



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional das Beiras
Departamento de Ciências da Saúde

**Comportamentos de saúde oral numa amostra de
adolescentes de áreas rurais e urbanas**

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

Por

Patrícia Daniela de Figueiredo Teixeira

Viseu, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Comportamentos de saúde oral numa amostra de
adolescentes de áreas rurais e urbanas**

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

Orientador: Professor Doutor Jorge Leitão

Co-Orientador: Mestre Nélio Jorge Veiga

Por

Patrícia Daniela de Figueiredo Teixeira

Viseu, 2012

Agradecimentos

Ao meu muito estimado co-orientador, Mestre Nélio Veiga, por me guiar sabiamente neste árduo caminho, por todo o tempo disponibilizado e calma transmitida.

Ao meu orientador Professor Doutor Jorge Leitão pela sabedoria partilhada.

Às escolas em estudo, na qual me foi permitida a recolha de dados.

À Universidade Católica, MIMD e todos os docentes e discentes que contribuíram para a construção desta tese e da minha futura carreira.

Dedicatórias

Em primeiro lugar, como não poderia deixar de ser, aos meus pais (Fernanda e Adelino) a quem devo tudo que sou hoje, sem ele, sem o seu apoio e amor infinito, atenção e cuidado não estaria onde me encontro.

Ao meu irmão, pela paciência nos dias mais “stressantes” durante a realização da monografia.

A todas a minha família pela sua presença activa no meu crescimento.

Por último, e de todo, não menos importante, ao meu querido, mas infelizmente, ausente, avô, pela confiança que depositou em mim, sei que do lugar onde se encontra me guiou nesta luta.

À Dr^a Tânia, Dr^a Alzira e enfermeira Ana, grandes profissionais e sem dúvida grandes amigas, um apoio incondicional.

Aos meus companheiros e amigos do *In-cultus*, onde descurei das minhas funções nos últimos meses em função deste grande e importante projecto.

À minha binómia e amiga, pelos cinco, longos, mas de certa forma curtos, anos que partilhámos nesta universidade e fora dela, que se perpetue pelo futuro.

A todos os meus amigos mais próximos, pelo apoio, paciência e distração muitas vezes essenciais, e claro, um bem haja aos meus colegas de curso, e muitos deles, também, amigos por terem caminhado comigo ao longo deste desafio.

Obrigado, muito obrigado a todos, que de algumas maneira, fazem parte da minha vida, cada pedaço desta tese, é também, VOSSO.

Resumo

Introdução: A saúde oral é, inquestionavelmente, um bem essencial para a qualidade e saúde geral do indivíduo. Actuar nos comportamentos dos indivíduos perante a saúde é o ponto de partida para diminuir a prevalência de cárie, quer em áreas rurais quer em áreas urbanas, minimizando as diferenças entre as zonas de residência. O objectivo deste estudo foi caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes que residem em áreas rurais e urbanas, bem como determinar a prevalência de selantes e CPOD dos indivíduos.

Métodos: Realizou-se um estudo piloto desenhado como estudo epidemiológico observacional transversal onde se avaliou uma amostra de crianças/adolescentes entre os 8 e 17 anos, a frequentarem escolas em áreas rurais e urbanas do distrito de Viseu e Guarda. Em cada escola foram avaliados o maior número possível de indivíduos, sendo 123 da escola básica de Aguiar da Beira (94 – área rural, 28 área urbana), 51 da escola do 1º ciclo de Abraveses (16 – área rural, 36 – área urbana), 50 na escola básico do Mundão (47 – área rural, 2 – área urbana) e 48 na escola básica de Silgueiros (36 – área rural, 12 área urbana). A recolha de dados foi efectuada através de um questionário auto-aplicado e respondido pelas crianças em sala de aula, este inquérito continha questões referentes a comportamentos de saúde oral, bem como estatuto sócio-económico. Todos os questionários distribuídos foram recolhidos, no entanto, muitos encarregados de educação recusaram a colaboração no estudo, especialmente em Silgueiros. Foi, também, efectuada exame intra-oral a cada indivíduo, associando a ficha do exame, ao respectivo inquérito, para determinar, posteriormente, a prevalência de cárie e selantes, bem como a integridade dos mesmos.

Resultados: A maioria dos adolescentes menciona realizar higiene oral todos os dias (77,5%), sendo que 59,3% o faz duas vezes por dia, dos residentes de área rural 67,5% têm esse hábito vs 47,5% residentes em área urbana ($p > 0,05$). Segundo o género, o sexo feminino apresenta maiores cuidados de higiene oral, 83,1% das raparigas procede à escovagem dentária todos os dias vs 72,1% dos rapazes ($p < 0,05$, $p = 0,035$), mas não coincidem com valores de CPOD inferiores ao sexo masculino, pelo contrário. Apenas 5,9% da amostra utiliza o fio dentário todos os dias, mas a grande maioria já teve consulta com o médico dentista, maioria no consultório privado, não existindo diferenças no acesso a esses cuidados entre áreas rurais e urbanas. A amostra refere ter

uma dieta pouco cariogénica, apenas 4,0% consome alimentos açucarados todos os dias, e na sua maioria dão preferência para os ingerir após ou entre as refeições, horas menos prejudiciais. Verificamos que a prevalência de selantes na amostra é de 53,1% e o índice de CPOD é de 1,42.

