



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

***HÁBITOS, CONHECIMENTOS E ATITUDES DE SAÚDE ORAL DOS
ESTUDANTES DA ESCOLA SECUNDÁRIA ALVES MARTINS***

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

Por

João Pedro de Sousa Saraiva Dias

Sob a orientação do Mestre Nélio Veiga

E a coorientação da Doutora Andreia Figueiredo

Viseu, 2015

“Treatment without prevention is simply unsustainable.”

Bill Gates

Agradecimentos

Começo por agradecer ao meu orientador, Mestre Nélio Veiga pela sabedoria partilhada e por me ter guiado sempre ao longo da realização da dissertação.

À minha coorientadora Doutora Andreia Figueiredo pelo contributo do seu conhecimento.

Aos meus pais, António Dias e Regina Saraiva, pelo o amor, os valores transmitidos e o apoio dado, deixo o meu maior agradecimento. Sem eles não seria a pessoa que sou hoje.

À minha namorada, Marta Soares, pelo carinho, paciência e por todos os momentos vivenciados ao longo deste percurso académico.

Às minhas irmãs, Rita Dias e Inês Dias, pela paciência nos dias mais “stressantes” durante a realização da dissertação.

À minha binómia, Stefanie Rei, pelos anos partilhados nesta universidade, pelas noites e jantares académicos, por todas as aventuras vividas e por me ter ajudado na aplicação dos questionários Desejo-lhe muito boa sorte como futura Médica Dentista e sei que vai conseguir vingar nesta área.

Aos meus amigos e colegas (Edgar Ermida, Simone Santos, Bárbara Serralheiro, Inês Martins, Diogo Pereira, Marlene Pinto e José Gonçalves) que também contribuíram na realização desta dissertação.

Aos amigos (Sofia Branco, Rodrigo Vicente e Valéria Pestana) com quem partilhei experiências, tanto dentro como fora da faculdade.

Aos meus amigos de infância (Ângela Campos, Filipe Soares, Patrícia Ferreira, Diana Silva e Marta Figueiredo) que vivenciaram de perto esta etapa académica e proporcionaram grandes momentos de diversão e descontração.

Aos meus avós e tios com quem partilhei estes anos de faculdade.

A todos os professores de Educação Física da ESAM que foram incansáveis durante todo o processo de aplicação dos questionários.

À Universidade Católica e ao MIMD por ter permitido a minha formação.

A todos que, de alguma maneira, fazem parte da minha vida, um profundo obrigado, sem vocês nada seria possível.

Resumo

Introdução: A elevada prevalência de doenças orais, como a cárie dentária e as doenças periodontais, constituem um dos principais problemas de saúde pública entre os adolescentes. Assim, a promoção da saúde oral (SO) é fundamental na melhoria dos conhecimentos, transformação de atitudes e comportamentos de SO.

Objectivos: Caracterizar os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO e verificar a influência dos fatores sociodemográficos, comportamentos de risco e de vigilância de SO nos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes.

Material e Métodos: Estudo transversal realizado em 223 estudantes que frequentavam o 10º, 11º e 12º ano da Escola Secundária Alves Martins de Viseu. A recolha de dados foi efetuada com um questionário autoaplicado que integrava vários instrumentos que permitiram avaliar as características sociodemográficas, os comportamentos de risco, os hábitos de SO, a vigilância de SO e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes.

Resultados: Os estudantes revelaram hábitos, conhecimentos e atitudes de SO positivos, obtendo percentagens superiores a 70% em todas as dimensões à exceção do medo dentário (sem medo com 44,8%). O índice de CPOD foi $1,35 \pm 1,96$, com uma prevalência de “muito baixo nível de cárie dentária” de 67,3% e “elevado/muito elevado nível de cárie dentária” de 8,0%. Foram os estudantes do sexo feminino, com 18-19 anos, e os que consultaram o médico dentista que apresentaram melhores hábitos, conhecimentos e atitudes de SO. Todavia, não se confirmou a associação entre os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes com a área de residência, ano escolar, habilitações literárias dos pais, comportamentos de risco e motivo da consulta médico-dentária.

Conclusão: Os estudantes demonstraram bons hábitos, conhecimentos e atitudes de SO, contudo é fundamental desenvolver melhores e mais eficientes abordagens futuras de prevenção de doenças orais.

Palavras chave: adolescentes, atitudes, conhecimentos, hábitos, saúde oral.

Abstract

Introduction: The high prevalence of oral diseases like dental caries and periodontal diseases is considered a major public health issue among adolescents. Therefore, the promotion of oral health is essential in the improvement of the knowledge, attitudes and oral health behaviors.

Objectives: To characterize the habits, knowledge and oral health attitudes and verify the influence of various demographic factors, risk behaviors and oral health monitoring in the habits, knowledge and attitudes to oral health of adolescents.

Methods: A cross-sectional epidemiological study was designed with 223 students who attended the 10th, 11th and 12th grade of Alves Martins secondary school in Viseu, Portugal. The data collection was performed through a self-administered questionnaire which included several instruments that allowed the assessment of sociodemographic characteristics, risk behaviors, oral health habits, surveillance of oral health and habits, knowledge and attitudes of oral health in adolescents.

Results: The students revealed positive habits, knowledge and oral health attitudes and obtained prevalences higher than 70% in all dimensions except for dental fear (no fear with 44.8%). The DMFT index was 1.35 ± 1.96 , with a prevalence of very low presence of dental caries of 67.3% and only 8.0% were classified high / very high. The female students, with 18-19 years and those who frequently consulted the dentist presented better habits, knowledge and attitudes of oral health. However, no association was found between the habits, knowledge and attitudes of oral health with the adolescents' residential area, school year, parents' scholarship, risk behavior and reason for dental appointment.

Conclusion: Students have demonstrated good habits, knowledge and attitudes of oral health, yet it is crucial to develop better and more efficient future approaches for the prevention of oral diseases.

Keywords: adolescents, attitudes, habits, knowledge, oral health.

Acrónimos e Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

SO – Saúde Oral

CPOD – Índice de dentes permanentes Cariados, Perdidos, Obturados

ESAM – Escola Secundária Alves Martins

Índice

Introdução	17
Capítulo 1 – Fundamentação teórica	21
1.1 – Adolescência.....	21
1.2 – Hábitos, conhecimentos e as atitudes de SO dos adolescentes.....	22
1.3 – Determinantes de SO	23
1.3.1 – Higiene oral	24
1.3.2 – Factores socioeconómicos	26
1.3.3 – Administração de fluoretos	26
1.3.4 – Consultas ao médico dentista	27
1.3.5 – Hábitos alimentares.....	28
1.4 – Doenças orais na adolescência.....	30
1.5 – Índice e indicadores de SO.....	32
Capítulo 2 – Objectivos do estudo	35
Capítulo 3 – Material e métodos	37
3.1 – Questões de investigação	37
3.2 – Tipo de estudo.....	38
3.3 – Variáveis em estudo	39
3.4 – População e amostra	40
3.5 – Instrumentos de recolha de dados	41
3.6 – Procedimentos Éticos e Legais.....	44
3.7 – Análise estatística.....	45
Capítulo 4 – Resultados	47
4.1 – Caracterização dos comportamentos de risco	47
4.2 – Caracterização dos hábitos de higiene oral.....	48
4.3 – Caracterização da vigilância de SO.....	51
4.4 – Caracterização da história presente e passada de cárie dentária.....	53
4.5 – Avaliação dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO	54
4.6 – Prevalência de cárie dentária.....	55
4.7 – Variáveis sociodemográficas e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	56
4.8 – Variáveis relativas aos comportamentos de risco e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	60
4.9 – Variáveis relativas à vigilância de SO e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO	62

Capítulo 5 – Discussão	65
5.1 – Avaliação dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO	65
5.2 – Prevalência de cárie dentária.....	66
5.3 – Variáveis sociodemográficas e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	67
5.4 – Variáveis relativas aos comportamentos de risco e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	68
5.5 – Variáveis relativas à vigilância de SO e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO	69
Capítulo 6 – Conclusões	71
Referências bibliográficas.....	73
Anexos	81
Anexo 1 - Questionário	82
Anexo 2 - Autorização para a aplicação do Questionário	88
Anexo 3 - Declaração de consentimento informado	90

Índice de figuras e quadros

Figura 1 – A nova roda dos alimentos.....	29
Figura 2 - Representação esquemática da relação entre as variáveis.....	38
Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.	41
Quadro 2 - Resultados da Consistência Interna do “Questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos adolescentes”	44
Quadro 3 - Caracterização dos comportamentos de risco	48
Quadro 4 - Caracterização dos hábitos de higiene oral	50
Quadro 5 - Caracterização da vigilância de SO	52
Quadro 6 - Caracterização da história presente e passada de cárie dentária.....	53
Quadro 7 - Caracterização dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO	54
Quadro 8 - Estatísticas relativas aos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO...55	
Quadro 9 - Prevalência do CPOD em função do sexo	55
Quadro 10 - Relação entre o género e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO	56
Quadro 11 - Relação entre o grupo etário e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	57
Quadro 12 - Relação entre a zona de residência e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	57
Quadro 13 - Relação entre o ano de escolaridade e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	58
Quadro 14 - Relação entre a área curricular e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	58
Quadro 15 - Relação entre as habilitações literárias dos pais e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	59
Quadro 16 - Relação entre o consumo de álcool e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	60
Quadro 17 - Relação entre os hábitos tabágicos e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	61
Quadro 18 - Relação entre a opinião dos estudantes quanto à influencia dos hábitos alimentares nos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO ...	61

Quadro 19 - Relação entre a ida à consulta ao médico dentista no último ano e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	62
Quadro 20 - Relação entre os motivos da consulta e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.....	63

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para 2020 metas para a saúde oral (SO) que exigem um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde, de educação, dos serviços públicos e privados.¹

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infanto-juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, obter-se-ão ganhos em saúde com custos económicos reduzidos, uma vez que tanto a cárie dentária como as doenças periodontais, são de fácil tratamento num estadio inicial.²

A cárie dentária é um denominador comum em todas as populações existentes no mundo e é o fator responsável pela dor e perda precoce dos dentes. É das doenças mais prevalentes na idade pré-escolar e escolar e tem um grande impacto no bem-estar individual e social da criança e do adolescente.³

No processo de socialização da criança, a família assume um papel muito importante, pois é ela que modela e programa o comportamento e a sua identidade. A família e os professores têm um papel de destaque na prevenção das patologias orais, no estabelecimento de comportamentos e hábitos corretos em SO desde idade precoce.

A escola e os seus agentes educativos e formativos desempenham um papel fundamental na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com a prevenção da doença e a promoção da SO.

Desde a idade pré-escolar e escolar, primeira infância, passando pela adolescência, todas estas fases são importantes e passíveis de intervenção ao nível da promoção da SO. A intervenção deve ficar a cargo dos adultos responsáveis que controlam o comportamento e modelam as atitudes da criança. As consequências imediatas, a médio e longo prazo das suas atitudes educacionais para com os filhos terão, inevitavelmente, consequências a longo prazo na SO dos mesmos.

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa com propostas de atividades assentes em dois eixos: o primeiro na

vigilância e na proteção da saúde e o segundo na aquisição de conhecimentos, capacidades e competências na promoção da saúde. No desenvolvimento destas atividades, as equipas de saúde escolar assumem um papel ativo na gestão da saúde da comunidade educativa, contribuindo decisivamente para a obtenção de ganhos em saúde da população portuguesa, a médio e longo prazo.⁴

Em Portugal, há mais de duas décadas que os Centros de Saúde têm posto em prática atividades organizadas pelo Programa Nacional de Promoção da SO, programa este com o papel fundamental de implementação de estratégias globais de intervenção direcionadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais das crianças e jovens.²

Os efeitos destas estratégias são notórios. Tem-se verificado uma maior consciencialização, por parte das classes mais jovens da sociedade, relativa à SO e à sua importância no bem-estar do indivíduo. As razões subjacentes a esta evolução não estão ainda definidas mas, sabe-se que as ações de sensibilização e a divulgação de hábitos corretos e promotores de SO, estão na base desta mudança.¹

Apesar do conhecimento existente e das formas usadas para a promoção da SO, continuam a existir mitos a esclarecer e práticas a reforçar ou a corrigir.

Em Portugal, o último estudo nacional de prevalência de doenças orais, realizado em 2008, demonstrou que aos 12 e aos 15 anos o índice de dentes permanentes Cariados, Perdidos, Obturados (CPOD) era de 1,48 e 3,04, respetivamente. A prevalência de cárie aumentava com a idade e era superior nas classes mais desfavorecidas.⁵

Foi neste contexto que surgiu o interesse pela problemática dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes. Isto porque, a intervenção da promoção da SO, deve iniciar-se durante a gravidez, desenvolver-se ao longo da infância, em saúde infantil e juvenil e consolidar-se nos estabelecimentos escolares através do programa da Saúde Escolar, dirigido às crianças e aos adolescentes.¹

Essa influência pode exercer-se de forma positiva ou negativa, tendo em conta o grau de conhecimento dos pais e dos agentes educativos e também pela importância que os adolescentes dão à área da SO.

Esta investigação surgiu na sequência do plano curricular do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras no ano lectivo de 2014/2015.

A área da Medicina Dentária Preventiva sempre suscitou especial interesse pois é neste domínio que se irá agir junto dos adolescentes, pois os hábitos adquiridos na infância e reforçados na adolescência permanecerão na vida adulta.

Com este trabalho pretende-se investigar quais são os hábitos, conhecimentos e atitudes dos estudantes da Escola Secundária Alves Martins (ESAM), uma escola secundária pública do distrito de Viseu que se encontra situada no centro desta cidade.

Após a definição do problema, e depois de se auscultar o orientador Mestre Nélio Veiga, foi iniciada a pesquisa bibliográfica com vista à construção dos instrumentos de colheita de dados, que permitirão responder à problemática em investigação.

A nível estrutural este trabalho de investigação divide-se em seis capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento teórico que suporta o estudo empírico estando dividido em cinco pontos onde será abordada a adolescência, os hábitos conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes, os determinantes de SO, as doenças orais na adolescência e os índices e indicadores de SO. Nos restantes capítulos é descrita toda a investigação levada a cabo para responder às questões de investigação que nortearam a problemática em estudo.

Em anexo, encontram-se, os instrumentos de recolha de dados, a autorização dada para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados e o consentimento informado.

Capítulo 1 – Fundamentação teórica

Neste capítulo será abordada toda a revisão da literatura consultada que suporta a temática dos hábitos, conhecimentos e as atitudes de SO dos adolescentes. Serão abordados os seguintes tópicos: a adolescência, os hábitos conhecimentos de SO dos adolescentes, determinantes de SO, doenças orais (onde será feita apenas referência à cárie dentária e doença periodontal) e por fim os índices e indicadores de SO.

1.1 – Adolescência

Segundo a OMS, a adolescência é um importante período de crescimento e maturação humana. É a fase da vida em que ocorrem inúmeras mudanças e são construídos os alicerces para o início da vida adulta.⁶

Este período de crescimento e de desenvolvimento ocorre entre o início da puberdade e o alcance da maturidade física e emocional. As raparigas sofrem maiores modificações durante a puberdade que os rapazes, têm tendência a atingir mais cedo a puberdade e levam menos tempo para chegar à maturidade.⁶

É um período compreendido entre os 10 e os 19 anos e oferece uma última oportunidade de implementar comportamentos, hábitos e atitudes destinados a prevenir problemas de saúde na vida adulta.⁶

Fisicamente há alterações no tamanho e forma do corpo e as diferenças entre o sexo masculino e feminino acentuam-se. É um período onde a capacidade reprodutiva é estabelecida devido à secreção de hormonas sexuais que não só afetam o desenvolvimento físico, como também está relacionado com mudanças no comportamento sexual e emocional.⁶

Este é um período de grande criatividade, energia e de novas experiências em que para se conseguir um desenvolvimento saudável o adolescente precisa calcular os seus limites de uma forma não destrutiva. É então de extrema importância o contexto sociocultural em que um adolescente se desenvolve, pois este vai influenciar fortemente a sua saúde.⁶

No que diz respeito à SO, corresponde a uma fase de transição da dentição mista para a implantação da dentição definitiva. Ocorre o crescimento oro-crânio-

facial, com modificação intensa da fisionomia facial, afetando as várias funções do sistema estomatognático: deglutição, fala, estética, imagem corporal e relacionamentos afetivos.⁷

A estética é a principal preocupação dos adolescentes quando o assunto é a SO. Talvez pela necessidade de se sentirem seguros em relação à própria aparência e serem aceitos pelo seu grupo. Sendo assim, a prevenção é deixada um pouco de lado pelos jovens e a procura médica geralmente acontece quando sentem alguma dor ou algo que os incomode esteticamente.⁸

O adolescente pode ter os dentes desalinhados ou pigmentados (devido ao uso do tabaco e substâncias que contenham corantes). Além disso, também podem ocorrer erosões devido ao consumo exagerado de refrigerantes, bruxismo decorrente de stress emocional, aumento da incidência de cárie devido ao consumo de alimentos industrializados ricos em hidratos de carbono e açúcar e uma série de outros problemas que interferem com a sua auto imagem.^{9, 10}

Alguns fatores da vida do adolescente, que não estão diretamente ligados à SO, podem trazer consequências e por isso devem ser identificados a fim de se prevenirem. Destes fazem parte o stress, a ansiedade, a dieta desequilibrada, as exigências e a responsabilidade escolar e social, podem levar ao desenvolvimento de distúrbios temporomandibulares, como o bruxismo, que devem ser identificadas precocemente pelo médico dentista, que irá atuar preventivamente realizando alguns procedimentos para evitar prejuízos à SO.

