



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**

---

VISEU

**ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL EM  
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**

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

Por:  
Inês Margarida de Sousa Saraiva Dias

Viseu, 2020





**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**

---

VISEU

**ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL EM  
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**

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

Por:

Inês Margarida de Sousa Saraiva Dias

Orientador: Professor Doutor Nélcio Veiga

Coorientador: Professora Doutora Patrícia Couto

Viseu, 2020



“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin



Aos meus pais e aos meus irmãos, Rita e Pedro



## **Agradecimentos**

Este trabalho foi com certeza uma longa viagem, que inclui uma trajetória premiada por inúmeros desafios, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, mas apesar de todo este processo tive o privilégio de conhecer pessoas incríveis, que me têm enriquecido como pessoa e como profissional. Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força destas, a quem dedico especialmente este trabalho:

**Ao meu orientador, Professor Doutor Nélio Veiga,**

Pela forma como orientou o presente trabalho, pela atenção, disponibilidade, pelos ensinamentos e pertinência das suas críticas e sugestões.

**À minha co-orientadora, Professora Doutora Patrícia Couto,**

Pela sua colaboração e apoio na elaboração deste trabalho e pela disponibilidade e pertinência das suas críticas e sugestões.

**Aos meus pais, António e Regina,**

Por todo o apoio que me deram ao longo do meu percurso académico. Um agradecimento especial por serem modelos de coragem, pelo apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrada e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo. Sem eles não seria a pessoa que sou hoje.

**Aos meus irmãos, Rita e Pedro,**

Pelos conselhos preciosos, pela total disponibilidade e encorajamento naqueles momentos cruciais desta difícil jornada e por todos os momentos que passámos juntos.

**À minha família,**

Pelo incentivo que me deram ao longo destes anos e por terem estado sempre presentes durante toda a minha vida académica.

**Ao Diogo,**

Pelo permanente incentivo e preocupação que sempre demonstrou para a elaboração deste trabalho. Agradeço ainda a paciência e todo o amor demonstrados nos meus momentos menos bons.

**Aos meus amigos da “Católica” e de “Viseu”,**

Pelo apoio e amizade com que sempre me brindaram e pelo companheirismo, força e suporte em certos momentos difíceis. Para não correr o risco de não enumerar algum não vou identificar ninguém, aqueles a quem este agradecimento se dirige sabê-lo-ão.

**À minha binómia, Joana,**

Pelo carinho, cumplicidade, entreajuda e amizade demonstrada desde o início. Desejo-lhe sorte neste novo mundo, onde estamos prestes a entrar.

**A todos os estudantes que aceitaram participar neste estudo,**

Pela participação e colaboração, porque sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

**Aos meus professores e à Faculdade de Medicina Dentária – UCP Viseu,**

Pelos conhecimentos e competências que me transmitiram ao longo destes 5 anos a vários níveis, tanto profissional, como académico e até mesmo pessoal.

**Aos meus pacientes,**

Pelo papel fundamental desempenhado na minha formação, por terem demonstrado gratificação e reconhecimento pelo meu trabalho e pelo carinho que manifestavam.

**A todos, o meu sincero obrigada!**

## Resumo

**Introdução:** Os enfermeiros são muitas vezes os profissionais de saúde a terem o primeiro contacto com os pacientes. Tendencialmente, a população em geral preocupa-se mais com a sua saúde física do que propriamente com a saúde oral. Assim, os enfermeiros são um dos agentes primordiais na missão de educar os pacientes nas variadas vertentes da saúde e também na promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais.

**Objetivos:** Avaliar as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.

**Materiais e Métodos:** Estudo transversal com uma amostra aleatória de 289 estudantes de enfermagem que frequentavam a Escola Superior de Saúde da Região Centro. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário auto-aplicado sobre as atitudes e os comportamentos de saúde oral que incluía o *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI), seguido de uma inspeção intra-oral.

**Resultados:** Verificámos que 71,6% dos estudantes adotavam atitudes e comportamentos de saúde oral adequados. A média de *scores* de HUDBI foi de  $7,3 \pm 12$  sendo que, este aumentava consoante o ano de curso contudo, não apresentavam diferenças estatísticas significativas. Verificou-se também que os estudantes cujos pais eram profissionais de saúde tinham melhores *scores* de HUDBI.

**Conclusão:** Os resultados são consistentes com a investigação nacional e internacional, confirmando que as atitudes e os comportamentos dos estudantes de enfermagem no que consta à saúde oral são adequados. Todavia, não se confirmou a relação entre as variáveis sociodemográficas, comportamentos de risco e vigilância da saúde oral. Sugere-se que sejam implementados programas de educação para os enfermeiros recém-formados, bem como incentivar a fazer rotineiramente consultas de *check-up* onde serão dadas instruções e motivação para uma boa higiene oral e alertar para os fatores de risco das doenças orais.

**Palavras-chave:** Atitudes e comportamentos de saúde oral, estudantes de enfermagem, HUDBI.



## **Abstract**

**Introduction:** Nurses are often health professionals who have the first contact with patients. The general population tends to be more concerned with their physical health than with oral health. Thus, nurses are one of the primary agents in the mission of educating patients in the various aspects of health and also in promoting oral health and preventing oral diseases.

**Objectives:** Evaluate the oral health attitudes and behavior of nursing students.

**Materials and Methods:** Cross-sectional study with a random sample of 289 nursing students who attended Health School of Center Region. Data collection was carried out through a self-administered questionnaire on oral health attitudes and behaviors, which included the *Hiroshima University Dental Behavior Inventory* (HUDBI), followed by an intra-oral inspection.

**Results:** We found that 71,6% of students adopted appropriate oral health attitudes and behaviors. The average of HUDBI *scores* was  $7,3 \pm 12$ , which increased according to the year of the course, however there were no statically significant differences. It was also found that students whose parents were health professionals had better HUDBI *scores*.

**Conclusion:** The results are consistent with national and international research, confirming that the attitudes and behaviors of nursing students with regard to oral health are adequate. However, the relationship between sociodemographic variables, risk behaviors and oral health surveillance has not been confirmed. It is suggested that education programs should be implemented for newly graduated nurses, as well as encouraging routine check-up consultations where instructions and motivation for good oral hygiene will be given and also provide alert to risk factors for oral diseases.

**Keywords:** Oral health attitudes and behaviors, nursing students, HUDBI



## **Abreviaturas e símbolos**

ppm – Partes por milhão

$\bar{x}$  – Média

n - Frequência absoluta

DP – Desvio padrão

## **Acrónimos e siglas**

OMS - Organização Mundial da Saúde

FDI - Federação Dentária Internacional

PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

CPOD - Índice de Dentes Cariados, Perdidos, Obturados

ATM – Articulação Temporomandibular

DTMs - Desordens Temporomandibulares

HUDBI - Hiroshima University Dental Behavioural Inventory



## Índice

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>3</b>
1. Saúde Oral .....	3
1.1. Saúde oral nos jovens adultos .....	4
2. Doenças Oraís.....	5
2.1. Cárie dentária.....	6
2.2. Doença periodontal .....	8
2.3. Cancro oral .....	9
2.4. Distúrbios temporomandibulares .....	10
3. Fatores de risco associados às doenças orais .....	12
3.1. Hábitos tabágicos e alcoólicos .....	12
3.2. Hábitos alimentares.....	14
4. Promoção da saúde oral.....	14
4.1. Hábitos de higiene oral.....	16
<b>CAPÍTULO II – OBJETIVOS DO ESTUDO.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO III – MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>23</b>
1. Questões de investigação.....	23
2. Tipo de estudo.....	24
3. Variáveis em estudo .....	25
4. População e amostra estudada .....	25
5. Instrumentos de recolha de dados .....	26
6. Procedimentos éticos legais.....	29
7. Análise estatística.....	30
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	33
2. Caracterização dos dados clínicos de saúde oral .....	35
3. Caracterização dos comportamentos de risco.....	36
4. Caracterização da história presente e passada de cárie dentária .....	37
5. Caracterização dos hábitos de higiene oral.....	38
6. Caracterização da vigilância da saúde oral.....	42
7. Caracterização das atitudes e comportamentos de saúde oral.....	44
8. Avaliação das atitudes e dos comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.....	44
9. Comparação das variáveis socioeconómicas com as atitudes e comportamentos de saúde oral ..	45
10. Comparação das variáveis dos comportamentos de risco com as atitudes e comportamentos de saúde oral .....	47
11. Comparação da vigilância da saúde oral com as atitudes e comportamentos de saúde oral.....	48
<b>CAPÍTULO V – DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
1. Discussão dos resultados .....	51
2. Limitações do estudo.....	54
<b>CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>69</b>
Anexo 1: Questionário .....	71
Anexo 2: Parecer da comissão de ética.....	79
Anexo 3: Declaração da Escola Superior de Saúde de Viseu.....	83
Anexo 4: Consentimento informado.....	87

## Índice de Figuras

Figura 1: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis. ....	24
Figura 2: Equação do tamanho amostral. ....	26

## Índice de Quadros

Quadro 1: Distribuição da população e da amostra em função do ano de curso e género. ....	26
Quadro 2: Distribuição da idade em relação ao género. ....	33
Quadro 3: Caracterização sociodemográfica da amostra. ....	35
Quadro 4: Caracterização dos dados clínicos de saúde oral. ....	36
Quadro 5: Caracterização dos comportamentos de risco. ....	37
Quadro 6: Caracterização da história presente e passada de cárie dentária. ....	38
Quadro 7: Índice CPOD. ....	38
Quadro 8: Caracterização dos hábitos de higiene oral (escovagem). ....	40
Quadro 9: Caracterização dos hábitos de higiene oral (pasta dentífrica). ....	41
Quadro 10: Caracterização dos hábitos de higiene oral (outros utensílios). ....	41
Quadro 11: Caracterização da vigilância da saúde oral. ....	43
Quadro 12: Caracterização das atitudes e comportamentos de saúde oral. ....	44
Quadro 13: Prevalência das atitudes e dos comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem. ....	44
Quadro 14: Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem. ....	46
Quadro 15: Relação entre o ano de curso e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem. ....	46
Quadro 16: Relação entre os comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem. ....	48
Quadro 17: Relação entre a vigilância da saúde oral e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem. ....	49



## INTRODUÇÃO

Os conceitos de saúde e saúde oral são subjetivos, individualizados e abstratos, sendo a sua percepção fortemente influenciada pela experiência individual e pelo *background* cultural.<sup>1</sup>

As ciências dentárias e da saúde oral fizeram avanços significativos para facilitar a compreensão dos mecanismos etiológicos e biológicos subjacentes às doenças orais e às suas respectivas terapias. Atualmente, a população está melhor informada e interessada em relação à sua saúde e sua manutenção, e tem mais poder de discussão sobre as opções de tratamento com os profissionais de saúde.<sup>2</sup> Contudo, as doenças orais continuam a ser um dos problemas mais prevalentes na sociedade a nível mundial.<sup>3</sup>

A saúde oral é tradicionalmente definida como um *status* oral livre de doenças, significando mais do que ter bons dentes, faz parte da saúde geral e é essencial para o bem-estar. A saúde oral implica estar livre de dor orofacial crónica, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença periodontal, cárie dentária, perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam o complexo craniofacial.<sup>4,5</sup> Esta é subjetiva e dinâmica, permitindo comer, falar, sorrir e socializar sem desconforto, dor ou vergonha.<sup>6</sup> A saúde oral desempenha um papel na saúde global, sendo indispensável e podendo afetar o bem-estar total. Deste modo, torna-se fundamental compreender a sua relevância.<sup>4,7</sup>

Para além disto, a saúde oral pode estar relacionada com a dieta. Se imaginarmos um indivíduo que tenha sofrido perda dentária, vai ter uma diminuição da capacidade nutritiva pela dificuldade de mastigação.<sup>8</sup> A cárie dentária e a infeção também podem agir sobre a dieta e na qualidade de sono.<sup>9</sup>

A percepção do indivíduo sobre a saúde oral é refletida pelas suas atitudes e comportamentos em relação à mesma.<sup>4,7</sup> O conhecimento, o comportamento e o *status* da saúde oral dos indivíduos são influenciados por diversos fatores, incluindo a cultura, o meio ambiente e os costumes sociais.<sup>4</sup>

No presente trabalho vamos avaliar as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes universitários que frequentam o curso de Licenciatura de enfermagem.

Os enfermeiros são muitas vezes os profissionais de saúde a terem o primeiro contacto com os pacientes. Tendencialmente, a população em geral preocupa-se mais com a sua saúde física do que propriamente com a saúde oral. Assim, os enfermeiros são um dos agentes primordiais na missão de educar os pacientes nas variadas vertentes da saúde e também na promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais.<sup>3,10</sup>

Em Portugal, os estudantes de enfermagem têm uma disciplina no seu percurso curricular que aborda a saúde oral. Assim, espera-se que estes tenham conhecimentos sobre a mesma, a

fim de fornecerem aos pacientes instruções válidas quando necessário. Estes estudantes desempenham assim um papel vital na promoção e prevenção da saúde. Deste modo, é importante que tenham bons conhecimentos em saúde oral.<sup>11</sup>

A maior parte da literatura científica disponível centra-se na saúde oral das crianças, dos adolescentes e dos idosos, sendo a população universitária pouco estudada.<sup>1</sup> Como tal, são escassos os estudos que permitem avaliar as atitudes e comportamentos dos estudantes de enfermagem. Assim sendo, pretendemos levar a cabo o nosso trabalho subordinado ao tema “Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de enfermagem”.

A análise da saúde oral no ensino superior português carece de estudos específicos sobre as atitudes e comportamentos relacionados com a saúde oral dos estudantes. Deste modo, é interessante desenvolver trabalhos a nível nacional de forma a criar evidência científica e empírica relativa à saúde e à educação oral em Portugal. Para além disso, estudar as atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de enfermagem, pode também ser útil para perceber se existe ou não uma relação entre a saúde oral dos mesmos e a sua formação académica.

Este tema surgiu na sequência do plano curricular do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária de Viseu. Aceitámos o desafio de levar a cabo a elaboração desta pesquisa na área da Saúde Oral Comunitária. Com o presente trabalho, pretendemos avaliar as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos alunos de enfermagem durante a sua formação académica.

Após a definição do problema, começámos por uma entrevista informal com o nosso orientador Professor Doutor Nélio Veiga e co-orientadora Professora Doutora Patrícia Couto, que tal como eu própria, são uns entusiastas nestas questões, tendo escrito e publicado vários artigos científicos na área de Saúde Oral Comunitária. De seguida, foi iniciada a pesquisa bibliográfica com vista à construção dos instrumentos de colheita de dados, que permitirão responder à problemática em investigação.

Estruturalmente, este trabalho integra a fundamentação teórica, que suporta a investigação efetuada, os objetivos, os materiais e métodos, os resultados, a discussão e as principais conclusões. Terminamos com a lista de referências bibliográficas e um conjunto de documentos em anexo, designadamente o questionário, o parecer da comissão de ética, a autorização da instituição e o consentimento informado. No âmbito do tema acima apresentado, este trabalho vai de encontro às linhas de investigação definidas no 4 All Lab da plataforma Pro Health do CIIS – UCP de Viseu.

# CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será abordada toda a revisão da literatura consultada que suporta a temática das atitudes e comportamentos de saúde oral. Serão expostos os seguintes tópicos: saúde oral, doenças orais, fatores de risco associados às doenças orais e promoção da saúde oral.

## 1. Saúde Oral

A saúde geral integra a saúde oral. Esta afirmação já não é apenas exclusiva dos profissionais de saúde oral, mas passou a ser um conceito amplamente comprovado por evidências científicas.<sup>12</sup>

Cada vez mais as doenças da cavidade oral estão associadas com outras doenças sistêmicas, como por exemplo a doença periodontal que está associada à diabetes, alterações cardiovasculares e cerebrovasculares.<sup>12, 13</sup> Assim sendo, torna-se necessário encarar a problemática das doenças orais e das suas repercussões na saúde geral do indivíduo,<sup>12</sup> pois as alterações do estado de saúde oral podem criar problemas de saúde geral e agravar estados de doença já existentes.<sup>14</sup>

A experiência da dor, problemas com a alimentação, mastigação, sorriso e comunicação devido a dentes ausentes, descoloridos ou danificados, têm um grande impacto no quotidiano e no bem-estar do indivíduo. Além disso, as doenças orais restringem as atividades na escola, no trabalho e em casa.<sup>15</sup> No entanto, as alterações da condição oral podem ser muitas vezes os sinais primários de uma doença sistémica, pelo que é importante estar atento a qualquer alteração na cavidade oral.<sup>13</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, definiu a saúde oral como sendo um *status* oral livre de doenças, esta significa mais do que ter bons dentes, faz parte da saúde geral e é essencial para o bem-estar. A saúde oral implica estar livre de dor oro facial crónica, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença periodontal, cárie dentária, perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam o complexo craniofacial.<sup>4, 5</sup>

Como dissemos anteriormente, a saúde oral é de uma forma geral definida como a ausência de doenças.<sup>2, 4, 5, 16</sup> Contudo, esta definição foi fortemente criticada como sendo irreal, impraticável e inatingível.<sup>2, 16</sup> Esta foi sofrendo algumas alterações ao longo dos anos e, em 2016, a Federação Dentária Internacional (FDI) define a saúde oral como multifacetada que inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença no complexo

craniofacial. Para além desta definição, ainda acrescenta que a saúde oral está centrada em três elementos fundamentais: o *status* e a condição da doença, a função fisiológica e a função psicossocial.<sup>2, 16</sup>

A saúde oral revela-se assim um dos grandes problemas de saúde pública, não só por influenciar e ser influenciada por diversos fatores, como também pelo seu caráter multidimensional e pela sua importância visual e social.<sup>13</sup>

Os principais pilares para a manutenção da saúde oral, são a alimentação saudável, a higiene oral e o reforço da resistência dentária. Dado que os principais determinantes da saúde oral são comuns a outras áreas da saúde, a promoção da saúde oral deverá ser sempre que possível, integrada na promoção da saúde geral.<sup>17</sup> A saúde é um direito fundamental do ser humano, que se encontra inscrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada em 1948, pela OMS.<sup>18</sup> No entanto, nos cuidados de saúde abrangidos pelo Serviço Nacional de Saúde Português, a saúde oral foi durante muito tempo esquecida.<sup>19</sup> Atualmente, está em vigor o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), da responsabilidade do Ministério da Saúde, através do “cheque dentista” que permite um conjunto de cuidados na área da saúde oral, nomeadamente na prevenção, diagnóstico e tratamento.<sup>20</sup>

### **1.1. Saúde oral nos jovens adultos**

Ao contrário da adolescência, cujo início é demarcado pelas mudanças biológicas e antropométricas, a entrada na idade adulta é caracterizada pelo desenvolvimento social e pessoal, relacionados com os papéis de responsabilidade e estatutos atingidos pelo indivíduo e reconhecidos pela sociedade.<sup>21</sup>

Os jovens adultos, cuja idade está compreendida entre os 18 e os 25 anos, encontram-se num período crítico de crescimento e desenvolvimento, entre a adolescência e a idade adulta.<sup>22-25</sup> Nesta fase, a maior parte passa a viver longe de casa pela primeira vez e começa a ser responsável pelo seu estilo de vida, comportamentos e saúde pessoal.<sup>23</sup> Assim sendo, ocorre um grande desenvolvimento biológico, psicológico e social.<sup>24</sup>

Como já foi referido anteriormente, a saúde oral está ligada à saúde geral. Com isto, durante o período académico o mau comportamento da saúde geral como, o tabagismo, o álcool, as drogas e outras substâncias, a alimentação incorreta e uma higiene oral precária, podem afetar a saúde oral.<sup>23</sup> Por conseguinte, o caminho adotado pelos jovens adultos vai afetar fortemente a trajetória da sua vida adulta.<sup>25</sup> Os jovens adultos e os adultos de meia-idade apresentam pior higiene oral, em comparação com os mais velhos, apesar dos problemas orais

tendencialmente aumentarem com a idade.<sup>26</sup> A motivação para a criação de uma rotina de higiene oral deve ser desenvolvida o mais precocemente possível, para que enquanto crianças possam desenvolver bons hábitos.<sup>27</sup>

A promoção e a prevenção da saúde oral podem levar a uma redução da prevalência da cárie, bem como de outras patologias orais. Tal é possível através de boas práticas de higiene oral, como a escovagem com pastas dentífricas floretadas, o fio dentário, o escovilhão, o colutório e idas frequentes ao médico dentista.<sup>28</sup>

## **2. Doenças Orais**

As doenças orais apesar de serem em grande parte evitáveis, são altamente prevalentes ao longo da vida e são também consideradas um problema global de saúde pública.<sup>6, 29</sup> Uma ampla gama de doenças e distúrbios afeta os tecidos moles e tecidos duros da boca, incluindo uma variedade de lesões craniofaciais, anomalias congênitas, lesões e várias infecções.<sup>6</sup> Temos como exemplo de doenças orais a cárie dentária, a doença periodontal, a perda de dentes, as lesões da mucosa oral, o cancro da orofaringe e o trauma dentário. Todas estas patologias têm um efeito sobre a saúde geral e na qualidade de vida de cada indivíduo.<sup>13, 15</sup>