Conclusões: Os comportamentos de saúde oral dos adolescentes encontram-se associados a condições sócio-demográficas, adoptando os estilos de vida, essencialmente, dos pais e/ou seio familiar. Uma parte importante das crianças tem por hábito ir ao médico dentista para consultas de rotina (40,6%) e uma percentagem significativa tem disfrutado do cheque dentista (45,6%). Pela amostra em questão não foi possível inferir que a prevalência de selantes é maior nas áreas urbanas, pois verificou-se que 46,8% dos indivíduos de zonas urbanas apresentam selantes, sendo um valor inferior às zonas rurais (55,4%), mas $p > 0,05$ ($p = 0,299$). Áreas rurais apresenta, neste estudo, maior número de indivíduos livres de cárie 22,8%, contra 20,8% de áreas urbanas, $p = 0,038$. O índice de CPOD da amostra encontra-se num nível de baixa prevalência de cárie dentária, valores esses coincidentes com a actualidade do resto do país. Há que salientar as opiniões das crianças acerca da sua própria saúde oral, encontrando-se desfasadas da realidade, com valores de CPOD=0 apenas 1,8% pensa ter uma saúde oral muito boa e com CPOD>12 3,5% referem que a sua saúde oral é “muita boa”, $p < 0,05$ ($p = 0,008$).

Abstract

Background: Oral health is, without any doubt, a precious and essential part of general health and quality of life. Changing a child's behaviour towards health is the starting point to reduce the prevalence of caries, in rural or urban areas, decreasing disparities in healthcare among residence areas. The aim of this study was to assess oral health behaviours among Portuguese adolescents from rural and urban communities, as well as the determination of the prevalence of dental caries and fissure sealants.

Methods: A pilot-study designed as an epidemiological observational cross-sectional study was made in a sample of adolescents aged eight to seventeen years old, attending four public schools of the districts of Viseu and Guarda, Portugal. In Aguiar da Beira we observed 123 adolescents (94 – rural area, 28 urban area), 51 in Abraveses (16 rural area, 35 urban area), 50 at Mundao (47 – rural area, 2 urban area) and 48 in Silgueiros (36 – rural area, 12 urban area). We applied a questionnaire, in the classrooms, with questions about oral health behaviours and socio-demographic status. We received all questionnaires we delivered. Intra-oral examination was performed in each adolescent and then the intra-oral exam file was associated with each questionnaire, in order to determine the association with caries and fissure sealants prevalence, as well as the integrity of the fissure sealants observed.

Results: The majority of adolescents practice oral hygiene habits at least once a day (77,5%), and 59,3% toothbrush twice a day. In rural areas, 63,5% toothbrush twice a day and in urban areas 47,5% ($p>0,05$). According to gender, females are more careful with their oral health, 83,1% females brush their teeth everyday while just 72,1% of boys, $p>0,05$ ($p=0,035$) brush everyday. Just 5,9% of adolescent floss daily, but the vast majority had gone to a dentist at least once in the private sector. There are no differences in the access to oral healthcare with a professional among rural and urban areas. The sample studied have poor sugar intake. Just 4,0% consume sugary foods everyday and the majority said that the intake of sugary foods was made during or after meal. The prevalence of fissure sealants was 53,1% and the DMFT index was 1,42.

Conclusion: Adolescents' behaviours are associated with socio-demographic conditions, and they tend to follow the lifestyles of their parents and other family relatives. The important part of adolescents have routine dental appointments (40,6%). Sealants' prevalence are inferior in urban areas, 46,8% in urban areas and 55,4% in

urban areas, $p > 0,05$ ($p = 0,299$). In this study, 22,8% of adolescents were caries free in rural areas against 20,8% in urban areas, $p = 0,038$. DMFT index in this sample was at a low level of caries' prevalence, values in conformity with the actual scene of the country. The opinion of adolescent about their own health were lagged from reality, with numbers of DMFT=0 just 1,8% refers that their oral health are "very good" and DMFT>12 3,5% think that have a "very good" oral health, $p < 0,05$ ($p = 0,008$).

Índice

Índice

INTRODUÇÃO	11
Saúde oral e Qualidade de vida	11
Promoção de Saúde Oral	16
Escolas como meio de Promoção da Saúde Oral	20
Cárie Dentária e Comportamentos de Saúde Oral.....	25
Portugal e cárie dentária: uma visão global.....	32
Determinantes de Saúde oral	33
Índice e indicadores de Saúde Oral	42
Objectivos do Estudo.....	43
METODOLOGIA	45
Tipos de estudo	45
Protocolo	45
Variáveis de Estudo.....	48
Recolha de dados.....	51
Análise Estatística	51
Procedimentos legais e éticos.....	51
Amostra.....	52
Caracterização da amostra.....	54
Resultados	57
Escolas da amostra	57
Habilitações Literárias dos pais e encarregados de educação	58
Escovagem dentária	60
Utilização de fio dentário	68
Consultas no médico dentista.....	69
Selantes	75
Alimentação e Saúde Oral.....	78
Consumo de alimentos açucarados.....	78
Análise Intra-Oral.....	80