1.2 – Hábitos, conhecimentos e as atitudes de SO dos adolescentes

Fatores de natureza comportamental, como a escovagem regular, a utilização do fio dentário, a alimentação equilibrada e a consulta regular no médico dentista, relacionam-se com uma diminuição significativa do risco de cárie. A escovagem dos dentes deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia, após as refeições, sendo uma delas obrigatoriamente antes de deitar. Esta deve incluir a lavagem das gengivas e da língua, para além dos dentes, com utilização de pastas dentífricas com uma concentração de flúor adequada à idade. O uso do fio dentário deve completar a higiene oral, pois permite a remoção dos

restos dos alimentos e da placa bacteriana nas superfícies interdentárias onde a escova não chega ou não é eficaz.¹¹

Nem sempre se pode associar bons conhecimentos a bons hábitos e atitudes de SO¹², mas é dos factores que mais influencia as atitudes e as práticas de SO¹³

O comportamento dos indivíduos relativamente à sua SO determina a condição da SO da população¹⁴. Por outro lado, os comportamentos e os hábitos adequados de SO têm importância no aparecimento, ou não, de doenças orais, visto que na maioria dos casos, estas podem ser prevenidas¹⁵.

De acordo com o que foi dito anteriormente, a adolescência é uma fase crítica com comportamentos extremos que variam desde períodos de exacerbada preocupação e cuidados relativos à saúde bem como períodos de total negligência e desinteresse pela mesma.^{16, 17} A adolescência, sob o ponto de vista de SO, é tida como um período de elevado risco de cárie dentária e gengivite, que são consequências diretas de um precário controlo da placa bacteriana, de uma redução dos cuidados de higiene oral e de uma alimentação rica em alimentos cariogénicos.^{18, 19} O facto de os adolescentes não aceitarem a supervisão dos adultos leva a que exista um conflito entre as medidas adequadas de higiene e o estilo de vida.²⁰

Também existe uma relação entre o reduzido nível de conhecimentos acerca da SO e os comportamentos promotores de cáries e desfavoráveis à SO em geral dos adolescentes.²¹

1.3 – Determinantes de SO

Têm sido desenvolvidos vários modelos numa tentativa de definir o que é a saúde.²²

Durante séculos o conceito de saúde tinha como peça central a doença, em que a ausência desta significava ser-se saudável.²²

A OMS em 1946 definiu saúde como “estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”²³ É uma definição que apesar de ser muito antiga continua a ser um marco referencial por

ser abrangente pois não se baseia apenas na existência ou não de doença, mas valoriza diferentes dimensões no ser humano.

Como parte integrante nesta definição de saúde, a SO é definida pela OMS, como sendo a “ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro oro-faríngeo, de feridas orais, de defeitos congénitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e, outras doenças e perturbações orais que afectam a cavidade oral.”²⁴ Tem como principais factores de risco uma dieta desequilibrada e incorreta, tabagismo, consumo de álcool e uma má higiene oral.^{24, 25}

São inúmeros os factores de risco que aumentam a probabilidade do indivíduo vir a desenvolver patologias orais.²⁵ Dentro desses factores incluem-se os determinantes individuais (idade, género e factores hereditários), condições socioeconómicas, políticas e culturais, estilos de vida, conhecimentos, atitudes, hábitos, percepções e crenças.²⁶ A interação e combinação destes factores promovem o aparecimento da doença. A adopção de medidas de prevenção primária como hábitos de higiene oral, consultas regulares ao médico dentista, aplicação de fluoretos e de selantes de fissura, assim como uma alimentação pouco cariogénica permitem a obtenção de uma melhor SO.²⁶

Temos então como determinantes de SO a higiene oral, os factores socioeconómicos, a administração de fluoretos, as consultas ao médico dentista e os hábitos alimentares.²⁵

1.3.1 – Higiene oral

Manter uma boa higiene oral é um dos comportamentos mais importantes a ter para a manutenção de uma boa SO. O cuidado diário preventivo, que inclui a escovagem e o correto uso do fio dentário, ajuda a preservar a SO e consequentemente a saúde em geral.²⁷

A higiene oral tem como objectivo principal o controlo da placa bacteriana, que é a principal responsável pela cárie dentária. A escovagem dentária, quando realizada de forma correta, constitui o meio mecânico mais eficaz para o controlo de placa bacteriana.²⁸

Para efeitos do controlo da placa, a escovagem realizada duas vezes por dia parece suficiente, não havendo quaisquer dados científicos que permitam concluir que um número maior de escovagens proporcione benefícios adicionais.²⁸

Existem inúmeras técnicas de escovagem mas não existe evidência científica suficiente para poder afirmar-se que uma técnica é melhor que a outra. Mais importante que a técnica escolhida é a meticulosidade posta na execução.²⁸

É necessário ter especial atenção nas áreas interproximais pois estas são zonas de eleição para a acumulação da placa bacteriana e cuja remoção não se efetua apenas pela escovagem. Nestas áreas o fio dentário constitui, um elemento essencial para suplementar a limpeza promovida pela escovagem. É então recomendável a utilização diária do fio dentário de modo a prevenir o desenvolvimento de cárie nas faces interproximais dos dentes e ainda as doenças periodontais.²⁸

Os principais cuidados a executar para ter uma correta higiene oral são:

- Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma delas deve ser, obrigatoriamente, antes de deitar;
- Utilizar sempre uma pasta dentífrica com 1000 a 1500 ppm de flúor;
- Utilizar uma escova de tamanho adequado;
- Utilizar diariamente fio ou fita dentária para retirar restos alimentares e bactérias dos espaços interdentários. O seu uso deve ser executado antes da escovagem, para que a ação protetora do dentífrico seja mais prolongada;
- O recurso a elixires ou colutórios para bochecho com a devida indicação clínica, por parte de um profissional de SO;
- Nas crianças, o ato de higiene oral deve ser sempre supervisionado pelos pais, tendo especial atenção à quantidade de pasta dentífrica colocada na escova e possibilidade de ingestão da mesma;
- Em alguns casos pode existir indicação clínica para recurso a suplementos fluoretados;

No final da higiene oral não se deve passar a boca por água, mas sim cuspir os excesso de dentífrico, pois assim a ação dos compostos fluoretados ou anti-microbianos será mais prolongada.²⁷

1.3.2 – Factores socioeconómicos

Existe uma forte e consistente associação entre o baixo nível socioeconómico e a SO.²⁹⁻³¹

Diversos estudos demonstram que a prevalência de doenças orais como a cárie dentária e os comportamentos de SO são influenciados por factores socioeconómicos e demográficos.²⁹⁻³¹ As prevalências de cárie são superiores nos indivíduos com menor grau de escolaridade e nos que têm maior dificuldade no acesso à informação e aos serviços de saúde.³²

Baixas condições socioeconómicas impedem, também, a existência de uma dieta saudável levando a um aumento no consumo de alimentos cariogénicos. Também limitam o acesso a serviços de saúde impedindo a adopção de hábitos como a escovagem diária dos dentes com pastas fluoretadas, o que aumenta significativamente o risco de aparecimento de doenças orais.^{29, 32}

A classe social vai levar à existência de diferenças na educação, o que provoca um nível de escolaridade mais baixo nas classes sociais mais desfavorecidas, levando à existência de uma associação entre o baixo nível de escolaridade dos pais e a existência de cárie dentária nas crianças. Um nível de escolaridade baixo dos pais pode significar que os mesmos não tiveram acesso a ensinamentos de promoção de SO e que por consequência não os transmitiram aos seus filhos levando assim a uma elevada incidência de cárie dentária.²⁹

1.3.3 – Administração de fluoretos

Dos vários agentes terapêuticos usados no controlo da cárie dentária, aqueles que mais se destacaram na prevenção e controlo do desenvolvimento da cárie dentária foram os fluoretos.^{28, 30, 33, 34}

O flúor pertence ao grupo dos halogéneos e dentro deste grupo é o elemento mais electronegativo. Este tem uma grande capacidade de reagir com outros elementos químicos como o cálcio e o sódio para formar componentes mais estáveis.(26)

O mecanismo pelo qual o flúor confere maior resistência ao esmalte dentário ocorre na superfície dessa estrutura. Ao longo de toda a vida, o esmalte sofre episódios de desmineralização e remineralização superficial que são desencadeados pela queda de pH, decorrentes da produção de ácidos a partir de carbo-hidratos. Neste processo de remineralização do esmalte forma-se uma camada de fluoreto de cálcio que é uma camada muito mais resistente à desmineralização do que a camada original de esmalte.³⁵

O flúor possui a capacidade de inibir processos enzimáticos bacterianos envolvidos no metabolismo dos hidratos de carbono, originando uma diminuição na formação de produtos metabólicos finais da glicólise.(16)

O flúor pode ser administrado por via tópica e sistémica.³⁵

A ação preventiva e terapêutica dos fluoretos é conseguida, predominantemente pela sua ação tópica.³⁶ Esta pode ser feita através da escovagem com dentífricos fluoretados, bochechos ou aplicação profissional.³⁶

A fluoretação sistémica apenas se encontra indicada nas crianças consideradas de alto risco de cárie.(16) A proteção dos dentes, de crianças de elevado risco à cárie dentária, pode ser efectuada através da: aplicação de selantes de fissuras, suplementos de flúor e verniz de flúor ou clorhexidina.³⁶

1.3.4 – Consultas ao médico dentista

As consultas regulares a profissionais de SO, tais como médico dentista e o higienista oral, são da maior importância, numa perspectiva de intervenção global, detecção precoce e tratamento adequado das doenças orais.²⁵

No que diz respeito à periodicidade das consultas ao médico dentista, não está estabelecida um número *standard* visto que esta periodicidade está dependente das necessidades individuais de cada paciente.^{37, 38} É no entanto aconselhada uma consulta, pelo menos, a cada seis meses, pois permite detectar precocemente a cárie dentária e fornecer orientações específicas acerca de determinados procedimentos, designadamente no que diz respeito às técnicas de escovagem e à utilização correta do flúor.^{30, 39}

A falta ou a tardia aplicação destas medidas preventivas poderá acarretar um tratamento mais prolongado, mais complexo e mais dispendioso.²

Do ponto de vista da saúde pública, a consulta ao médico dentista é um determinante de grande importância pois permite avaliar o estado de SO. Ao ter uma noção do estado da SO, é possível implementar medidas de prevenção direcionadas às necessidades específicas da população em causa.⁴⁰

1.3.5 – Hábitos alimentares

Durante a adolescência, para alcançar todo o potencial de crescimento e prevenir doenças futuras, é imprescindível uma boa alimentação. Padrões de alimentação errados em associação com determinados factores durante a adolescência resultam no aparecimento de doenças crónicas como a cárie dentária. É então necessário a adopção de hábitos alimentares corretos durante a adolescência, pois resulta num investimento em prole de uma boa saúde geral, qualidade de vida e SO futura.⁴¹

Dada a crescente percentagem de distúrbios alimentares em todas as faixas etárias, especialmente em crianças e adolescentes, o conhecimento do processo de aquisição dos hábitos alimentares é de enorme importância, na medida em que, vai contribuir para a formação de estratégias de intervenção.⁴²

O crescimento físico, a elevada vulnerabilidade para as deficiências nutricionais e o elevado risco de desenvolvimentos de doenças crónicas na vida adulta são uma das razões pelas quais se tem dado uma grande importância à temática dos hábitos alimentares na adolescência.⁶

Relativamente à alimentação, os adolescentes não têm grande preocupação quanto à qualidade dos alimentos que consomem, apenas se preocupam com a satisfação imediata e ignoram os potenciais efeitos negativos que a sua alimentação pode acarretar no futuro.⁴³

Têm-se vindo a constatar um aumento de hábitos alimentares não saudáveis em adolescentes. Uma alimentação pobre em fibras e o consumo de grandes quantidades de gordura são apenas algumas das conclusões tiradas por Neutzling *et al.* (2007) que contribuem para este aumento.⁴⁴ Os adolescentes portugueses têm vindo a abandonar a tradicional dieta mediterrânica e passaram a adoptar uma dieta mais ocidental que se baseia essencialmente em *fast food* e alimentos processados.⁴⁵

A alimentação saudável é caracterizada como uma forma racional de comer que assegura variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos, escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénica, submetidos a benéficas manipulações culinárias.⁴⁶

Ao nível da educação alimentar, a roda dos alimentos (figura 1) é o instrumento mais utilizado e conhecido pela população portuguesa. Esta foi desenvolvida em 1977 no âmbito da campanha “*Saber comer é saber viver*”. Desde então esta já foi alterada e atualmente é constituída por sete grupos (cereais seus derivados e tubérculos, hortícolas, fruta, laticínios, carnes/pescado e ovos, leguminosas e gorduras/óleos) e no centro desta encontra-se a água. Foi dada uma forma circular por se assemelhar a um prato e as divisões esquematizam as porções de cada tipo de alimentos que devem estar presentes na alimentação diária, devendo consumir-se mais os alimentos das maiores porções e menos os das menores. Dentro de cada grupo estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes, que devem ser regularmente substituídos entre si de modo a assegurar a variedade alimentar.⁴⁷



Figura 1 – A nova roda dos alimentos.

Fonte: Nova abordagem da Roda dos Alimentos ⁴⁷

1.4 – Doenças orais na adolescência

As doenças orais mais frequentes na adolescência são a cárie dentária e as doenças periodontais que apesar das melhorias observadas, têm afectado ao longo dos anos muitos jovens.⁵ Estas representam um dos principais problemas de SO da população portuguesa, com elevada prevalência. No entanto, se estas forem prevenidas e precocemente tratadas, traduzem ganhos em saúde com custos económicos reduzidos.²

A **cárie dentária** é uma doença multifatorial, infecciosa de origem bacteriana, transmissível, pós eruptiva e influenciada pela dieta. Esta é provocada por bactérias que são responsáveis pela desmineralização das estruturas dentárias.⁴⁸⁻⁵⁰

As lesões de cárie resultam da desmineralização das estruturas duras do dente (como o esmalte e a dentina) provocada pelos ácidos resultantes do metabolismo das bactérias colonizadoras da cavidade oral.

As principais espécies bacterianas associadas ao desenvolvimento da cárie (bactérias cariogénicas) são *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) e o *Lactobacillus*.⁵¹⁻⁵⁴

É das patologias crónicas mais comuns nas sociedades desenvolvidas e é a principal causa de odontalgias e perda de dentes.⁵⁵

Sabe-se que o aparecimento da cárie dentária se deve à interação de três factores considerados principais: dente susceptível, microrganismos com potencial cariogénico e uma dieta rica em hidratos de carbono e açúcares. A interação destes factores foi demonstrada num diagrama por Keyes em 1969.⁵⁶

A associação de factores secundários como a saliva, o tempo, o flúor (ou ausência deste) e a higiene oral, aos três factores principais, anteriormente mencionados, favorece a progressão e a severidades da patologia.⁵⁷

Devido à sua proliferação a nível mundial, a cárie dentária é atualmente considerada um dos maiores problemas de saúde pública. Apesar de ter uma baixa gravidade, do ponto de vista de perigo de vida, esta tem um potencial fortemente debilitador pois diminui a função mastigatória, altera o desenvolvimento e a estética facial, provoca perturbações fonéticas, causa dor e pode complicar-se se passar de uma infecção local a geral.