No entanto, as doenças orais são muitas vezes negligenciadas e raramente são vistas como uma prioridade.<sup>6</sup> Para que tal não aconteça, a prática de uma observação intra-oral de rotina devia ser elaborada sistematicamente para distinguir a saúde da doença. Muitas vezes, os sintomas de uma patologia oral passam pelo edema, aparecimento de úlceras, mudança de cor, alterações de superfície/textura, sensibilidade/dor e alterações funcionais.<sup>30</sup>

Apesar de nestes últimos 50 anos, termos observado uma melhoria na saúde oral, continua a existir uma elevada percentagem de indivíduos com cárie dentária e doença periodontal.<sup>17, 29, 31, 32</sup> No que se refere à cárie dentária, esta pode atingir quase 100% da população adulta. Em relação à doença periodontal, a sua prevalência torna-se mais significativa a partir da idade adulta e aumenta com a idade, apesar de por si só, não ser um fator predisponente para o desenvolvimento da doença. Parecem ser os principais responsáveis pelo aumento da doença periodontal na população idosa os efeitos cumulativos da presença do biofilme oral e do cálculo, ao longo do tempo.<sup>17</sup>

O cancro oral e a fluorose são também dois problemas de saúde oral que devem ser monitorizados pelas repercussões na saúde pública e na qualidade de vida do paciente, sendo especialmente graves no primeiro caso.<sup>17</sup>

Um dos *quebra-cabeças* que persiste na saúde pública é o motivo pelo qual algumas populações são mais saudáveis do que outras.<sup>33</sup> A saúde é influenciada por inúmeros determinantes relacionados com as condições socioeconómicas, com os estilos de vida e com os fatores individuais. A saúde oral, sendo parte integrante da saúde geral, partilha também destes determinantes.<sup>17</sup> O estatuto socioeconómico apresenta uma correlação negativa com o risco de desenvolvimento de cárie dentária e outras doenças orais, visto que quanto mais elevado o escalão social, menor é a incidência e a prevalência de doenças orais.<sup>6, 31, 34, 35</sup> Para além disto, o tratamento de doenças orais é dispendioso, sendo a quarta doença com o tratamento mais caro na maioria dos países.<sup>9, 15</sup>

O peso das doenças orais e os fatores de risco estão relacionados com os estilos de vida e com a implementação de medidas preventivas.<sup>28</sup> Como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças da cavidade oral temos a idade avançada, o consumo de tabaco e álcool, os hábitos de higiene oral e a dieta pobre e desequilibrada.<sup>9, 34</sup>

Embora epidemiologicamente nos países ocidentais, nos quais Portugal se encontra inserido, se tenha vindo a constatar uma diminuição da prevalência de doenças orais, nomeadamente da cárie dentária, estas doenças continuam a ser umas das mais comuns em todo o mundo, sendo consideradas um importante problema de saúde pública.<sup>32</sup>

## 2.1. Cárie dentária

A cárie dentária é uma das doenças orais mais prevalentes<sup>17, 36-41</sup>, ainda assim a sua incidência nas últimas décadas tem vindo a diminuir consideravelmente.<sup>42</sup>

A lesão de cárie dentária é passível de prevenção, deteção precoce e tratamentos alternativos, os quais não são limitados apenas aos procedimentos restauradores.<sup>40</sup> Esta é uma patologia infetocontagiosa, de natureza multifatorial, pós-eruptiva e transmissível, podendo ser influenciada por muitos fatores a nível individual tais como: dieta, higiene oral, idade, utilização de flúor, estilo de vida e idas ao médico dentista. A nível populacional é influenciada por fatores como: socioeconómico, etnia, conhecimento e atitudes de saúde oral e acesso aos cuidados de saúde.<sup>32, 36, 39, 43, 44</sup>

Esta patologia é mediada pelo depósito microbiano, o biofilme oral, também conhecido como placa dentária, que cobre a superfície dentária.<sup>36, 45</sup> A cárie dentária resulta da colonização da superfície de esmalte por microrganismos, especialmente o *Streptococcus mutans*, que metabolizam os hidratos de carbono fermentáveis como a sacarose, produzindo um ácido que leva à dissolução do fosfato de cálcio das camadas superficiais, ou seja, há uma destruição

gradual da estrutura mineralizada do dente.<sup>32, 36, 39, 41, 42, 45-47</sup> O potencial cariogénico dos açúcares varia dependendo da sua disponibilidade nos alimentos processados. Consequentemente, a concentração, biodisponibilidade, composição e adesividade são fatores adicionais que o influenciam.<sup>48</sup> Para além disto, o consumo frequente de açúcares na dieta permite que as bactérias cariogénicas prosperem devido à diminuição do pH no meio oral.<sup>36</sup> Uma vez que seja criada uma situação de desequilíbrio em que a taxa de remineralização é insuficiente para reparar a taxa de desmineralização, a possibilidade de ocorrência de cárie dentária aumenta.<sup>49, 50</sup> Com isto, podemos concluir que a ingestão de açúcar é um dos fatores etiológicos *major* para a cárie.<sup>36, 37, 41</sup> Por ventura, se a exposição aos ácidos for curta, a saliva aumenta naturalmente o pH do meio para que ocorra reparação do mineral perdido.<sup>49, 50</sup> O consumo de frutas, apesar de terem açúcares naturais, estimulam o fluxo salivar, funcionando como protetor contra a desmineralização da superfície dentária.<sup>41</sup>

Os refrigerantes são outra fonte de açúcar consumidos pela população portuguesa. A redução do consumo e a sensibilização para o consumo de bebidas com menor quantidade de açúcar, ou a sua substituição por alternativas mais saudáveis, pode ser conseguida através do aumento da taxa dos impostos das bebidas açucaradas. Esta medida, proposta pela OMS, foi adotada em vários países, incluindo Portugal pela Lei n.º 42/2016. O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável propõe uma redução de 10% no consumo de açúcar até 2020.<sup>51</sup>

Além do consumo de alimentos e bebidas açucaradas, a ausência de tratamento potencializa as lesões, progredindo em direção à polpa dentária, coexistindo com a dor e podendo levar à perda dentária.<sup>32, 41</sup>

A lesão da cárie dentária pode ser desenvolvida em qualquer superfície dentária na cavidade oral, mas há partes do dente mais resistentes e outras menos resistentes ao desenvolvimento da mesma, segundo a composição da variabilidade química e estrutural de cada superfície dentária.<sup>45</sup> Esta patologia por norma desenvolve-se em zonas protegidas da estrutura dentária, onde o biofilme oral consegue permanecer e aumentar durante o tempo e onde a língua e a escovagem não o conseguem eliminar. Sítios esses que podem ser sulcos, fossas e fissuras das superfícies oclusais, superfície cervical nas zonas interproximais e ao longo da margem gengival. Outros locais muito propícios ao acúmulo do biofilme são os espaços protegidos por corpos estranhos, como por exemplo os *brackets* do aparelho ortodôntico, as próteses e as restaurações com margens inadequadas.<sup>45, 52</sup>

A lesão de cárie pode ser categorizada segundo duas classificações: a *International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS) e o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Índice CPOD). Neste trabalho utilizámos o Índice CPOD, uma vez que

pretendemos avaliar o risco de cárie e não a severidade da cárie que é avaliada pelo ICDAS. Posteriormente, explicaremos melhor o Índice CPOD.

## 2.2. Doença periodontal

O periodonto é uma estrutura constituída por gengiva, ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar e tem como função o suporte das peças dentárias no tecido ósseo, mantendo assim a integridade da superfície da mucosa mastigatória da cavidade oral.<sup>53, 54</sup>

A doença periodontal é um processo inflamatório que ocorre na cavidade oral, mais especificamente na gengiva, no osso e nos ligamentos que suportam os dentes,<sup>6, 31, 54-58</sup> tendo uma etiologia bacteriana.<sup>53, 55, 57, 59</sup> Os sinais e sintomas da doença periodontal passam pela destruição dos tecidos de suporte dentário, que se manifesta pela perda de inserção clínica e perda óssea radiográfica.<sup>60</sup>

A doença periodontal começa com a gengivite, uma inflamação localizada no sulco gengival iniciada por bactérias do biofilme, devido à má higiene oral.<sup>53, 55, 57</sup> Se não for tratada, a gengivite pode progredir para periodontite, que se distingue pela destruição do tecido conjuntivo de suporte, perda óssea alveolar, recessão gengival, aumento do sulco gengival que passa a ser designado de bolsa periodontal e pode eventualmente levar à perda dentária.<sup>6, 53, 55, 57, 60</sup> A gengivite é reversível com a remoção do biofilme bacteriano mas, por outro lado, a periodontite é irreversível, pois a lesão inflamatória estende-se para além da gengiva, infetando os tecidos de suporte dentário, resultando numa destruição progressiva do tecido ósseo.<sup>31, 58</sup> A chave para o diagnóstico da periodontite passa pela deteção da inflamação dos tecidos periodontais, clinicamente manifestada por hemorragia à sondagem.<sup>60</sup>

Segundo a mais recente pesquisa nacional de saúde oral realizada em 2015 pela Direção Geral da Saúde, a prevalência de periodontite foi de 10,8% em adultos e 15,3% em idosos.<sup>61</sup>

As doenças periodontais têm um impacto significativo na qualidade de vida relacionada à saúde oral, principalmente com o agravamento e a extensão da doença em que apresenta maiores consequências destrutivas.<sup>62, 63</sup>

Existem fatores de risco importantes para as doenças periodontais como o álcool, o sobrepeso e a obesidade, o tabagismo, a diabetes, uma higiene oral precária, as alterações hormonais, a medicação, o stress e a idade.<sup>6, 55, 57, 62</sup> Para além disto, as predisposições genéticas têm sido consideradas importantes, tanto para o início, quanto para a progressão da periodontite.<sup>55, 57, 59</sup> Esta patologia pode ainda estar relacionada com outras doenças sistémicas, tais como doenças cardiovasculares, Síndrome de Down, Alzheimer, aterosclerose, entre

outras, e pode contribuir para a carga inflamatória geral do corpo, agravando doenças como a diabetes *mellitus*.<sup>53, 55, 56, 62</sup>

O tabagismo é um dos fatores de risco mais importantes para a periodontite. Os efeitos negativos do cigarro, charuto, canábis e cachimbo nos tecidos periodontais são semelhantes. Os fumadores têm uma probabilidade três vezes maior de ter uma forma grave de doença periodontal e apresentam um aumento significativo de perda óssea alveolar e maior prevalência de perda dentária em comparação com os não fumadores.<sup>59</sup> Por outro lado, os não fumadores com doença periodontal, apresentam melhores resultados nos tratamentos periodontais do que os fumadores.<sup>59, 64</sup>

Doentes com diabetes apresentam um risco três vezes superior de doença periodontal e com maior gravidade comparativamente à população sem diabetes. Para além disso, o mau controlo glicémico em doentes com diabetes tem sido associado a um mau estado dos tecidos periodontais.<sup>53</sup> De acordo com a *International Diabetes Federation*, todos os doentes com diabetes devem ter pelo menos uma consulta anual com o médico dentista. Nesta recebem indicações relativamente a cuidados de higiene oral e à importância da deteção precoce de doenças da cavidade oral como forma de evitar a progressão da doença periodontal e outras complicações relacionadas com a diabetes.<sup>65</sup>

### **2.3. Cancro oral**

O cancro oral é um problema de saúde pública em todo o mundo.<sup>66</sup> Este pode ser encontrado em várias estruturas da cavidade oral, nomeadamente, nos lábios, na língua e na mucosa jugal. É uma condição altamente complexa, podendo ser fatal se não for diagnosticada e tratada no seu estágio inicial, sendo assim importante o seu diagnóstico precoce.<sup>31</sup>

Esta patologia é considerada como sendo a oitava forma de cancro mais prevalente.<sup>15, 31, 67</sup> Contudo, a sua distribuição mundial não é proporcional, sendo os países economicamente mais desfavorecidos os que apresentam uma maior percentagem desta patologia.<sup>31, 68</sup> O cancro da cavidade oral é diagnosticado anualmente em cerca de 1000 portugueses e quase 50% dos pacientes morrem desta doença, num período de cinco anos. É também a quinta principal causa de morte por cancro. A sobrevivência é proporcional ao estadio da doença no momento do seu diagnóstico.<sup>17</sup>

Numa elevada proporção de casos, o cancro oral é precedido por alterações da mucosa clinicamente visíveis, que podem permanecer estáveis por um considerável período de tempo. São classificadas como lesões potencialmente malignas, geralmente assintomáticas e subtis.

Com isto, é importante que os médicos adotem uma atitude de elevada vigilância, sobretudo em populações de risco elevado.<sup>17</sup> A detecção precoce depende da capacidade do doente e/ou do médico, para identificar uma lesão suspeita ou um sintoma ainda numa fase inicial. Por isso, é importante a promoção de campanhas de incentivo ao autoexame da cavidade oral e à sensibilização dos profissionais de saúde para efetuarem, por rotina, exames de diagnóstico de cancro.<sup>17,31</sup> O cancro oral tem várias formas de apresentação, o que dificulta o reconhecimento da doença, especialmente nos seus estágios iniciais.<sup>67</sup> O carcinoma epidermoide oral é o cancro oral mais frequente.<sup>67, 69</sup> Na Europa e América do Norte, mais de 50% dos carcinomas epidermóides orais estão localizados nas margens laterais da língua e no soalho da boca.<sup>67</sup>

O estilo de vida desempenha um papel importante no cancro oral. A sua incidência é particularmente alta quando existem fatores de risco como tabagismo, consumo excessivo de álcool ou de tabaco de mascar, exposição frequente ao sol, má nutrição, certas ocupações, próteses mal ajustadas, higiene oral precária e fatores genéticos. Para além disso, certos vírus do papiloma humano também são considerados como fatores de risco etiológico.<sup>31, 66, 67, 69, 70</sup> De entre os fatores de risco, o tabagismo e o alcoolismo são os principais fatores etiológicos para o desenvolvimento de cancro oral.<sup>64, 70-72</sup> Estes aumentam quinze vezes mais a percentagem de aparecimento de cancro oral comparativamente aos pacientes que apenas apresentam um destes fatores de risco.<sup>31, 67</sup> Com isto, a cessação do tabagismo deve ser incentivada e o consumo moderado de álcool recomendado pelo médico dentista.<sup>31</sup>

A cavidade oral é uma área sensível e as consequências da própria doença, bem como do tratamento, podem afetar a qualidade de vida. Condições como a redução da taxa de secreção salivar, desfiguração facial, comprometimento da fala, dificuldade em mastigar e/ou engolir e ulcerações na cavidade oral são os efeitos mais encontrados durante e após o tratamento.<sup>31, 68</sup> A respiração, a fala, a deglutição, a visão, o olfato, o paladar, a mastigação e a função da mandíbula são apenas algumas das funções críticas da cabeça e pescoço que podem ser prejudicadas, temporária ou permanentemente pelo tumor e respetivo tratamento.<sup>71</sup>

#### **2.4. Distúrbios temporomandibulares**

A articulação temporomandibular (ATM) encontra-se na base e em cada lado do crânio, localizando-se anteriormente ao meato acústico externo e póstero-superiormente ao músculo masséter e entre o côndilo mandibular, a fossa mandibular e a eminência articular do osso temporal. Ainda, a ATM é composta por superfícies articulares ósseas, cápsula articular, membrana sinovial e ligamentos.<sup>73</sup> Esta articulação permite que a mandíbula se mobilize,

fazendo movimentos de protração, de elevação, de retração e movimentos laterais de deslizamento para ajudar não só na fala, mas também na mastigação.<sup>73, 74</sup>

Quando existem problemas com origem na ATM, estamos perante desordens temporomandibulares (DTMs). De acordo com a Academia Americana de Dor Orofacial, as DTMs são um termo que inclui os problemas causados pelas articulações e músculos mastigatórios e todos os distúrbios funcionais do sistema mastigatório, ou seja, envolve condições musculoesqueléticas e neuromusculares da ATM.<sup>73, 75-77</sup>

A característica mais comum é a dor localizada nos músculos mastigatórios ou na região da ATM, geralmente agravada durante a mastigação ou os movimentos mandibulares.<sup>77</sup> Contudo existem outros sinais e/ou sintomas como, dor na área orofacial, intra-articular, intra-articular combinada com espasmos musculares, na abertura e fecho bucal podendo irradiar na área do temporal, do masséter, na zona infraorbital ou no pescoço; dor de cabeça crónica; crepitação; dor ou zumbido no ouvido; dor reflexa; restrição na abertura bucal bem como dos movimentos mandibulares; sensação de fadiga nos músculos mastigatórios; sons na ATM; espasmo muscular; plenitude auricular, entre outros.<sup>73-75, 78, 79</sup>

Existem alguns fatores que podem levar ao aparecimento de DTMs como, a falta de dentes, restauração, prótese mal adaptada, mastigação unilateral, hábitos parafuncionais como o bruxismo, má postura, tensão emocional, hiperatividade muscular, tratamentos ortodônticos, entre outros.<sup>74, 75, 77</sup> A idade pode também ser considerada como um fator de risco para as DTMs. Em pacientes idosos pode-se observar um aumento da prevalência de sinais clínicos e radiográficos, em contrapartida observa-se também uma menor prevalência de sintomas.<sup>77</sup>

Até ao momento, não foi estabelecida uma relação clara entre as alterações oclusais e as DTMs, tendo sido apenas observado que a desarmonia entre a relação cêntrica e a máxima intercuspidação, a mordida cruzada unilateral e a ausência da estabilidade oclusal causada pela perda de dentes posteriores parecem ter evidenciado um certo potencial para o aparecimento das DTMs. Há muita controvérsia em relação ao papel da oclusão como fator etiológico das DTMs, uma vez que não se sabe se a oclusão é um dos fatores etiológicos das DTMs ou se não há uma íntima relação entre os dois fatores.<sup>77</sup> Para reforçar a ideia anterior, em 2018, Bitencourt SB, *et al.* elaboram um estudo onde concluíram que não há uma relação entre os distúrbios oclusais e as DTMs.<sup>77</sup>

Os critérios de diagnóstico para as DTMs foram desenvolvidos, em 1992, por Dworkin e LeResche<sup>80, 81</sup> com o intuito de garantir uma linguagem comum entre os médicos e de estabelecer um plano de tratamento ou manipulação adequada das DTMs.<sup>82</sup> Este sistema de classificação foi baseado no modelo biopsicossocial da dor, que incluiu uma avaliação física

(Eixo I), utilizando critérios de diagnóstico confiáveis e bem operacionalizados e uma avaliação (Eixo II) do status psicossocial e da incapacidade relacionada à dor.<sup>81</sup>

Até ao momento, técnicas conservadoras como aconselhamento, goteiras oclusais, terapia miofuncional, exercícios, terapias manuais, biofeedback e acupuntura são descritas como terapia das DTMs.<sup>79</sup> Contudo, os resultados destes tratamentos são muito controversos.<sup>75, 79</sup>

### **3. Fatores de risco associados às doenças orais**

O peso das doenças orais e dos fatores de risco estão relacionados com os estilos de vida e com a implementação de medidas preventivas.<sup>83</sup>

As doenças orais partilham muitos dos fatores de riscos de outras doenças. A idade, o género, a hereditariedade e etnia são exemplos de fatores de risco não modificáveis. Os fatores de risco relacionados com os hábitos, comportamentos e estilos de vida são considerados modificáveis e incluem a dieta rica em açúcares, os hábitos tabágicos, o consumo de bebidas alcoólicas e a incorreta higiene oral.<sup>84, 85</sup>

Os fatores de risco não são preditores de tudo. Ter um fator de risco ou vários não significa que irá contrair a doença. Por outro lado, não ter nenhum fator de risco não significa que o indivíduo também não venha a contrair nenhuma doença.<sup>72</sup>

#### **3.1. Hábitos tabágicos e alcoólicos**

A OMS estima que o tabaco é responsável por mais de sete milhões de mortes, em todo o mundo, a cada ano.<sup>86</sup>

O tabaco é constituído por mais de sessenta produtos químicos e tóxicos como a nicotina. Este pode levar ao aparecimento de doenças cardiovasculares, cancros e outras doenças sistémicas.<sup>86, 87</sup> Este pode ser consumido de diversas maneiras, a mais comum é fumado, mas também pode ser consumido através da mastigação da folha do tabaco, noz de areca, entre outros.<sup>64</sup>

A prevalência do tabagismo entre os indivíduos com 15 anos ou mais diminuiu significativamente na maioria dos países durante a última década e as projeções atuais indicam que novas reduções podem ser esperadas para 2025, para a maioria dos países.<sup>88</sup>

Na cavidade oral, o tabaco também atua provocando e/ou agravando doenças orais, independentemente da forma como é consumido.<sup>87</sup> Doença periodontal, cancro oral, lábio

leporino, fenda palatina e outros defeitos congénitos em crianças cujas mães fumaram durante a gravidez são exemplos de patologias orais que podemos encontrar devido ao tabaco.<sup>84, 86, 88</sup> Também provoca coloração dos dentes e das restaurações dentárias, halitose, perda prematura das peças dentárias, disgeusia e anosmia, queratose e estomatite nicotínica.<sup>64, 84</sup> A maior parte destas manifestações são reversíveis após a interrupção do uso do tabaco.<sup>64</sup>