Selantes	80
Selantes e escola frequentada.....	81
Selantes e Área de Residência.....	82
Selantes e Habilitações Literárias do Encarregado de Educação.....	82
Selantes e dentes selados.....	83
Faces com selante.....	84
Integridade dos Selantes	86
Índice CPOD	91
CPOD e Escola.....	91
CPOD e Área de Residência	92
CPOD e Idade	93
CPOD e Género.....	94
CPOD e Habilitações Literárias do Encarregado de Educação.....	95
CPOD e Selantes de Fissura.....	95
CPOD e Consumo de Alimentos Açucarados	97
CPOD e Comportamentos de Saúde Oral	101
CPOD e Consultas no Médico Dentista	102
CPOD e Utilização de Fio Dentário	104
Discussão.....	105
Conclusões	119
Bibliografia	121
Anexos.....	129

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Saúde Oral e Qualidade de Vida

Capítulo II – Promoção de Saúde Oral

Capítulo III – Cárie Dentária e Comportamentos de Saúde Oral

Capítulo IV – Determinantes de Saúde Oral

Capítulo V – Índices de Saúde Oral

Capítulo VI – Objectivos do estudo

Parte II – Estudos Empírico

Capítulo VII - Metodologia

Capítulo VIII - Resultados e Discussão

Conclusão

Bibliografia

Anexos

INTRODUÇÃO

Saúde oral e Qualidade de vida

A qualidade de vida pode ser entendida como um grau de conforto em que cada indivíduo desfruta das possibilidades que surgem durante a vida. Este, é um conceito abrangente e de carácter multidimensional que depende de vários factores, nomeadamente: factores económicos, sociais e políticos, estado de saúde e factores internos de cada indivíduo como comportamento, genética, estilo de vida, comportamentos de saúde, personalidade e crenças.¹

A saúde deve ser entendida como uma componente fundamental da qualidade de vida. É um direito social, em que a cada um e a todos possam ser assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir de aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e protecção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 1946, saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade”, em que estão implícitos múltiplos factores que se interligam e que influenciam a saúde do homem.¹

Flávia Carneiro refere que: “da mesma maneira que factores sociais como a idade, género e estatuto sócio-económico influenciam a morbidade e mortalidade, as doenças orais não são uma excepção”.¹ Há que ter em conta tal afirmação, uma vez que a maioria dos problemas orais, embora não sejam fatais, conduzem a uma morbidade acentuada que poderá levar a consequências físicas, sociais e psicológicas que afectam a sua qualidade de vida.¹

Assim, a OMS define como Saúde Oral estar livre de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afectam o complexo cranio-facial.²

A Saúde Oral é uma parte integrante e fundamental da saúde geral de um indivíduo durante toda a vida, sendo que não deve ser, de forma alguma, negligenciada. Uma pobre higiene oral tem um efeito significativo na qualidade de vida.¹

Sabe-se, ainda, que muitos factores de risco de doenças orais são os mesmos implicados na maioria de doenças sistémicas. Assim, a promoção e prevenção da saúde oral deve estar integrada na promoção da saúde geral, uma vez que se pretendem eliminar, muitas vezes, os mesmo factores de risco. Logo, um avanço na promoção da saúde oral será um avanço na promoção da saúde em geral.³

“Uma boca saudável permite ao indivíduos falar, comer e socializar sem qualquer experiência de doença activa, desconforto ou embaraço”.⁴

A rápida mudança nos padrões das doenças no mundo estão intimamente relacionadas com alterações nas mudanças de vida, que inclui dietas ricas em alimentos cariogénicos, aumento do uso de tabaco e álcool.⁵

O impacto das doenças orais encontra-se amplamente estudado, desde sintomatologia dolorosa, alterações da função e alterações da qualidade de vida, e como é do conhecimento geral o seu tratamento é extremamente dispendioso na maioria dos países industrializados e quase indisponível nos países em vias de desenvolvimento.⁵

De modo a evitar as doenças é essencial uma intervenção que vise diminuir os factores de risco da população. Definimos intervenção como qualquer acção de saúde, no âmbito da promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação, tendo como objetivo principal melhorar a saúde.⁵

Como já referido, a saúde oral vai muito além da presença de peças dentárias saudáveis, é essencial para a saúde geral e bem-estar. O complexo cranio-facial permite-nos falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, provar, mastigar, engolir e chorar. Fornece-nos protecção contra infecções microbianas e ameaças ambientais. As doenças orais restringem a execução de determinadas actividades: escolares, no trabalho e em casa, causando milhões de faltas ao trabalho e escola no mundo inteiro.⁵

A detecção precoce de qualquer doença é um factor crucial para salvar vidas, e pela observação da cavidade oral é possível identificar sinais de deficiências nutricionais, bem como várias condições sistémicas incluindo infecções microbianas,

doenças imunológicas e cancro oral. Os tecidos craniofaciais dão-nos um conhecimento privilegiado dos órgãos e sistemas que é pouco acessível noutras partes do corpo humano.⁵