No caso dos adolescentes a dieta acarreta um peso considerável no desenvolvimento da cárie dentária devido ao consumo de grandes quantidades de alimentos/bebidas açucaradas com muita frequência.⁵⁸ Segundo a OMS, a cárie dentária depende muito do consumo de açúcares (quantidade, frequência e tipos) e de refrigerantes açucarados ou seja ácidos, que levam à erosão dentária e como consequência a um aumento de incidência de lesões cariosas.⁵⁹

Quanto às **doenças periodontais**, estas são um tipo de patologia que afecta os tecidos de suporte dentário (gengiva, ligamento periodontal, osso e cimento radicular).

Na actualidade, a grande maioria dos adolescentes é afectada por doenças periodontais.⁶⁰⁻⁶³ Normalmente os adolescentes apresentam gengivite, uma vertente das doenças periodontais reversível e que não provoca a destruição do tecido de suporte do dente, que ao não ser tratada pode evoluir para um estado irreversível, passando a designar-se de periodontite onde há uma migração apical e destruição dos tecidos de suporte.⁶⁴

Aproximadamente 0,1% dos adolescentes de raça branca e cerca de 2,6% de raça negra sofrem de periodontite agressiva.⁶⁵

Relativamente à etiologia das doenças periodontais estas podem ser de origem inflamatória, traumática, neoplásica, genética, metabólica ou consequência de um distúrbio de desenvolvimento.⁶⁶

É de realçar que o bio filme, constituído por depósitos bacterianos e constituintes salivares com um crescimento contínuo, é a principal causa das doenças periodontais. Sabe-se ainda que a presença de certas espécies bacterianas, como o *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, refletem directamente a condição periodontal e a participação destes microrganismos favorece a instalação e progressão da doença.⁶⁷

Como já foi anteriormente referido, a gengivite é uma patologia inflamatória de cariz reversível, tratável muitas vezes apenas com cuidados de higiene oral básicos. No entanto, se não for devidamente tratada, poderá evoluir para um tipo de patologia periodontal mais grave que pode trazer consequências sistémicas a longo prazo, para além das consequências locais mais evidentes como o continuo desaparecimento de inserção dentária levando à perda das peças dentárias envolvidas.⁶⁸

Quer a cárie dentária quer as doenças periodontais, são facilmente preveníveis com a aplicação de várias medidas de prevenção primária como o ensino, a criação de hábitos de higiene oral, escovagem dentária com uma remoção efetiva da placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, consultas regulares ao médico dentista, aplicação de selantes de fissuras e instituição de uma dieta equilibrada, saudável e pouco cariogénica.⁶⁹

1.5 – Índice e indicadores de SO

A nível clínico, os índices são utilizados para avaliar a higiene oral, a saúde periodontal e para auxiliar na educação do paciente. Existem diversos índices e indicadores de SO que permitem determinar um estado específico de presença/ausência de patologia ou factores patológicos como por exemplo: índice CPOD, índices de placa bacteriana, índices gengivais, índices periodontais, índices de fluorose e índices de má oclusão.⁷⁰

O índice de CPOD é vulgarmente utilizado em estudos epidemiológicos, consiste na média do número total de dentes cariados, perdidos por cárie e obturados num determinado grupo de indivíduos.⁷⁰

Com base no cálculo do índice CPOD preconizado pela OMS (2003 & 1997)^{3, 71} foram definidos quatro níveis de severidade: prevalência muito baixa de 0,1 a 1,1; prevalência baixa de 1,2 a 2,6; prevalência moderada de 2,7 a 4,4; prevalência elevada/muito elevada de cárie superior a 4,5.

Este é um índice puramente quantitativo, na medida em que não esclarece no que diz respeito à extensão da lesão. O diagnóstico de cárie baseia-se em três técnicas distintas: exame visual, sondagem (com sonda periodontal) e ortopantomografia. No presente estudo apenas foram combinadas duas técnicas de diagnóstico (exame visual e sondagem). Relativamente ao exame dentário para a recolha e registo dos dados, considera-se os seguintes critérios indicados pela OMS no *Oral Health Surveys Basic Methods*⁷¹:

Código 0 – Dente hígido: O dente é registado como hígido, caso não apresente sinais evidentes de tratamento ou de cárie na coroa ou na raiz quando exposta. São igualmente registadas com este código: manchas esbranquiçadas, descolorações ou manchas resistentes à sondagem. Sulcos ou fissuras no

esmalte que não apresentem sinais visíveis de cavidades detetáveis à sondagem. Áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa. Lesões que pela sua distribuição e/ou história e ao exame visual e táctil demonstrem serem provenientes de abrasão. Cáries que não apresentem cavitação, ou seja, estágios iniciais de cárie não são considerados, uma vez que não podem ser registados com clareza;

Código 1 – Cariado: O dente é registado como cariado quando existe numa superfície, da coroa ou raiz, um sulco, fissura ou superfície lisa com cavidade evidente ou tecido amolecido na base. Dentes com restaurações provisórias são incluídos neste critério;

Código 2 – Restaurado com cárie: O dente é considerado restaurado com cárie quando apresenta uma ou mais restaurações permanentes, com uma ou mais áreas de cárie;

Código 3 – Restaurado sem cárie: O dente é considerado restaurado sem cárie, quando apresenta uma ou mais restaurações permanentes, sem sinais evidentes de cárie. Um dente com uma coroa colocada devido a cárie anterior inclui-se nesta categoria;

Código 4 – Dente ausente por cárie: O dente é registado como ausente devido a cárie, caso tenha sido perdido na realidade por cárie e não haja dúvida quanto à causa da sua perda;

Código 5 – Dente ausente por outra razão: Considera-se dente ausente por outra razão, quando se trata de uma ausência congénita, extração por razões ortodônticas, doença periodontal ou trauma.

Código 6 – Selante: Considera-se este código em casos de selante de fissuras na face oclusal ou quando esta foi alargada para colocação de compósito;

Código 7 – Prótese ou Implante: Indica um dente que é parte de uma prótese fixa, sendo este código utilizado também para coroas colocadas por outras razões que não cáries ou para dentes com facetas estéticas;

Código 8 – Dente não erupcionado: Quando o dente ainda não erupcionou, atendendo à cronologia da erupção. Esta categoria não inclui dentes perdidos por problemas congénitos ou por trauma;

Código T – Traumatismo: Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie;

Código 9 – Não registrado: Utiliza-se este código, quando não é possível examinar o estado da coroa e da raiz por qualquer motivo;

Capítulo 2 – Objectivos do estudo

Os objectivos são estipulados no início de uma investigação e têm que ser tidos em conta ao longo de toda a sua realização de forma a que sejam atingidos no final do estudo. Servem de guias orientadoras para o pensamento a ser feito e concedem uma visão global e abrangente do tema, relacionando-o com evidências desenvolvidas na revisão bibliográfica.⁷²

Assim, os objectivos do estudo definidos foram:

- Caracterizar os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes do ensino secundário da ESAM;
- Determinar a prevalência de cárie dentária dos estudantes do ensino secundário da ESAM;
- Relacionar factores sociodemográficos, comportamentos de risco, vigilância de SO com os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes do ensino secundário da ESAM.

Capítulo 3 – Material e métodos

Neste capítulo pretende-se sistematizar o enquadramento metodológico. Serão abordadas as questões de investigação, o tipo de estudo efectuado, as variáveis em estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados e o respectivo tratamento estatístico.

3.1 – Questões de investigação

No início de um trabalho de investigação, sabe-se muito pouco sobre o que se quer estudar, e em muitos casos os temas são de tal forma abrangentes, que podem ser abordados de diversas formas e podem ser desenvolvidos em inúmeras direcções, pelo que é de extrema importância escolher um fio condutor o mais claro possível, que ajude a direccionar o desenvolvimento do estudo.^{72, 73} Este fio condutor é conseguido a partir de uma questão que exprima de forma clara e o mais simples possível aquilo que o investigador procura saber. Normalmente associadas a esta primeira questão surgem outras relacionadas com o tema e é com o propósito de responder a todas estas questões que o trabalho de investigação deve ser desenvolvido. Apresentam-se, então, as seguintes questões de investigação formuladas para este estudo:

- Quais são os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?
- Qual a prevalência da cárie dentária dos estudantes da ESAM?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas (idade, género, zona de residência, ano escolar, área curricular e habilitações literárias dos pais) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?
- Em que medida as variáveis relativas aos comportamentos de risco (consumo de álcool, hábitos tabágicos e hábitos alimentares) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?
- Em que medida as variáveis relativas à vigilância de SO (consulta no médico dentista e motivo da consulta) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

3.2 – Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como epidemiológico, observacional, transversal, seguindo uma abordagem quantitativa descritivo-correlacional.⁷⁴

Tendo em conta as características da presente investigação, considerou-se pertinente utilizar uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo, correlacional e transversal. Optou-se por esta abordagem uma vez que, este método se caracteriza por medir variáveis e obter resultados numéricos passíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos.⁷⁵ É um estudo descritivo pois tem como base a descrição de fenómenos, características, conceitos que se referem a uma determinada população, indivíduos ou grupos, com o objectivo de caracterizar essa mesma população visando recolher informação junto desta. É de cariz correlacional uma vez que se pretende explorar as relações entre as variáveis com vista a descrevê-las⁷⁵, é transversal, no sentido em que a recolha dos dados se efetua num determinado momento específico e tem em vista explorar uma determinada população alvo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação.⁷⁵

Seguidamente apresenta-se a figura 2 que representa a articulação entre as variáveis em estudo.

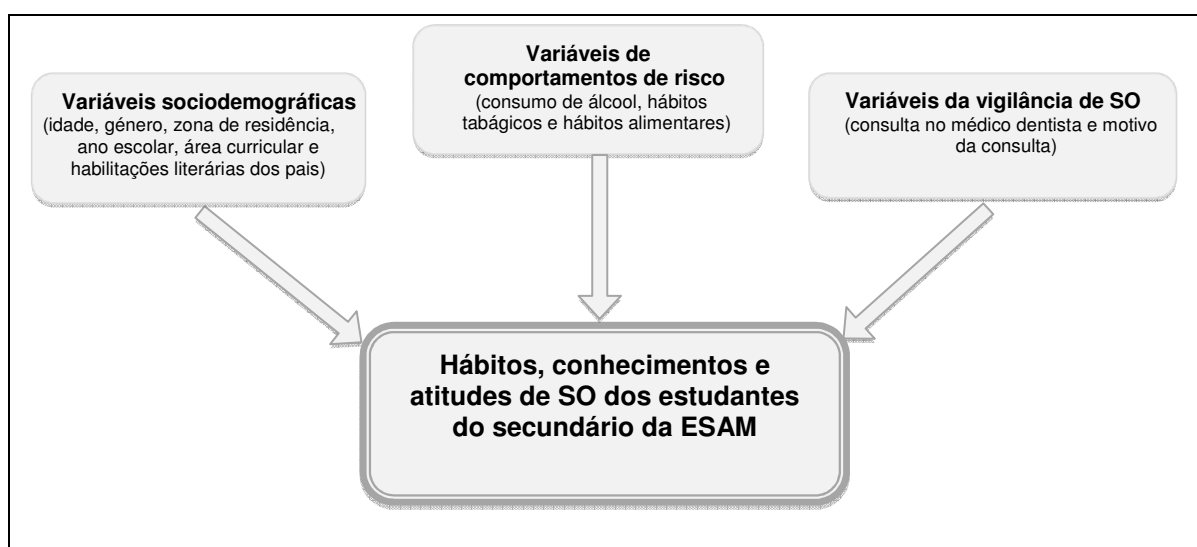


Figura 2 - Representação esquemática da relação entre as variáveis.

3.3 – Variáveis em estudo

As variáveis são um símbolo ou uma característica de um objecto em estudo.⁷⁶ Estas podem ser dependentes e independentes. A dependente é uma variável crítica que é influenciada pelas variáveis independentes que em conjunto caracterizam os indivíduos da amostra.⁷⁷

Nesta investigação teve-se como variável dependente:

- Hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM;

Esta foi medida pelo “*Questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes*”.⁷⁸

E como variáveis independentes:

- Variáveis sociodemográficas: idade, género, zona de residência, ano escolar, área curricular, habilitações literárias dos pais;
- Variáveis relativas aos comportamentos de risco: consumo de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos, hábitos alimentares (consumo e frequência de alimentos açucarados e sua influencia na SO);
- Variáveis relativas aos hábitos de higiene oral: regularidade, frequência, tempo gasto e forma como realiza a higiene oral, onde aprendeu a escovar os dentes, frequência da troca da escova, uso de pasta fluoretada e de produtos utilizados na higiene oral;
- Variáveis relativas à vigilância de SO: regularidade, frequência e motivo da consulta, utilização do “cheque dentista”, medo da consulta, conhecimento sobre selantes e eventual presença, dor de dentes no último ano, toma de comprimidos e bochechos de flúor, local da realização dos bochechos e aplicação de gel de flúor na consulta;
- Variável relativa à história presente e passada de cárie dentária: índice de CPOD.

3.4 – População e amostra

A população alvo deste estudo foi constituída pelos estudantes da ESAM, uma escola secundária pública do distrito de Viseu que se encontra situada no centro da cidade.

Na realização desta investigação recorreu-se ao método de amostragem não probabilística por conveniência.⁷⁹

A população foi constituída por 1707 indivíduos, que constitui o número total de estudantes matriculados do 10º ao 12º ano nas diferentes áreas curriculares da ESAM no ano lectivo de 2014/2015. Teve-se como critérios de inclusão para participação neste estudo:

- Estar matriculado na ESAM;
- Ser estudante do 10º, 11º ou 12º ano;
- Estar nos dias 8, 9, 15, 16, 22 e 23 de janeiro de 2015 a frequentar as aulas de educação física;
- Ter o consentimento informado assinado pelo encarregado de educação em caso de idade inferior a 18 anos.

Caracterização sociodemográfica

Como se constata no quadro 1, a amostra era constituída por 223 estudantes, sendo 44,4% (n=99) do sexo masculino e 55,6% (n=124) do sexo feminino. A idade dos estudantes oscilou entre 14 e 19 anos, a que correspondeu a uma média 16 anos. Sendo que o grupo etário mais prevalente (49,4%) tinha entre *16 e 17 anos*.

Quanto à zona de residência, 73,5% viviam em *meio urbano* e 26,5% em *meio rural*.

Relativamente ao ano escolar, 46,2% frequentavam o *10º ano*, 22,4% o *11º ano* e 31,4% o *12º ano* de escolaridade.

No que se refere à área curricular frequentada, 74,4% dos estudantes frequentavam a área das *Ciências e Tecnologias*, 13,5% a área de *Ciências Socioeconómicas* e 12,1% a área das *Artes Visuais*.

Ao analisar as habilitações literárias dos pais verificou-se que a maioria (51,1%) tinha formação superior, o mesmo sucedia com as mães (56,5%).