Como já referimos, o tabagismo é um fator de risco para a doença periodontal, podendo causar perda de *attachment* e progressão e/ou desenvolvimento da inflamação gengival. Um dos principais fatores no que refere ao hábito tabágico é o número de cigarros consumidos por dia que, quanto maior, pior será o estado periodontal.<sup>64</sup>

É importante salientar que, tanto o hábito tabágico, como o alcoólico são considerados os principais riscos de aparecimento e agravamento do cancro oral.<sup>64, 70–72, 89</sup>

Relativamente ao álcool, o seu consumo excessivo está relacionado com algumas condições patológicas, como a cirrose hepática, o acidente vascular cerebral hemorrágico, entre outros.<sup>89</sup> Para além destas complicações, o álcool também pode afetar a cavidade oral<sup>84, 89</sup> e provocar a subnutrição.<sup>87</sup>

O alcoolismo pode desenvolver problemas orais, como cárie dentária, doença orofaríngea, xerostomia, aumento da inflamação gengival, alterações na língua (língua saburrosa ou pilosa, glossite, papilas fungiformes edemaciadas e disgeusia, o mais frequente é ter gosto metálico), manchas nos dentes a longo prazo, entre outros.<sup>89</sup> Pode provocar cárie dentária devido à acidez e alto teor de açúcar existente nestas bebidas<sup>84</sup> e afetar as glândulas salivares, provocando sialadenose, resultando num distúrbio do metabolismo de excreção da saliva que por sua vez aumenta o risco das cáries dentárias.<sup>89</sup> As lesões não cariosas dos dentes, como a erosão dentária, também estão relacionadas com o consumo regular de álcool, vómitos constantes e refluxo alimentar.<sup>89</sup>

A inflamação gengival ocorre devido ao facto de este tipo de pacientes terem por norma uma higiene oral pobre e, em conjunto com os açúcares das bebidas, as bactérias crescem irritando os tecidos gengivais, provocando sangramento, halitose e em casos mais avançados pode levar à perda de peças dentárias.<sup>89</sup>

Os hábitos alcoólicos também estão relacionados com o cancro oral, na medida em que estes são considerados um fator de risco.<sup>64, 70–72, 89</sup>

### **3.2. Hábitos alimentares**

Existe uma forte associação da nutrição com as condições de saúde oral. Não só a alimentação influencia o desenvolvimento de modificações e patologias orais, como a saúde oral comprometida pode afetar a ingestão alimentar diária o que, conseqüentemente, prejudica o estado nutricional.<sup>90,91</sup>

Acrescenta-se que, as patologias orais afetam negativamente a autoconfiança e a qualidade de vida. Assim, a identificação e a resolução das mesmas são importantes para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos afetados.<sup>90</sup>

A subnutrição e a sobrenutrição influenciam a saúde oral de diversas formas: erosão dentária, cárie dentária, doenças periodontais, doenças orais, cancro oral e doenças infecciosas.<sup>90,91</sup> Adicionalmente, o consumo excessivo de açúcares através de alimentos processados e refrigerantes é um dos principais fatores de risco das doenças orais.<sup>84</sup>

Em relação à erosão dentária, esta pode ser causada tanto por ácidos gastrointestinais (fator intrínseco), como por alimentos, especialmente aqueles que contêm ácidos (fatores extrínsecos).<sup>90</sup>

No caso da cárie dentária, esta está relacionada com a ingestão de alimentos açucarados.<sup>84,90,91</sup> É necessário dar a devida atenção aos açúcares adicionados pelo fabricante dos alimentos, bem como aos que existem naturalmente nos alimentos, como no mel, nas compotas, nos sumos de fruta, entre outros. Importante também é a quantidade de açúcar que se adiciona quando se preparam as refeições.<sup>84</sup>

A dieta tem um forte impacto na saúde periodontal, uma vez que as doenças periodontais evoluem mais rapidamente nos indivíduos subnutridos. Por outro lado, a deficiência de certos micronutrientes pode levar ao aparecimento de estomatite aftosa recorrente, glossite, queilite e estomatite angular, que por sua vez dificultam a ingestão alimentar provocando um pior estado nutricional.<sup>90</sup>

A alimentação não é um dos principais fatores de risco, mas também pode contribuir para um aumento do risco de cancro oral. Alguns autores afirmam que a ingestão de certos legumes pode reduzir a incidência de cancro oral.<sup>90</sup>

### **4. Promoção da saúde oral**

O PNPSO entrou em vigor em 2005. Esta foi a primeira vez que os médicos dentistas tiveram a oportunidade de colaborar ativamente num programa de saúde oral público. Apesar

de ainda se encontrar em vigor, esse programa tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo do tempo.<sup>12</sup>

O PNPSO assenta em estratégias de promoção da saúde, prevenção primária e secundária da cárie dentária, nomeadamente realização de sessões de educação para a saúde sobre higiene oral, escovagem dentária na escola, aplicação de selantes de fissuras e tratamento de dentes cariados, através da distribuição de cheques-dentista.<sup>92</sup>

Em 2019, o PNPSO estruturava-se em dois eixos estratégicos principais, a prevenção/diagnóstico e o tratamento das doenças orais. Estes eram complementados por um eixo transversal orientado para a monitorização, avaliação e promoção da formação profissional, investigação e conhecimento.<sup>17</sup>

Vários estudos nacionais mostram que a prevalência da cárie dentária diminuiu significativamente na dentição permanente e atingiu níveis muito satisfatórios, principalmente em indivíduos beneficiados pelas atividades desenvolvidas no âmbito do PNPSO.<sup>93</sup>

A infância tem repercussões na idade adulta<sup>94</sup> e por isso é essencial que a promoção de saúde oral seja estabelecida nos mais novos. Graças a este programa, nos últimos anos, crianças e adolescentes portugueses tiveram acesso mais fácil aos cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde oral. Essas intervenções envolveram a aplicação de selantes de fissuras em dentes permanentes e o tratamento precoce de doenças orais emergentes. Essa situação pode ter sido o principal fator para a melhoria acentuada da saúde oral destas faixas etárias.<sup>93</sup> A aplicação de selantes de fissuras nos molares e pré-molares permanentes, logo que possível após a respetiva erupção, constitui uma medida de combate à cárie dentária altamente eficaz.<sup>17</sup>

A OMS refere o contexto escolar como ideal para desenvolver programas de promoção da saúde oral durante a infância, embora saliente que a efetividade destes programas seja influenciada pelo nível de escolaridade dos pais, pela perceção sobre a sua própria saúde oral e pelo contexto social das famílias.<sup>92, 95</sup>

Como medidas preventivas deverá ser aconselhado o uso adequado de flúor, a diminuição da ingestão de açúcares e mudanças para um estilo de vida saudável. Quer a doença periodontal, quer a cárie são patologias que podem ser evitadas diminuindo assim a perda dentária.<sup>96</sup> Além disso, as visitas ao médico dentista devem ser regulares, idealmente uma vez a cada seis meses, aumentando assim a probabilidade de deteção precoce de doenças orais. Durante as consultas, os pacientes também podem receber procedimentos e indicações de cuidados preventivos específicos para a idade, principalmente em relação às técnicas de escovagem, uso da dose correta de flúor e selantes.<sup>97</sup>

#### 4.1. Hábitos de higiene oral

A higiene oral é a prática que permite manter a cavidade oral limpa.<sup>94</sup> Ter boa saúde oral implica estar livre de cárie e não ter doenças orais. Os maus hábitos de higiene oral promovem a infeção, podem resultar em problemas de saúde oral e afetar a aparência, o bem-estar e a autoestima do indivíduo.<sup>97</sup>

O comportamento de saúde oral, como a escovagem diária, o uso do fio dentário e as visitas regulares ao médico dentista, devem ser levados em conta para evitar o acúmulo da placa bacteriana que pode originar problemas como periodontite, cárie dentária, perda de dentes e risco de doenças sistémicas.<sup>98</sup>

De todas as intervenções, a escovagem dentária com dentífrico fluoretado é referida como a estratégia universal mais custo-efetiva, sendo mais eficaz que a restrição de açúcares na redução da cárie dentária.<sup>92</sup> Atualmente, as medidas de higiene oral mais usadas são a escovagem e o uso do fio dentário. Contudo, existem outros auxiliares para uma correta higiene oral, como escovas interdentais, colutórios orais e dentífricos com flúor. O benefício derivado da higiene oral depende da destreza manual, estilo de vida e motivação do indivíduo.<sup>94</sup> A Ordem dos Médicos Dentistas recomenda o uso de fio dentário e uma dieta rica e variada, com especial cuidado no consumo de açúcar.<sup>99</sup>

A propósito da celebração do Dia Mundial da Saúde Oral, a 20 de março de 2017, a FDI criou um guia de saúde oral<sup>84</sup> onde afirma que uma boca saudável livre de doenças orais pode ser mantida desde que se dê a devida atenção à higiene oral, à alimentação e aos estilos de vida. Neste guia foram fornecidas algumas medidas preventivas de saúde oral como:

- Escovar os dentes durante dois minutos, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas à noite antes de deitar;
- Utilizar um dentífrico com flúor e uma escova manual ou elétrica;
- Não bochechar com água após a escovagem dos dentes, cuspir apenas o excesso da pasta dentífrica;
- Fazer uma alimentação saudável, limitando o consumo de alimentos/bebidas açucaradas;
- Aconselha-se a cessação tabágica aos fumadores e um consumo moderado de álcool aos indivíduos com consumos excessivos;
- No caso de práticas de desporto que impliquem contacto físico, utilizar sempre protetores orais;
- Quando a escovagem não é possível, deve-se bochechar com um colutório com flúor ou mastigar uma pastilha elástica sem açúcar depois das refeições;
- Visitar o profissional de saúde oral regularmente.

De seguida iremos abordar com mais detalhe alguns dos utensílios utilizados para realizar uma correta higiene oral tais como, a escova, o flúor, o fio dentário e escovilhão e por último os colutórios.

### **Escovagem:**

A escovagem é um passo importante na prevenção de cáries em todas as idades. Assim, que a criança tenha o primeiro dente decíduo erupcionado (a média é aos 6 meses de idade), a escovagem deve começar, independentemente da ingestão oral.<sup>17, 95</sup> A escovagem dentária é uma medida muito eficiente para manter uma boa higiene oral e prevenir a cárie dentária, além dos problemas periodontais.<sup>100</sup> Deste modo, é o meio mecânico mais amplamente aceite e efetivo no controlo da placa, devido à sua eficácia, conveniência e baixo custo.<sup>101</sup>

Existem inúmeras técnicas usadas para escovar os dentes e remover a placa dentária, com diferentes níveis de eficácia.<sup>100</sup> As várias técnicas de escovagem dentária existentes são Roll ou Stillman Modificado, Stillman, Charters, Bass, Bass Modificado, Fones, Leonard e Scrub.<sup>101</sup> A técnica de Bass modificada foi relatada como a técnica de escovagem mais eficaz seguida pela técnica Horizontal Scrub, enquanto a menos eficaz foi a de Fones.<sup>100, 101</sup> A técnica de Bass Modificada, descrita por Bass, em 1954, resumidamente consiste em, com a boca ligeiramente aberta, a escova é colocada apicalmente num ângulo de 45° em relação ao eixo dentário. Posteriormente, devemos pressionar as cerdas levemente para que estas entrem no sulco gengival sem muita pressão, com movimentos vibratórios e de seguida rodar a escova em direção à superfície oclusal dentária. Estes movimentos são repetidos para cada dente. Nas faces linguais/palatinas dos dentes anteriores, a escova é colocada verticalmente.<sup>100, 102</sup> A higienização oral também deve incluir a limpeza da língua e das gengivas através da escovagem.<sup>97</sup>

De acordo com as recomendações atuais, a escovagem deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia, impreterivelmente à noite antes de dormir com pasta dentífrica fluoretada e o procedimento deve durar em média dois minutos.<sup>92, 95, 97, 99</sup> Esta medida foi comprovada como sendo o método mais eficaz para remover a placa bacteriana e prevenir a cárie dentária.<sup>92</sup>

A saliva é também um importantíssimo fator protetor devido à sua capacidade para neutralizar os ácidos, poder tampão, remover os alimentos da cavidade oral e diluir os alimentos açucarados.<sup>17, 49, 50</sup> Contudo, estas propriedades quase desaparecem durante o sono, daí ser tão importante a aquisição de hábitos que promovam a remoção da placa bacteriana antes de dormir e a não ingestão de alimentos após a última escovagem.<sup>17</sup>

Em relação ao tipo de escova, é outra questão controversa na literatura, uma vez que uns autores afirmam que a escova elétrica é mais eficaz, enquanto outros apoiam a escovagem

manual. Contudo, o procedimento mais efetivo é a frequência de escovagem e não o tipo de escova.<sup>17, 95</sup> As escovas elétricas são particularmente úteis para pessoas com dificuldades na mobilidade dos membros superiores e com problemas de motricidade fina.<sup>17</sup>

### **Flúor:**

A fonte predominante de flúor é a pasta dentífrica. Há regiões do país com suplemento de flúor na água, outras porém registam um suprimento natural, daí o mais eficaz ser o uso de um dentífrico com flúor.<sup>95</sup>

A percentagem de flúor presente na pasta dentífrica utilizada para a escovagem dentária é outro aspeto controverso da literatura científica. Apesar da maioria dos autores, incluindo o PNPSO, afirmarem que um dentífrico floretado deve ter entre 1000ppm a 1500ppm de flúor,<sup>17, 92</sup> existem outros autores que apoiam que a quantidade de flúor em crianças deve ser mais baixa do que nos adultos.<sup>95</sup>

A suscetibilidade dos dentes à cárie dentária é influenciada pelo grau de mineralização do esmalte. Há ainda um conjunto de fatores como a localização, a morfologia, a composição, as idades eruptivas de cada dente, assim como o pH da cavidade oral, o fluxo e composição da saliva a ter em conta.<sup>17</sup>

Existem três métodos básicos de administração de flúor para prevenção de cáries<sup>103</sup>:

- A nível comunitário, pela ingestão de água fluorada, sal e leite;
- A nível individual e seletivo, administrado no consultório médico através do uso de géis de flúor e vernizes;
- A autoadministração através do uso de pasta dentífrica e colutórios orais.

A literatura científica realça a importância da existência de flúor na cavidade oral durante o processo de remineralização dos dentes. Esta é conseguida através do uso de dentífricos, soluções, vernizes ou outras aplicações tópicas,<sup>17</sup> pois atrasa a desmineralização e promove a remineralização dentária, cumprindo assim o seu efeito anticárie.<sup>103, 104</sup> Nesse contexto, frente à produção de ácidos, com conseqüente queda do pH, o dente acaba por sofrer a desmineralização do esmalte. Todavia, se houver flúor na cavidade oral, com o pH superior a 4,5, ao mesmo tempo em que ocorre a dissolução da hidroxiapatita, forma-se a fluorapatita.<sup>104</sup>

Apesar da característica benéfica do flúor e do seu efeito anticárie, este componente pode trazer efeitos colaterais ao organismo humano, dependendo da dose absorvida e do tipo de exposição. Assim, poderemos estar perante uma situação de intoxicação aguda ou crónica, resultantes dos efeitos sistémicos do flúor. A toxicidade aguda é caracterizada por uma ingestão excessiva de flúor, numa única dose, que pode desencadear desde sintomas mais leves como mal estar e vômitos, até ao óbito. Por sua vez, a intoxicação crónica, que é a fluorose dentária,

não é mais do que a resposta à exposição crónica ao flúor durante o desenvolvimento do dente, caracterizada por um defeito de formação do esmalte cujo comprometimento estético é dependente do efeito dose-resposta.<sup>105-107</sup>

Em Portugal, o fornecimento de flúor baseia-se principalmente sobre a pasta dentífrica fluretada, visto que não há fluoretação artificial ou natural da água, exceto nos Açores, onde a fluoretação natural da água é controlada pelas autoridades sanitárias.<sup>93</sup>

### **Fio dentário e escovilhão:**

Os pacientes que utilizam dispositivos para a higienização interdentária têm níveis mais baixos de inflamação e placa gengival, menos cárie e menor número de dentes perdidos em comparação com os indivíduos, que apenas escovam os dentes, quer com escovas elétricas quer com manuais.<sup>108</sup> Uma boa higiene interdentária requer dispositivos que possam penetrar no espaço entre os dentes adjacentes.<sup>109</sup>

Com a erupção dos primeiros dentes decíduos, para além de se iniciar a rotina de escovagem, assim que os dentes decíduos estabelecem contatos proximais, também se deve iniciar a utilização de fio ou fita dentária, escovilhões ou outro meio para o controlo do biofilme oral interdentário.<sup>17,94</sup> Até que as crianças tenham destreza manual para o usar, cabe aos pais a responsabilidade de o fazer.<sup>110</sup> A remoção da placa bacteriana dos espaços interproximais, com fio dentário ou com outro meio de limpeza interdentária, é benéfica para a saúde oral.<sup>84</sup>

O fio dentário é usado há muitos anos em simultâneo com a escovagem para remover o biofilme entre os dentes. No entanto, muitas pessoas acham as escovas interdentárias mais fáceis de utilizar e mais efetivas em comparação com o fio dentário, desde que haja espaço suficiente entre os dentes para a utilização das mesmas.<sup>108, 109</sup>

As escovas interdentárias ou escovilhões são uma ferramenta indispensável para os pacientes periodontais, que apresentam alta prevalência de perda papilar, pacientes com implantes dentários ou próteses fixas e pacientes em tratamento ortodôntico.<sup>109</sup>

Existem vários tipos de escovilhões, como tal cabe ao médico dentista recomendar o mais indicado para cada caso e explicar como se utiliza. Em alguns casos, os pacientes podem precisar de utilizar tamanhos diferentes em dentes diferentes, daí ser importante a orientação por parte do médico dentista para a seleção da escova interproximal correta. No que refere ao tamanho, a cabeça da escova deve encaixar-se firmemente no espaço interproximal sem ser necessário aplicar força para a sua entrada.<sup>109</sup>

Pacientes com problemas de motricidade fina deverão escolher uma escova interdentária com um cabo maior e mais largo. Também são recomendadas para pacientes com aparelho

ortodôntico, porque os dispositivos ortodônticos retêm grandes quantidades de biofilme, sendo que uma escova normal não consegue eliminar por si só esse biofilme.<sup>109</sup>

O fio ou fita dentária (um pouco mais larga e achatada) são constituídos por múltiplos filamentos e quando corretamente utilizados, removem a placa bacteriana no espaço interproximal, onde a escova não chega, prevenindo assim o aparecimento de cáries dentárias e doença periodontal.<sup>110</sup>

Com base nas recomendações da Direção Geral da Saúde, a técnica de utilização do fio ou da fita dentário passa por<sup>111</sup>:

- Retirar cerca de 40 cm de fio;
- Enrolar quase a totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da mão oposta, deixando entre os dois dedos uma porção de fio, com aproximadamente 2,5cm;
- À medida que se vai utilizando, desenrola-se o fio de um dedo e enrola-se no outro. É importante utilizar sempre fio limpo em cada espaço interdentário. Os polegares e/ou os indicadores ajudam a manuseá-lo;
- Introduzir, cuidadosamente, o fio entre os dentes e curvÁ-lo à volta do dente que se quer limpar;
- Executar movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dentes adjacentes até ao sulco gengival, em cada uma das faces que delimitam o espaço interdentário;
- Proceder da mesma forma até que todos os dentes estejam devidamente limpos.

### **Colutórios:**

Existem várias estratégias para reduzir ou eliminar o biofilme dentário, a desorganização mecânica do biofilme com o auxílio da escovagem é a abordagem mais comum em todo o mundo. Contudo, também existem estratégias quimioterapêuticas para a desorganização do biofilme, como o uso de colutórios orais. Nas últimas décadas, o uso destes tornou-se habitual.<sup>112</sup>

Dos muitos agentes testados em condições clínicas, o digluconato de clorexidina provou ser o supressor mais eficaz da placa. A clorexidina em concentrações altas, utilizada durante muito tempo, pode causar manchas nos dentes e alterar o paladar. Porém, concentrações menores podem ser usadas por mais tempo.<sup>113</sup>

No entanto, mesmo em pacientes bem treinados, a limpeza adequada das áreas de difícil acesso e da margem gengival é difícil. A escovagem e a limpeza interdentária são especialmente difíceis para pacientes idosos com limitações físicas ou mentais e em pacientes com dentes mal posicionados ou isolados, pontes ou aparelhos ortodônticos.<sup>114</sup>

## CAPÍTULO II – OBJETIVOS DO ESTUDO

Neste capítulo vamos expor os objetivos da investigação, ou seja, quais os resultados pretendidos e quais as contribuições que esta irá proporcionar ao conhecimento científico.<sup>115</sup>

Os objetivos são estipulados no início de uma investigação e para além de serem claros e realizáveis, têm que ser tidos em conta ao longo de toda a sua realização de forma a evitar possíveis desvios do estudo.

Delineámos como **objetivo geral** de pesquisa “avaliar as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem”.