Cárie dentária e doença peridontal têm sido considerados, desde sempre, as doenças com maiores encargos a nível global, sendo, as mais prevalentes em todo o mundo. A cárie dentária é, ainda, o maior problema de saúde oral na maioria dos países industrializados, afectando cerca de 60-90% das crianças em idade escolar e maioria dos adultos. Na maioria dos países industrializados, o acesso a cuidados de saúde oral é limitado e dispendioso, ficando os dentes sem tratamento ou sendo extraídos devido a dor ou desconforto, no mundo, “perder dentes” continua a ser encarado por várias pessoas como uma consequência natural da idade.⁵

Globalmente, a maioria das crianças tem sinais de gengivite e entre os adultos, os estadios iniciais de doenças periodontais é bastante prevalente. A periodontite avançada, grande causa de perda dentária, verifica-se em 5-15% da maioria das populações.⁵

Vários estudos têm demonstrado que o tabaco é o maior factor de risco para desenvolvimento de periodontite no adulto, bem como cancros oro-faríngeos. As incidências de cancro oral variam de 1-10 casos para 100 000 habitantes em vários países, e continuam a ser o maior desafio dos programas de saúde oral.⁵

Além disso, muitos países, como Africa e Ásia, possuem elevada prevalência de HIV/SIDA, sendo as suas manifestações orais vastas (infecções por *candida albicans*, leucoplasia pilosa, úlceras orais, sangramento gengival, gengivite ulcerativa necrozante, sarcoma de kaposi).⁵

Muitos países da América Latina possuem cerca de 15% de traumatismos orais nas crianças em idade escolar, contudo, em vários países industrializados tem aumentado os casos de lesões traumáticas, cerca 16-40% entre crianças de 6 anos e 4-33% em crianças de 12 anos. Isto deve-se ao facto da existência de locais lúdicos e escolas pouco seguras, violência, acidentes e, até mesmo, prática de desporto/actividade física.⁵

Ainda no âmbito das doenças orais, e como elas afectam a qualidade de vida, surgem as más-oclusões, que após tratamento ortodôntico potenciam o bem estar social e psicológico, bem como melhoram a aparência.⁵

Muitas anomalias cranio-faciais, como a fenda palatina e lábio leporino, alterações genéticas com repercussões orais/faciais, necessitam de cuidados especiais e não devem ser descuradas pelo impacto profundamente negativo no desenvolvimento, saúde e bem-estar.⁵

Na figura a baixo (figura 1), é possível observar a distribuição ao longo dos anos dos valores de CPOD entre as crianças de 12 anos. Mesmo embora, se tenha verificado um declínio ao longo dos anos em muitos países industrializados, como resultado das medidas de saúde pública adoptadas, alterações de estilo de vida e auto-percepção de saúde, a cárie dentária não se encontra erradicada, mas apenas controlada até certo ponto. É necessário aplicar novas metas para a saúde oral, não apenas no que diz respeito à doença cárie dentária, mas outras doenças orais igualmente importantes, através do controlo apertado e actividades preventivas.⁵

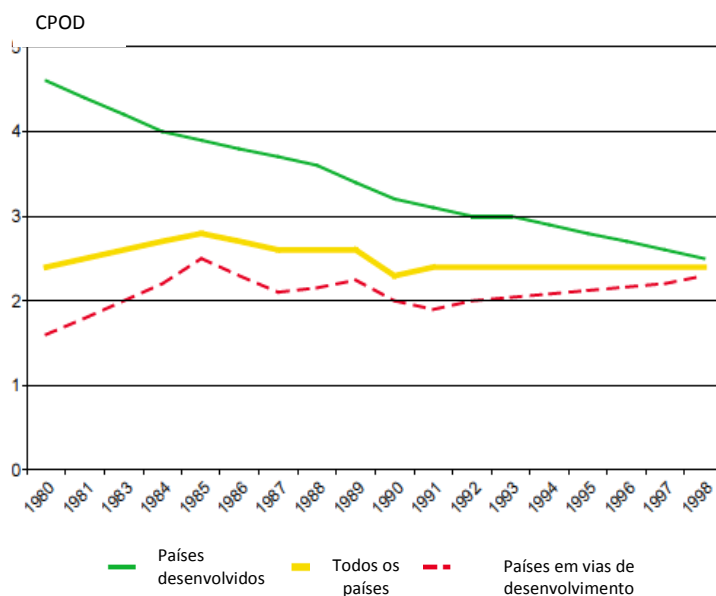


Figura 1 - Distribuição do índice de CPOD ao longo dos anos em crianças com 12 anos

Assim, a Federação Dentária Internacional (FDI), Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *International Association for Dental Research* (IADR) embarcaram na actividade de preparar as metas para o novo milénio, para o ano de 2020, tendo como lema “*Think globally act locally*”.⁶

Os objectivos estabelecidos foram:

- ✓ Reduzir a mortalidade de doenças orais e craniofaciais;
- ✓ Reduzir a morbilidade das doenças orais e aumentar a qualidade de vida;
- ✓ Promover um desenvolvimento sustentável e prioritário de políticas e programas nos sistemas de saúde oral;
- ✓ Desenvolver sistema de saúde oral acessíveis, menos dispendiosos, para a prevenção e controlo das doenças orais e cranio-faciais;
- ✓ Desenvolver programas de saúde oral que deleguem uma maior responsabilidade da população a controlar os determinantes de saúde;
- ✓ Fortalecer sistemas e métodos de fiscalização para a saúde oral;
- ✓ Promover responsabilidade ética e social nos profissionais;
- ✓ Reduzir as disparidades sociais e económicas de acesso aos cuidados de saúde ao longo dos países;
- ✓ Aumentar o número de profissionais de saúde treinados na área da fiscalização epidemiológica para as doenças orais.⁶

