contexto socioeconómico e geográfico. Por exemplo, os estudos realizados em zonas urbanas desfavorecidas (Davies et al., 2007) não são diretamente aplicáveis às zonas rurais, onde os desafios de acesso aos cuidados de saúde e aos programas educativos podem ser diferentes. A heterogeneidade dos contextos torna mais difícil tirar conclusões generalizáveis.

- Influência de fatores externos

Certos fatores externos, como as políticas públicas, as infraestruturas de saúde ou o acesso aos cuidados dentários, podem influenciar os resultados dos programas educativos. Por exemplo, nas regiões onde o acesso aos serviços dentários continua a ser limitado, mesmo os programas educativos mais eficazes terão um impacto reduzido. A complexidade dos determinantes sociais da saúde oral, tal como ilustrado por Peres et al. (2019), torna difícil avaliar o impacto direto dos programas.

- Dependência da autoavaliação

Em vários estudos, os dados foram recolhidos por auto-relato dos participantes ou dos pais, o que pode introduzir vieses de resposta, incluindo a sobre ou subestimação de comportamentos de saúde (Chen et al., 2020). Este facto levanta questões sobre a validade dos dados relativos às práticas de higiene oral comunicadas pelos participantes.

Recomendações para a investigação futura para ultrapassar estas limitações, seria útil:

- Realizar estudos longitudinais com acompanhamento a longo prazo.
- Normalizar as metodologias para facilitar as comparações entre estudos.
- Ter em conta as especificidades culturais e linguísticas na conceção dos programas educativos.
- Incorporar avaliações mais objetivas das práticas de saúde oral, para além da autoavaliação.

3. CONCLUSÃO

Esta tese demonstrou o potencial dos programas educativos para melhorar a saúde oral das populações desfavorecidas, ao mesmo tempo que destacou os seus limites face às disparidades socioeconómicas. As intervenções padronizadas mostram resultados limitados nas populações desfavorecidas, enquanto as abordagens dirigidas e adaptadas culturalmente são mais promissoras.

Para maximizar a sua eficácia, estes programas devem ser integrados em políticas públicas mais amplas, combinando educação, redução de açúcares adicionados e melhor acesso a cuidados dentários. A inclusão dos pais e o acompanhamento a longo prazo são essenciais para garantir resultados duradouros. Ao adotar uma abordagem holística e equitativa, é possível reduzir as desigualdades persistentes na saúde oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Benzian, H., Williams, D., & Petersen, P. E. (2011). Strengthening primary health care to address the global oral health burden. *World Health Organization Bulletin*, 89(9), 661–667.
- Beaton, L., Freeman, R., & Humphris, G. (2013). Why Are People Afraid of the Dentist? Observations and Explanations. *Medical Principles and Practice*, 23(4), 295-301. <https://doi.org/10.1159/000357223>
- Brown, R. M., Canham, D., & Cureton, V. Y. (2005). An Oral Health Education Program for Latino Immigrant Parents. *The Journal of School Nursing*, 21(5), 266-271. <https://doi.org/10.1177/10598405050210050401>
- Chandrashekar, B., Suma, S., Sukhabogi, J., Manjunath, B., & Kallury, A. (2014). Oral health promotion among rural school children through teachers: an interventional study. *Indian Journal of Public Health*, 58(4), 235. <https://doi.org/10.4103/0019-557x.146278>
- Cartes-Velasquez, R., Araya, C., Flores, R., Luengo, L., Castillo, F., & Bustos, A. (2017). A motivational interview intervention delivered at home to improve the oral health literacy and reduce the morbidity of Chilean disadvantaged families: a study protocol for a community trial. *BMJ Open*, 7(7), e011819. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011819>
- Chen, L., Hong, J., Xiong, D., Zhang, L., Li, Y., Huang, S., & Hua, F. (2020). Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *BMC Oral Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01186-4>
- Chi, D. L., & Scott, J. M. (2018). Added Sugar and Dental Caries in Children. *Dental Clinics of North America*, 63(1), 17-33. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2018.08.003>
- De Abreu, M. H. N. G., Cruz, A. J. S., Borges-Oliveira, A. C., De Castro Martins, R., & De Freitas Mattos, F. (2021). Perspectives on Social and Environmental Determinants of Oral Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13429. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413429>
- Davies, G. M., Duxbury, J. T., Boothman, N. J., & Davies, R. M., (2007). Challenges associated with the evaluation of a dental health promotion programme in a deprived urban area. *Community Dental Health*, 24(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17615828/>
- Dye, B.A., Li, X., & Thornton-Evans G. (2012). Reducing Oral health Disparities Through school-based and Community Programs. *Journal of the American Dental Association*, 143(7), 771-781. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/12034>
- FDI. (2020). La vision 2020 de la FDI: Une prospection sur l'avenir de la santé bucco-dentaire, *FDI World Dental Federation*. https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-vision_2020-fr.pdf
- Fisher-Owens, S. A., Gansky, S. A., Platt, L. J., Weintraub, J. A., Soobader, M., Bramlett, M. D., & Newacheck, P. W. (2007). Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics*, 120(3), e510-e520. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3084>
- Fitzpatrick-Lewis, D., Ganann, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdjian, F., & Hayward, S. (2010). Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: A rapid systematic review. *BMC Public Health*, 10(1), 1-14.