### **Objetivos específicos:**

–Caracterizar os comportamentos de risco para a ocorrência de cárie dentária e da doença periodontal nos estudantes de enfermagem;

–Caracterizar as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem;

–Relacionar a influência dos fatores sociodemográficos nas atitudes e nos comportamentos da saúde oral dos estudantes de enfermagem;

–Relacionar a influência dos comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal nas atitudes e nos comportamentos da saúde oral dos estudantes de enfermagem;

– Relacionar a influência da vigilância da saúde oral nas atitudes e nos comportamentos da saúde oral dos estudantes de enfermagem.



## **CAPÍTULO III – MATERIAIS E MÉTODOS**

Neste capítulo pretende-se sistematizar o enquadramento metodológico. Uma vez definido o problema e formulados os objetivos, partimos para a recolha da informação, selecionando, para tal, a metodologia que mais se adequa ao nosso estudo.

Iremos abordar as questões de investigação, o tipo de estudo a realizar, as variáveis em estudo, a população e a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos éticos legais e o tratamento estatístico.

### **1. Questões de investigação**

Uma vez selecionado o tema, a definição do problema é o passo seguinte. Uma boa questão de investigação tem de ser clara, objetiva, exequível, deve cumprir as normas de ética e ser relevante.<sup>115</sup> A questão de pesquisa é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população, realizando aferições nos sujeitos em estudo.<sup>116</sup>

As questões de investigação são perguntas precisas, com a finalidade de desenvolver o conhecimento pré-existente acerca de um determinado tema de estudo, que se pretende investigar. Questões essas que exprimem de forma clara e o mais simples possível aquilo que o investigador procura saber.

Todos os procedimentos propostos para a realização da pesquisa deverão ser conduzidos no sentido de solucionar ou esclarecer as questões elaboradas.<sup>115</sup> Normalmente associadas à 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 comportamentos de risco da cárie dentária e da doença periodontal dos estudantes de enfermagem?
- Quais as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem?
- Que variáveis sociodemográficas influenciam as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem?
- Que comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal influenciam as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem?
- Em que medida a vigilância da saúde oral influencia as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem?

## 2. Tipo de estudo

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

Relativamente à natureza deste estudo, este é composto por uma pesquisa observacional uma vez que, apenas vamos desempenhar um papel passivo sem realizar qualquer intervenção sobre os sujeitos do estudo.<sup>115, 116</sup>

Optámos por um estudo transversal porque, a recolha de dados é efetuada num determinado momento específico.<sup>116</sup> É quantitativo uma vez que, considera que tudo pode ser quantificável, ou seja, tudo é passível de se traduzir em números, opiniões e informações para classificá-los e analisá-los.<sup>117</sup> Descritivo porque, visa descrever as características de determinada população utilizando técnicas padronizadas de colheita de dados como o questionário e a observação intra-oral.<sup>117</sup> E por fim é de cariz correlacional dado que tem como objetivo estabelecer uma relação entre o comportamento da variável dependente em função das variáveis independentes.<sup>118</sup>

De seguida, apresentamos um esquema (figura 1) que expõe a articulação entre as variáveis que pretendemos estudar.

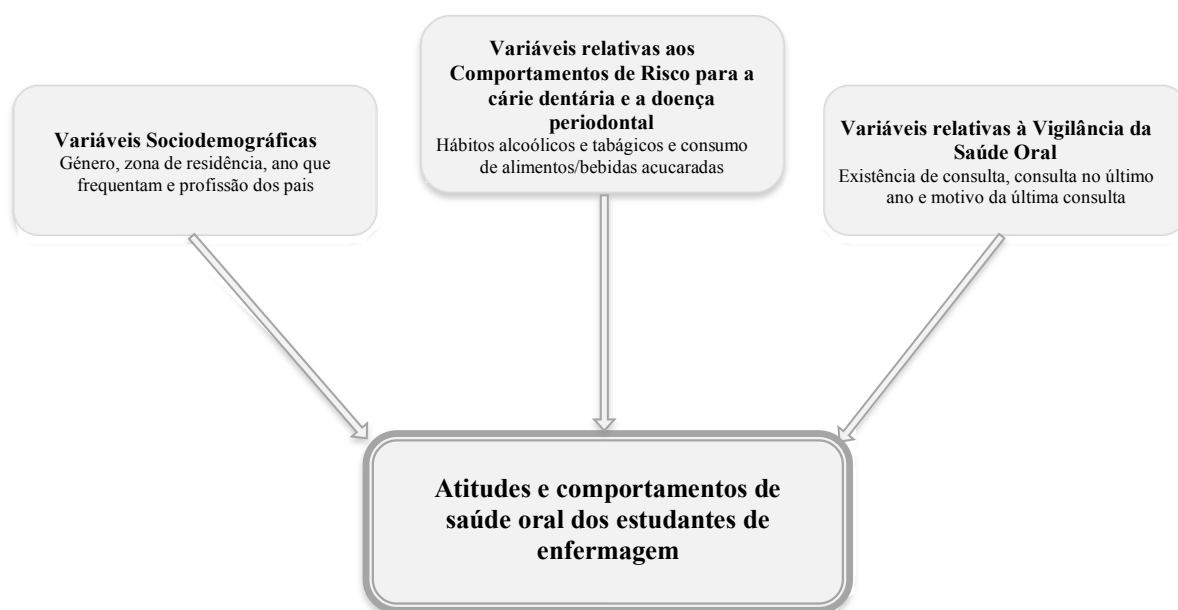


Figura 1: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis.

### **3. Variáveis em estudo**

As características de uma população, que podem diferir de indivíduo para indivíduo, e as quais são chamadas variáveis, têm toda a pertinência em serem estudadas nas pesquisas científicas.<sup>119</sup> Consideramos variáveis dependentes aquelas cujas características podem ser influenciadas quando se manipula a variável independente.<sup>119</sup>

No presente trabalho a variável dependente são as atitudes e os comportamentos que os estudantes têm perante a sua saúde oral, sendo que, vamos avaliar essa variável consoante a escala de HUDBI.

Como variáveis independentes temos:

- Variáveis sociodemográficas: género, zona de residência, ano que frequentam, e profissão dos pais;
- Variáveis relacionadas com os comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal;
- Variáveis relativas à vigilância da saúde oral: existência de consulta, consulta no último ano e motivo da última consulta.

Como variáveis de atributo ou de caracterização temos:

- Variáveis sociodemográficas: idade, rendimento familiar mensal, habilitações literárias dos pais;
- Variáveis relacionadas com os dados clínicos de saúde oral;
- Variáveis relativas aos hábitos de higiene oral: escovagem, pasta dentífrica e utensílios para ajudar na higiene oral;
- Variáveis relativas à vigilância da saúde oral: medo da consulta, selantes e flúor.

Com as variáveis escolhidas o próximo passo é cruzar as mesmas de forma a responder às questões de investigação e aos objetivos já apresentados.

### **4. População e amostra estudada**

A população alvo deste estudo foi constituída por 395 estudantes que frequentavam a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Para a seleção da amostra foi tida em consideração a representatividade da população para tal, utilizámos a técnica de amostragem aleatória estratificada por ano de curso e género, através do programa Excel (Microsoft Office Excel). Para determinar o tamanho da amostra

com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 3%, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}}$$

Figura 2: Equação do tamanho amostral.

Legenda: N = tamanho da população. E = margem de erro (percentagem no formato decimal). Z = score z

A amostra foi constituída por 289 estudantes. Destes, 81 frequentavam o 1ºano, 75 o 2º ano, 70 o 3º ano e 63 o 4º ano; conforme o quadro que se segue (quadro 1).

Quadro 1: Distribuição da população e da amostra em função do ano de curso e género.

	População	Amostra	Masculino	Feminino
1º Ano	111	81	16	65
2º Ano	102	75	14	61
3º Ano	96	70	12	58
4º Ano	86	63	11	52
Total	395	289	53	236

No que diz respeito aos critérios de inclusão tivemos por base os alunos que estavam matriculados no ano letivo 2019/2020 e que aceitaram participar no estudo através do consentimento informado livre e esclarecido.

## 5. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de informação tivemos como suporte um questionário para a avaliação das atitudes e comportamentos de saúde oral e procedemos a uma avaliação intra-oral.

### Questionário

A primeira parte do estudo é composta por um questionário (Anexo 1) que foi construído com base na fundamentação teórica e divide-se em seis partes que passamos a discriminar:

**Parte I** – consiste em oito perguntas dirigidas à caracterização sociodemográfica dos estudantes, duas são perguntas de resposta aberta, através das quais se recolheu informação acerca da idade dos participantes e da profissão dos pais. As restantes perguntas são fechadas e têm o intuito de obter informação sobre o género, área de residência, ano que frequentam, rendimento familiar mensal e por último as habilitações literárias dos pais.

**Parte II** – esta parte é composta por três perguntas fechadas sobre a caracterização dos dados clínicos de saúde oral, através das quais se obteve a informação sobre dor dentária, sangramento e inflamação gengival.

**Parte III** – diz respeito à caracterização dos comportamentos de risco para a cárie dentária e doença periodontal. Esta foi avaliada por quatro perguntas fechadas e uma mista. Esta parte tem como objetivo conhecer o consumo de bebidas alcoólicas, os hábitos tabágicos e o consumo de alimentos/bebidas açucaradas.

**Parte IV** – nesta parte caracterizam-se os hábitos de higiene oral onde foram formuladas treze perguntas, sendo que onze eram respostas fechadas e duas mistas. Neste grupo de questões avaliamos os seguintes itens dos hábitos de higiene oral: a escovagem, a pasta dentífrica, o fio dentário, o colutório e outros utensílios auxiliares.

Quanto à escovagem, investigamos a frequência, o momento de escovagem, onde aprendeu a escovar, a maneira e o tempo de escovagem, o tipo de escova e a frequência da substituição da mesma.

No que se refere à pasta dentífrica, usamos apenas duas questões sendo uma fechada e outra mista para avaliar a presença de flúor e os critérios de escolha.

Com a finalidade de avaliar a utilização do fio dentário, colutórios e outros utensílios auxiliares, formulámos uma questão mista para que o participante pudesse escolher todos os instrumentos que utiliza na sua higiene oral.

**Parte V** – pretendeu-se com esta parte caracterizar a vigilância de saúde oral utilizando oito questões fechadas e duas mistas. Quisemos avaliar o motivo da última consulta, medo do médico dentista, selantes de fissuras, tipo de aplicação de flúor (comprimido/bochechos/gel).

**Parte VI** – esta parte visa saber as atitudes e comportamentos de saúde oral. Para tal, foi utilizada a escala, *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI), elaborada por Kawamura em 1988, traduzida e adaptada para a população portuguesa.<sup>120</sup>

HUDBI consiste num inventário de 21 respostas dicotómicas que pretende avaliar a auto percepção do estudante sobre as suas atitudes e os seus comportamentos de saúde oral. Para cada alínea o participante tem de escolher se concorda ou discorda com a afirmação apresentada.

Dos 21 itens que compõem o questionário, 9 são considerados como “dummy” pois não são ponderados para o cálculo do valor global do inventário, embora sejam úteis na verificação da reprodutibilidade e possam servir para outras investigações.<sup>120</sup>

Com a finalidade de calcular o comportamento da saúde oral avaliámos os itens 2, 4, 9, 10, 12, 15 e 16 e relativamente às atitudes e crenças temos os itens 6, 8, 11, 14 e 19.<sup>120</sup>

No final faz-se o somatório das respostas apropriadas, ou seja, nos itens 2, 6, 8, 10, 11, 14 e 15 os “*discordo*” e nos itens 4, 9, 12, 16 e 19 os “*concordo*”. Quanto mais elevado for o resultado, melhor são as atitudes e os comportamentos que os nossos participantes têm, sendo 12 a cotação mais elevada.<sup>120</sup>

### **Avaliação Intra-oral**

Esta avaliação intra-oral tem como objetivo recolher o Índice CPOD, que traduz os dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O). Este índice vai ser calculado de forma a que cada dente receba um *score*, que irá ser acumulado dando um valor final em cada estudante examinado, avaliando assim o risco de cárie.

O Índice CPOD desenvolvido por Klein e Palmer em 1937 é utilizado globalmente para levantamentos epidemiológicos na saúde oral. A utilização deste índice é recomendado pela OMS para medir e comparar a probabilidade de cárie dentária nas populações.<sup>121, 122</sup>

Este índice divide a prevalência da cárie consoante o *score* final. De 0 a 1,1 a prevalência é muito baixa, de 1,2 a 2,6 é baixa, quando o intervalo é de 2,7 a 4,4 a prevalência é moderada, de 4,5 a 6,5 a prevalência é alta e maior ou igual a 6,6 é muito alta.<sup>121</sup>

Para o cálculo deste índice vamos analisar todos os 32 dentes, se presentes na cavidade oral, de seguida somamos o número total de dentes cariados, perdidos e obturados presentes na boca. Sendo os dentes cariados aqueles que têm o código 1 ou 2, perdidos aqueles cujo código é 4 ou 5 e por último os dentes obturados aqueles que tiverem o código 3. No caso de haver dentes decíduos, o cálculo é feito de igual forma.<sup>123</sup>

Segundo a OMS os códigos que integram o seguinte índice são<sup>123</sup>:

**Código 0** – Dente hígido. O dente é considerado como hígido, se não apresentar sinais evidentes de cárie ou tratamento dentário tanto na coroa como na raiz quando exposta. Cáries que não apresentem cavitação, ou seja, estadios iniciais de cárie não são classificadas com este código, uma vez que não podemos registar com clareza através das condições que possuímos. São igualmente registados com este código: manchas brancas e descolorações; lesões de esmalte ou fissuras que não têm cavitação visível ou tecido amolecido detetável pela sonda; 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.

**Código 1** – Cariado. O dente é registado como cariado quando existe numa superfície, da coroa ou da raiz, um sulco, fissura, cavidade evidente ou tecido amolecido na base. É também registado com este código o dente que mesmo restaurado temporariamente ou não, apresente sinais de degeneração.

**Código 2** – Restaurado com Cárie. O dente é considerado restaurado com cárie quando possui uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão cariadas. Não é feita distinção entre cárie primária ou secundária.

**Código 3** – Restaurado sem cárie. O dente é registado como restaurado sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanentes estiverem presentes e não existir qualquer sinal de cárie. Um dente com coroa é incluído nesta categoria.

**Código 4** – Dente ausente por cárie. O dente é considerado como ausente por cárie quando este tenha sido extraído por causa de cárie. O código 4 não deve ser utilizado para dentes ausentes em que a razão não seja a cárie.

**Código 5** – Dente ausente por outra razão. O dente é registado como ausente por outra razão quando se trata de uma ausência congénita, extração por razões ortodônticas/doença periodontal ou trauma.

**Código 6** – Selante. O dente é registado com este código no caso de haver selante de fissura na face oclusal ou quando esta foi alargada para colocação de compósito.

**Código 7** – Prótese ou Implante. O dente é considerado com este código quando este faz parte de uma prótese fixa ou em coroas colocadas por outras razões que não cáries ou para dentes com facetas estéticas, na qual não há evidências de cárie ou restauração.

**Código 8** – Dente não erupcionado. O dente é classificado com este código quando este ainda não erupcionou, atendendo à cronologia da erupção dentária. Esta categoria não inclui dentes perdidos por problemas congénitos ou por trauma.

**Código 9** – Não registado. Este código é utilizado quando, um dente não pode ser examinado por qualquer motivo (exemplo: existência de bandas ortodônticas ou hipoplasia).

**Código T** – Traumatismo. Este código é utilizado quando parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

## **6. Procedimentos éticos legais**

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes.<sup>124</sup>

Inicialmente o projeto de trabalho foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa e após a sua aceitação (Anexo 2) iniciámos a investigação.

Antes de iniciar o estudo foi feito um pedido de autorização à instituição envolvida e após a sua permissão (Anexo 3) iniciámos a recolha de dados dos alunos escolhidos.

O Código de Nuremberg visa salvaguardar os direitos dos sujeitos que participam em investigações e como tal, é obrigatório fornecer um consentimento informado na investigação com seres humanos.<sup>125</sup>

Posto isto, em primeiro lugar fornecemos a cada participante um consentimento informado (Anexo 4), onde é explicado o objetivo do estudo e o método de recolha de dados. Este documento foi devidamente assinado pelos participantes no estudo, autorizando a recolha de dados e a utilização dos mesmos para o desenvolvimento deste trabalho.

De seguida iniciámos o preenchimento dos questionários em que cada estudante respondeu de forma anónima. Para o último instrumento de recolha de dados foi necessário recorrer ao exame clínico intra-oral para colheita de dados a fim de calcular o Índice de CPOD.

Este exame decorreu nas salas de aulas dos respetivos alunos com o auxílio de sondas (WHO probes) e espelhos intra-orais.

O exame decorreu da seguinte maneira: o estudante sentava-se de forma confortável e de maneira a permitir a observação intra-oral, o material era aberto na presença do mesmo e de seguida executávamos o referido exame. Este processo foi executado de igual forma pelo investigador, para todos os participantes.

Após toda a recolha de dados, os questionários foram traduzidos em códigos, inseridos e processados informaticamente. Os resultados obtidos não têm qualquer referência do nome nem informação identificativa do participante.

## **7. Análise estatística**

A análise dos dados consiste na estatística descritiva, onde são determinadas medidas de distribuição de frequências (frequências e percentagens), medidas de tendência central ou de localização (média e mediana), medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) e medidas de associação como correlação de Pearson que permitem perceber a forma como se distribuem os valores das variáveis de todas as questões.

No que respeita à estatística inferencial, foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos. Quanto aos paramétricos recorreremos ao teste t student e análise de variância.

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/teste de Fisher, o teste de U-Mann Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.

A apresentação dos resultados efetuar-se-á com o recurso a quadros onde se apresentam os dados mais relevantes. Todo o tratamento estatístico para o estudo foi elaborado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 26.0 para Windows.

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 IV – RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados após a aplicação dos instrumentos de recolha de dados e respetivo tratamento estatístico, com o intuito de responder às questões de investigação anteriormente formuladas.

Iniciamos com a caracterização da amostra estudada, tendo em conta as variáveis relativas aos comportamentos de risco, dados clínicos de saúde oral, hábitos de higiene oral, vigilância da saúde oral e por último as atitudes e os comportamentos de saúde oral.

Como explicámos anteriormente, 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 foram elaborados os instrumentos de colheita de dados.

### 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Com o quadro 2, podemos observar que a amostra estudada era constituída por 289 estudantes, dos quais 18,3% (53) eram do género masculino e 81,7% (236) do género feminino.

Da amostra masculina podemos analisar que a idade variava entre 18 e 33 anos tendo uma média de  $21,1 \pm 3,1$ . Em relação à amostra feminina podemos ver que a idade variava entre os 18 e os 45 anos tendo uma média de  $21,5 \pm 4,0$ .

Quadro 2: Distribuição da idade em relação ao género.

	N	%	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	Desvio Padrão
<b>Masculino</b>	53	18,3	18	33	21,1	3,1
<b>Feminino</b>	236	81,7	18	45	21,5	4,0
<b>Total</b>	289	100	18	45	21,2	3,9

Através da análise do quadro 3 relativo à caracterização sociodemográfica, verificámos no que se refere à área de residência, que 44,6% dos estudantes residiam em “aldeias”, 34,4% na “cidade” e 21,2% em “vilas”.

Relativamente ao ano de curso que frequentavam, 28,0% do estudantes frequentavam o “4º ano”, 26,0% o “3º ano”, 24,2% o “2º ano” e por fim 21,8% o “1º ano”.

Sendo difícil quantificar com objetividade o rendimento mensal do agregado familiar, utilizámos níveis de mensuração que permitissem aos participantes escaloná-lo de forma o mais objetiva possível. Assim, utilizámos como referencial o ordenado mínimo, sendo que 37,0% recebiam o equivalente a “2-3 ordenados mínimos”, 36,7% tinham rendimentos de “1-2

ordenados mínimos”, 12,8% auferiam um vencimento de “3-4 ordenados mínimos”, e 5,5%, 4,8% e 3,1% referiam um rendimento de “< 1”, “> 5” e “4-5 ordenados mínimos”, respetivamente. Quanto ao género, são as mulheres que auferem de rendimentos mais baixos (“< 1 ordenado mínimo” e “1-2 ordenados mínimos”) enquanto que os homens recebem rendimentos mais elevados (“4-5 ordenados mínimos”).

Em relação às habilitações literárias do pai, verificou-se que 31,8% tinham uma formação de apenas “10-12º ano” e as percentagens mais baixas pertenciam ao “doutoramento” (1,0%) e “bacharelato” (0,7%). No que consta às habilitações literárias da mãe, o panorama era muito idêntico, sendo as habilitações com maior percentagem “10-12º ano” (32,5%) e com menor percentagem o “bacharelato” e o “doutoramento” com 1,0% para ambos.

No que concerne à profissão do pai e da mãe, ambos apresentavam a maioria para “outras profissões” 96,1% e 85,8% respetivamente, sendo a minoria “profissionais de saúde” (3,9% e 14,2% respetivamente).

Quadro 3: Caracterização sociodemográfica da amostra.