No que diz respeito à cárie dentária e perda de elementos dentários, definiram que em 2020 devem ser atingidos as seguintes metas:

- ✓ Aumentar a proporção de crianças com 6 anos de idade livres de cáries;
- ✓ Reduzir o índice de CPOD particularmente a componente “Cariados” aos 12 anos, com especial atenção para os grupos de risco dentro das populações;
- ✓ Reduzir o número de dentes extraídos devido a cárie dentária nas idades de 18, 35-44 e 65-74 anos;
- ✓ Reduzir o número de pessoas edentulas às idades de 35-44 e 65-74;
- ✓ Aumentar o número de dentes naturais presentes nas idades de 18, 35-44, 65-74 anos;
- ✓ Aumentar o número de indivíduos com dentição funcional (21 ou mais dentes naturais) nas idades de 35-44 e 65-74 anos.⁶

Quanto aos serviços de saúde e sistemas de informação para a saúde:

- ✓ Estabelecer planos baseados na evidência para criar recursos humanos que disponibilizem cuidados que são apropriados para o meio cultural, social, económico e aos perfis de morbilidade dentro da população;
- ✓ Aumentar a proporção de população com acesso adequado a cuidados de saúde oral;
- ✓ Aumentar a proporção de população abrangida pelos sistemas de informação de cuidados de saúde satisfatórios.⁶

Em Portugal, a saúde oral encontra-se contemplada nos programas de cuidados de saúde primários, mas a maioria dos serviços de saúde médico-dentários são prestados pelo sector privado o que constituiu por si só, uma barreira na acessibilidade a esses cuidados.⁷

Promoção de Saúde Oral

A promoção da saúde foi considerada como um objectivo central para este século, sendo definida como “O processo de capacitar o indivíduo para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la”.⁸

É, portanto, um esforço colectivo e planeado para construir políticas de saúde oral, gerar ambientes que apoiem a mudança de atitude dos indivíduos, acções comunitárias e desenvolvimento das aptidões dos indivíduos e profissionais de modo a manter a sua saúde oral.¹

A promoção da saúde envolve o incentivo à prática de comportamentos saudáveis e o desencorajamento de comportamentos prejudiciais ou nocivos para a saúde. Numa perspectiva mais holística, que é precisamente a definida pela OMS, visa-se a promoção de uma atitude global de valorização da saúde, que envolve saber avaliar o estilo de vida e a saúde do próprio, assumir responsabilidade pelo controlo do seu estado de saúde e saber “formular problemas, encontrar soluções, tomar decisões e dar-lhe seguimento, resolver conflitos, comunicar eficazmente com outrem, interrogar e intervir activamente em seu próprio nome, quando a isso houver lugar”.⁸

Todos os médicos dentistas são responsáveis por ensinar os seus pacientes a terem cuidado com a sua própria saúde oral. Infelizmente, se ao início os indivíduos se

entusiasmam com o que foi dito, rapidamente perdem a motivação. Posto isto, é por vezes, visível a frustração dos profissionais ao não conseguirem promover comportamentos adequados nos pacientes de forma a que estes melhorem a sua condição oral. Não seria de esperar que factores como controlo da dieta (diminuição de ingestão açucares, exposição a fluoretos, hábitos de higiene, hábitos tabágicos) fossem fáceis de controlar? A realidade, é bem diferente, há uma série de factores extrínsecos que afectam o comportamento do indivíduo, disponibilidade de comida saudável, presença de dentífricos fluoretados, pressões sociais, educação para a saúde no seu lar, especialmente quando falamos em crianças, horários de trabalho que servem como desculpa para uma efectiva higiene oral e refeições inadequadas, bem como condições sócio-culturais. Na maioria das situações, as instruções dadas aos indivíduos são rapidamente esquecidas, e alterar hábitos enraizados é uma tarefa bastante difícil. Também, será fácil interrogarmo-nos como é que o indivíduo poderá realizar uma alimentação saudável, quando no seu trabalho os alimentos apresentam elevada quantidade de açúcar, os anúncios televisivos acabam por incentivar ao consumo de alimentos pouco nutritivos e bastante nocivos? No fundo há todo um processo de formação que é necessário desenvolver, não só ao paciente em questão, mas ao meio envolvente, à sociedade.⁹

Podemos concluir que a promoção de saúde oral não passa apenas por fornecer instruções aos indivíduos, requer também uma alteração do seu ambiente físico/social, trabalho/local de estudo/lazer.⁹

É importante, distinguir dois conceitos: promoção de saúde oral e educação para a saúde, estes são frequentemente vistos como conceitos sinónimos, o que é errado. Segundo Watt *et al.* a educação para a saúde é o processo pela qual é dada a informação aos indivíduos, tornando-os conscientes o necessário de modo a que adoptem medidas que controlem a sua própria saúde. Este processo, é em grande parte da responsabilidade do médico dentista, pois é o profissional de saúde que possui os conhecimentos mais adequados na área, no entanto, médicos de família, enfermeiros, farmacêuticos e professores devem ter alguns conhecimentos básicos para sensibilizar os indivíduos para este tópico. A promoção de saúde oral passa por tornar as opções saudáveis escolhas mais simples. Isso implica uma acção global que inclui o governo de cada país, por exemplo no que diz respeito a águas fluoretadas ou na inclusão de refeições mais saudáveis nas escolas e locais de trabalho.⁹