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

	Masculino (n = 99)		Feminino (n = 124)		Total (n = 223)	
	N	%	N	%	N	%
Grupos etários						
14 e 15 anos	49	49,5	45	36,3	94	42,1
16 e 17 anos	45	45,5	65	52,4	110	49,4
18 e 19 anos	5	5	14	11,3	19	8,5
Zona de residência						
Urbano	80	80,8	84	67,7	164	73,5
Rural	19	19,2	40	32,3	59	26,5
Ano escolar						
10 ^o	57	57,6	46	37,1	103	46,2
11 ^o	13	13,1	37	29,8	50	22,4
12 ^o	29	29,3	41	33,1	70	31,4
Área curricular						
Ciências e tecnologias	71	71,7	95	76,6	166	74,4
Ciências socioeconómicas	21	21,2	9	7,3	30	13,5
Artes visuais	7	7,1	20	16,1	27	12,1
Habilitações literárias do pai						
≤6 ^o ano	3	3,0	12	9,6	15	6,7
7 ^o ao 12 ^o ano	38	38,4	56	45,2	94	42,2
>12 ^o ano	58	58,6	56	45,2	114	51,1
Habilitações literárias da mãe						
≤6 ^o ano	5	5,0	11	8,9	16	7,2
7 ^o ao 12 ^o ano	33	33,3	48	38,7	81	36,3
>12 ^o ano	61	61,7	65	52,4	126	56,5

3.5 – Instrumentos de recolha de dados

De acordo com os objectivos do estudo e em concordância com a pesquisa bibliográfica realizada, optou-se pelo questionário autoaplicado para recolha de dados, pois permite a sua aplicação a um grande número de indivíduos, num curto espaço de tempo, garantindo o anonimato das respostas, não estando os inquiridos expostos à influência de opiniões.⁸⁰

O questionário apresenta-se como uma técnica de investigação composta por questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento das opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, entre outros.⁸⁰

O questionário desenvolvido neste estudo encontra-se dividido em seis partes (Anexo I).

A primeira consiste em seis perguntas dirigidas à caracterização sociodemográfica dos estudantes, duas são perguntas de resposta aberta, através das quais se recolheram informações acerca da idade e área curricular.

As restantes quatro perguntas são fechadas e com elas pretendia-se saber o género, a zona de residência, o ano escolar que frequentavam e as habilitações literárias dos pais.

A segunda parte diz respeito à caracterização dos comportamentos de risco para a cárie dentária e doença periodontal. Esta foi avaliada por seis perguntas (cinco fechadas e uma aberta). Estas tinham o objectivo de conhecer o consumo de álcool, os hábitos tabágicos e os alimentares.

Na terceira parte caracterizam-se os hábitos de higiene oral onde foram feitas dez questões (duas abertas, duas mistas e seis fechadas). Neste grupo de questões apurou-se a regularidade, a frequência, o tempo gasto e a forma como realizavam a higiene oral. Também se questionou onde tinham aprendido a lavar os dentes, a frequência da troca da escova, a existência ou não de flúor na pasta e os produtos usados na higiene oral.

Na quarta parte pretendeu-se caracterizar a vigilância de SO avaliada através de doze questões (oito fechadas e quatro mistas). Neste grupo investigou-se se já tinham consultado o médico dentista, se no último ano recorreram à consulta no médico dentista e o motivo, se já usaram algum “cheque dentista”, se sabiam o que era um selante de fissuras e se tinham algum, se tinham medo do médico dentista, se no último ano tinham tido dor de dentes e em que dentes, se tomaram comprimidos de flúor, se fizeram bochechos de flúor e local onde o fizeram e por fim ainda se questionou se o médico dentista lhes colocou gel de flúor.

A quinta parte é constituída pelo “*Questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes*”. Este, foi inicialmente desenvolvido por Garcia CF *et al.* (2001)⁸¹ e posteriormente traduzido e validado para a população portuguesa por Luís H *et al.* (2009)⁷⁸. Possui 28 afirmações e encontra-se organizado em cinco dimensões:

- Medo dentário com nove afirmações: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21;
- Preocupação com a estética e higiene oral com seis afirmações: 1, 2, 3, 4, 5 e 6;
- Preocupação com a SO com quatro afirmações: 8, 9, 11 e 12;
- Prevenção dos problemas dentários com seis afirmações: 10, 23, 24, 25, 26 e 27;
- SO integrada na saúde geral com três afirmações: 7, 22 e 28.

Os itens são cotados numa escala tipo Likert de cinco pontos atribuindo um ponto a “concordo totalmente”, dois a “concordo”, três a “nem concordo nem discordo”, quatro a “discordo” e cinco a “discordo totalmente”.

Algumas afirmações (7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 22, 23, 24, 26, 27 e 28) foram elaboradas de forma negativa sendo neste caso as pontuações invertidas.

A pontuação foi obtida somando-se a cotação correspondente a cada uma das questões e dividindo pelo número total de questões. Quanto maior for a pontuação total obtida, melhores são os hábitos, conhecimentos e atitudes dos inquiridos.

Para finalizar, a sexta e última parte do questionário é uma tabela para preenchimento de dados obtidos pelo exame clínico para determinação do índice de CPOD, que é a variável da história presente e passada de cárie dentária.

Com base no cálculo do índice CPOD preconizado pela OMS (2003)³ foram definidos quatro níveis de severidade: prevalência muito baixa de 0,1 a 1,1; prevalência baixa de 1,2 a 2,6; prevalência moderada de 2,7 a 4,4; prevalência elevada/muito elevada de cárie superior a 4,5.

Seguidamente procedeu-se ao Estudo psicométrico do “*Questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos adolescentes*”.

A análise psicométrica compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na prova de fiabilidade e de validade.

A consistência interna de uma escala refere-se ao grau de uniformidade, exatidão e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a escala.⁸² Com o intuito de verificar a homogeneidade e consistência interna do “*Questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes*” utilizou-se o alpha de Cronbach. O valor dos coeficientes varia entre zero (0) e um (1) e de acordo com a literatura consultada, valores superiores a 0,8 indicam uma consistência interna considerada muito boa^{82, 83}. No entanto, para escalas inferiores a 10 itens em cada dimensão, como é o caso deste questionário, valores próximos de 0,5 são frequentemente encontrados.^{78, 81, 83}

Em relação às diferentes dimensões da escala, os valores de alpha de Cronbach variaram entre 0,54 e 0,84, sendo que a dimensão *SO integrada na saúde geral* apresentou o valor mais baixo, considerado razoável e, a dimensão *preocupação com a estética e higiene oral* o melhor valor, considerado bom.

Conforme o quadro 2, os valores de alpha de *Cronbach* do presente estudo aproximam-se aos valores obtidos na versão castelhana, o mesmo se verifica com a versão portuguesa à exceção da dimensão *SO integrada na saúde geral* cujo valor foi mais elevado (0,54 versus 0,75).

Quadro 2 - Resultados da Consistência Interna do “Questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes”

Consistência Interna	Estudo atual	Versão portuguesa (2012)	Versão castelhana Chiva Garcia (2001)
Medo dentário	0,77	0,78	0,83
Preocupação com a estética e higiene oral	0,84	0,68	0,70
Preocupação com a SO	0,72	0,71	0,69
Prevenção de problemas dentários	0,61	0,61	0,65
SO integrada na saúde geral	0,54	0,75	0,57

3.6 – Procedimentos Éticos e Legais

Antes de iniciar o estudo foi feito um pedido de autorização ao Diretor da ESAM.

Após dada a autorização (Anexo II), foi entregue o Consentimento Informado aos estudantes das turmas selecionadas para participar no estudo. (Anexo III)

Este esclarecia os pais/encarregados de educação relativamente ao objectivo do estudo e o método de recolha de dados, bem como pedia a sua autorização para uma observação clínica da cavidade oral do educando e a realização de um questionário.

Numa segunda fase foram aplicados os questionários a todos os estudantes que compareceram com os consentimentos informados assinados pelos encarregados de educação e estavam presentes nos dias anteriormente referidos a frequentar as aulas de educação física.

Para preencher a última parte do questionário foi necessário recorrer ao exame clínico intraoral para recolha de dados a fim de calcular o índice de CPOD.

O exame decorreu durante o dia, numa sala anexa ao pavilhão onde decorriam as aulas de educação física, com boas condições de luz natural enriquecida com luz artificial, e recorreu-se ao uso de sondas e espelhos esterilizados descartáveis.

Nas mesas destinadas à avaliação do índice CPOD, o material estava disposto em tabuleiros clínicos de inox forrados com guardanapos de papel em mesas previamente limpas. Os materiais necessários a cada observação só eram preparados no momento em que o adolescente se sentava. Este sentava-se numa cadeira escolar numa posição que permitia ao observador visualizar corretamente todos os dentes. O diagnóstico foi essencialmente visual, utilizando a sonda exploradora apenas quando a superfície do dente suscitava dúvidas. À medida que a observação se efetuava, o investigador observador ia informando sobre o estado dos dentes, competindo ao registador anotar essa informação.

A cárie dentária foi avaliada através da observação intraoral realizada por cinco equipas constituídas por estudantes finalistas do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa. Cinco dos estudantes realizaram a observação intraoral enquanto que os restantes registaram as observações do respetivo binómio. Antes da recolha de dados, foi efetuada uma calibragem dos examinadores participantes. Cada um dos cinco examinadores observou cinco estudantes previamente, obtendo um valor de concordância inter-examinadores de 90,8% e intra-examinadores de 80,6%. A determinação do nível de SO dos adolescentes foi efetuada através do cálculo do CPOD de cada indivíduo. Foram respeitados os critérios de diagnóstico recomendados pela OMS.⁷¹

3.7 – Análise estatística

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, procedendo-se em seguida, à codificação e inserção na base de dados sendo aplicados os procedimentos da estatística descritiva analítica e inferencial, utilizando o programa informático estatístico IBM® SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Statistics Version 22, onde foi efetuado o tratamento estatístico dos dados.

A análise dos dados iniciou-se pela estatística descritiva, onde foram determinadas medidas de distribuição de frequências (frequências relativas e absolutas), medidas de tendência central ou de localização (média e mediana),

medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão) e medidas de associação como correlação de Pearson que permitem perceber a forma como se distribuem os valores nas variáveis de todas as questões.

No que respeita à estatística inferencial, utilizaram-se testes paramétricos e não paramétricos. Quanto aos paramétricos recorreu-se ao teste de Levene, teste t student, análise de variância e análise de regressão linear simples.

Sempre que as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos não se verificaram, nomeadamente a normalidade da distribuição e a homocedasticidade, utilizaram-se em alternativa, os testes não paramétricos: o teste de Qui-quadrado (χ^2), o teste de U-Mann Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância: $p < 0,05$ - diferença estatística significativa, $p < 0,01$ - diferença estatística bastante significativa, $p < 0,001$ - diferença estatística altamente significativa $p \geq 0,05$ - diferença estatística não significativa.

Capítulo 4 – Resultados

Para responder às questões de investigação formuladas apresentam-se neste capítulo os resultados após a aplicação do instrumento de colheita de dados e respectivo tratamento estatístico.

Em seguida será efetuada a caracterização da amostra estudada tendo em conta as variáveis relativas aos comportamentos de risco, hábitos de higiene oral, vigilância de SO, a história presente e passada de cárie dentária e para finalizar os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes da ESAM.

A apresentação dos resultados é feita através de quadros, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise destes, obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

4.1 – Caracterização dos comportamentos de risco

A análise e interpretação dos resultados relativos à caracterização dos comportamentos de risco da amostra encontram-se no quadro 3.

Relativamente aos hábitos alcoólicos, verificou-se que 53,4% dos adolescentes não consumiam bebidas alcoólicas, seguidos de 43,0% que consumiam ocasionalmente.

Quanto aos hábitos tabágicos, a maioria (97,3%) não fumava. Apenas 2,7% referiram que fumavam, e destes, 50,0% fumavam dois cigarros por dia.

No que concerne ao consumo de alimentos ou bebidas açucaradas, 65,0% consumiam às vezes, e 17,0% consumiam todos os dias e somente 1,3% disseram que não consumiam. Foi observado que este consumo era preferencialmente entre as refeições (47,7%) e após as refeições (41,4%). Constatou-se ainda, que 71,0% dos estudantes referiram que a alimentação influenciava a SO, para 22,9% influenciava pouco e para 5,8% não havia qualquer tipo de influência.

Quadro 3 - Caracterização dos comportamentos de risco

	Masculino (n = 99)		Feminino (n = 124)		Total (n = 223)	
	N	%	N	%	N	%
Consumo de bebidas alcoólicas						
Não	47	47,5	72	58,1	119	53,4
Sim, ocasionalmente	45	45,5	51	41,1	96	43,0
Sim, todas as semanas	5	5,1	1	0,8	6	2,7
Sim, todos os dias	2	2,0	0	0,0	2	0,9
Hábitos tabágicos						
Não	96	97,0	121	97,6	217	97,3
Sim	3	3,0	3	2,4	6	2,7
Consumo de cigarros por dia						
2	0	0,0	1	33,3	1	16,7
3	2	66,7	1	33,3	3	50,0
5	0	0,0	1	33,3	1	16,7
20	1	33,3	0	0,0	1	16,7
Consumo de alimentos ou bebidas açucaradas						
Não	2	2,0	1	0,8	3	1,3
Raramente	11	11,1	26	21,0	37	16,6
Sim, às vezes	64	64,6	81	65,3	145	65,0
Todos os dias	22	22,2	16	12,9	38	17,0
Periodicidade do consumo de alimentos ou bebidas açucaradas						
Após as refeições	41	42,3	50	40,7	91	41,4
Entre as refeições	43	44,3	62	50,4	105	47,7
Antes de ir dormir	4	4,1	4	3,3	8	3,6
Após a refeições, entre as refeições e antes de ir dormir	4	4,1	2	1,6	6	2,7
Após as refeições e entre as refeições	2	2,1	3	2,4	5	2,3
Entre as refeições e antes de ir dormir	3	3,1	2	1,6	5	2,3
Influência da alimentação na SO						
Não	5	5,1	8	6,5	13	5,8
Influência pouco	22	22,2	29	23,4	51	22,9
Sim	72	72,7	87	70,2	159	71,3

4.2 – Caracterização dos hábitos de higiene oral

No quadro 4 apresentam-se os dados referentes aos hábitos de higiene oral, que permitem identificar a frequência, tempo e periodicidade da escovagem dos dentes e o uso de outros produtos para além da pasta e da escova.

Constatou-se que todos os adolescentes escovavam os dentes todos os dias. Quanto ao número de escovagens diárias, 48,4% escovavam duas vezes e 35,9% três vezes. É de salientar que 10,8% escovavam apenas uma vez por dia.

Relativamente ao tempo gasto na escovagem, 31,8% necessitavam de *um a dois minutos*, 29,6% *três minutos* e 38,6% *quatro ou mais minutos*.

A análise das respostas relativas ao período do dia em que efetuavam a escovagem incidiu somente nas respostas afirmativas. Constatou-se que a

maioria dos adolescentes escovava os dentes no período da *manhã* (93,7%) e *antes de deitar* (73,1%), sendo que a distribuição por sexo era similar.

Também foi observado que 39,0% dos estudantes escovavam as *gengivas, os dentes e a língua*, 35,0% escovavam os *dentes e a língua* e somente 8,5% escovavam *apenas os dentes*.

Quando questionados sobre o local onde aprenderam a escovar os dentes, a maioria (73,5%) aprendeu *em casa*, sendo o local mais comum em ambos os sexos. Para 24,7% dos adolescentes o *consultório do médico dentista* foi o local de aprendizagem.

Relativamente à frequência da troca da escova de dentes, a maioria (63,2%) fazia-o trimestralmente.

No que diz respeito ao uso de pasta fluoretada, a maioria (58,7%) respondeu afirmativamente que usava pasta com flúor e apenas 35,4% referiram que *não sabem*.

Quando questionados se usavam outros produtos além da pasta e escova, 43,9% responderam que usavam o *fio dentário*. Salienta-se ainda que 13,0% utilizavam apenas a escova e a pasta dentífrica.

Quando inquiridos se usavam fio dentário, a maioria (58,7%) usava-o mas só às vezes e apenas 13,0% referiu que usava *diariamente*.