	Gênero				Total (n = 289)		Valores residuais		$\chi^2 / p$
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)						
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<b>Área de residência</b>									
Aldeia	28	52,8	101	42,8	129	44,6	1,3	-1,3	$\chi^2 = 2,145$ p = 0,342
Vila	11	20,8	50	21,2	61	21,1	-0,1	0,1	
Cidade	14	26,4	85	36,0	99	34,3	-1,3	1,3	
<b>Ano de curso</b>									
1º Ano	16	30,2	65	27,5	81	28,0	0,4	-0,4	$\chi^2 = 0,213$ p = 0,975
2º Ano	14	26,4	61	25,8	75	26,0	0,1	-0,1	
3º Ano	12	22,6	58	24,6	70	24,2	-0,3	0,3	
4º Ano	11	20,8	52	22,0	63	21,8	-0,2	0,2	
<b>Rendimento familiar mensal</b>									
< 1 ordenado mínimo	0	0,0	16	6,8	16	5,5	-2,0	<b>2,1</b>	<b>p = 0,001</b>
1-2 ordenado mínimo	11	20,8	95	40,3	106	36,7	-2,7	<b>2,7</b>	
2-3 ordenado mínimo	25	47,2	82	34,7	107	37,0	1,7	-1,7	
3-4 ordenado mínimo	7	13,2	30	12,7	37	12,8	0,1	-0,1	
4-5 ordenado mínimo	5	9,4	4	1,7	9	3,1	<b>2,9</b>	-2,9	
> 5 ordenado mínimo	5	9,4	9	3,8	14	4,8	1,7	-1,7	
<b>Habilitações literárias do pai</b>									
< 4º Ano	4	7,5	14	5,9	18	6,2	0,4	-0,4	p = 0,316
4-6º Ano	10	18,9	69	29,2	79	27,3	-1,5	1,5	
7-9º Ano	15	28,3	56	23,7	71	24,6	0,7	-0,7	
10-12º Ano	16	30,2	76	32,2	92	31,8	-0,3	0,3	
Bacharelato	1	1,9	1	0,4	2	0,7	1,2	-1,2	
Licenciatura	5	9,4	10	4,2	15	5,2	1,5	-1,5	
Mestrado	1	1,9	8	3,4	9	3,1	-0,6	0,6	
Doutoramento	1	1,9	2	0,8	3	1,0	0,7	-0,7	
<b>Habilitações literárias da mãe</b>									
< 4º Ano	1	1,9	5	2,1	6	2,1	-0,1	0,1	p = 0,556
4-6º Ano	9	17,0	49	20,8	58	20,1	-0,6	0,6	
7-9º Ano	10	18,9	61	25,8	71	24,6	-1,1	1,1	
10-12º Ano	22	41,5	72	30,5	94	32,5	1,5	-1,5	
Bacharelato	0	0,0	3	1,3	3	1,0	0,8	-0,8	
Licenciatura	11	20,8	35	14,8	46	15,9	1,1	-1,1	
Mestrado	0	0,0	8	3,4	8	2,8	-1,4	1,4	
Doutoramento	0	0,0	3	1,3	3	1,0	-0,8	0,8	
<b>Profissão pai</b>									
Profissionais de saúde	4	7,7	7	3,0	11	3,9	1,6	-1,6	p = 0,120
Outras profissões	48	92,3	226	97,0	274	96,1	-1,6	1,6	
<b>Profissão mãe</b>									
Profissionais de saúde	6	11,3	35	14,9	41	14,2	-0,7	0,7	$\chi^2 = 0,452$ p = 0,501
Outras profissões	47	88,7	200	85,1	247	85,8	0,7	-0,7	

## 2. Caracterização dos dados clínicos de saúde oral

Relativamente à dor de dentes nos últimos 12 meses, pela observação do quadro 4, constatamos que, a prevalência da presença e ausência de dor dentária é muito parecida sendo 40,8% e 59,2% respetivamente.

No que respeita à hemorragia nas gengivas nos últimos 12 meses, o “não” e o “sim, às vezes” tiveram percentagens semelhantes e com maior relevância, 37,7% e 37,4% respetivamente.

Em relação à inflamação das gengivas, constatamos que 15,2% referiram que este problema esteve “sempre” presente no último ano e para 64,0% dos indivíduos, tal não se verificou.

Quadro 4: Caracterização dos dados clínicos de saúde oral.

	Género				Total (n = 289)		Valores residuais		$\chi^2 / p$
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)						
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<b>Dor de dentes nos últimos 12 meses</b>									
Sim	16	30,2	102	43,2	118	40,8	-1,7	1,7	$\chi^2 = 3,042$ p = 0,090
Não	37	69,8	134	56,8	171	59,2	1,7	-1,7	
<b>Hemorragia nas gengivas nos últimos 12 meses</b>									
Não	23	43,4	86	36,4	109	37,7	0,9	-0,9	p = 0,508
Sim, às vezes	21	39,6	87	36,9	108	37,4	0,4	-0,4	
Sim, muitas vezes	3	5,7	17	7,2	20	6,9	-0,4	0,4	
Sim, sempre	6	11,3	46	19,5	52	18,0	-1,4	1,4	
<b>Gengivas inflamadas nos últimos 12 meses</b>									
Não	29	54,7	156	66,1	185	64,0	-1,6	1,6	$\chi^2 = 2,441$ p = 0,299
Sim, às vezes	14	26,4	46	19,5	60	20,8	1,1	-1,1	
Sim, sempre	10	18,9	34	14,4	44	15,2	0,8	-0,8	

### 3. Caracterização dos comportamentos de risco

A análise e interpretação dos resultados relativos à caracterização dos comportamentos de risco da amostra encontram-se no quadro 5.

Relativamente aos hábitos alcoólicos, a maioria dos estudantes afirmou que consumia mas “ocasionalmente” (72,3%) sendo seguidos de 19,0% que “não consumiam” e uma percentagem muito baixa disse que “consumia todas as semanas” (8,7%). Quanto ao género, os estudantes do género feminino habitualmente “não” consomem bebidas alcoólicas enquanto que os estudantes do género masculino consomem mais todas as semanas (“sim, todas as semanas”).

Quanto aos hábitos tabágicos, a maioria afirmou que “deixou de fumar” (73,7%) e a minoria revelou “fumar” (12,5%) sendo que, destes 55,6% fumavam “≤ 5 cigarros por dia” e 44,4% “> 5 cigarros por dia”. Em relação ao género são os estudantes do género masculino que possuem mais hábitos tabágicos contudo, são os estudantes do género feminino que fumam maior quantidade.

Em relação à influência da alimentação na saúde oral, a grande maioria (84,8%), afirmou que “influenciava” e 13,1% revelou que “influenciava pouco” e apenas 2,1% afirmou que a sua alimentação “não influenciava” em nada a sua saúde oral.

No que concerne ao consumo de alimentos ou bebidas açucaradas, 68,2% revelou que “consumia às vezes”, 18,3% “todos os dias”, 11,4% “raramente” e apenas 2,1% afirmaram que

“não consumiam” nem alimentos nem bebidas açucaradas. Quanto à sua periodicidade, foi observado que este consumo era feito preferencialmente “entre as refeições” (67,0%) e, com uma prevalência um pouco mais baixa, “após as refeições” (21,2%).

Quadro 5: Caracterização dos comportamentos de risco.

	Gênero				Total (n = 289)		Valores residuais		$\chi^2 / p$
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)						
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>									
Não	5	9,4	50	21,2	55	19,0	-2,0	<b>2,0</b>	<b>p = 0,017</b>
Sim, ocasionalmente	39	73,6	170	72,0	209	72,3	0,2	-0,2	
Sim, todas as semanas	9	17,0	16	6,8	25	8,7	<b>2,4</b>	-2,4	
<b>Hábitos tabágicos</b>									
Não, nunca fumei	38	71,7	175	74,2	213	73,7	-0,4	0,4	$\chi^2 = 5,480$ $p = 0,065$
Não, mas já fumei	4	7,5	36	15,3	40	13,8	-1,5	1,5	
Sim	11	20,8	25	10,6	36	12,5	<b>2,0</b>	-2,0	
<b>Quantos cigarros por dia</b>									
≤ 5	3	27,3	17	68,0	20	55,6	-2,3	<b>2,3</b>	<b>p = 0,034</b>
> 5	8	72,7	8	32,0	16	44,4	<b>2,3</b>	-2,3	
<b>Influência da alimentação na saúde oral</b>									
Não	0	0,0	6	2,5	6	2,1	-1,2	1,2	$p = 0,440$
Influência pouco	9	17,0	29	12,3	38	13,1	0,9	-0,9	
Sim	44	83,0	201	85,2	245	84,8	-0,4	0,4	
<b>Consumo de alimentos ou bebidas açucaradas</b>									
Não	1	1,9	5	2,1	6	2,1	-0,1	0,1	$p = 0,944$
Raramente	6	11,3	27	11,4	33	11,4	0,0	0,0	
Sim, às vezes	35	66,0	162	68,6	197	68,2	-0,4	0,4	
Todos os dias	11	20,8	42	17,8	53	18,3	0,5	-0,5	
<b>Periodicidade do consumo de alimentos ou bebidas açucaradas</b>									
Após as refeições	8	16,0	50	22,4	58	21,2	-1,0	1,0	$p = 0,661$
Entre as refeições	38	76,0	145	65,0	183	67,0	1,5	-1,5	
Após as refeições + Entre as refeições	3	6,0	19	8,5	22	8,1	-0,6	0,6	
Após as refeições + Entre as refeições + Antes de ir dormir	1	2,0	4	1,8	5	1,8	0,1	-0,1	
Entre as refeições + Antes de ir dormir	0	0,0	5	2,2	5	1,8	-1,1	1,1	

#### 4. Caracterização da história presente e passada de cárie dentária

Na caracterização da história presente e passada de cárie dentária 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 5, no que diz respeito aos “dentes perdidos” o número variou de 0 a 12 e em relação aos “dentes obturados” este oscilou entre 0 e 12.

Também se apurou que os estudantes de enfermagem apresentavam valores de CPOD que oscilavam entre 0 e 18, com um valor médio de  $1,6 \pm 3,6$ .

Quadro 6: Caracterização da história presente e passada de cárie dentária.

	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	Desvio Padrão
Dentes Cariados	0	5	0,5	0,9
Dentes Perdidos	0	12	1,4	1,4
Dentes Obturados	0	12	2,9	2,9
CPOD	0	18	1,6	3,6

Como já referido anteriormente, este índice divide a prevalência da cárie consoante o *score* final. De 0 a 1,1 a prevalência é muito baixa, de 1,2 a 2,6 é baixa, de 2,7 a 4,4 é moderada, de 4,5 a 6,5 é alta e maior ou igual a 6,6 é muito alta. Pela observação do quadro 7, podemos afirmar que o grupo mais representativo dos estudantes (28,0%) possuía uma prevalência de cárie muito alta sendo que, as mulheres apresentavam maior prevalência (30,3%) do que os homens (17,9%) nesse mesmo intervalo.

Quadro 7: Índice CPOD.

	Género				Total (n = 289)		Valores residuais		$\chi^2 / p$
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)				Masc	Fem	
	N	%	N	%	N	%			
<b>Índice CPOD</b>									
0 - 1,1	12	30,8	38	21,7	50	23,4	1,2	-1,2	p = 0,456
1,2 - 2,6	4	10,3	20	11,4	24	11,2	-0,2	0,2	
2,7 - 4,4	7	17,9	34	19,4	41	19,2	-0,2	0,2	
4,5 - 6,5	9	23,1	30	17,1	39	18,2	0,9	-0,9	
≥ 6,6	7	17,9	53	30,3	60	28,0	-1,6	1,6	

## 5. Caracterização dos hábitos de higiene oral

No quadro 8, são apresentados os resultados relativos à escovagem. No que diz respeito à realização da escovagem diária, a maioria dos alunos (96,2%) responderam que “sim” e apenas 3,8% afirmaram que “não” costumavam lavar os dentes todos os dias.

Quanto à frequência da escovagem, a maioria dos estudantes respondeu que lavava “2 vezes por dia” (66,4%). Em relação às outras opções a amostra feminina demonstrou ter maior percentagem na escovagem “≥ 3 vezes por dia” (25,4%) e a amostra masculina maior percentagem na opção de resposta “1 vezes por dia” (18,9%). Nesta última existem diferenças estatisticamente significativas (valor percentual residual = 2,2).

No que se refere à periodicidade da escovagem dentária, a maioria afirmou lavar os dentes de “manhã e antes de deitar” (59,5%) e apenas 2,4% revelaram lavar os dentes ao “fim de almoço e antes de deitar”, com diferenças estatísticas significativas (p = 0,019). Sendo que é no género feminino que encontramos maior percentagem de estudantes a lavar os dentes mais vezes no período “manhã + ao fim do almoço + antes de deitar” (valor residual = 2,4).

Quanto ao sítio onde os estudantes aprenderam a escovar os dentes, o grupo com maior relevância fê-lo “em casa e na escola” (38,8%), seguidos de 30,4% em que a aprendizagem ocorreu “em casa”. Podemos ainda observar que com igual percentagem (3,1%) aprenderam “na escola”, “em casa, na escola e no centro de saúde” e “em casa e no centro de saúde”. Estatisticamente, constatamos ainda que são os estudantes do género masculino que aprenderam a escovar os dentes “na escola” enquanto que os estudantes do género feminino aprenderam “em casa + no consultório do médico dentista” (valor residual = 2,1 em ambos).

Quando questionados os estudantes relativamente à sua perceção sobre a sua escovagem, a maioria (64,4%) foram categóricos em afirmar que sabiam escovar bem e apenas uma pequena percentagem afirmou que tinha a perceção que não sabia lavar corretamente os dentes (0,7%).

No que respeita à forma como realizavam a higiene oral, a maior percentagem (40,5%) respondeu que escovava as gengivas, dentes e língua e apenas 8,3% relatou que só escovava os dentes.

Em relação à duração de escovagem a maioria (56,4%) respondeu que demorava “2 minutos”.

Quanto ao tipo de escova, maioritariamente era “manual” (88,9%) e apenas 11,1% utilizavam uma “escova eléctrica”. Dos estudantes que utilizam escova manual, a maioria (62,3%) utilizava uma escova “soft”, porém 20,2% “não sabia” qual a dureza da escova que tinha em casa. Inferimos ainda que, em relação à dureza da escova são os estudantes do género masculino que optaram mais por escovas “hard” e pela resposta “não sei”, com valores residuais de 2,9 e 2,1 respetivamente.

No que concerne à frequência de substituição da escova, a maioria fá-lo de “3 em 3 meses” (53,6%) e a minoria de ano a ano (1,4%). Para além disso, podemos ainda observar que 15,2% trocava a escova apenas quando esta começava a ficar com um aspeto gasto.

Quadro 8: Caracterização dos hábitos de higiene oral (escovagem).

	Gênero				Total		Valores residuais		$\chi^2 / p$
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)		(n = 289)				
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<b>Escovagem dos dentes todos os dias</b>									
Não	2	3,8	9	3,8	11	3,8	0,0	0,0	p = 1,0
Sim	51	96,2	227	96,2	278	96,2	0,0	0,0	
<b>Frequência da escovagem dos dentes por dia</b>									
≥ 3 vezes por dia	7	13,2	60	25,4	67	23,2	-1,9	1,9	$\chi^2 = 7,311$ p = 0,028
2 vezes por dia	36	67,9	156	66,1	192	66,4	0,3	-0,3	
1 vez por dia	10	18,9	20	8,5	30	10,4	2,2	-2,2	
<b>Periodicidade da escovagem dos dentes</b>									
Manhã	4	7,5	7	3,0	11	3,8	1,6	-1,6	p = 0,019
Antes de deitar	6	11,3	11	4,7	17	5,9	1,9	-1,9	
Manhã + Antes de deitar	33	62,3	139	58,9	172	59,5	0,5	-0,5	
Ao fim do almoço + Antes de deitar	2	3,8	5	2,1	7	2,4	0,7	-0,7	
Manhã + Ao fim do almoço + Antes de deitar	8	15,1	74	31,4	82	28,4	-2,4	2,4	
<b>“Onde aprendeste a escovar os dentes?”</b>									
Em casa	18	34,0	70	29,7	88	30,4	0,6	-0,6	p = 0,117
Na escola	4	7,5	5	2,1	9	3,1	2,1	-2,1	
No consultório do médico dentista	2	3,8	17	7,2	19	6,6	-0,9	0,9	
Em casa + Na escola	24	45,3	88	37,3	112	38,8	1,1	-1,1	
Em casa + Na escola + No centro de saúde	1	1,9	8	3,4	9	3,1	-0,6	0,6	
Em casa + No consultório do médico dentista	3	5,7	40	16,9	43	14,9	-2,1	2,1	
Em casa + No centro de saúde	1	1,9	8	3,4	9	3,1	-0,60	0,6	
<b>Percepção de escovagem</b>									
Sim	34	64,2	152	64,4	186	64,4	0,0	0,0	p = 1,0
Razoavelmente	19	35,8	82	34,7	101	34,9	0,2	-0,2	
Não	0	0,0	2	0,8	2	0,7	-0,7	0,7	
<b>Forma de realização da higiene oral</b>									
Escovo as gengivas, dentes e língua	16	30,2	101	42,8	117	40,5	-1,7	1,7	p = 0,221
Escovo os dentes e a língua	21	39,6	87	36,9	108	37,4	0,4	-0,4	
Escovo os dentes e a gengiva	9	17,0	31	13,1	40	13,8	0,7	-0,7	
Escovo apenas os dentes	7	13,2	17	7,2	24	8,3	1,4	-1,4	
<b>Duração da escovagem</b>									
≥ 3 minuto	6	11,3	34	14,4	40	13,8	-0,6	0,6	$\chi^2 = 0,352$ p = 0,868
2 minutos	31	58,5	132	55,9	163	56,4	0,3	-0,3	
1 minutos	16	30,2	70	29,7	86	29,8	0,1	-0,1	
<b>Tipo de escova</b>									
Manual	48	90,6	209	88,6	257	88,9	0,4	-0,4	$\chi^2 = 0,117$ p = 0,811
Elétrica	5	9,4	27	11,4	32	11,1	-0,4	0,4	
<b>Dureza da escova</b>									
Soft	3	6,3	33	15,8	36	14,0	-1,7	1,7	p = 0,003
Medium	25	52,1	135	64,6	160	62,3	-1,6	1,6	
Hard	5	10,4	4	1,9	9	3,5	2,9	-2,9	
Não sei	15	31,3	37	17,7	52	20,2	2,1	-2,1	
<b>Frequência de substituição da escova</b>									
Todos os meses	5	9,4	32	13,6	37	12,8	-0,8	0,8	p = 0,549
De 3 em 3 meses	34	64,2	121	51,3	155	53,6	1,7	-1,7	
De 6 em 6 meses	4	7,5	34	14,4	38	13,1	-1,3	1,3	
1 vez por ano	1	1,9	3	1,3	4	1,4	0,3	-0,3	
Só quando a escova começa a ficar gasta	7	13,2	37	15,7	44	15,2	-0,5	0,5	
Não sei	2	3,8	9	3,8	11	3,8	0,0	0,0	

No quadro 9 são apresentados os dados relativos aos hábitos de higiene oral no que concerne à pasta dentífrica. A maioria da amostra afirmou “não” utilizar uma pasta floretada (56,4%) e apenas 10,0% recorria a pastas com flúor. O critério mais usado na escolha da pasta

dentífrica foi a “marca” com 33,6%, logo seguida de 25,6% em que o “preço” foi preponderante. Salientamos ainda que 24,6% seguiram as “indicações do médico dentista”.

Quadro 9: Caracterização dos hábitos de higiene oral (pasta dentífrica).

	Género				Total (n = 289)		Valores residuais		$\chi^2 / p$
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)		N	%	Masc	Fem	
	N	%	N	%					
<b>Uso de pasta flurexada</b>									
Não	29	54,7	134	56,8	163	56,4	-0,3	0,3	$\chi^2 = 0,143$ p = 0,949
Sim	6	11,3	23	9,7	29	10,0	0,3	-0,3	
Não sei	18	34,0	79	33,5	97	33,6	0,1	-0,1	
<b>Crítérios na escolha da pasta</b>									p = 0,312
Quantidade de flúor	5	9,4	15	6,4	20	6,9	0,8	-0,8	
Preço	14	26,4	60	25,4	74	25,6	0,1	-0,1	
Marca	22	41,5	75	31,8	97	33,6	1,4	-1,4	
Sabor	1	1,9	15	6,4	16	5,5	-1,3	1,3	
Indicação do médico dentista	11	20,8	60	25,4	71	24,6	-0,7	0,7	
Outros	0	0,0	11	4,7	11	3,8	-1,6	1,6	

No quadro 10 relativo aos hábitos de higiene oral (uso de outros utensílios) podemos observar que para além da pasta e da escova, os estudantes também utilizavam outros utensílios na higiene oral tais como o “fio dentário” (34,6%), sendo que são elas que utilizam mais (valor residual = 2,0). Constatamos ainda que 29,8% afirmou que não utilizavam mais nada para além da pasta e da escova, localizando as diferenças estatísticas nos homens com 56,6% (em oposição a 23,7% no género feminino) e com valor residual de 4,7.

Quadro 10: Caracterização dos hábitos de higiene oral (outros utensílios).