Algumas estratégias sugeridas por Ottawa Charter são:

- Construir medidas de saúde pública, criando ambientes promotores de saúde, através da modificação de condições de vida e trabalho que conduzam ao bem-estar;
- Desenvolvimento das capacidades individuais, responsabilizar para a saúde cada indivíduo, profissionais e governo. A promoção da saúde apoia tanto o desenvolvimento da população em geral como dos profissionais através do fornecimento de informação, educação para a saúde, ajudando as pessoas a aumentar as suas capacidades de modo a tomar as melhores decisões;
- Orientar para os serviços de saúde, para promover de forma efectiva a saúde oral, é necessário, também, o acesso a tratamentos de forma mais efectiva e económica, devendo existir uma mudança nos sistema. É necessária uma mudança nos recursos, habilitações e facilidades de acesso a tratamento com o objectivo de prevenir a doença.⁹

Tendo em conta, as metas de promoção de saúde Oral para 2010, e segundo os dados obtidos pela Direcção Geral de Saúde (DGS), Portugal encontra-se, no geral, aquém das expectativas, sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo a única a atingir os valores ideais no que diz respeito à promoção de saúde nas escolas. Além de que, apenas existem dados disponíveis desta mesma zona e Algarve, o que nos pode levar a pensar ou que estas práticas são inexistentes ou não há estudos epidemiológicos que possam mostrar a aposta na promoção de saúde nas escolas, podendo isto servir como alerta, de modo a direccionarmos atenção para determinadas áreas.¹⁰

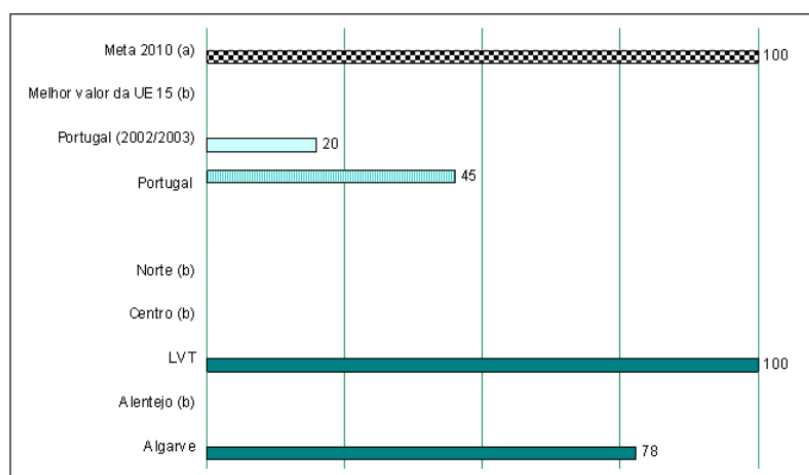


Figura 2 – Promoção de Saúde nas Escolas por Região de Portugal continental

a) dados calculados pela DGS b) dados não disponíveis

Assim, a Organização Mundial de Saúde aponta para 2020, metas para a saúde oral que exigem um esforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados para colmatar as falhas que possam existir neste campo.¹¹

Ao longo dos anos tem-se verificado um aumento considerável do número de profissionais em Portugal, actualmente a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) conta com 7419 membros, de 33 nacionalidades distintas, o que corresponde a um médico dentista por cada 1503 habitantes.¹²

Através do Sistema Nacional de Saúde (SNS), tem sido possível o desenvolvimento de programas de promoção de saúde oral e de prevenção das doenças orais, tendo estes programas vindo a privilegiar, principalmente, as crianças e adolescentes. Na sequência evolutiva destes programas, vão sendo incluídos nestes uma população maior, como grávidas e idosos. Assim, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, foi aprovado o programa nacional de promoção da saúde oral, tentando-se criar uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças orais, o qual se desenvolve ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e adolescentes vivem e estudam.¹³

Em 2008, a saúde oral foi considerada um domínio prioritário, sendo a prevenção o principal foco de forma a que pudessem ser abrangidos os segmentos da população considerados como grupos de risco, em particular as crianças e adolescente até aos 16 anos, as mulheres grávidas e os idosos beneficiários do complemento solidário. A partir desta data, houve nova reestruturação do programa nacional de promoção de saúde oral, para garantir a prestação de cuidados de saúde ao longo da vida, com base em procedimentos simplificados e orientados para intervir nas idades de maior vulnerabilidade, de forma a garantir melhor acesso aos serviços e alargamento da população abrangida. É neste contexto, que surge os chamados “cheques dentista” personalizados, fornecidos pelos centros de saúde, que possibilitaram o alargamento progressivo das coberturas de cuidados de saúde oral para as crianças e adolescentes escolarizados até aos 16 anos, grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário.¹⁴