- GBD. (2020). Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222.
- Genco, R. J., & Borgnakke, W. S. (2013). Risk factors for periodontal disease. *Periodontology* 2000, 62(1), 59-94. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x>
- Gibbs, L., Waters, E., De Silva, A., Riggs, E., Moore, L., Armit, C., Johnson, B., Morris, M., Calache, H., Gussy, M., Young, D., Tadic, M., Christian, B., Gondal, I., Watt, R., Pradel, V., Truong, M., & Gold, L. (2014). 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*, 4(3), e004260. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004260>
- Glanz, K., Rimer, B.K, Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass, 24-35.
- Griffin, S., Regnier, E., Griffin, P., & Huntley, V. (2007). Effectiveness of Fluoride in Preventing Caries in Adults. *Journal Of Dental Research*, 86(5), 410-415. <https://doi.org/10.1177/154405910708600504>
- Griffin, S. J., & Nilsson, G. A. R. (2012). Oral health promotion and the Role of Education: Reducing the Risk of Dental Caries in Socioeconomically Disadvantaged Communities. *Community Dental Health*, 29(4), 256-261
- Guarnizo-Herreño, C. C., & Wehby, G. L. (2012). Children's dental health, school performance, and psychosocial well-being. *Journal of Pediatrics*, 161(6), 1153–1159. <https://doi.org/10.20396/bjos.v23i00.8670322>
- Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., & Kilpatrick, N. (2012). Parent influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review of the literature. *Journal of Dentistry*, 40(11), 873-885. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030057121200200X?via%3Dihub>
- Jackson, R., Newman, H., Smart, G., Stokes, E., Hogan, J., Brown, C., & Seres, J. (2005). The Effects of a Supervised Toothbrushing Programme on the Caries Increment of Primary School Children, Initially Aged 5–6 Years. *Caries Research*, 39(2), 108-115. <https://doi.org/10.1159/000083155>
- Jaime, R., Carvalho, T., Bonini, G., Imparato, J., & Mendes, F. (2015). Oral Health Education Program on Dental Caries Incidence for School Children. *Journal Of Clinical Pediatric Dentistry*, 39(3), 277-283. <https://doi.org/10.17796/1053-4628-39.3.277>
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P., & Marcenes, W. (2015). Global Economic Impact of Dental Diseases. *Journal Of Dental Research*, 94(10), 1355-1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
- Newton, J. T., & Bower, E. J. (2005). The social determinants of oral health : new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(1), 25-34. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00190.x>
- OMS. (2022). *Santé bucco-dentaire*, Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/health-topics/oral-health>
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249-260. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31146-8)

- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(s1), 3-24. <https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>
- Petersen, P. E., & Kwan, S. (2004). Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention--WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dental Health*, 21(4 Suppl), 319–329.
- Petersen, P. E. (2005). The role of parents in the maintenance of good oral health among children: A review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(1), 42–49.
- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, 58(3), 115-121. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595x.2008.tb00185.x>
- Petersen, P. E., & Kwan, S. (2011). Equity, social determinants and public health programmes - the case of oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(6), 481-487. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00623.x>
- Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2012). The global burden of periodontal diseases: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*, 60 (1), 15-39 <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00425.x>
- Qadri, G., Alkilzy, M., Franze, M., Hoffmann, W., & Splieth, C. (2018). School-based oral health education increases caries inequalities. *Community Dental Health*, 35(3), 153-159. https://doi.org/10.1922/cdh_4145qadri07
- Reisine, S. T., & Psoter, W. (2001). Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. *Journal of Dental Education*, 65(10), 1009–1016.
- Ruff, R. R., Monse, B., Duijster, D., Itchon, G. S., Naliponguit, E., & Benzian, H. (2022). Effectiveness of school-based strategies to prevent tooth decay in Filipino children: A cluster-randomized trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 51(2), 219-227. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12729>
- Sheiham, A. (2005) Oral Health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health*, 83, 644-645.
- Sheiham, A., & James, W. P. T. (2014). A new understanding of the relationship between sugars, dental caries and fluoride use: implications for limits on sugars consumption. *Public Health Nutrition*, 17(10), 2176-2184. <https://doi.org/10.1017/s136898001400113x>
- Sheiham, A., & Tsakos, G. (2014). The Impact of Socioeconomic Stress on Oral Health: A Multilevel Perspective. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42 (3), 159-165
- Tubert-Jeannin, S., Leger, S., & Manevy, R. (2011). Addressing children’s oral health inequalities: caries experience before and after the implementation of an oral health promotion program. *Acta Odontologica Scandinavica*, 70(3), 255-264. <https://doi.org/10.3109/00016357.2011.645059>
- Wall, T., & Vujcic, M. (2015). Emergency department use for dental conditions continues to increase. *Health Policy Institute Research Brief*, American Dental Association.
- Warnakulasuriya, S. (2008). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 45(4-5), 309-316. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.06.002>

- Watt, R., & Sheiham, A. (1999). Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *BDJ*, 187(1), 6-12. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800191>
- Watt, R. G. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *PubMed*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16211164/>
- Watt, R. G. (2007). From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(1), 1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00348.x>
- Watt, R. G., & Sheiham, A. (2012). Inequalities in oral health: A review of the evidence and recommendations for action. *British Dental Journal*, 212(1), 5–9.
- Watt, R. G., Listl, S., Peres, M., & Heilmann, A. (2016). Social inequalities in oral health: From evidence to action. *International Dental Journal*, 66(2), 5–10.
- Wemaere, J. (2015) Impact de la prévention bucco-dentaire en milieu scolaire. *L'informaton Dentaire*, 28-32.
- Wilson, A. R., Fehringer, K. A., Henderson, W. G., Venner, K., Thomas, J., Harper, M. M., Batliner, T. S., & Albino, J. (2018). Fidelity of motivational interviewing in an American Indian oral health intervention. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(3), 310-316. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12368>