	Género				Total (n = 289)		Valores residuais		$\chi^2 / p$
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)		N	%	Masc	Fem	
	N	%	N	%					
<b>Uso de utensílios</b>									
Colutórios orais	3	5,7	31	13,1	34	11,8	-1,5	1,5	p = 0,002
Escovilhões interdentários	3	5,7	9	3,8	12	4,2	0,6	-0,6	
Fio dentário	12	22,6	88	37,3	100	34,6	-2,0	2,0	
Irrigadores orais	2	3,8	10	4,2	12	4,2	-0,2	0,2	
Nenhum	30	56,6	56	23,7	86	29,8	4,7	-4,7	
Colutórios orais + Fio dentário	2	3,8	22	9,3	24	8,3	-1,3	1,3	
Escovilhões interdentários + Fio dentário	0	0,0	10	4,2	10	3,5	-1,5	1,5	
Fio dentário + Irrigadores orais	1	1,9	7	3,0	8	2,8	-0,4	0,4	
Colutórios orais + Escovilhões interdentários + Fio dentário	0	0,0	3	1,3	3	1,0	-0,8	0,8	

## 6. Caracterização da vigilância da saúde oral

O quadro 11 refere-se à caracterização da vigilância da saúde oral. Relativamente à vigilância em consultas de medicina dentária, a maioria afirmou que já tinha ido (98,3%) e apenas 1,7% referiu que nunca tinha ido ao médico dentista. Quanto ao género, verificámos que foram os estudantes femininos que efetuaram com maior percentagem a vigilância em consulta no médico dentista (valor residual = 2,4 e  $p = 0,044$ ).

Quando inquiridos se o tinham feito no último ano, a maioria (81,7%) respondeu afirmativamente.

No que diz respeito ao motivo da última consulta, foi referenciado com maior percentagem (49,1%) a “rotina/consulta de prevenção” e apenas 3,1% “dor de dentes”.

A maioria dos estudantes (83,4%) referiu “não” ter medo de ir à consulta do médico dentista.

Observou-se que 43,9% dos estudantes não sabem o que é um selante de fissura e dos 56,1% que sabiam, a maioria (63,0%) tinha selantes de fissuras. Observámos ainda que, foram os estudantes do género masculino que não possuíam selantes de fissura (valor residual de 2,0).

Quanto à toma de comprimidos de flúor, somente 18,3% responderam positivamente.

Foi ainda questionado se tinham feito alguma vez bochechos de flúor, 72,0% responderam positivamente. Para 31,3% o local da realização dos bochechos foi “na escola” e para 13,0% e 13,9% foi “no dentista” e “em casa” respetivamente. Relativamente ao género, foram os estudantes do género masculino que realizaram, em maior percentagem, bochechos com flúor tendo um valor residual de 2,0.

Também foi questionado se durante a consulta o médico dentista lhes tinha colocado gel de flúor, 59,9% respondeu não saber, 23,9% responderam afirmativamente e 16,3% negativamente. No que consta ao género, foram os estudantes masculinos que colocaram gel de flúor durante a consulta enquanto que, os estudantes femininos não se lembravam (valores residuais de 2,3 e 2,7 respetivamente).

Quadro 11: Caracterização da vigilância da saúde oral.

	Género				Total (n = 289)		Valores residuais		$\chi^2 / p$
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)						
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<b>Consulta ao médico dentista</b>									
Sim	50	94,3	234	99,2	284	98,3	-2,4	2,4	<b>p = 0,044</b>
Não	3	5,7	2	0,8	5	1,7	2,4	-2,4	
<b>Consulta ao médico dentista no último ano</b>									
Sim	40	75,5	196	83,1	236	81,7	-1,3	1,3	p = 0,303
Não	11	20,8	35	14,8	46	15,9	1,1	-1,1	
Não sei/não me lembro	2	3,8	5	2,1	7	2,4	0,7	-0,7	
<b>Motivo dessa última consulta</b>									
Rotina/consulta de prevenção	27	50,9	115	48,7	142	49,1	0,3	-0,3	p = 0,732
Dor de dentes	5	9,4	33	14,0	38	3,1	-0,9	0,9	
Tratar dentes cariados	12	22,6	41	17,4	53	18,3	0,9	-0,9	
Aparelho ortodôntico	7	13,2	21	13,1	38	13,1	0,0	0,0	
Extração de dentes	1	1,9	13	5,5	14	4,8	-1,1	1,1	
Outros	1	1,9	3	1,3	4	1,4	0,3	-0,3	
<b>Medo em ir à consulta do médico dentista</b>									
Não	44	83,0	197	83,5	241	83,4	-0,1	0,1	$\chi^2 = 0,006$ p = 1,0
Sim	9	17,0	39	16,5	48	16,6	0,1	-0,1	
<b>Selantes de fissuras</b>									
Não	23	43,4	104	44,1	127	43,9	-0,1	0,1	$\chi^2 = 0,008$ p = 1,0
Sim	30	56,6	132	55,9	162	56,1	0,1	-0,1	
<b>Utilização selantes de fissuras pelo médico dentista</b>									
Não	10	33,3	23	17,4	33	20,4	2,0	-2,0	$\chi^2 = 4,020$ p = 0,146
Sim	15	50,0	87	65,9	102	63,0	-1,6	1,6	
Não sei/não me lembro	5	16,7	22	16,7	27	16,7	0,0	0,0	
<b>Toma de comprimidos de flúor</b>									
Não	41	77,4	150	63,6	191	66,1	1,9	-1,9	$\chi^2 = 3,749$ p = 0,155
Sim	7	13,2	46	19,5	53	18,3	-1,1	1,1	
Não sei	5	9,4	40	16,9	45	15,6	-1,4	1,4	
<b>Realização de bochechos com flúor</b>									
Não	5	9,4	35	14,8	40	13,8	-1,0	1,0	$\chi^2 = 4,028$ p = 0,139
Sim	44	83,0	164	69,5	208	72,0	2,0	-2,0	
Não sei	4	7,5	37	15,7	41	14,2	-1,5	1,5	
<b>Local dos bochechos com flúor</b>									
Em casa	4	9,1	25	15,2	29	13,9	-1,0	1,0	p = 0,824
Na escola	15	34,1	50	30,5	65	31,3	0,5	-0,5	
No dentista	7	15,9	20	12,2	27	13,0	0,7	-0,7	
Em casa + Na escola	4	9,1	13	7,9	17	8,2	0,3	-0,3	
Em casa + No dentista	7	15,9	31	18,9	38	18,3	-0,5	0,5	
Na escola + No dentista	2	4,5	13	7,9	15	7,2	-0,8	0,8	
Em casa + Na escola + No dentista	5	11,4	12	7,3	17	8,2	0,9	-0,9	
<b>Colocação do gel de flúor durante a consulta</b>									
Não	11	20,8	36	15,3	47	16,3	1,0	-1,0	$\chi^2 = 7,642$ <b>p = 0,020</b>
Sim	19	35,8	50	21,2	69	23,9	2,3	-2,3	
Não sei	23	43,4	150	63,6	173	59,9	-2,7	2,7	

Apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas, comportamentos de risco, história presente e passada de cárie dentária, características clínicas de saúde oral, hábitos de higiene oral e vigilância de saúde oral, seguem-se as respostas às questões de investigação que formulámos e que foram anteriormente apresentadas no decurso da metodologia.

## 7. Caracterização das atitudes e comportamentos de saúde oral

Quanto às atitudes e aos comportamentos de saúde oral, a média de *scores* do HUDBI obtidas pela amostra foi de  $7,3 \pm 1,2$ , sendo a pontuação mínima de 2 e a máxima de 11.

Através do quadro 12, verificamos que em relação aos comportamentos de saúde oral a média foi de 4,2 e em relação às atitudes e crenças de saúde oral a média foi de 3,2.

Quadro 12: Caracterização das atitudes e comportamentos de saúde oral.

	Mínimo	Máximo	Mediana	$\bar{x}$	Desvio Padrão
<b>Atitudes</b>	0	12	3,0	3,2	1,1
<b>Comportamentos</b>	1	7	4,0	4,2	1,2
<b>Valor global</b>	2	11	8,0	7,3	1,2

## 8. Avaliação das atitudes e dos comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem

Quais são as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem?

O quadro 13 refere-se à prevalência das atitudes e dos comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem. Para calcular a prevalência das atitudes e dos comportamentos de saúde oral foram criados três grupos, tendo por base o ponto de corte o percentil 25 e 75.

Relativamente às atitudes, comportamentos e valor global da escala, existe um maior predomínio no grupo “razoável + adequado” com 74,0%, 40,8% e 71,6% respetivamente.

Quadro 13: Prevalência das atitudes e dos comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.

	Género				Total (n = 289)	
	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 236)		N	%
	N	%	N	%		
<b>Atitudes</b>						
Pouco adequada	14	26,4	61	25,8	75	26,0
Razoável	34	64,2	149	63,1	183	63,3
Adequada	5	9,4	26	11,0	31	10,7
<b>Comportamentos</b>						
Pouco adequado	35	66,0	136	57,6	171	59,2
Razoável	14	26,4	73	30,9	87	30,1
Adequado	4	7,5	27	11,4	31	10,7
<b>Valor global</b>						
Pouco adequado	12	22,6	70	29,7	82	28,4
Razoável	37	69,8	141	59,7	178	61,6
Adequado	4	7,5	25	10,6	29	10,0

## **9. Comparação das variáveis socioeconómicas com as atitudes e comportamentos de saúde oral**

Em que medida as variáveis sociodemográficas (género, zona de residência, profissão dos pais e ano de curso) influenciam as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem?

Para efetuarmos o estudo entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os comportamentos de saúde oral, utilizámos o teste de Mann-Whitney quando existiam dois subgrupos e Kruskal-Wallis quando existiam mais do que dois subgrupos, exceto na variável relativa ao ano do curso, na qual recorremos ao teste ANOVA (quadro 14).

Relativamente ao género, constatámos que os estudantes femininos apresentaram comportamentos e o valor de HUDBI mais elevado do que os estudantes masculinos. Por outro lado, os estudantes indicaram melhores atitudes. Contudo, as diferenças não foram estatisticamente significativas, o que traduz uma relação de independência entre as variáveis em estudo.

Quanto à área de residência, verificámos que quem residia na “aldeia” tinha melhores comportamentos e valor global da escala, enquanto que os que residiam na “cidade” apresentavam melhores resultados para as atitudes. Todavia, as diferenças não foram estatisticamente significativas, assim, deduzimos que a área de residência não estabelece relação com a variável dependente.

Em relação ao grupo profissional dos pais, apurámos que os estudantes cujos pais exerciam profissões na área da saúde apresentaram melhores atitudes e comportamentos de saúde oral comparativamente aos restantes, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas. O que nos indica que não há uma afinidade com a variável em estudo.

Quadro 14: Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.

	N	Atitudes	Comportamento	Valor global
<b>Gênero</b>				
Masculino	53	148,58	133,29	139,53
Feminino	236	144,20	147,63	146,23
Teste de Mann-Whitney		6064,50	5633,50	5964,00
p		0,721	0,241	0,592
<b>Área de residência</b>				
Aldeia	129	144,57	148,38	147,00
Vila	61	138,39	145,27	142,57
Cidade	99	149,64	140,43	143,89
Testes de Kruskal-Wallis		0,743	0,547	0,148
p		0,690	0,761	0,929
<b>Profissão do Pai</b>				
Profissional de saúde	11	147,36	169,36	156,27
Outra profissão	274	142,82	141,94	142,47
Teste de Mann-Whitney		1459,00	1217,00	1361,00
p		0,853	0,261	0,580
<b>Profissão da Mãe</b>				
Profissional de saúde	41	147,61	164,80	158,13
Outra profissão	247	143,98	141,13	142,24
Teste de Mann-Whitney		4936,00	4231,00	4504,50
p		0,789	0,080	0,250

No que respeita ao ano do curso (quadro 15), quanto mais elevado este era, melhores eram os comportamentos de saúde oral e o valor global da escala. Em relação às atitudes, verifica-se um melhor resultado no 3º ano. Não se verificaram diferenças estatísticas significativas o que nos indica que não há nenhuma relação com a variável dependente.

Quadro 15: Relação entre o ano de curso e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.

	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		ANOVA	p
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP		
<b>Atitudes</b>	3,10	1,14	3,23	1,25	3,26	1,03	3,14	1,27	1,113	0,831
<b>Comportamento</b>	4,06	1,25	4,07	1,02	4,19	1,24	4,38	1,14	0,292	0,344
<b>Valor global</b>	7,16	1,95	7,29	1,74	7,44	1,67	7,52	1,80	0,582	0,628

## **10. Comparação das variáveis dos comportamentos de risco com as atitudes e comportamentos de saúde oral**

Em que medida os comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal (hábitos alcoólicos e tabágicos, consumo e periodicidade de alimentos e bebidas açucaradas) influenciam as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem?

Para efetuar o estudo entre as variáveis relativas aos comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal e as atitudes e os comportamentos de saúde oral, foram utilizados os testes Mann-Whitney e o Kruskal-Wallis (quadro 16).

Ao analisar os resultados em relação ao consumo de álcool, observou-se que os estudantes que consumiam álcool “ocasionalmente” apresentaram melhores atitudes e os que consumiam álcool “todas as semanas” foram os que registaram melhores valores no comportamento e valor global de HUDBI. Contudo, não existem diferenças estatísticas significativas.

Quanto aos hábitos tabágicos, os que nunca fumaram registaram melhores atitudes, enquanto que os que fumam apresentam melhores comportamentos e valor global da escala. As diferenças não foram estatisticamente significativas, desta forma concluímos que esta variável não influencia as atitudes e os comportamentos de saúde oral.

Relativamente ao consumo de alimentos e bebidas açucaradas, o grupo de estudantes com melhores atitudes foram aqueles que não consumiam, por outro lado os que consumiam “às vezes” registaram melhores comportamentos e valor global da escala. Porém, as diferenças não foram estatisticamente significativas, assim, deduzimos que o consumo de alimentos e bebidas açucaradas não estabelecem relação com a variável dependente.

Em relação à periodicidade do consumo destes mesmos produtos, aqueles que registaram melhores atitudes referiram que consumiam “entre as refeições”. O melhor valor global da escala foi registado pelos estudantes cujo consumo era “após as refeições” e os melhores comportamentos verificaram-se naqueles cujo consumo era “após as refeições + entre as refeições”. Nesta variável também não houve diferença significativa, demonstrando uma independência entre as variáveis em estudo.

Quadro 16: Relação entre os comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.

	N	Atitudes	Comportamento	Valor global
<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>				
Não	55	136,17	138,55	141,78
Sim, ocasionalmente	209	147,37	144,08	145,10
Sim, todas as semanas	25	144,58	166,92	151,24
Teste de Kruskal-Wallis		1,06	2,86	0,37
p		0,24	0,59	0,83
<b>Hábitos tabágicos</b>				
Não, nunca fumei	213	146,81	141,63	142,99
Não, mas já fumei	40	142,41	151,03	148,35
Sim	36	137,19	158,25	153,17
Testes de Kruskal-Wallis		0,61	2,01	0,88
p		0,74	0,37	0,64
<b>Consumo de alimentos ou bebidas açucaradas</b>				
Não	6	153,25	86,00	129,08
Raramente	33	124,79	142,92	122,52
Sim, às vezes	197	147,75	146,88	150,48
Todos os dias	53	146,43	145,98	140,44
Teste de Kruskal-Wallis		2,10	4,30	6,01
p		0,39	0,23	0,11
<b>Periodicidade do consumo de alimentos ou bebidas açucaradas</b>				
Após as refeições	58	137,19	133,13	140,36
Entre as refeições	183	138,66	138,67	138,28
Após as refeições + Entre as refeições	22	131,84	141,05	122,82
Após as refeições + Entre as refeições + Antes de ir dormir	5	130,60	106,30	125,30
Entre as refeições + Antes de ir dormir	5	103,30	133,60	125,30
Teste de Kruskal-Wallis		1,51	1,43	1,77
p		0,83	0,84	0,78

## 11. Comparação da vigilância da saúde oral com as atitudes e comportamentos de saúde oral

Em que medida a vigilância da saúde oral (existência de consulta, consulta no último ano e motivo da última consulta) influencia as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem?

A propósito de saber a relação entre as variáveis relativas à vigilância da saúde oral, e as atitudes e os comportamentos de saúde oral foram utilizados os testes Mann-Whitney e o Kruskal-Wallis (quadro 17).

No que diz respeito à consulta no médico dentista, os estudantes que nunca tiveram uma consulta registaram melhores atitudes, comportamentos de saúde oral e valor global da escala. Relativamente às consultas do último ano os estudantes que tiveram melhores atitudes e valor de HUDBI foram os que não tiveram nenhuma consulta. Os que referiram “não sei/não me lembro” registaram melhores comportamentos.

Relativamente ao motivo da última consulta, os que foram submetidos a cirurgia (para extração dentária) têm melhores atitudes e valor global da escala. Enquanto que os que referiram ter recorrido ao médico por “outros” motivos, apresentaram melhor comportamento.

Em relação à vigilância de saúde oral, não se verificou diferenças estatisticamente significativas, o que traduz uma relação de independência entre as variáveis em estudo e a variável independente.

Quadro 17: Relação entre a vigilância da saúde oral e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.

	N	Atitudes	Comportamento	Valor global
<b>Consulta ao médico dentista</b>				
Sim	284	143,63	144,80	144,09
Não	5	222,80	156,20	196,90
Teste de Mann-Whitney		321,00	654,00	450,50
p		0,03	0,75	0,16
<b>Consulta ao médico dentista no último ano</b>				
Sim	236	144,07	143,56	144,19
Não	46	150,11	148,83	148,98
Não sei/não me lembro	7	142,93	168,57	146,29
Testes de Kruskal-Wallis		0,28	0,10	0,21
p		0,87	0,61	0,90
<b>Motivo dessa última consulta</b>				
Rotina/consulta de prevenção	142	136,97	141,97	140,62
Dor de dentes	38	149,45	143,04	150,63
Tratar dentes cariados	53	149,16	140,53	140,44
Aparelho ortodôntico	38	157,05	154,45	150,63
Extração de dentes	14	173,89	158,25	177,25
Outros	4	117,13	194,38	141,13
Teste de Kruskal-Wallis		6,02	3,58	4,97
p		0,30	0,61	0,42



## CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

Neste capítulo, incidiremos sobre a discussão dos resultados obtidos apresentados no capítulo anterior, que será efetuada segundo a ordem sequencial da apresentação das questões de investigação.

A discussão dos resultados consiste numa reflexão crítica destes, confrontando-os entre si, bem como a utilização de estudos já efetuados e publicados no âmbito das atitudes e comportamentos de saúde oral da população universitária.

Este capítulo encerra com a exposição das limitações com que fomos confrontados aquando a elaboração deste trabalho.

### 1. Discussão dos resultados

Este estudo apresentou, além dos aspetos socioeconómicos, os comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal, os dados clínicos de saúde oral, os hábitos de higiene oral, a vigilância de saúde oral e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem. Ainda investigou a relação entre os dados socioeconómicos, comportamentos de risco, vigilância da saúde oral e as atitudes e comportamentos de saúde oral.

Em relação ao género podemos observar que, o feminino é o mais predominante. Estes resultados são similares a vários estudos em que o número de indivíduos do género masculino é consideravelmente menor que o feminino pois, nos cursos de saúde é frequente encontrar-se esta distribuição.<sup>126-131</sup>

#### **Caracterização das atitudes e dos comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.**

No nosso estudo, a média de *scores* do HUDBI foi de  $7,3 \pm 1,2$ . Estes resultados são similares a vários estudos<sup>126</sup> anteriores que utilizaram como base também a população de estudantes de enfermagem. Outros estudos que envolveram amostra de outras áreas da saúde como a medicina dentária, também evidenciaram resultados muito semelhantes.<sup>3, 127-131</sup>

### **Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.**

Em relação ao género, no nosso estudo observámos que as estudantes possuíam melhores valores de HUDBI do que o género oposto. Resultados idênticos foram também observados em outros estudos que utilizaram por base amostras de estudantes de cursos de saúde.<sup>130, 132</sup>

Na nossa investigação não houve resultados estatisticamente significativos relativamente à influência da área de residência nas atitudes e nos comportamentos de saúde oral. Contudo, na análise dos nossos resultados verificámos que os estudantes que residiam em aldeias apresentavam melhores valores de HUDBI.

No que respeita ao ano de curso, concluímos que, há medida que os estudantes avançam na formação académica, melhoram as atitudes e os comportamentos de saúde oral. Deste modo, o *score* de HUDBI do 1º ano foi de  $7,16 \pm 1,95$ , o 2º ano foi de  $7,29 \pm 1,74$ , o 3º ano foi de  $7,44 \pm 1,67$  e o 4º ano foi de  $7,52 \pm 1,80$ . Há medida que os estudantes progredem no curso, ficam mais cientes e mais atentos à sua saúde oral tal como podemos observar no estudo de Kawamura *et al.*, que obteve de igual forma melhores resultados com o avanço da formação académica.<sup>133</sup>

Quanto à profissão dos pais, os estudantes cujos pais tinham uma profissão relacionada à saúde possuíam melhores valores de HUDBI e por isso, melhores atitudes e comportamentos de saúde oral. Tal resultado também foi encontrado no estudo de Dias *et al.*,<sup>130</sup> feito numa população de estudantes de medicina dentária. A questão profissional dos pais não é comum de ser citada em trabalhos científicos como tendo efeito nas atitudes e comportamentos de saúde oral. Contudo, parece consensual que os pais sejam um modelo e exemplo a seguir pelos filhos.<sup>130</sup>

### **Relação entre os comportamentos de risco para a cárie dentária e a doença periodontal e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.**

Em relação aos hábitos alcoólicos, o nosso estudo relevou que quem consumia álcool tinha melhores atitudes e comportamentos de saúde oral em comparação aos estudantes que não tinham o hábito de consumir álcool. Contrariamente aos resultados que obtivemos, existem estudos que demonstram que os estudantes que não possuem hábitos alcoólicos são os que têm melhores atitudes e comportamentos de saúde oral.<sup>134</sup> No nosso estudo não foi avaliada a quantidade de álcool ingerido. Assim sendo estes resultados podem constituir um viés neste estudo.