Escolas como meio de Promoção da Saúde Oral

Na sociedade actual, a escola tem, desde os primeiros anos, um papel importante no que diz respeito a ensinar, aprender, transmitir saberes e instrumentos culturais fundamentais para o desenvolvimento do sujeito.⁸

Ao frequentar a escola, a criança vai desenvolvendo uma nova forma de pensar, sendo possível um aumento progressivo do domínio de normas e regras de funcionamento da sociedade, permitindo estruturar uma forma diferente de olhar, compreender e pensar sobre o mundo.⁸

Em Portugal, a Saúde Escolar iniciou-se em 1981 e é mantida até a actualidade, estando sujeita a diversas reformas, de forma a adequar às necessidades das escolas e às preocupações de saúde emergentes. Assim, a escola tem sido sempre considerada uma grande promotora de saúde.⁸

De 2004 a 2010 foi aprovado pelo Sistema de Saúde Português o Plano Nacional de Saúde (PNS), em que são definidas prioridades de saúde baseadas na evidência científica, com o objectivo de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo. A estratégia da implementação do PNS passa por uma abordagem dos determinantes de saúde, através de programas nacionais, desenvolvidos nos ambientes onde as pessoas vivem, trabalham e estudam em colaboração com os múltiplos sectores que contribuem para a saúde. Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde desde 1994, tendo iniciado a sua actividade com uma experiência piloto que, em 1997, os Ministérios da Saúde e da Educação decidiram alargar, criando condições, nomeadamente legislação, e estruturas de apoio, para que os profissionais de saúde e de educação pudessem assumir a promoção da saúde na escola como um investimento capaz de se traduzir em ganhos em saúde.⁸

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1987) as cinco estratégias de promoção de saúde são:

- ✓ Construir políticas saudáveis;
- ✓ Criar ambientes favoráveis;
- ✓ Reforçar a acção comunitária;
- ✓ Desenvolver competências pessoais;
- ✓ Reorientar os serviços de saúde.¹⁵

É inquestionável a importância e o significado que estas estratégias estruturais têm para a efectiva promoção da saúde, no entanto, consideramos que a participação dos

indivíduos é essencial, devendo constituir o centro de acção da promoção de saúde, por forma a conseguir um esforço sustentado. A escola, ao assumir uma visão bem mais alargada do que a tradicional transmissão de conhecimentos em que as crianças e jovens têm vindo a ser mantidos como meros receptores passivos de saberes académicos, torna-se o local de excelência para o desenvolvimento de actividades no âmbito da saúde, uma vez que as crianças dispõem aí muito do seu tempo diário e muitos anos do seu período de desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social.¹⁵

As Escolas Promotoras de Saúde (EPS) têm como objectivo criar as condições para os alunos desenvolverem plenamente as suas potencialidades (ou *empowerment*), adquirindo competências para cuidarem de si próprios, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. As EPS pretendem apetrechar as crianças e jovens com competências, valores e atitudes conducentes ao exercício pleno da cidadania, implicando a participação dos serviços de saúde, mais concretamente dos centros de saúde, através da criação de parcerias com as escolas, no sentido de facilitarem a criação de condições para que os alunos e a comunidade educativa, em geral, desenvolvam plenamente as suas potencialidades e adquiram competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis.¹⁵

Do estudo de Humberto Faria, 2004, surgem um conjunto de preocupações/sugestões manifestadas pelos responsáveis das equipadas de saúde escolar dos centros de saúde, considerando que seria desejável um olhar mais atento por parte de todos os intervenientes nestas actividades, desde o nível estratégico até ao operacional. A saúde oral não pode ser considerada o “parente pobre” da saúde e deve ser tão prioritária como as outras actividades do centro de saúde, assim, é necessária uma mudança de atitude por parte dos responsáveis pela saúde escolar, sendo ainda urgente mais recursos humanos, pessoal motivado, tanto professores, como escolas e profissionais de saúde, maior investimento nos alunos e na educação para a saúde nas escolas, maior colaboração e envolvimento por parte dos médicos e por fim, é imperativa uma mudança de mentalidade junto dos órgãos dirigentes dos centros de saúde.¹⁵

O programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, desenvolve-se no nosso país desde 1986 e foi revisto vários vezes, passando a designar-se Programa de Promoção da Saúde em crianças e adolescentes, este programa consiste na aplicação de uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde e prevenção primária e secundária da cárie.⁸

Estudos das DGS em Portugal continental, nos anos lectivos 2004/2005 e 2008/2009, mostram um decréscimo no número de Centros de Saúde com Equipas de Saúde Escolar, em todas as regiões do país, fazendo-nos afastar de meta que era pretendida para 2010 segunda a OMS (100%).¹⁰