Quadro 4 - Caracterização dos hábitos de higiene oral

	Masculino (n = 99)		Feminino (n = 124)		Total (n = 223)	
	N	%	N	%	N	%
Frequência da escovagem dos dentes por dia						
1 vez	16	16,2	8	6,5	24	10,8
2 vezes	49	49,5	59	47,6	108	48,4
3 vezes	29	29,3	51	41,1	80	35,9
4 a 5 vezes	5	5,0	6	4,8	11	4,9
Tempo de escovagem dos dentes						
1 a 2 minutos	38	38,4	33	26,6	71	31,8
3 minutos	31	31,3	35	28,2	66	29,6
≥ 4 minutos	30	30,3	56	45,2	86	38,6
Periodicidade da escovagem dos dentes						
Manhã	90	90,9	119	96,0	209	93,7
Ao fim do almoço	32	32,3	48	38,7	80	35,9
Ao fim do lanche	4	4,0	6	4,8	10	4,5
Ao fim do jantar	26	26,0	36	29,0	62	27,8
Antes de deitar	70	70,7	93	75,0	163	73,1
Forma de realização da higiene oral						
Escova as gengivas, dentes e língua	40	40,4	47	37,9	87	39,0
Escova os dentes e a língua	28	28,3	50	40,3	78	35,0
Escova os dentes e a gengiva	23	23,2	16	12,9	39	17,5
Escova apenas os dentes	8	8,1	11	8,9	19	8,5
"Onde aprendeste a escovar os dentes?"						
Em casa	73	73,7	91	73,4	164	73,5
Na escola	18	18,2	16	12,9	34	15,2
No centro de saúde	6	6,1	3	2,4	9	4,0
No consultório do médico dentista	24	24,2	31	25,0	55	24,7
Através da televisão	1	1,0	1	0,8	2	0,9
Não sei	10	10,1	15	12,1	25	11,2
Frequência da troca da escova de dentes						
Mais de quatro vezes por ano	10	10,1	6	4,8	16	7,2
Quatro vezes por ano	57	57,6	84	67,7	141	63,2
Duas vezes por ano	18	18,2	21	16,9	39	17,5
Uma vez por ano	9	9,1	10	8,1	19	8,5
Quando entendo que devo trocar	5	5,1	3	2,5	8	3,6
Utilização da pasta de dentes com flúor						
Não	6	6,1	7	5,6	13	5,8
Sim	59	59,6	72	58,1	131	58,7
Não sei/não me lembro	34	34,3	45	36,3	79	35,4
Uso de outro produto para além da pasta e da escova						
Colutório orais	10	10,1	5	4,0	15	6,7
Escovilhões interdentários	4	4,0	9	7,3	13	5,8
Fio dentário	44	44,4	54	43,5	98	43,9
Irrigadores orais	0	0,0	3	2,4	3	1,3
Nenhum	18	18,2	11	8,9	29	13,0
Colutórios orais, Escovilhões interdentários e fio dentário	1	1,0	8	6,5	9	4,0
Colutórios orais e fio dentário	13	13,1	10	8,1	23	10,3
Escovilhões interdentários e fio dentário	8	8,1	22	17,7	30	13,5
Colutórios orais e escovilhões interdentários	1	1,0	2	1,6	3	1,3
Uso do fio dentário						
Não	33	33,3	30	24,2	63	28,3
Sim, às vezes	55	55,6	76	61,3	131	58,7
Sim, diariamente	11	11,1	18	14,5	29	13,0

4.3 – Caracterização da vigilância de SO

No quadro 5 apresentam-se os dados referentes às características da vigilância de SO.

Constatou-se que todos os adolescentes já tinham consultado um médico dentista. Quando inquiridos se o tinham consultado nos últimos 12 meses a maioria (76,7%) respondeu afirmativamente. A análise das respostas relativas à frequência da consulta no médico dentista no último ano, incidiu somente nas respostas positivas em que se constatou que 29,2% foram apenas uma vez e 22,8% foram semestralmente.

Quanto ao motivo da consulta, a maioria (58,6%) fê-lo por *rotina/consulta de prevenção*.

Também se constatou que 51,6% já recorreram ao uso do cheque dentista.

A maioria dos adolescentes (91,0%) referiu *não ter medo* de ir à consulta do médico dentista.

Observou-se que 42,6% dos estudantes não sabem o que é o selante de fissuras e dos 57,4% que sabiam, a maioria (75,8%) tinha selante de fissuras.

Foi também verificado que 19,7% tiveram dores de dentes nos últimos 12 meses e que na maioria (77,2%) estas dores eram referidas em um, dois ou três dentes.

Quanto à toma de comprimidos de flúor, somente 20,7% responderam positivamente.

Foi questionado se tinham feito alguma vez bochechos de flúor, 56,5% responderam positivamente. Para 59,5% o local dos bochechos foi em *casa*, e para 5,6% foi no *dentista*.

Também se questionou se na consulta o médico dentista lhe tinha colocado gel de flúor, 56,1% responderam não saber, 27,8% responderam afirmativamente e 16,1% negativamente.

Quadro 5 - Caracterização da vigilância de SO

	Masculino (n = 99)		Feminino (n = 124)		Total (n = 223)	
	N	%	N	%	N	%
Consulta ao médico dentista no último ano						
Não	17	17,2	15	12,1	32	14,3
Não sei/não me lembro	12	12,1	8	6,5	20	9,0
Sim	70	70,7	101	81,5	171	76,7
Frequência da consulta ao médico dentista						
1 vez	24	34,3	26	25,7	50	29,2
2 vezes	22	31,4	17	16,8	39	22,8
3 vezes	6	8,6	10	9,9	16	9,4
4 a 11 vezes	6	8,6	26	26	32	18,7
12 a 14 vezes	12	17,1	22	21,8	34	19,9
Motivo da consulta						
Rotina/consulta de prevenção	48	68,6	52	51,5	100	58,5
Dor de dentes	2	2,8	5	5,0	7	4,1
Tratar dentes cariados	3	4,3	8	7,9	11	6,4
Aparelho ortodôntico	13	18,6	27	26,7	40	23,4
Rotina/consulta de prevenção e tratar dentes cariados	4	5,7	9	8,9	13	7,6
Uso de "cheque-dentista"						
Não	34	34,3	29	23,4	63	28,3
Sim	45	45,5	70	56,5	115	51,6
Não sei/não me lembro	20	20,2	25	20,2	45	20,2
Medo em ir à consulta do médico-dentista						
Não	94	94,9	109	87,9	203	91,0
Sim	5	5,1	15	12,1	20	9,0
Aplicação do selante de fissuras nos dentes						
Não	48	48,5	47	37,9	95	42,6
Sim	51	51,5	77	62,1	128	57,4
Utilização selante de fissuras pelo médico dentista						
Não	9	17,6	7	9,1	16	12,5
Sim	35	68,6	62	80,5	97	75,8
Não sei/não me lembro	7	13,7	8	10,4	15	11,7
Dor de dentes no último ano						
Não	84	84,8	95	76,6	179	80,3
Sim	15	15,2	29	23,4	44	19,7
Toma de comprimidos de flúor						
Não/não sei	82	82,8	95	76,6	177	79,4
Sim	17	17,2	29	23,4	46	20,6
Fez bochechos com flúor						
Não/não sei	39	39,4	58	46,7	97	43,5
Sim	60	60,6	66	53,3	126	56,5
Local dos bochechos com flúor						
Em casa	41	68,3	34	51,5	75	59,5
Na escola	9	15,0	17	25,8	26	20,6
Em casa e na escola	6	10,0	8	12,1	14	11,1
No dentista	2	3,3	5	7,6	7	5,6
Em casa e no dentista	2	3,3	2	3,0	4	3,2
Colocação do gel de flúor durante a consulta						
Não	14	14,1	22	17,7	36	16,1
Sim	27	27,3	35	28,2	62	27,8
Não sei	58	58,6	67	54,0	125	56,1

4.4 – Caracterização da história presente e passada de cárie dentária

Na caracterização da história presente e passada de cárie foi utilizado o índice de CPOD (quadro 6). Com este índice foi possível constatar que relativamente ao número de dentes cariados este apresentou valores compreendidos entre 0 e 8, no que diz respeito aos dentes perdidos por cárie o número variou de 0 a 2 e em relação aos dentes obturados este oscilou entre 0 e 7. Também se apurou que os adolescentes apresentavam valores de CPOD oscilando entre 0 e 10, com um valor médio de 1,35 ($\bar{x}=1,35$; DP=1,958).

Quadro 6 - Caracterização da história presente e passada de cárie dentária

	Mínimo	Máximo	Mediana	\bar{x}	Desvio padrão
Dentes cariados	0	8	0	0,64	1,304
Dentes perdidos por cárie	0	2	0	0,02	0,176
Dentes obturados	0	7	0	0,70	1,400
CPOD	0	10	0	1,35	1,958

Através da análise do quadro 7, que se reporta aos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes da ESAM e suas dimensões, constatou-se que 55,2% dos inquiridos manifestaram *medo dentário*, com um predomínio do sexo masculino (62,6%).

Relativamente à *preocupação com a estética e higiene oral*, apenas 8,5% não manifestou este receio, sendo que este é mais prevalente no sexo feminino (96,0%).

Em relação à *preocupação com a SO*, as raparigas manifestaram mais este receio (83,1% *versus* 59,6%).

Quanto à dimensão *prevenção de problemas dentários* verificou-se que 29,6% não adotaram atitudes preventivas, sendo maioritariamente do sexo masculino (40,4%). Observou-se que 70,4% dos estudantes *previnem os problemas dentários* sendo que a maioria (79,0%) são raparigas.

Da totalidade, 20,2% não integravam a SO na saúde geral e os restantes faziam-no. Destes, a maioria (83,1%) eram do sexo feminino.

Quadro 7 - Caracterização dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

	Masculino (n = 99)		Feminino (n = 124)		Total (n = 223)	
	N	%	N	%	N	%
Medo dentário						
<i>Tem medo</i>	62	62,6	61	49,2	123	55,2
<i>Não tem medo</i>	37	37,4	63	50,8	100	44,8
Dimensão Preocupação com a estética e higiene oral						
<i>Não se preocupa com a estética e HO</i>	14	14,1	5	4,0	19	8,5
<i>Preocupa-se com a estética e HO</i>	85	85,9	119	96,0	204	91,5
Dimensão preocupação com a SO						
<i>Não se preocupa com a saúde</i>	40	40,4	21	16,9	61	27,4
<i>Preocupa-se com a saúde</i>	59	59,6	103	83,1	162	72,6
Dimensão prevenção de problemas dentários						
<i>Não previne problemas dentários</i>	40	40,4	26	21,0	66	29,6
<i>Previne problemas dentários</i>	59	59,6	98	79,0	157	70,4
Dimensão SO integrada na saúde geral						
<i>Não integra a SO na saúde geral</i>	24	24,2	21	16,9	45	20,2
<i>Integra a SO na saúde geral</i>	75	75,8	103	83,1	178	79,8

Apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas, comportamentos de risco, hábitos de higiene oral, vigilância de SO e a caracterização dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes e história presente e passada de cárie dentária, seguem-se as respostas às questões de investigação que se formularam e que foram apresentadas no decurso da metodologia.

4.5 – Avaliação dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Quais são os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

No quadro 8 estão expostas as estatísticas resultantes da aplicação do “Questionários de hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos adolescentes”.

A dimensão *medo dentário*, variou entre 2 e 5 tendo um valor médio de 3,87 (DP=0,633).

No que diz respeito à dimensão *preocupação com a estética e higiene oral*, a pontuação variou de 1 a 5 tendo um valor médio de 4,73 (DP=0,456).

Em relação à dimensão *preocupação com a SO*, os valores oscilaram entre 3 e 5 com uma média de 4,44 (DP=0,497).

A média obtida pelos adolescentes na dimensão *prevenção de problemas dentários* foi de 4,34 (DP=0,506), com valores a variar entre 3 e 5.

Quanto à dimensão *SO integrada na saúde geral* apresentou uma média de 4,58 (DP=0,524), cujos valores variaram entre 3 e 5.

Quadro 8 - Estatísticas relativas aos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

	Mínimo	Máximo	Mediana	\bar{x}	DP	Coefficiente de variação
Medo dentário	2	5	3,89	3,87	0,633	16,36
Preocupação com a estética e higiene oral	1	5	4,83	4,73	0,456	9,64
Preocupação com a SO	3	5	4,50	4,44	0,497	11,19
Prevenção de problemas dentários	3	5	4,33	4,34	0,506	11,66
SO integrada na saúde geral	3	5	4,67	4,58	0,524	11,44

4.6 – Prevalência de cárie dentária

Qual a prevalência de cárie dentária dos estudantes da ESAM?

O estudo da prevalência de cárie dos adolescentes da ESAM (quadro 9) revelou que a maioria (67,3%) apresentava *prevalência muito baixa* e 13,5% tinham *prevalência moderada*. Salienta-se que 8,0% registavam *prevalência elevada/muito elevada*, sendo que as raparigas apresentavam valores superiores aos dos rapazes (9,6% *versus* 6,1%, respectivamente).

Quadro 9 - Prevalência do CPOD em função do sexo

	Masculino (n = 99)		Feminino (n = 124)		Total (n = 223)	
	N	%	N	%	N	%
Prevalência muito baixa	71	71,7	79	63,7	150	67,3
Prevalência baixa	9	9,1	16	12,9	25	11,21
Prevalência moderada	13	13,1	17	13,7	30	13,5
Prevalência elevada/ muito elevada	6	6,1	12	9,6	18	8,0

4.7 – Variáveis sociodemográficas e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Em que medida as variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, zona de residência, ano escolar, área curricular e habilitações literárias dos pais) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

Para verificar se o género exerce ou não influência sobre os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO aplicou-se o teste t student. Como se pode observar no quadro 10, foram as adolescentes que apresentaram valores mais elevados em todas as dimensões. Assim, conclui-se que o género influenciava os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO para todas as dimensões, à exceção da dimensão *medo dentário*.

Quadro 10 - Relação entre o género e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Género	Masculino (n = 99)		Feminino (n = 124)		Teste t student	p
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP		
Medo dentário	3,82	0,592	3,91	0,664	-1,136	0,257
Preocupação com a estética e higiene oral	4,63	0,473	4,82	0,426	-3,154	0,002
Preocupação com a SO	4,29	0,532	4,55	0,437	-3,881	0,000
Prevenção de problemas dentários	4,21	0,576	4,44	0,419	-3,325	0,001
SO integrada na saúde geral	4,46	0,622	4,66	0,411	-2,745	0,007

Efetou-se o teste Kruskal-Wallis, no sentido de saber se grupo etário se relacionava com os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO. Através da análise do quadro 11, verificou-se que foram os adolescentes do grupo etário *18 aos 19 anos*, que apresentaram melhores hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas somente na dimensão *prevenção de problemas dentários*. Observou-se que o *grupo etário* explica 2,9% da dimensão *prevenção de problemas dentários*.

Apesar de ter sido efectuado a ordenação das médias, utilizando o teste ANOVA e o teste post hoc (Tukey), não foi possível localizar as diferenças estatísticas entre os grupos etários.

Quadro 11 - Relação entre o grupo etário e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Grupo etário	14-15 anos (n = 94)	16-17 anos (n = 110)	18-19 anos (n = 19)	Teste Kruskal Wallis	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Medo dentário	112,12	107,85	135,45	2,977	0,226
Preocupação com a estética e higiene oral	108,45	112,43	127,11	1,517	0,468
Preocupação com a SO	114,51	108,59	119,34	0,719	0,698
Prevenção de problemas dentários	119,03	102,02	134,97	6,246	0,044
SO integrada na saúde geral	110,21	110,18	131,39	2,080	0,353

Procurou-se verificar a influência da *zona de residência* nos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO. Os valores da probabilidade indicam independência entre as variáveis em estudo conforme os resultados do teste U de Mann-Whitney (quadro 12). No entanto, as ordenações médias sugerem que os adolescentes que habitavam em *zonas rurais* demonstravam hábitos, conhecimentos e atitudes de SO mais adequados comparativamente aos que habitavam nas *zonas urbanas* em todas as dimensões, à exceção da dimensão *SO integrada na saúde geral*.

Quadro 12 - Relação entre a zona de residência e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Zona residencial	Urbana (n = 164)	Rural (n = 59)	Teste U Mann-Whitney	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Medo dentário	110,00	117,56	4510	0,439
Preocupação com a estética e higiene oral	111,73	112,74	4794,5	0,913
Preocupação com a SO	111,90	112,28	4821,5	0,969
Prevenção de problemas dentários	110,39	116,48	4573,5	0,531
SO integrada na saúde geral	114,42	105,26	4440,5	0,325

Também se questionou se o *ano de escolaridade* influenciava os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO. Dos resultados traduzidos pelo teste Kruskal-Wallis (quadro 13), sobressaem que os alunos do *10º ano* apresentavam melhores pontuações na dimensão *prevenção de problemas dentários* comparativamente aos outros anos. Os alunos do *11º ano* preocupavam-se mais

com a sua SO e os alunos do *12º ano* manifestaram menos medo, preocupavam-se mais com a estética e a higiene oral e integravam melhor a SO na saúde geral.