Como já foi referido anteriormente neste trabalho, os hábitos tabágicos prejudicam a saúde oral e quando questionados os estudantes de enfermagem, a maioria não fuma nem nunca fumou. Contudo, os que fumam apresentam melhores comportamentos e *scores* de HUDBI. Em concordância com o nosso estudo, Yildiz *et al.*, mostrou que os estudantes fumadores tinham mais cuidado com a sua saúde oral uma vez que, se preocupavam com os efeitos colaterais do tabaco nomeadamente a halitose e as manchas nos dentes.<sup>135</sup> Contrariamente em outros estudos, os estudantes com melhores atitudes e comportamentos de saúde oral eram aqueles que não possuíam hábitos tabágicos.<sup>136</sup>

No que respeita ao consumo de alimentos ou bebidas açucaradas, o nosso estudo registou melhores valores de *scores* de HUDBI para os estudantes que consumiam. A literatura demonstra que os alimentos/bebidas açucaradas aumentam o risco de cáries dentárias.<sup>84, 90, 91</sup> Contudo, existem estudos<sup>137</sup> cujos resultados demonstraram que os enfermeiros tinham bons conhecimentos sobre a relação íntima entre a saúde oral e a alimentação, nomeadamente alimentos açucarados, o que contraria os nossos resultados.

Em relação à frequência de exposição ao açúcar, o nosso estudo apresentou que os estudantes que consumiam alimentos/bebidas açucaradas após e entre as refeições possuíam melhores atitudes e comportamentos de saúde oral. Todavia, sabemos que quanto maior é a periodicidade de consumo de açúcar, maior é a probabilidade de aparecer cárie, tais resultados foram demonstrados em vários estudos.<sup>42</sup>

### **Relação entre a vigilância da saúde oral e as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem.**

Em relação à vigilância de consultas no médico dentista, os estudantes que apresentavam melhores atitudes e comportamentos de saúde oral nunca tinham tido uma consulta de medicina dentária. Quanto à existência de consulta de medicina dentária no último ano, os estudantes com melhores *scores* de HUDBI foram aqueles que não tiveram consultas no último ano. Estes resultados podem ser contraditórios uma vez que, a ida ao médico dentista poderá contribuir num aumento da perceção sobre a higiene oral, melhorando assim as atitudes e os comportamentos sobre a saúde oral. A nosso entender a justificação provável para estes resultados poderá ficar a dever-se ao fato de que, se os estudantes têm melhores atitudes e comportamentos de saúde oral, em consequência poderão ter menores problemas dentários que os motivem a frequentar consultas médicas dentárias.

Para os estudantes que frequentaram consultas de medicina dentária, os que foram ao médico com o objetivo de extrações dentárias, tinham melhores atitudes e comportamentos de

saúde oral. Não nos parece consensual que estes estudantes obtenham estes resultados, uma vez que, espera-se que quem tenha melhores atitudes e comportamentos de saúde oral sejam aqueles que recorram ao médico dentista para consultas de rotina. Contudo, essas extrações eram de sisos, por motivos ortodôntico, e tiverem subjacentes uma consulta preventiva prévia, o que pode justificar desta forma em nosso entender os resultados.

Quando questionados sobre o motivo da última consulta de medicina dentária, a maioria fê-lo por rotina ou consulta de prevenção. Com isto podemos então afirmar que a maioria dos estudantes de enfermagem têm interesse na sua saúde oral uma vez que, mantêm uma vigilância periódica de forma a manter uma higiene oral adequada, evitando assim o aparecimento de doenças orais.

## **2. Limitações do estudo**

Devido à situação vivida neste ano, 2020, pelas contingências criadas pela pandemia COVID-19, fomos obrigados a alterar o nosso tema inicial. Como tal, o título original “Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de Medicina Dentária e Enfermagem – Estudo Comparativo” foi alterado para “Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de Enfermagem”, eliminando assim o estudo comparativo e a amostra dos estudantes de Medicina Dentária.

Desde o início, uma das preocupações primordiais que norteou a conceção deste estudo, foi desenvolver e construir um trabalho com rigor metodológico e científico.

Apesar de todo o cuidado para combater as dificuldades e/ou limitações, estas acabaram por se fazer sentir ao longo do trabalho, principalmente nos instrumentos de recolha de dados e no desenho do nosso estudo. No entanto, procurou-se ultrapassá-las com o intuito de conseguir dar resposta aos objetivos e questões traçados inicialmente.

As dificuldades e/ou limitações foram as seguintes:

- Dentro do tipo de estudo, sendo este transversal, apenas avalia as atitudes e os comportamentos de saúde oral numa única ocasião, no momento da investigação, fornecendo-nos dados imediatos e utilizáveis.<sup>116</sup> Como tal, o seu alcance é mais limitado em comparação com um estudo longitudinal, onde a recolha de dados é feita de uma forma periódica permitindo assim avaliar as alterações das variáveis no horizonte tempo.<sup>115</sup>

- O questionário ao ser utilizado como instrumento de recolha de dados, acaba por ser uma limitação. Visto que, apesar de útil, de fácil utilização e de baixo custo, não é considerado ideal devido à fiabilidade dos resultados que se obtêm com a sua aplicação e a necessidade de

recorrer à memória poderá provocar vieses. No nosso estudo teria sido importante quantificar o consumo de bebida alcoólica, permitindo desta forma uma análise mais exata relativamente a este fator.

- Devido às contingências criadas pela pandemia COVID-19, não foi possível aplicar o questionário completo, nomeadamente a inspeção intra-oral no 2º ano.

Apesar destas limitações, com os resultados deste estudo conseguimos retirar conclusões confiáveis sobre as atitudes e os comportamentos dos alunos de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.

Não foram estudados alguns fatores importantes com relevância para a condição clínica da saúde oral como a doença periodontal, como tal, e para combater algumas das limitações acima referidas, sugerimos a realização de futuras pesquisas nesta área para tentarem responder a estas lacunas.



## CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO

Este capítulo representa o final deste estudo de investigação, onde são apresentadas as conclusões provenientes dos resultados obtidos, contudo dadas as limitações do nosso trabalho os resultados devem ser cuidadosamente analisados e as conclusões não podem ser generalizadas a outras populações. Vamos ainda apresentar algumas recomendações para estudos futuros sobre esta mesma temática.

O presente trabalho, teve por meio o estudo de uma população de estudantes de enfermagem, dedicando-o às atitudes e comportamentos de saúde oral dos mesmos. Pretende-se que estes obtenham informações e conhecimentos que lhes permitam construir o seu saber ao nível das atitudes e comportamentos adequados em saúde oral durante a sua formação académica, para que possam orientar os seus pacientes da maneira mais adequada possível. Além disso, é desejável que haja uma estreita inter-relação entre a equipa de enfermagem e dentária.

Para além da avaliação das atitudes e comportamentos de saúde oral, também estudámos a relação desta variável com diversos fatores como sociodemográficos, comportamentos de risco e vigilância de saúde oral e avaliámos também a incidência da cárie dentária nesta amostra.

Quanto à caracterização da história presente e passada da cárie dentária, podemos concluir que a média do índice de CPOD foi de 1,6 sendo por isso uma baixa prevalência de cárie. Sendo que a média de dentes cariados, perdidos e obturados foi respetivamente de 0,5, 1,4 e 2,9.

Os estudantes de enfermagem apresentaram uma média de atitudes e comportamentos de saúde oral de 7,3 sendo que, os valores oscilaram entre 2 e 11. Os estudantes de enfermagem avaliados apresentavam atitudes e comportamentos de saúde oral adequados contudo, 28,4% apresentavam pouco adequados.

Os estudantes cujos pais tinham profissões relacionadas com a saúde tinham melhores atitudes e comportamentos de saúde oral bem como os que habitavam em aldeias.

À medida que os estudantes iam evoluindo na sua formação académica as suas atitudes e comportamentos sobre a saúde oral iam melhorando.

Contudo, as variáveis a cima referidas não apresentavam diferenças estatísticas significativas.

Após estas conclusões propomos algumas sugestões/futuras linhas de atuação:

- Elaboração de estudos semelhantes com a mesma amostra em outras instituições de ensino de enfermagem e comparar com outros países, para poder avaliar a diferença das atitudes

e comportamentos de saúde oral dos estudantes de enfermagem nacionalmente e internacionalmente;

- Os enfermeiros são muitas vezes os profissionais de saúde a terem o primeiro contacto com os pacientes. Assim, estes são um dos agentes primordiais na missão de educar os pacientes nas variadas vertentes da saúde e também na promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais. Como tal, devem ser introduzidos conteúdos de saúde oral no *curriculum* académico dos estudantes de enfermagem, nomeadamente comportamentos de risco para a cárie dentária e doença periodontal e vigilância de saúde oral bem como aulas práticas sobre a higiene oral (escovagem e instrumentos coadjuvantes). Devem ainda ser conduzidos programas de educação para os enfermeiros recém-formados a fim de melhorar as suas atitudes e comportamentos de saúde oral e alertar para os fatores de risco das doenças orais.

- Alargar esses programas de educação de saúde oral a outras áreas sem ser as da saúde, de forma a reduzir a carga das doenças orais nos estudantes universitários;

- Promover e incentivar a educação para a saúde oral na escola envolvendo os professores, pais e alunos, no sentido de fazerem rotineiramente consultas de *check-up* a fim de serem detetadas precocemente doenças orais e lesões malignas e não malignas;

- Incrementar programas de instrução e motivação para a higiene oral nas consultas de medicina dentária, no sentido de diminuir as consultas de urgência e aumentar as consultas de rotina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dias AR. Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de Medicina dentária em Portugal e na Holanda - Um estudo comparativo. [Viseu]: Faculdade de Medicina Dentária de Viseu; 2015.
2. Lee J, Watt R, Williams D, Giannobile W. A New Definition for Oral Health: Implications for Clinical Practice, Policy, and Research. *J Dent Res.* 2017;96(2):125–7.
3. Doğan B. Differences in oral health behavior and attitudes between dental and nursing students. *J Marmara Univ Inst Heal Sci.* 2013 Jan 1;3(1):34–40.
4. Yao K, Yao Y, Shen X, Lu C, Guo Q. Assessment of the oral health behavior, knowledge and status among dental and medical undergraduate students: A cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2019 Jan 29;19(1):1–8.
5. Petersen P. The World Oral Health Report 2003. Vol. 31, Community dentistry and oral epidemiology. World Health Organization; 2003. 1–38 p.
6. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019;394:249–60.
7. Ng JV, Noorani TY, Ghani NRNA, Moheet IA. Self-reported differences in oral health attitudes and behaviors of health-care students at a University in Malaysia. *Eur J Gen Dent.* 2018 Jan 1;7(1):7–13.
8. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):694–9.
9. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):644.
10. Deogade SC, Suresan V. Knowledge and practices of oral health care in final year undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Arch Med Heal Sci.* 2017 Jan 1;5(2):161–6.
11. Mahmoud SR. Oral Health Knowledge , Attitude and Behavior of Nursing School Students in Assiut City. *Asian Acad Manag J.* 2013;11(3):27–50.
12. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano Nacional De Saúde 2011-2016. Direcção Geral da Saúde. 2010;28.
13. Afonso AC, Silva I. Qualidade De Vida Relacionada Com Saúde Oral E Variáveis Associadas: Revisão Integrativa. *Soc Port Psicol da Saúde.* 2015;16(3):311–30.
14. Northridge ME, Yu C, Chakraborty B, Greenblatt AP, Mark J, Golembeski C, et al. A community-based oral public health approach to promote health equity. *Am J Public Health.* 2015;105(3):459–65.

15. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):661–9.
16. Glick M, Williams DM, Kleinman D V., Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc.* 2016;147(12):915–7.
17. Céu A do, Ferreira CS, Jordão M. Programa Nacional De Promoção Da Saúde Oral. Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde. 2019;36.
18. Malta DC, Neto OLM, Silva MMA da, Rocha D, Castro AM de, Reis AAC dos, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(6):1683–94.
19. Nunes AM, Nunes ML. Atenção à saúde bucal na atenção primária à saúde em Portugal: Percepção dos médicos de família. *Saúde em Redes.* 2018;4(1):9–21.
20. Ordem dos Médicos Dentistas. Portaria n.º 301/2009. *Diário da República.* 2009;1(58):1858–60.
21. Silva AD dos SCS da. *A Construção de Carreira no Ensino Superior.* 2008.
22. Yamane-Takeuchi M, Ekuni D, Mizutani S, Kataoka K, Taniguchi-Tabata A, Azuma T, et al. Associations among oral health-related quality of life, subjective symptoms, clinical status, and self-rated oral health in Japanese university students: A cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2016;16(1):1–8.
23. Kojima A, Ekuni D, Mizutani S, Furuta M, Irie K, Azuma T, et al. Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: A cross-sectional survey at Okayama University. *BMC Oral Health.* 2013;13(1):1–7.
24. Drachev SN, Brenn T, Trovik TA. Dental caries experience and determinants in young adults of the Northern State Medical University, Arkhangelsk, North-West Russia: A cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2017;17(1):1–10.
25. Press NA, editor. *Investing in the Health and well-bwing of young adults.* 2015. 1–502 p.
26. Drachev SN, Brenn T, Trovik TA. Oral health-related quality of life in young adults: A survey of Russian undergraduate students. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:1–13.
27. Afonso BA, Castro MCC de. Avaliação do conhecimento de higiene bucal e motivação dos pais de uma instituição de ensino pública brasileira. *Arq em Odontol.* 2014;50(4):161–9.
28. Ferreira MLF. Importância da saúde oral na qualidade de vida adaptada às

- características de saúde oral dos Portugueses. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde; 2018.
29. Gift HC, Corbin SB, Nowjack-Raymer RE. Public knowledge of prevention of dental disease. *Public Health Rep.* 1994;109(3):397–404.
  30. Santosh ABR, Boyd D, Laxminarayana KK. Clinical Outline of Oral Diseases. *Dent Clin North Am.* 2019;64:1–10.
  31. Lingström P, Simark Mattsson C. Chapter 2: Oral conditions. In: *The Impact of Nutrition and Diet on Oral Health.* 2020. p. 14–21.
  32. Veiga N, Pereira C, Amaral O. Prevalence and Determinants of Dental Caries in Portuguese Children. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2015;171:995–1002.
  33. Hobdell M., Oliveira E, Bautista R, Myburgh N, Lalloo R, Narendran S, et al. Oral diseases and socio-economic status (SES). *Br Dent J.* 2003;194(2):91–6.
  34. Gonçalves FSC. PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E IMPACTO DAS DOENÇAS ORAIS NA QUALIDADE DE VIDA EM PORTUGAL E GRÉCIA 2005/2016 Trabalho. Instituto Universitário Egas Moniz; 2018.
  35. Hobdell MH, Durward CS, Chher T. Hunter’s Tropical Medicine and Emerging Infectious Disease. 9ª Edição. Elsevier Inc.; 2012. 127–132 p.
  36. Manton DJ. Child Dental Caries – A Global Problem of Inequality. *EClinicalMedicine.* 2018;1:3–4.
  37. Moynihan P. Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. *Am Soc Nutr.* 2016;7:149–56.
  38. Sicca C, Bobbio E, Quartuccio N, Nicolò G, Cistaro A. Prevention of dental caries: A review of effective treatments. *J Clin Exp Dent.* 2016;8(5):604–10.
  39. Veiga N, Aires D, Douglas F, Pereira M, Vaz A, Rama L, et al. Dental Caries: A Review. *J Dent Oral Heal.* 2016;2(5):1–3.
  40. Kriger L, Moysés ST, Morita MC. Odontologia Baseada em Evidências e Intervenção Mínima em Odontologia. 1ª Edição. Médicas A, editor. São Paulo; 2016. 128 p.
  41. WHO. Sugars And Dental Caries. 2017;1–4.
  42. Lagerweij M, Van Loveren C. Sugar and Dental Caries. In: *Impact of Diet and Nutrition on Oral Health.* 2020. p. 68–76.
  43. Cagnani A, Barros AM de S, Sousa LLA de, Oliveira AMG, Zanin L, Flório FM. Association between preference for sweet foods and dental caries. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2014;62(1):25–9.
  44. Lima JE de O. Cárie dentária: um novo conceito. *Rev Dent Press Ortod e Ortop Facial.* 2007;12(6):119–30.

45. Kidd EAM, Fejerskov O. *Essentials of Dental Caries*. Oxford University Press; 2016. 216 p.
46. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cien Saude Colet*. 2000;5(2):381–92.
47. Giacaman RA. Sugars and Beyond. The Role of Sugars and the Other Nutrients and Their Potential Impact on Caries. *Oral Dis*. 2018;24(7):1185–97.
48. Hujoel PP, Lingström P. Nutrition, dental caries and periodontal disease: a narrative review. *J Clin Periodontol*. 2017;44(18):79–84.
49. Melo P, Azevedo Á, Henriques M. Cárie dentária – a doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Port*. 2008;39(6):253–9.
50. da Silva APP, Gonçalves RS, Borges AFS, Bedranrusso AK, Shinohara MS. Effectiveness of plant-derived proanthocyanidins on demineralization on enamel and dentin under artificial cariogenic challenge. *J Appl Oral Sci*. 2015;23(3):302–9.
51. Neto M, Kislaya I. Consumo de refrigerantes nas refeições principais em Portugal: dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014. *Bol Epidemiológico Obs*. 2017;6(20):17–21.
52. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. *Dental Caries: The Disease and its Clinical Management*. 3ª Edição. 2015. 408 p.
53. Neves MC, Neves J, Gouveia M, Estevinho F, Subtil P, Leite-Moreira J. Diabetes Mellitus e Doença Periodontal. *Rev Port Diabetes*. 2019;14(2):63–70.
54. Antunez MEM. Principais problemas odontológicos dos adolescentes. *Adolescência e Saúde*. 2005;2(4):12–6.
55. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nat Rev - Dis Prim*. 2017;3:1–14.
56. De Oliveira FEC, Paula TS. Periodontite agressiva relacionada a outras doenças: Uma revisão de literatura. *Rev Diálogos Acadêmicos*. 2016;5(2):92–6.
57. Lima MP de, Mendes JL, Azevedo JKN, De Araújo MC, De Araújo AMP. Diagnóstico de doenças periodontais por meio de biomarcadores salivares: Revisão de literatura. *Salusvita*. 2019;38(3):811–20.
58. Craig RG. 2- Pathogenesis of Periodontal Diseases. In: *A Clinician’s Guide to Systemic Effects of Periodontal Diseases*. 2016. p. 5–18.
59. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2017;1(2):72–80.
60. Papapanou PN, Susin C. Periodontitis epidemiology: is periodontitis under-recognized, over-diagnosed, or both? *Periodontol 2000*. 2017;75:45–51.

61. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. III Estudo de Prevalência das Doenças Orais. *Direção Geral da Saúde*. 2015;154.
62. Machado V, Botelho J, Amaral A, Proença L, Alves R, Rua J, et al. Prevalence and extent of chronic periodontitis and its risk factors in a Portuguese subpopulation: A retrospective cross-sectional study and analysis of Clinical Attachment Loss. *PeerJ*. 2018;(7):17.
63. Buset SL, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *J Clin Periodontol*. 2016;43:333–44.
64. Sehgal SA, Tahir RA. Tobacco Consequences Oral Health: A Review Article. *Res Rev A J Toxicol*. 2016;6(1):28–40.
65. International Diabetes Foundation. Guideline on Oral health for people with diabetes. 2009;16.
66. Martins AME de BL, Barreto SM, Dos Santos-Neto PE, De Sá MAB, Souza JGS, Haikal DS, et al. Greater access to information on how to prevent oral cancer among elderly using primary health care. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(7):2239–53.
67. Warnakulasuriya S, Greenspan JS. *Textbook of Oral Cancer*. AG SNS, editor. 2020. 452 p.
68. Ali J, Sabiha B, Jan HU, Haider SA, Khan AA, Ali SS. Genetic etiology of oral cancer. *Oral Oncol*. 2017;70:23–8.
69. Bedi R, Butterworth M, Craig G, Langdon J, Lowndes P, Nolan A. *Opportunistic Oral Cancer Screening*. British Dental Association. 2000. 36 p.
70. Dhanuthai K, Rojanawatsirivej S, Thosaporn W, Kintarak S, Subarnbhesaj A, Darling M, et al. Oral cancer: A multicenter study. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2018;23(1):23–9.
71. Wong T, Wiesenfeld D. Oral Cancer. *Aust Dent J*. 2018;63(1):91–9.
72. Society AC. *Risk Factors for Oral Cavity and Oropharyngeal Cancers*. 2020.
73. Rozylo-Kalinowska I, Orhan K. *Imaging of the Temporomandibular Joint*. Springer, editor. Vol. 54, *Seminars in Roentgenology*. 2019. 406 p.
74. Chaves P de J, De Oliveira FEM, Damázio LCM. Incidence of postural changes and temporomandibular disorders in students. *Acta Ortop Bras*. 2017;25(4):162–4.
75. Zocoli R, Mota EM, Sommavilla A, Perin RL. Manifestações otológicas nos distúrbios da articulação temporomandibular. *Arq Catarinenses Med*. 2007;36(1):90–5.
76. Ferreira CLP, Da Silva MAMR, De Felício CM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in women and men. *Codas*. 2016;28(1):17–21.