Deduziu-se que o *ano de escolaridade* não estabelece qualquer relação com a variável dependente, uma vez que o valor de p foi superior a 0,05 pelo que nenhum dos resultados obtidos é estatisticamente significativo.

Quadro 13 - Relação entre o ano de escolaridade e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Ano escolar	10º ano (n = 103)	11º ano (n = 50)	12º ano (n = 70)	Teste Kruskal Wallis	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Medo dentário	110,17	105,75	119,16	1,422	0,491
Preocupação com a estética e higiene oral	107,83	111,64	118,40	1,278	0,528
Preocupação com a SO	111,15	113,49	112,19	0,047	0,977
Prevenção de problemas dentários	115,94	115,85	103,46	1,815	0,404
SO integrada na saúde geral	108,37	113,74	116,10	0,715	0,699

Procedemos de igual modo à realização do teste Kruskal-Wallis para a *área curricular* (quadro 14). Mediante os resultados obtidos verificou-se que foram os estudantes de Artes Visuais que expressaram maior *preocupação com a estética e a higiene oral*, enquanto que os estudantes da área das Ciências e Tecnologias apresentavam melhores resultados nas restantes dimensões. Todavia, infere-se que a *área curricular* não estabelece relação com a variável dependente.

Quadro 14 - Relação entre a área curricular e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Área curricular	Ciências e tecnologias (n = 166)	Ciências socioeconómi cas (n = 30)	Artes visuais (n = 27)	Teste Kruskal Wallis	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Medo dentário	116,38	103,80	94,19	3,322	0,190
Preocupação com a estética e higiene oral	112,17	103,82	120,07	1,033	0,597
Preocupação com a SO	113,03	112,80	104,80	0,396	0,820
Prevenção de problemas dentários	112,94	112,32	105,89	0,282	0,868
SO integrada na saúde geral	113,72	109,17	104,57	0,591	0,744

Para efetuar o estudo entre as *habilitações literárias* dos pais e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis.

Pela análise do quadro 15 constatou-se que os adolescentes cujos pais tinham mais que o *12º ano de escolaridade* referiram menos medo, aqueles cujos pais que só frequentaram até o *6º ano de escolaridade* preocupavam-se mais com a estética e a higiene oral e integraram mais a SO na saúde geral. Em relação aos adolescentes cujos pais obtiveram entre o *7º e o 12º ano de escolaridade* estavam mais preocupados com a SO e preveniam mais os problemas dentários.

Relativamente aos adolescentes cujas mães tinham menos que o *6º ano de escolaridade*, preocupavam-se mais com a estética, a higiene oral e a SO e preveniam mais os problemas dentários. Nos casos em que as mães possuíam mais que o *12º ano*, os adolescentes tinham menos *medo* e integravam mais a *SO na saúde geral* comparativamente restantes.

Porém, o valor de p é superior a 0,05 em todas as dimensões, pelo que nenhum dos resultados obtidos é estatisticamente significativo.

Quadro 15 - Relação entre as habilitações literárias dos pais e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Habilitações literárias		≤ 6º ano escolaridade (n = 15)	7º - 12º ano escolaridade (n = 94)	> 12º ano escolaridade (n = 114)	Teste Kruskal Wallis	p
		Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
P a i	Medo dentário	113,73	108,02	115,05	0,626	0,731
	Preocupação com a estética e higiene oral	134,97	113,98	107,35	2,942	0,230
	Preocupação com a SO	110,60	118,77	106,61	1,898	0,387
	Prevenção de problemas dentários	106,97	119,39	106,57	2,163	0,339
	SO integrada na saúde geral	118,70	115,37	108,34	0,871	0,647
		(n = 16)	(n = 81)	(n = 126)		
M ã e	Medo dentário	91,38	112,27	114,45	1,826	0,401
	Preocupação com a estética e higiene oral	135,00	109,77	110,52	2,503	0,286
	Preocupação com a SO	120,25	112,20	110,83	0,314	0,855
	Prevenção de problemas dentários	124,34	112,67	110,00	0,725	0,696
	SO integrada na saúde geral	107,31	110,03	113,86	0,293	0,864

4.8 – Variáveis relativas aos comportamentos de risco e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Em que medida as variáveis relativas aos comportamentos de risco (consumo de álcool, hábitos tabágicos e hábitos alimentares) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

Para efetuar o estudo entre as variáveis relativas aos comportamentos de risco e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO, foram utilizados os testes t student para a variável *consumo de álcool*, U Mann-Whitney para a variável *hábitos tabágicos* e o Kruskal-Wallis para a variável *influência da alimentação na SO*.

Ao analisar os resultados da relação entre o *consumo de álcool* e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO (quadro 16), observou-se que os adolescentes que não consumiam álcool apresentavam hábitos, conhecimentos e atitudes de SO mais adequados, sem diferenças estatísticas significativas.

Quadro 16 - Relação entre o consumo de álcool e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Consumo de álcool	Não consome (n = 119)		Consome (n = 104)		Teste t student	p
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP		
Medo dentário	3,90	0,658	3,84	0,605	0,687	0,493
Preocupação com a estética e higiene oral	4,74	0,510	4,73	0,389	0,172	0,864
Preocupação com a SO	4,49	0,474	4,37	0,518	1,792	0,075
Prevenção de problemas dentários	4,38	0,505	4,29	0,506	1,322	0,188
SO integrada na saúde geral	4,60	0,483	4,55	0,568	0,644	0,520

No quadro 17 apresentam-se os resultados da relação entre os hábitos tabágicos e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO. Com base nos resultados obtidos verificou-se que os adolescentes *não fumadores* referiram ter menos *medo dentário*, preveniram mais os problemas dentários e *integraram mais a SO na saúde geral*, enquanto que os adolescentes fumadores *preocuparam-se mais com a estética, a higiene e a SO*. No entanto, não se verificaram diferenças estatísticas significativas.

Quadro 17 - Relação entre os hábitos tabágicos e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Hábitos tabágicos	Não fumadores (n = 217)	Fumadores (n = 6)	Teste U Mann-Whitney	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Medo dentário	112,59	90,58	522,5	0,409
Preocupação com a estética e higiene oral	111,95	113,83	640	0,940
Preocupação com a SO	111,41	133,42	522,5	0,402
Prevenção de problemas dentários	112,85	81,17	466	0,232
SO integrada na saúde geral	112,60	90,33	521	0,380

Quanto à relação entre os hábitos alimentares e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO (quadro 18), constatou-se que os adolescentes que afirmaram que a alimentação *não influenciava a SO*, preocupavam-se mais com a *estética e a higiene oral* e preveniam mais os *problemas dentários*. Em relação aos que referiram que a alimentação *influenciava pouco* a SO mencionaram menos *medo dentário*. Por último, os adolescentes que opinaram favoravelmente na influência da alimentação na SO, manifestaram maior *preocupação com a SO* e *integraram* melhor a *SO na saúde geral*. Todavia, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

Quadro 18 - Relação entre a opinião dos estudantes quanto à influencia dos hábitos alimentares nos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Influência dos hábitos alimentares na SO	Não influencia (n = 13)	Influencia pouco (n = 51)	Influencia (n = 159)	Teste Kruskal Wallis	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Medo dentário	107,12	112,75	112,16	0,083	0,959
Preocupação com a estética e higiene oral	130,73	123,50	106,78	4,280	0,118
Preocupação com a SO	100,00	107,48	114,43	0,956	0,620
Prevenção de problemas dentários	145,46	99,78	113,18	5,457	0,065
SO integrada na saúde geral	111,77	101,58	115,36	1,953	0,377

4.9 – Variáveis relativas à vigilância de SO e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Em que medida as variáveis relativas à vigilância de SO (consulta no médico dentistas e motivo da consulta) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

A propósito de saber se a ida à *consulta ao médico dentista* era determinante dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO, efetuamos o teste U de Mann-Whitney.

Pela análise do quadro 19, verificou-se que os adolescentes que consultaram o médico dentista apresentavam melhores hábitos, conhecimentos e atitudes de SO, sendo as diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *medo dentário*, *preocupação com a SO*, *prevenção de problemas dentários* e *SO integrada na saúde geral* à exceção da dimensão *preocupação com a estética e higiene oral*.

Quadro 19 - Relação entre a ida à consulta ao médico dentista no último ano e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Frequência da consulta no médico dentista no último ano	Não (n = 52)	Sim (n = 171)	Teste U Mann-Whitney	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Medo dentário	80,47	121,59	2806,5	< 0,001
Preocupação com a estética e higiene oral	104,48	114,29	4055	0,306
Preocupação com a SO	81,31	121,33	2850	< 0,001
Prevenção de problemas dentários	75,77	123,02	2562	< 0,001
SO integrada na saúde geral	94,23	117,40	3522	0,017

Para efetuar o estudo entre o *motivo da consulta* e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis.

Através do quadro 20, observou-se que os adolescentes que se foram ao médico dentista por *dor de dentes*, *integraram melhor a SO na saúde geral*. Aqueles cujo motivo da consulta foi o *tratamento de dentes cariados* manifestaram menos *medo dentário*.

Os adolescentes em que o motivo da consulta foi a *ortodontia* manifestaram maior *preocupação com a estética e a higiene oral*.

Nos casos em que o motivo da consulta foi a *prevenção e o tratamento de dentes cariados*, constatou-se que os adolescentes em causa se *preocupavam mais com a SO e preveniam mais os problemas dentários*.

No entanto, não se confirmou a influencia da variável *motivos da consulta* nos hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde dos adolescentes.

Quadro 20 - Relação entre os motivos da consulta e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Motivo da consulta	CP (n = 100)	DD (n = 7)	TDC (n = 11)	Ort (n = 40)	CP e TDC (n = 13)	Teste Kruskal Wallis	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Medo dentário	87,94	104,21	107,00	80,26	61,19	6,915	0,140
Preocupação com a estética e higiene oral	85,40	77,86	87,95	91,60	76,15	1,437	0,838
Preocupação com a SO	88,09	76,21	74,91	82,13	96,54	1,915	0,751
Prevenção de problemas dentários	86,67	82,21	86,50	81,70	95,69	0,877	0,928
SO integrada na saúde geral	85,09	97,00	82,18	85,71	91,19	0,672	0,955

Legenda: CP - consulta de prevenção
 DD - dor de dentes
 TDC - tratar dentes cariados
 Ort - ortodontia
 CP e TDC - consulta de prevenção e tratar dentes cariados

Capítulo 5 – Discussão

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, segue-se a discussão dos mesmos, que consiste numa reflexão crítica destes, confrontando-os entre si, bem como com o quadro teórico de referência, salientando alguns dos estudos publicados no âmbito dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes.

A discussão será efetuada segundo a ordem sequencial da apresentação das questões de investigação.

5.1 – Avaliação dos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Quais são os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

Neste estudo os estudantes revelaram hábitos, conhecimentos e atitudes de SO positivos, tendo obtido percentagens superiores a 70% em todas as dimensões à exceção do medo dentário (sem medo com 44,8%). Os resultados estão em consonância com diversos estudos, nomeadamente, o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais de 2008, que demonstra uma redução significativa da cárie dentária nos locais onde os programas se desenvolvem de forma holística e continuada.⁵ Esta melhoria deve-se ao facto destes programas de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, sob orientação técnico-normativa da Direcção-Geral da Saúde, incidirem na melhoria dos conhecimentos corretos e nos comportamentos adequados

Contrariamente, outros estudos efectuados em estudantes japoneses do ensino superior apresentaram conhecimentos reduzidos sobre as doenças orais.^{84, 85}

É de realçar que os adolescentes inquiridos vivem em Viseu, cidade esta que em 2012 obteve pela segunda vez, num estudo da DECO⁸⁶, o maior índice de qualidade de vida. Também é importante referir que os adolescentes deste estudo são estudantes da ESAM, uma escola bem posicionada nos rankings nacionais por colocar anualmente mais de duas dezenas de alunos em cursos de medicina.⁸⁷ Além destes alunos, futuros médicos, também coloca anualmente um

elevado número de alunos em outros cursos na área da saúde, o que à priori leva a pensar que estes estudantes têm um *background* estando mais sensíveis para as questões da saúde.

Por estas razões pode-se admitir que as diferenças culturais, a origem das populações estudadas e os contextos de aprendizagem, constituem alguns dos elementos que podem determinar a variação entre os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes observados.

5.2 – Prevalência de cárie dentária

Qual a prevalência de cárie dentária nos estudantes da ESAM?

O índice de CPOD obtido neste estudo foi de 1,35 revelando uma prevalência baixa de cárie nos adolescentes da ESAM. O estudo revelou ainda que a maioria (67,3%) apresentava prevalência muito baixa e as raparigas apresentavam valores de prevalência elevada/muito elevada superiores aos dos rapazes (9,6% vs 6,1%, respectivamente).

Num estudo realizado na Birmânia em 2013 obteve-se uma média do Índice de CPOD de 1,71 pelo que se considera um valor muito semelhante ao deste estudo (prevalência baixa da cárie).⁸⁸ Outro estudo realizado em 2014 no Brasil⁸⁹ obteve índices de CPOD de 1,67 e 2,12 nos dois grupos em estudo, podendo-se verificar que em ambos os grupos a prevalência de cárie é baixa. No entanto, o estudo realizado por Esa *et al.* (2014) em adolescentes da Malásia, mostrou uma prevalência moderada de cárie com um índice de CPOD de 2,76.⁹⁰

Em estudos nacionais, Barata *et al.* (2013) obtiveram um índice de CPOD de 4,5, muito superior ao deste estudo.⁹¹ O Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais publicado em 2008 revelou um índice de CPOD=1,48 em adolescentes com 12 anos, que se assemelha ao presente estudo, contudo nos adolescentes de 15 anos, o estudo nacional apresentou uma prevalência de cárie moderada (índice de CPOD=3,04).⁵

5.3 – Variáveis sociodemográficas e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Em que medida as variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, zona de residência, ano escolar, área curricular e habilitações literárias dos pais) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

Nesta investigação, o sexo dos adolescentes influenciava aos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO (à exceção do *medo dentário*), sendo que foram as adolescentes que apresentaram valores mais elevados em todas as dimensões. Esta associação vai ao encontro dos resultados obtidos por vários autores.^{30, 92-96} Uma razão que justifique o facto das adolescentes apresentarem melhores hábitos conhecimentos e atitudes de SO, poderá ficar a dever-se ao facto delas serem mais cuidadosas com a sua saúde comparativamente aos adolescentes. Este facto está intimamente associado a uma maior preocupação das adolescentes com a estética e imagem.⁹⁷⁻⁹⁹

Quanto à idade, esta influenciou apenas a *prevenção de problemas dentários*. Em que foi possível concluir que os adolescentes do grupo etário 18-19 anos previnem mais os problemas dentários, estes resultados poderão dever-se à maior maturidade dos adolescentes. Veiga *et al.* (2015 e 2014) evidenciaram que os adolescentes mais velhos⁹³ ou com idade superior a 15 anos⁹² apresentavam melhores comportamentos de SO.

Neste estudo não se encontrou uma relação entre a zona de residência e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes. Contudo Pereira *et al.* (2013) defendem que os adolescentes que habitam em zonas urbanas têm hábitos de higiene oral mais corretos do que os que habitam em zonas rurais.³⁰ Isto pode ser explicado pelo facto de existirem maiores limitações ao acesso aos cuidados de SO nos residentes em zonas rurais.¹⁰⁰

Outro ponto de discussão refere-se ao ano de escolaridade dos estudantes cujo resultado do presente estudo não confirmou a sua influência nos hábitos, conhecimentos e atitudes de SO. Estes dados vão ao encontro dos obtidos por Komabayashi *et al.* (2006)⁸⁵ e Kawamura *et al.* (2005)⁸⁴ que indicaram não haver diferenças entre os estudantes dos diferentes anos de escolaridade da mesma

área curricular e os estudantes da mesma comunidade que frequentavam outras áreas.

Quanto à área curricular, esta não estabeleceu relação com a variável dependente. Neamatollahi *et al.* (2011)⁹⁶ obtiveram resultados em que os alunos de Ciência Experimental (o equivalente a Ciências e Tecnologias em Portugal) apresentaram melhores comportamentos de SO. Estes resultados podem ser explicados pelo facto da SO estar integrada no tema geral da área curricular. Os alunos de Ciências Matemáticas (o equivalente a Ciências Socioeconómicas) foram os que registaram piores conhecimentos e atitudes de SO.

Diversos autores descreveram uma relação direta entre o nível de escolaridade dos pais com os hábitos de higiene oral dos adolescentes.^{30, 96, 101-103}

Para Timis & Danila (2005)¹⁰¹ os adolescentes cujos pais frequentaram o ensino superior, apresentavam melhores hábitos de higiene oral, tal facto pode ser justificado pela maior literacia dos seus progenitores traduzindo-se em melhores conhecimentos sobre os comportamentos de SO e a uma maior motivação na manutenção de uma boa SO. Quanto às habilitações literárias dos pais dos adolescentes da ESAM, esta variável não se mostrou estatisticamente significativa.

5.4 – Variáveis relativas aos comportamentos de risco e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Em que medida as variáveis relativas aos comportamentos de risco (consumo de álcool, hábitos tabágicos e hábitos alimentares) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

Neste estudo o consumo de álcool não influenciou os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM. No entanto, constatou-se que os adolescentes que não consumiam álcool, apresentaram hábitos, conhecimentos e atitudes de SO mais adequados, não havendo diferenças estatísticas significativas, à semelhança dos resultados apresentados por Ferdo *et al.* (2008).¹⁰⁴

É reconhecido na literatura que o tabagismo está associado a maus hábitos de SO.¹⁰² Segundo Tanner *et al.* (2015) a doença periodontal futura poderá ficar a dever-se a valores aumentados de *bleeding on probing*, provocados pelos hábitos tabágicos.¹⁰² Quanto aos alunos da ESAM verificou-se que os adolescentes não fumadores referiram ter menos *medo dentário*, preveniram mais os problemas dentários e integraram mais a SO na saúde geral, enquanto que os adolescentes fumadores se preocuparam mais com a estética, a higiene e a SO. No entanto, não se verificaram diferenças estatísticas significativas.

Na Índia foi realizado um estudo por Shenouy e Sequeira (2010), onde foi concluído que apenas 31,0% da amostra concordava que a alimentação influenciava a SO.¹⁰⁵ Esta percentagem é inferior aos resultados obtidos no presente estudo em que 71,0% dos estudantes inquiridos referiram que o que comiam influenciava a SO.

5.5 – Variáveis relativas à vigilância de SO e os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO

Em que medida as variáveis relativas à vigilância de SO (consulta no médico dentista e motivo da consulta) influenciam os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos estudantes da ESAM?

No último ano 76,7% dos estudantes inquiridos consultaram o médico dentista, valores semelhantes (67,3%) foram encontrados por Barata *et al.* (2013).⁹¹ Num estudo de âmbito nacional de 2008 foi registada uma percentagem superior (85%).⁵

Suprabha *et al.* (2013) num estudo efetuado em adolescentes entre os 11 e os 13 anos, mostraram que as crianças com menos conhecimentos de SO consultavam menos o médico dentista,¹⁰⁶ e ainda como consequência da menor frequência às consultas de medicina dentária, estes adolescentes apresentavam maior medo das referidas consultas.^{92, 107}

Neste estudo os motivos da consulta não influenciaram os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO dos adolescentes. No entanto, nos adolescentes em que o motivo da consulta foi a ortodontia verificou-se que estes se *preocupam*

mais com a estética e a higiene oral. Num estudo feito por Klages *et al.* (2005) os indivíduos mais preocupados com a estética, recorriam mais aos tratamentos ortodônticos e tinham melhores atitudes e conhecimentos de SO.¹⁰⁸ Outros autores referiram a dor dentária como o principal motivo para consultar um médico dentista.^{109, 110} Nos adolescentes da ESAM, apesar da inexistência de significância estatística, aqueles em que o motivo da consulta foi a dor dentária integravam mais a SO na saúde geral.

Relativamente às **limitações/dificuldades** deste estudo, estas fizeram-se sentir ao longo de toda a realização do mesmo. Procurou-se ultrapassá-las com o intuito de conseguir dar resposta às expectativas e aos objectivos traçados no início. Dentro destas dificuldades/limitações destacam-se as seguintes:

- O estudo elaborado, sendo transversal, apenas avalia o fenómeno da adesão no momento da investigação, fornecendo-nos dados imediatos e utilizáveis. Como tal, o seu alcance é mais limitado do que o estudo longitudinal, com a recolha de dados de forma periódica e sistemática nos estudantes, permitindo avaliar as mudanças relativas às variáveis, em função do tempo.
- Baixa adesão ao estudo por parte dos adolescentes, pois dos 500 consentimentos informados entregues apenas 223 aceitaram participar no mesmo;
- A técnica de amostragem usada (amostragem por conveniência) não permite extrapolar os resultados obtidos para a população em questão.
- O estudo apresenta também limitações inerentes à utilização dos instrumentos de autorresposta. Estes são úteis, de fácil aplicação e de baixo custo, mas não são considerados ideais, devido à fiabilidade dos resultados que se obtêm com a sua aplicação e a necessidade de recorrer à memória poderá provocar vieses.

Apesar destas limitações, acredita-se que os resultados deste estudo permitem tirar conclusões confiáveis sobre os hábitos, conhecimentos e atitudes de SO da amostra de estudantes da ESAM.

Capítulo 6 – Conclusões

Este capítulo representa o final deste trabalho de investigação, onde são apresentadas as conclusões provenientes dos resultados obtidos e ainda algumas recomendações para estudos futuros sobre a mesma temática.

Este estudo pretendeu, para além de avaliar os hábitos, conhecimentos e as atitudes de SO dos adolescentes da ESAM, relacionar a influência de diversos factores (sociodemográficos, comportamentos de risco, vigilância de SO) com os hábitos, conhecimentos e as atitudes de SO dos adolescentes e ainda determinar a prevalência de cárie.

Os estudantes da ESAM revelaram hábitos, conhecimentos e atitudes de SO positivos, obtendo percentagens superiores a 70% em todas as dimensões à exceção do medo dentário (sem medo com 44,8%).

O índice de CPOD foi de $1,35 \pm 1,96$, com uma prevalência de casos de muito baixo nível de cárie dentária de 67,3% e elevada/muito elevada de 8,0%.

Os adolescentes do sexo feminino e os mais velhos (18 – 19 anos) apresentaram melhores hábitos, conhecimentos e atitudes de SO.

Também os adolescentes que consultaram o médico dentista apresentaram melhores hábitos, conhecimentos e atitudes de SO, nomeadamente, referiram menos medo dentário e preocupação com a SO, preveniram mais os problemas dentários e integraram melhor a SO na saúde geral.

Como sugestões apontam-se:

Compreender melhor a realidade da população portuguesa e das assimetrias nacionais é um imperativo à implementação de políticas preventivas de SO em larga escala. O destaque deve ser dado ao conhecimento dos determinantes e à distribuição das doenças orais, mas também é importante identificar a população com comportamentos menos adequados de SO, a fim de se desenvolverem programas de educação específicos tendo em conta que é uma problemática multifatorial.

Os resultados do Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais de 2008 constituem a base do conhecimento da realidade da SO, este e outros estudos de âmbito nacional deveriam ser replicados a fim de se ter um conhecimento monitorizado. Este permitiria o desenvolvimento e a implementação

de estratégias de SO tendo em conta as assimetrias nacionais e as metas da OMS.

As estratégias de prevenção e promoção da SO deveriam ser integradas na promoção da saúde em geral, utilizando abordagens holísticas de intervenção multifactorial, e deveriam ser implementadas por todos os agentes educativos e de saúde desde tenra idade.

Termina-se referindo que todo o trabalho a desenvolver neste domínio deverá ser iniciado em casa com a família, os modelos, secundarizado e continuado na escola ao longo do percurso académico sem esquecer a imperiosa participação dos profissionais de saúde, neste caso alicerçada na intervenção do médico dentista.

Todo este trabalho de desenvolvimento de competências em SO deve estar assente na continuidade e no reforço da promoção de estilos de vida saudáveis e na redução dos factores de risco das doenças orais.

Referências bibliográficas

1. DGS. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. In: Saúde DGd, editor. 2000.
2. DGS. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. In: Saúde DGd, editor. circular normativa No: 01/DSE2005.
3. Petersen PE. 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*. 2003;31 Suppl 1:3-23.
4. DGS. Programa Nacional de Saúde Escolar. 2014.
5. DGS. Estudo nacional de prevalência das doenças orais. 2008.
6. WHO. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry , report of a WHO expert committee. Geneva : World Health Organization, 1995 92 4 120854 6.
7. Antunez M. Principais problemas odontológicos dos adolescentes. *Adolesc Saude*. 2005;2(4):12-6.
8. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):641-720.
9. Elias MS, Cano MAT, Mestriner Junior W, Ferriani MdGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2001;9:88-95.
10. Hechavarria Martínez BO, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez MdIC, Carbonell Gonsalves C. Salud bucal en la adolescencia. *MEDISAN*. 2013;17:117-25.
11. Daniel SJ, Harfst SA, Wilder RS. *Mosby's Dental Hygiene: Concepts, Cases, and Competencies*: Mosby/Elsevier; 2008.
12. Brukiene V, Aleksejuniene J. An overview of oral health promotion in adolescents. *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*. 2009;19(3):163-71.
13. Smyth E, Caamaño F, Fernández-Riveiro P. Oral health knowledge, attitudes and practice in 12-year-old schoolchildren. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet)*. 2007;12:614-20.
14. Kawamura M, Iwamoto Y, Wright FA. A comparison of self-reported dental health attitudes and behavior between selected Japanese and Australian students. *J Dent Educ*. 1997;61(4):354-60.
15. Navarro LMC, Márquez RJA, Márquez RMJ, Castaño SA. Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una zona básica de salud. *Medicina de Familia*. 2005;1:19-27.

16. Ferreira MDA, Alvim NAT, Teixeira MLDO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: Estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):217-24.
17. Graça TC. A importância da saúde bucal na adolescência: Um estudo no IEPIC [Tese de Doutorado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2000.
18. Antunes JL, Peres MA, Frias AC, Crosato EM, Biazevic MG. [Gingival health of adolescents and the utilization of dental services, state of Sao Paulo, Brazil]. *Rev Saude Publica.* 2008;42(2):191-9.
19. Tomita NE, Pernambuco RA, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal para adolescentes: Uso de métodos participativos. *Rev Fac Odontol.* 2001;9(1/2):63-9.
20. Freddo SL, Aerts DR, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. [Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern Brazil]. *Cadernos de saude publica.* 2008;24(9):1991-2000.
21. Poutanen R, Lahti S, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, and beliefs among 11 to 12-year-old Finnish schoolchildren with different oral health behaviors. *Acta odontologica Scandinavica.* 2005;63(1):10-6.
22. Payne L. Health: a basic concept in nursing theory. *Journal of Advanced Nursing.* 1983;8(5):393-5.
23. WHO. Constitution of the World Health Organization. International Health Conference; New York 1946.
24. WHO. Oral health 2007 [cited 2015 15/03/2015]. Available from: http://www.who.int/topics/oral_health/en/.
25. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *International dental journal.* 2004;54(6 Suppl 1):329-43.
26. Regra D. Promoção da Saúde Oral: Uma experiência de prevenção de cárie num Concelho rural. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2011.
27. Saúde Md. Higiene oral para prevenir Portal da Saúde 2006 [updated 19/05/2006; cited 2015 15/03/2015]. Available from: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaud e/saude+oral/higieneoral.htm>.
28. Limeback H. *Comprehensive Preventive Dentistry*: Wiley; 2012.
29. Nicolau B, Marcenes W, Bartley M, Sheiham A. Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. *Journal of public health dentistry.* 2005;65(1):14-20.
30. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2013;31:158-65.

31. Steele J, Shen J, Tsakos G, Fuller E, Morris S, Watt R, et al. The Interplay between Socioeconomic Inequalities and Clinical Oral Health. *Journal of dental research*. 2014.
32. Powell RN, Gilhooly JT, McKenna ER. Prevalence and distribution of gingivitis and dental caries in children aged 6–12 years in Brisbane primary schools. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1986;14(2):110-4.
33. Wilkins EM, Wyche CJ. *Clinical Practice of the Dental Hygienist*: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
34. Aoba T, Fejerskov O. Dental Fluorosis: Chemistry and Biology. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. 2002;13(2):155-70.
35. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5:381-92.
36. Feigal RJ. Sealants and preventive restorations: review of effectiveness and clinical changes for improvement. *Pediatric dentistry*. 1998;20(2):85-92.
37. Murtomaa H, Metsaniitty M. Trends in toothbrushing and utilization of dental services in Finland. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1994;22(4):231-4.
38. Woolfolk MW, Lang WP, Borgnakke WS, Taylor GW, Ronis DL, Nyquist LV. Determining dental checkup frequency. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 1999;130(5):715-23.
39. Dagli RJ, Tadakamadla S, Dhanni C, Duraiswamy P, Kulkarni S. Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India. *Journal of oral science*. 2008;50(3):267-72.
40. Ostberg AL. Adolescents' views of oral health education. A qualitative study. *Acta odontologica Scandinavica*. 2005;63(5):300-7.
41. Fonseca H. *Viver com adolescentes*. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença; 2005.
42. Viana V, Santos PLd, Guimarães MJ. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2008;9:209-31.
43. Videon TM, Manning CK. Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2003;32(5):365-73.
44. Neutzling MB, Araujo CL, Vieira Mde F, Hallal PC, Menezes AM. [Frequency of high-fat and low-fiber diets among adolescents]. *Revista de saude publica*. 2007;41(3):336-42.
45. Kanauth RK, Gonçalves H. Juventude na era da Aids: Entre o prazer e o risco. In: Almeida MIM, Eugenio F, editors. *Culturas Jovens: Novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006. p. 92-120.

46. Peres E. Saber Comer para Melhor Viver. 5ª ed. Lisboa: Caminho; 2003. 247 p.
47. DGS. Nova abordagem da Roda dos Alimentos 2015 [cited 2015 20/05/2015]. Available from: <https://http://www.dgs.pt/em-destaque/nova-abordagem-da-roda-dos-alimentos.aspx>.
48. Fitzgerald RJ, Keyes PH. Demonstration of the etiologic role of streptococci in experimental caries in the hamster. *Journal of the American Dental Association* (1939). 1960;61:9-19.
49. Keyes PH. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. Findings and implications. *Archives of oral biology*. 1960;1:304-20.
50. Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1416-23.
51. Salonen L, Allander L, Bratthall D, Hellden L. Mutans streptococci, oral hygiene, and caries in an adult Swedish population. *Journal of dental research*. 1990;69(8):1469-75.
52. Thibodeau EA, O'Sullivan DM, Tinanoff N. Mutans streptococci and caries prevalence in preschool children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1993;21(5):288-91.
53. Kuramitsu HK, Wang B-Y. Virulence properties of cariogenic bacteria. *BMC oral health*. 2006;6(Suppl 1):S11-S.
54. Nishikawara F, Nomura Y, Imai S, Senda A, Hanada N. Evaluation of Cariogenic Bacteria. *European Journal of Dentistry*. 2007;1(1):31-9.
55. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12:1611-21.
56. Keyes PH. Present and future measures for dental caries control. *The Journal of the American Dental Association*. 1969;79(6):1395-404.
57. Gomes D, Da Ros MA. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13:1081-90.
58. Traebert J, Moreira EAM, Bosco VL, Almeida ICS. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. *Revista de Nutrição*. 2004;17:247-53.
59. WHO. The etiology and prevention of dental caries : report of a WHO Scientific Group [meeting held in Geneva from 30 November to 6 December 1971] Genebra: 1972.
60. Blankenstein R, Murray JJ, Lind OP. Prevalence of chronic periodontitis in 13-15-year-old children. A radiographic study. *Journal of clinical periodontology*. 1978;5(4):285-92.