77. Bitencourt SB, Cunha AI de O, Da Silva EVF, Jardim ATB. Análise da associação entre oclusão e disfunção temporomandibular: estudo clínico. *Arch Heal Investig.* 2018;7(7):269–73.
78. Yap AU, Qiu LY, Natu VP, Wong MCM. Functional, physical and psychosocial impact of Temporomandibular Disorders. 2020;25(2):188–94.
79. Stechman-Neto J, Porporatti AL, Porto de Toledo I, Costa Y., Conti P, Canto GDL, et al. Effect of temporomandibular disorder therapy on otologic signs and symptoms: A systematic review. *J Oral Rehabil.* 2016;43(6):468–79.
80. Harrison AL, Thorp JN, Ritzline PD. A proposed diagnostic classification of patients with temporomandibular disorders: Implications for physical therapists. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2014;44(3):182–97.
81. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(2):6–27.
82. Michelotti A, Vollaro S, Cimino R. Diagnosis of Temporomandibular Disorders Using DC/TMD Criteria. In: Springer, editor. *Contemporary Management of Temporomandibular Disorders.* 2019. p. 23.
83. Petersen P, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dent Health.* 2010;27(2):257–68.
84. FDI. Como viver com uma Saúde Oral ao longo da vida. 2017;20.
85. e Souza CH de C, Dantas-Neta NB, Laurentino JB, Nunes-dos-Santos DL, Júnior RRP, Mendes RF. Fatores de risco relacionados à condição de saúde periodontal em universitários. *Rev Odontol da UNESP.* 2013;42(3):152–9.
86. Jiang X, Jiang X, Wang Y, Huang R. Correlation between tobacco smoking and dental caries: A systematic review and meta-analysis. *Tob Induc Dis.* 2019;17:8.
87. Pflipsen M, Zenchenko Y. Nutrition for oral health and oral manifestations of poor nutrition and unhealthy habits. *Gen Dent.* 2017;65(6):36–43.
88. López R, Smith PC, Göstemeyer G, Schwendicke F. Ageing, dental caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol.* 2017;44(16):145–52.
89. Sachdev R, Garg K. Oral Health Negligence in Alcohol Consumers: A Review. *J Adv Med Dent Sci Res.* 2018;6(8):48–52.
90. Gondivkar SM, Gadbail AR, Gondivkar RS, Sarode SC, Sarode GS, Patil S, et al. Nutrition and oral health. *Disease-a-Month.* 2018;8.

91. Yacoub A, Karmally W. Nutrition in Oral Health. In: Nutrition in Lifestyle Medicine. Springer; 2017. p. 193–209.
92. Rodrigues AP, Matias F, Ferreira MM. Escovagem de dentes em ambiente escolar e redução do índice de placa bacteriana: avaliação da efetividade de um projeto de saúde oral. *Rev Port Saude Publica*. 2016;34(3):244–9.
93. Calado R, Ferreira C, Nogueira P, Melo P. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. *Community Dent Health*. 2017;34:107–11.
94. Murthy PS, Shaik N, Deshmukh S, Girish M. Effectiveness of Plaque Control with Novel Pediatric Oral Hygiene Need Station (Modified Oral Irrigation Device) as Compared with Manual Brushing and Flossing: Randomized Controlled Pilot Trial. *Contemp Clin Dent*. 2018;9(2):170–3.
95. Warrilow L, Dave R, McDonald S. Oral health promotion: Right person, right time prevention. *J Heal Visit*. 2019;7(8):394–8.
96. Chapple IL, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra M-C, Cocco F, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017;44(18):39–51.
97. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J*. 2016;9.
98. A T, M T, FM H, S T. Assessment of Medical University Students' Knowledge Toward Dental Caries Prevention. *Ann Dent Spec*. 2018;6(2):164–8.
99. Santos J, Antunes L, Namorado S, Kislaya I, Santos AJ, Rodrigues AP, et al. Oral hygiene habits in Portugal: results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontol Scand*. 2019;5.
100. Ilyas M, Ashraf S, Jamil H. Tooth Brushing Techniques. *Prof Med J*. 2018;25(01):135–9.
101. Janakiram C, Varghese N, Venkitachalam R, Joseph J, Vineetha K. Comparison of modified Bass, Fones and normal tooth brushing technique for the efficacy of plaque control in young adults - A randomized clinical trial. *J Clin Exp Dent*. 2020;12(2):123–9.
102. Loscos FG, Agulló MA, Sanchis MC, Cabenell PI. Periodoncia para el higienista dental. *Periodoncia Y Osteointegración*. 2005;15(1):43–58.
103. O'Mullane D, Baez R, Jones S, Lennon M, Petersen P, Rugg-Gunn A, et al. Fluoride

- and Oral Health. *Community Dent Health*. 2016;33:69–99.
104. Cury JA, De Oliveira BH, Dos Santos APP, Tenuta LMA. Are fluoride releasing dental materials clinically effective on caries control? *Dent Mater*. 2016;32(3):323–33.
  105. Cury J, Tenuta L. How to maintain a cariostatic fluoride concentration in the oral environment. *Adv Dent Res*. 2008;20(1):13–6.
  106. Chaves SC de L. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. 2016. 377 p.
  107. Caldarelli PG, Lucas BB, Sartori Da Silva B. Contribuição da água e dentifrício fluoretado na prevalência de cárie e fluorose dentária: uma abordagem baseada em evidências. *J Heal Sci Inst*. 2016;34(2):117–22.
  108. Schnabl D, Goebel G, Kadletz A, Gaenzer H, Steiner R, Laimer J, et al. Cleansing efficacy of waist-shaped inter-dental brushes. A randomized-controlled crossover study. *J Clin Periodontol*. 2020;47(1):30–5.
  109. Asquino N, Villarnobo F. Interdental brushes, from theory to practice: literature review and clinical indications. *Odontoestomatologia*. 2019;21(33):14.
  110. Silva AC, Faria C, Ferreira C, Perdigão L, Ribeiro M, Magalhães S, et al. A técnica de escovagem e o uso do fio dentário. *Vida Boa*. 2006;
  111. DGS. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL. Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde. 2005;49.
  112. Fernandez y Mostajo M, Exterkate RA, Buijs MJ, Crielaard W, Zaura E. Effect of mouthwashes on the composition and metabolic activity of oral biofilms grown in vitro. *Clin Oral Investig*. 2016;10.
  113. Levine R, Stillman-Lowe C. Plaque (Biofilm) Control and Dental Diseases. In: Springer, editor. *The Scientific Basis of Oral Health Education*. 2019. p. 45–8.
  114. Takenaka S, Ohsumi T, Noiri Y. Evidence-based strategy for dental biofilms: Current evidence of mouthwashes on dental biofilm and gingivitis. *Jpn Dent Sci Rev*. 2018;8.
  115. Fontenelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontenelles RGS. *Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa*. 2009.
  116. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Nweman TB. *Delineando a Pesquisa Clínica Uma abordagem epidemiológica*. 3ª Edição. São Paulo; 2008. 1–257 p.
  117. Silva CR de O e. *Metodologia e Organização do projeto de pesquisa*. Cent Fed Educ Tecnológica do Ceará. 2004;1–34.
  118. Henriques A, Neves C, Pesquita I. Estudos correlacionais e Estudos causal-comparativos. *Metodol da Investig*. 2005;(1):1–5.
  119. Morais CM. *Escalas de Medida , Estatística Descritiva e Inferência Estatística*.

- Biblioteca Digital Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Educação Instituto Politécnico de Bragança; 2005.
120. Albuquerque T, Bernardo MF, Simão AMV, Sousa Ferreira A, Kawamura M, Okada M. Reprodutibilidade da Versão Portuguesa Do Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HUDBI - versão portuguesa). Diferenças nas atitudes e comportamentos entre estudantes do 1º e 3º ano do curso de Higiene Oral. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2011;52(3):125–32.
  121. Cypriano S, de Sousa M da LR, Wada RS. Avaliação índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):285–92.
  122. Moradi G, Bolbanabad AM, Moinafshar A, Adabi H, Sharafi M, Zareie B. Evaluation of oral health status based on the decayed, missing and filled teeth (Dmft) index. *Iran J Public Health*. 2019;48(11):2050–7.
  123. Organization WH. *Oral Health Surveys Basic Methods*. 5th Editio. 2013 WHO, editor. World Health Organization. Geneva; 2013. 1–137 p.
  124. Martins J. Investigação em enfermagem : Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enferm*. 2008;12(2):62–6.
  125. Ribeiro J. O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicol Saúde Doenças*. 2002;3(1):11–22.
  126. Walker KK, Jackson RD. Oral health beliefs and behaviors of nurse and nurse practitioner students using the HU-DBI inventory: An opportunity for oral health vicarious learning. *J Nurs Educ Pract*. 2017;7(8):19–26.
  127. Fortes C, Mendes S, Albuquerque T, Bernardo M. Atitudes, comportamentos e estado de saúde oral dos alunos do 1.º ano da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. *Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac*. 2016;57(4):236–46.
  128. Mehmood B, Jahangir F, Kaleem M, Faisal MR, Siddiq F. a Survey on Oral Health Behavior and Attitude Among Dental, Physiotherapy and Pharmacy Students. *Pakistan Oral Dent J*. 2017;37(3):455–8.
  129. Carrasco FL, Carrasco J del CR, Delgado CYS. Comparison of the HU-DBI index between areas of health sciences and other areas of the University of Cuenca, 2016. *J Dent Heal Oral Disord Ther*. 2018;9(3):239–43.
  130. Dias AM, Dias AR, Veiga N, Saraiva RC, Dias IM. Oral health attitudes and behaviours among Portuguese dental students. *Atención Primaria*. 2016;(September):218–23.

131. Bennadi D, Varshini K, Bharateesh J, Kashinath K. Oral health attitudes and behaviors among nursing students using Hiroshima University-Dental Behavior Inventory questionnaire. *Univers Res J Dent*. 2016;6(3):225–8.
132. Kawas S Al, Fakhruddin KS, Rehman BU. A comparative study of oral health attitudes and behavior between dental and medical students: The impact of dental education in United Arab Emirates. *J Int Dent Med Res*. 2009;2(3):6–10.
133. Kawamura M, Ikeda-Nakaoka Y, Sasahara H. An assessment of oral self-care level among Japanese dental hygiene students and general nursing students using the Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory (HU-DBI): Surveys in 1990/1999. *Eur J Dent Educ*. 2000;4:82–8.
134. Khocht A, Schleifer SJ, Janal MN, Keller S. Dental Care and Oral Disease in Alcohol Dependent Persons. *J Subst Abus Treat*. 2009;37(2):214–8.
135. Yildiz S, Dogan B. Self reported dental health attitudes and behaviour of dental students in Turkey. *Eur J Dent*. 2011;5(3):253–9.
136. Shah AH, ElHaddad SA. Oral hygiene behavior, smoking, and perceived oral health problems among university students. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015;5(4):327–33.
137. Sharif S, Saddki N, Yusoff A. Knowledge and attitude of medical nurses toward oral health and oral health care of pregnant women. *Malaysian J Med Sci*. 2016;23(1):63–71.

# **ANEXOS**



## **Anexo 1: Questionário**





**Parte I - Caracterização sociodemográfica**

1 – Género:  Masculino  Feminino

2 – Idade: \_\_\_\_\_ anos

3 – Área de residência :  Aldeia  Vila  Cidade

4 – Ano que frequenta:  1º ano  2º ano  3º ano  4º ano  5º ano

5 – Curso:  Medicina Dentária  Enfermagem

6. Rendimento familiar mensal:

- <1 ordenado mínimo (OM) (505€)
- 1-2 OM (506€ - 1010€)
- 2-3 OM (1011€ - 1515€)
- 3-4 OM (1516€ - 2020€)
- 4-5 OM (2021€ - 2525€)
- >5 OM (2526€)

7. Quais as habilitações literárias dos teus pais?

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

8. Profissão: do Pai \_\_\_\_\_ da Mãe \_\_\_\_\_

**Parte II – Caracterização dos dados clínicos de saúde oral**

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

- Sim  Não

2 – Nos últimos 12 meses as tuas gengivas sangraram enquanto escovavas os dentes?

- Não
- Sim, às vezes
- Sim, muitas vezes
- Sim, sempre

**3 – Nos últimos 12 meses tiveste inflamação nas gengivas?**

- Não;
- Sim, às vezes
- Sim, muitas vezes
- Sim, sempre

**Parte III - 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, nunca fumei
- Não, mas já fumei.
- Sim, em média fumo \_\_\_\_\_ cigarros/dia

**3 – Na tua opinião, o que comes influencia a tua saúde oral?**

- Não
- Influência pouco
- Sim

**4 – Costumas consumir alimentos ou bebidas açucaradas?**

- Não
- Raramente
- Sim, às vezes
- Todos os dias

**4.1 – 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

**Parte IV - Caracterização dos hábitos de higiene oral**

**1 – Escovas os dentes todos os dias?**

- Não
- Sim

**1.1– Quantas vezes escovas os dentes por dia?**

- ≥ 3 vezes por dia
- 2 vezes por dia
- 1 vezes por dia
- Menos de 1 vez por dia

**2 – 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

**3 – 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

**4 – Sabes escovar como deve ser os dentes?**

- Sim
- Razoavelmente
- Não

**5 – 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

**6 – Quanto tempo demoras em média a fazer a tua higiene oral?**

- $\geq 3$  minuto
- 2 minutos
- 1 minutos
- Menos de 1 minuto

**7 – Que tipo de escova tu utilizas?**

- Manual
- Elétrica

**8 – Se utilizas uma escova manual, qual é a dureza?**

- Soft
- Medium
- Hard
- Não sei

**9 – De quanto em quanto tempo mudas a tua escova?**

- Todos os meses
- De 3 em 3 meses
- De 6 em 6 meses
- 1 vez por ano
- Só quando a escova começa a ficar gasta
- Não sei

**10 – Utilizas uma pasta de dentes com flúor?**

- Sim
- Não
- Não sei

**11 – Qual é o teu critério para a escolha da pasta de dentes?**

- Quantidade de flúor
- Preço
- Marca
- Sabor
- Publicidade
- Indicação do médico dentista
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**12 – 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? \_\_\_\_\_

## Parte V - Caracterização da vigilância de saúde oral

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

- Sim       Não

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

- Sim       Não       Não sei/não me lembro

**3 – Qual foi o motivo da ultima 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? \_\_\_\_\_

**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 – Tomaste alguma vez comprimidos de flúor?**

- Não       Sim       Não sei

**7 – Fizeste alguma vez bochechos com flúor?**

- Não       Sim       Não sei

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

- Em casa
- Na escola
- No dentista
- Outro local. Onde? \_\_\_\_\_

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

- Não       Sim       Não sei

**PARTE VI - ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL**

**1 - Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HUDBI) (Kawamura, 1988) Versão Portuguesa Albuquerque *et. al.*, 2011**

Em relação, às atitudes e comportamentos, assinale se concorda ou discorda com cada uma das frases do inventário.

	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>
1. Eu não me preocupo com idas ao dentista.		
2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes.		
3. Preocupo-me com a cor dos meus dentes.		
4. Já reparei em alguns depósitos brancos e pegajosos nos meus dentes.		
5. Costumo usar uma escova de dentes para crianças.		
6. Eu penso que vou ter de usar dentadura quando for velho.		
7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva.		
8. Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar.		
9. Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente.		
10. Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes.		
11. Eu acho que consigo limpar bem os dentes, mesmo sem usar dentífrico.		
12. Depois de escovar os dentes verifico no espelho se os lavei bem.		
13. Preocupo-me com o mau hálito.		
14. É impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem.		
15. Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes.		
16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.		
17. Uso uma escova com pelos duros.		
18. Só sinto que lavei bem os dentes se os escovar com movimentos rápidos e fortes.		
19. Tenho sempre tempo para lavar os dentes.		
20. O dentista já me elogiou a forma como lavo os dentes.		
21. Eu utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana		

**Obrigada pela colaboração!**

**A ser preenchido pelo avaliador**

**Parte VII - 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 registrado
Permanente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	T	9
Temporário	A	B	C	D	E	-	F	G	-	T	-

**Anexo 2: Parecer da comissão de ética**





**Parecer sobre o projeto nº 49/2020**  
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
Mandato 2018/2021

<b>Projeto de Investigação</b> Na reunião do dia 20 de fevereiro de 2020 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta.
<b>Título:</b> Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de Medicina Dentária e Enfermagem – Estudo Comparativo
<b>Investigador Principal:</b> Inês Margarida de Sousa Saraiva Dias <b>Orientador:</b> Prof. Doutor Nélcio Veiga
<b>Resumo:</b> Uma vez que a maior parte dos estudos no âmbito da saúde oral está centrada nas crianças, este estudo procura conhecer as diferenças entre as atitudes e os comportamentos perante a saúde oral dos estudantes de saúde, nomeadamente, de medicina dentária e enfermagem. Trata-se de um projeto de investigação que contempla dois momentos para a sua realização: avaliação intra-oral e estudo quantitativo com aplicação de questionário e análise estatística. Será aplicada uma escala dicotómica, já validada, com o objetivo de avaliar a auto percepção dos inquiridos face às suas atitudes e aos seus comportamentos no domínio da saúde oral. A amostra, quantitativa e transversal, é composta por 20 alunos de cada ano dos cursos referidos da Escola Superior de Saúde de Viseu e do centro Regional de Viseu da UCP, matriculados no presente ano letivo. O Protocolo de investigação preenche todos os requisitos pedidos pela CES, não existindo o envolvimento de menores nem as práticas propostas são de natureza invasiva. O Consentimento Informado é claro e compreensível. Não se detetam riscos nem quaisquer danos que possam surgir na sequência da aplicação dos instrumentos de avaliação: avaliação intra-bocal e questionário. A confidencialidade dos dados está enunciada, bem como o compromisso de proteção dos dados por parte do investigador principal. Foi enviado o formulário devidamente preenchido, foi enviado o protocolo do trabalho, foram enviadas as autorizações das duas instituições envolvidas e os CVs da investigadora principal e da equipa de investigação, bem como os pareceres e a devida autorização do orientador e da vice presidente da ESS Viseu. Foi também enviado o cronograma do estudo.
<b>Estiveram presentes na reunião nº 14 da CES-UCP</b>  Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Vice-Presidente: Doutora M <sup>ª</sup> Teresa Marques Doutor Jerónimo Santos Trigo Doutor Pedro Garcia Marques Mestre António Faria Vaz Dr. Eugénio Fonseca Doutora Ana Mineiro Zaky Doutora Marta Brites
<b>Conclusão</b> Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 20 de fevereiro de 2020, realizada no 5º piso da UCP, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de Parecer Favorável.
Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.  A Presidente,   Mara de Sousa Freitas 20/02/2020



**Anexo 3: Declaração da Escola Superior de Saúde de Viseu**





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

### DECLARAÇÃO

-----Lídia do Rosário Cabral, Vice-Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), declara para os devidos efeitos, que autoriza a recolha de dados relativa ao projeto de investigação intitulado "*Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de medicina dentária e enfermagem – Estudo comparativo*", realizado pela estudante do curso de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu, **Inês Margarida de Sousa Saraiva Dias**, sob orientação do Sr. Professor Doutor Nélio Veiga.-----  
-----Por ser verdade e ter sido pedida, se passa a presente declaração que assino e autentico com selo branco em uso nesta Escola.-----

Viseu, 4 de dezembro de 2019.

A Vice-Presidente

Professora Doutora Lídia Cabral



## **Anexo 4: Consentimento informado**





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

VISEU

## CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

*De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.*

*Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** Atitudes e comportamentos de saúde oral em estudantes de Medicina Dentária e Enfermagem – Estudo comparativo

**Enquadramento:** Investigação de âmbito académico a efetuar na Universidade Católica - Centro Regional de Viseu, tendo como responsável o Prof Doutor Nêlio Veiga, docente da Universidade Católica Portuguesa, e a aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Inês Margarida de Sousa Saraiva Dias.

**Explicação do estudo:** O estudo a realizar envolve a recolha de dados através do preenchimento de um questionário autoaplicado, quer na Universidade Católica - Centro Regional de Viseu, como na Escola Superior de Saúde de Viseu.

**Condições e financiamento:** Os dados recolhidos para o presente estudo são de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efectuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto.

**A sua participação é importante e desde já agradecida.**

**Inês Margarida de Sousa Saraiva Dias, aluna do 5ºano do Mestrado integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu.**

**Tlm: 968621839 e-mail: inesmargarida97@gmail.com**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**Assinatura de quem pede consentimento:**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_