61. Davies PH, Downer MC, Lennon MA. Periodontal bone loss in English secondary school children. A longitudinal radiological study. *Journal of clinical periodontology*. 1978;5(4):278-84.
62. Gjermo P, Bellini HT, Pereira Santos V, Martins JG, Ferracyoli JR. Prevalence of bone loss in a group of Brazilian teenagers assessed on bite-wing radiographs. *Journal of clinical periodontology*. 1984;11(2):104-13.
63. Hansen BF, Gjermo P, Bergwitz-Larsen KR. Periodontal bone loss in 15-year-old Norwegians. *Journal of clinical periodontology*. 1984;11(2):125-31.
64. Wolfe MD, Carlos JP. Periodontal disease in adolescents: epidemiologic findings in Navajo Indians. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1987;15(1):33-40.
65. Jenkins WM, Papapanou PN. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontology 2000*. 2001;26:16-32.
66. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of periodontology / the American Academy of Periodontology*. 1999;4(1):1-6.
67. Kachlany SC. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* Leukotoxin: from Threat to Therapy. *Journal of dental research*. 2010;89(6):561-70.
68. Soares D, Andrade C, Pinto AR, Seabra M, Macho V. Doenças da gengiva e periodonto em crianças e adolescentes. *Acta Pediatr Port: Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 2009.
69. Halvari A, Halvari H. Motivational predictors of change in oral health: an experimental test of self-determination theory. *Movit Emot*. 2006;30:295-306.
70. Daniel SJ, Harfst SA, Wilder R. *Mosby's Dental Hygiene - Text and Study Guide Package: Concepts, Cases, and Competencies*: Elsevier - Health Sciences Division; 2007.
71. WHO. *Oral health surveys: basic methods*. 4th ed 1997.
72. Ciribelli MC. *Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica*. Rio de Janeiro: 7Letras; 2003.
73. Rodrigues CMNB. *Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos de Saúde Oral Das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação*. Lisboa: Universidade Aberta; 2008.
74. Oliveira SL. *Tratado de Metodologia Científica - Projectos de pesquisas TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses* Pioneira Thomson Learning; 2001.
75. Fortin MF. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*: Loures : Lusodidactica; 2009.
76. Heinemann K. *Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte*: Paidotribo; 2003.

77. Fortin MF, Salgueiro N. O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª ed: Lusodidacta; 2003.
78. Luís H, P, S., Assunção V, A., Luís L, F, S. Tradução e validação para português de um questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos adolescentes. *Adolescência & Saúde*. 2012;9:7-11.
79. Greenhalgh T. Como Ler Artigos Científicos : Fundamentos da medicina baseada em evidências: Artmed Editora; 2005.
80. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2008:216.
81. Garcia CF, Perez AMB, Ballesta CG, Vallejos RM. Construcción y validación de un instrumento para conocer la actitud hacia la salud dental. *EJDR* 2001:6-27.
82. Coutinho CP. Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Almedina; 2014.
83. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS: Sílabo; 2008.
84. Kawamura M, Wright FA, Declerck D, Freire MC, Hu DY, Honkala E, et al. An exploratory study on cultural variations in oral health attitudes, behaviour and values of freshman (first-year) dental students. *International dental journal*. 2005;55(4):205-11.
85. Komabayashi T, Kawamura M, Kim KJ, Wright FA, Declerck D, Goias Mdo C, et al. The hierarchical cluster analysis of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University--Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) among final year dental students in 17 countries. *International dental journal*. 2006;56(5):310-6.
86. Major A. Viseu eleita a melhor cidade do país para viver. *Jornal de Negócios*. 2012.
87. Ferreira TF. Alunos de excelência orgulham Alves Martins. *Diário de Viseu*. 2014.
88. Phyo AZ, Chansatitporn N, Narksawat K. Oral health status and oral hygiene habits among children aged 12-13 years in Yangon, Myanmar. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*. 2013;44(6):1108-14.
89. Freitas AR, Aznar FD, Tinos AM, Yamashita JM, Sales-Peres A, Sales-Peres SH. Association between dental caries activity, quality of life and obesity in Brazilian adolescents. *International dental journal*. 2014;64(6):318-23.
90. Esa R, Ong AL, Humphris G, Freeman R. The relationship of dental caries and dental fear in Malaysian adolescents: a latent variable approach. *BMC oral health*. 2014;14:19.
91. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2013;54(1):27-32.

92. Nélío JV, Carlos MP, Paula CF, Ilidio JC. Oral Health Behaviors in a Sample of Portuguese Adolescents: An Educational Issue. *Health Promotion Perspectives*. 2014;4(1):35.
93. Veiga NJ, Pereira C, Amaral O, Chaves C, Nelas P, Ferreira M. Oral Health Education among Portuguese Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;171:10031010.
94. Veiga NJ, Pereira CM, Ferreira PC, Correia IJ. Prevalence of dental caries and fissure sealants in a portuguese sample of adolescents. *PloS one*. 2015;10(3):e0121299.
95. Ericsson JS, Ostberg AL, Wennstrom JL, Abrahamsson KH. Oral health-related perceptions, attitudes, and behavior in relation to oral hygiene conditions in an adolescent population. *European journal of oral sciences*. 2012;120(4):335-41.
96. Neamatollahi H, Ebrahimi M, Talebi M, Ardabili MH, Kondori K. Major differences in oral health knowledge and behavior in a group of Iranian pre-university students: a cross-sectional study. *Journal of oral science*. 2011;53(2):177-84.
97. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2000;28(3):161-9.
98. Ostberg AL, Halling A, Lindblad U. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta odontologica Scandinavica*. 1999;57(4):231-6.
99. Peres MA, Peres KG, de Barros AJD, Victora CG. The relation between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviours. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61(2):141-5.
100. Schwarz E. Access to oral health care – an Australian perspective*. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006;34(3):225-31.
101. Timis T, Danila I. Socioeconomic status and oral health. *J Prev Med*. 2005;13:116–21.
102. Tanner T, Päckilä J, Karjalainen K, Kämppi A, Järvelin M-R, Patinen P, et al. Smoking, alcohol use, socioeconomic background and oral health among young Finnish adults. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2015:n/a-n/a.
103. Murariu A, Hanganu SC. Family Influences on Adolescent's Oral Health Behaviour and Sugar Consumption. . *Revista de Cercetare si Interventie Sociala* 2013;41, 60-76.
104. Freddo SL, Aerts DRGdC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:1991-2000.

105. Shenoy RP, Sequeira PS. Effectiveness of a school dental education program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices and status of 12- to 13-year-old school children. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*. 2010;21(2):253-9.
106. Suprabha BS, Rao A, Shenoy R, Khanal S. Utility of knowledge, attitude, and practice survey, and prevalence of dental caries among 11- to 13-year-old children in an urban community in India. *Global health action*. 2013;6:20750.
107. Mahantesh A, Siddibhavi B. Oral Health Attitude And Awareness Among School Children. *World Journal of Science and Technology*. 2011.
108. Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A. Dental esthetics, orthodontic treatment, and oral-health attitudes in young adults. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2005;128(4):442-9.
109. Devaraj CG, Eswar P. Reasons for use and non-use of dental services among people visiting a dental college hospital in India: A descriptive cross-sectional study. *European Journal of Dentistry*. 2012;6(4):422-7.
110. Lacerda JTd, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Revista de saude publica*. 2004;38:453-8.

Anexos

Anexo 1 - Questionário



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional das Beiras
Departamento de Ciências da Saúde
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Questionário n° _____

Parte I - Caracterização sociodemográfica

1. Género: Masculino Feminino
2. Idade: _____ anos
3. Zona de residência de residência: Urbana Rural
4. Ano escolar que frequenta: 10º ano 11º ano 12º ano
5. Área curricular: _____
6. Quais as habilitações literárias dos teus pais?

	Pai	Mãe
< 4 anos		
4 – 6 anos		
7 – 9 anos		
10 – 12 anos		
Bacharelato		
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

Parte II - Caracterização dos comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal

- 1 – Consomes bebidas alcoólicas?
 Não
 Sim, ocasionalmente
 Sim, todas as semanas
 Sim, todos os dias
- 2 – És fumador(a)?
 Não Sim
- 2.1 – Se respondeste sim, em média, quantos cigarros fumas por dia? _____ cigarros
- 3 – Costumas consumir alimentos ou bebidas açucaradas?
 Não
 Raramente
 Sim, às vezes
 Todos os dias.
- 3.1 – Se sim, quando é que costumavas consumir alimentos ou bebidas açucaradas? (podes dar mais do que uma resposta)
 Após as refeições
 Entre as refeições
 Antes de ir dormir
- 4 – Na tua opinião, o que comes influencia a tua saúde oral?
 Não
 Influência pouco
 Sim

Parte III - Caracterização dos hábitos de higiene oral

1 – Escovas os dentes todos os dias?

- Não Sim

1.1 – Se escovas todos os dias, quantas vezes escovas por dia? _____ vezes

2 – De cada vez que fazes a tua higiene oral, em média, quanto tempo demoras? _____ minutos.

3 – Quando é que escovas os dentes? (podes dar mais do que uma resposta)

- Manhã
 Ao fim do almoço
 Ao fim do lanche
 Ao fim do jantar
 Antes de deitar

4 – Como realizas a tua higiene oral?

- Escovo as gengivas, dentes e língua
 Escovo os dentes e a língua
 Escovo os dentes e a gengiva
 Escovo apenas os dentes

5 – Onde aprendeste a escovar os dentes? (podes dar mais do que uma resposta)

- Em casa
 Na escola
 No centro de saúde
 No consultório do médico dentista
 Através da televisão
 Não sei

6 – Com que frequência costumavas trocar a escova de dentes?

- A cada 3 meses
 Duas vezes por ano
 Uma vez por ano
 Quando entendo que devo trocar
 Outra (qual?) _____

7 – Utilizas uma pasta de dentes com flúor?

- Não
 Sim
 Não sei/não me lembro.

8 – Além da pasta e da escova usas mais algum produto para a tua higiene oral? (podes dar mais do que uma resposta)

- Colutórios orais
 Escovilhões interdentários
 Fio dentário
 Irrigadores orais
 Nenhum
 Outro (qual?) _____

9 – Costumas utilizar o fio dentário?

- Não
 Sim, às vezes
 Sim, diariamente
 Não sei o que é fio dentário

Parte IV - Caracterização da vigilância de saúde oral

1 – Alguma vez foste consultado(a) por um médico dentista?

- Não Sim

2 – Nos últimos 12 meses foste consultado(a) por um médico dentista?

- Não
 Não sei/não me lembro
 Sim. Quantas vezes? _____

2.1 – E qual o motivo da consulta? (podes dar mais do que uma resposta)

- Rotina/consulta de prevenção (limpeza, selantes...);
 Dor de dentes;
 Cara inchada;
 Tratar dentes estragados/cariados;
 Aparelho ortodôntico;
 Outro. Qual? _____

3 – Já utilizaste algum “cheque-dentista”?

- Não
 Sim
 Não sei/não me lembro.

4 – Tens medo em ir à consulta do médico-dentista?

- Não Sim

5 – Sabes o que é um selante de fissuras aplicado nos dentes pelo médico dentista?

- Não Sim

5.1 – Se sim, alguma vez o médico dentista colocou selante de fissuras nos teus dentes?

- Não
 Sim
 Não sei/não me lembro.

6 – Nos últimos 12 meses, tiveste dor de dentes?

- Não
 Sim. Em quantos? _____ dentes.

7 – Tomaste alguma vez comprimidos de flúor?

- Não;
 Sim;
 Não sei.

8 – Fizeste alguma vez bochechos com flúor?

- Não;
 Sim;
 Não sei.

8.1 – Se sim, onde é que fizeste os bochechos? (podes dar mais do que uma resposta)

- Em casa;
 Na escola;
 No dentista;
 Outro local. Onde? _____.

9 – Durante a consulta, o médico dentista colocou-te gel de flúor nos dentes?

- Não;
 Sim;
 Não sei.

Parte V - Questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos adolescentesQuestionário original desenvolvido por Garcia FC *et al.* (2001). Tradução e validação para Portugal por Luis, H. et al (2009).**As questões que se seguem servem para avaliar os teus hábitos, conhecimentos e atitudes relativos à tua saúde oral.****Para cada uma das afirmações seguintes marca somente uma resposta com um X**

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Não me preocupo em manter os meus dentes limpos uma vez que ninguém os vê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não escovo os dentes pois acho que não serve para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não é importante manter os meus dentes para toda a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Na verdade não penso muito na aparência ou no aspecto dos meus dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupa-me mais andar bem vestido do que cuidar da minha boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não cuido da minha boca apesar dos meus pais estarem sempre a lembrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os dentes são importantes para a saúde de todo o meu organismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se tivesse algum problema dentário, por mais pequeno que fosse, iria imediatamente procurar um dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Normalmente sigo os conselhos do meu dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Acho que necessito ir ao dentista pelo menos uma vez por ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenciono manter uma boa saúde oral, uma vez que é importante para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tenciono que os meus amigos e familiares tenham uma boa higiene oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se os meus pais não me levassem regularmente ao dentista, não iria à consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Não gosto de ir ao dentista, só lá vou quando me dói muito um dente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ir ao dentista é uma experiência que me mete muito medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Quando vou ao dentista, mesmo que seja para uma revisão, fico muito nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quando vou ao dentista não estou nervoso, mas sim relaxado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não estrago os meus dentes com cáries porque é doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Se puder evitar o dentista, evito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Procuro não ir ao dentista porque tenho pânico de picadas de agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Acredito que se vou ao dentista vou ter sempre dores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
22. Ter boa saúde oral é importante para me sentir bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. A saúde oral deve ser ensinada desde pequenos para não termos problemas quando formos adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Acredito que devemos ir ao dentista para saber como prevenir as cáries e os problemas das gengivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. A inflamação das gengivas não tem nenhuma importância para a minha saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Acho que nos devemos interessar e perguntar ao dentista sobre como prevenir as doenças dos dentes e das gengivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Se me sangrassem as gengivas, iria ao dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ter os dentes saudáveis é muito importante para comer bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado por teres preenchido este questionário.

A ser preenchido pelo avaliador

Parte VI - Caracterização da história presente e passada de cárie dentária

Índice de CPOD

			5 5	5 4	5 3	5 2	5 1	6 1	6 2	6 3	6 4	6 5			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Código

Dente	higido	cariado	Rest. c/ cárie	Rest. s/ cárie	Ausente p/ cárie	Ausente (outro)	Selante	Prótese, implante	Não erupcionado	Traumatismo	Não registado
Permanente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	T	9
Temporário	A	B	C	D	E	-	F	G	-	T	-

Anexo 2 - Autorização para a aplicação do Questionário

Eu, Adelino Manuel Martins Leitão de Azevedo Pinto declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória ao pretendido.

Autorizo assim a realização da recolha de dados/informação, durante o mês de janeiro de 2015.

Diretor da Escola Secundária Alves Martins



Data: 16/12/2014

Anexo 3 - Declaração de consentimento informado



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional das Beiras
Departamento de Ciências da Saúde
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao cuidado dos Encarregados de Educação,

Eu, João Pedro de Sousa Saraiva Dias, estudante finalista de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, encontro-me presentemente a desenvolver um estudo subordinado ao tema: **“Conhecimentos e atitudes de saúde oral numa amostra de adolescentes”** com o objectivo de analisar os conhecimentos e práticas de saúde oral de alunos matriculados no 10º ao 12º ano na Escola Secundária Alves Martins em Viseu, com o objectivo de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma tese de monografia no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

A metodologia adoptada enquadra-se a no desenvolvimento de um estudo de carácter científico na Área de Medicina Dentária Preventiva, Saúde Pública e Epidemiologia da Universidade Católica Portuguesa e inclui a realização de um questionário e uma observação clínica.

- Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.
- Ao autorizar a participação do aluno sob sua responsabilidade, ambos poderão efectuar todas as questões que entendam necessárias para o seu total esclarecimento ou facultar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo.
- Em qualquer momento poderão requerer informações sobre os resultados obtidos que lhe serão facultados se assim o desejar.
- Os dados obtidos serão apenas utilizados pelo investigador para fins estatísticos, sendo que a informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade e os nomes codificados tendo apenas o investigador acesso a essa mesma informação.
- A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento informado da participação em qualquer etapa do estudo sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis.

Obrigado pela colaboração.

Eu, _____ fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) e autorizo a utilização da informação deste questionário e exame clínico para o estudo estatístico desta investigação.

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis o aluno João Pedro Dias e os docentes Mestre Nélio Veiga e Professora Doutora Andreia Figueiredo.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

Assinatura do Aluno participante no estudo: _____

Viseu, _____ de _____ de 2015