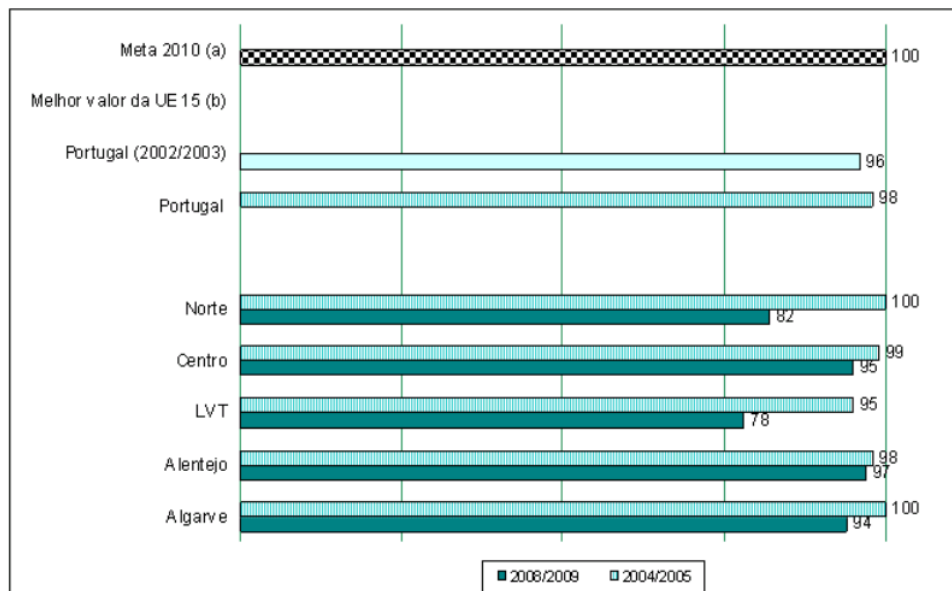


Figura 3 – Centros de Saúde com Equipas de Saúde Escolar

a) dados calculados pela DGS

b) dados não disponíveis

Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 47

Nos planos curriculares de escolas e jardins de infância devem ser promovidas e apoiadas a integração das actividades do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, pretendendo-se abranger grávidas e crianças até aos 16 anos assentes nas seguintes estratégias: promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, prevenção das doenças orais, diagnóstico precoce e tratamento dentário. Com as orientações curriculares para a educação escolar preconiza-se assim, uma intervenção educativa, em que a educação para a saúde e a higiene fazem parte do dia a dia das crianças, em que estas terão oportunidades de cuidar da sua higiene e saúde, compreender as razões porque não devem abusar de determinados alimentos e ter conhecimento do funcionamento dos diferentes órgãos.⁸

Era essencial, que todas as crianças em idade escolar a frequentar escolas e jardins de infância efectuassem a escovagem dos dentes no estabelecimento de ensino, sendo esta actividade de extrema importância, principalmente em zonas mais desfavorecidas e com crianças com maior susceptibilidade à cárie. A escovagem dentária vai ter como objectivo a responsabilização progressiva da crianças para o auto-

cuidado de higiene oral, devendo esta actividade estar integrada no projecto educativo e ser pedagogicamente dinamizada pelos educadores.⁸

Durante a escolaridade obrigatória, as referências à descoberta do corpo, à saúde, à educação alimentar, à higiene oral estão integradas no currículos e nos programas escolares.¹⁶

Encontra-se estabelecido que todas as crianças e jovens que frequentam o 1º Ciclo do Ensino Básico devem fazer o bochecho quinzenal de flúor.⁸

No decorrer do crescimento do indivíduo, principalmente na adolescência, este reorganiza a sua forma de estar no mundo, reformula o auto-conceito através de reforços positivos da auto-imagem e a higiene oral pode desempenhar um contributo importante neste processo.⁸

É de salientar, que as escolas devem assegurar uma política nutricional que promova uma alimentação saudável, evitando assim o consumo de alimentos açucarados. A higiene oral deve ser abordada no contexto da aquisição de comportamentos de higiene pessoal, as aprendizagens deverão relacionar os saberes com as vivências, dentro e fora da escola. Para que isto funcione, as equipas de saúde escolar deverão apoiar e ajudar a melhorar as competências dos educadores, professores e pais sobre a saúde oral. A escola tem um papel fundamental na formação de hábitos, não só pelo que é transmitido dentro da sala de aula, mas também através da influência dos funcionários e professores.⁸

É, ainda, importante referir que a primeira escola da criança é a família, e deve ter como objectivo a busca e prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença.⁸

Uma escola que se proponha a promover saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade (pais, docentes, funcionários, empresas, serviços de saúde) e ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição privilegiada para promover e manter a saúde de toda a comunidade educativa e comunidade envolvente.⁸

É na escola, que nos são dadas as capacidades de compreender a informação que nos é dada pelos diferentes meios de comunicação, contribuindo esta para a capacidade de selecção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis.⁸

As componentes chave de uma escola promotora de saúde são: ambiente escolar saudável, educação para a saúde nas escolas, serviços de saúde escolares, serviços de nutrição/alimentação saudáveis, exercício físico e actividades de lazer, equipas de promoção de saúde e relação/colaboração com a comunidade.⁴

De modo a criar um ambiente escolar saudável as escolas devem proporcionar edifícios seguros de modo a evitar quedas, traumatismos, stress, não deve permitir que se fume em recinto escolar, devem oferecer boas condições sanitárias, com água potável, ambiente seguro e estável, impedindo o bullying e comportamentos violentos, promovendo alimentação saudáveis através do fornecimento de comidas e alimentos saudáveis nas cantinas, bares, quiosques, máquinas de venda, incentivando a ingestão de 5 porções de frutas e vegetais por dia e alertando cozinheiros e fornecedores de comida. Não deve ser vendido álcool, e os açúcares devem ser reduzidos ao máximo no recinto escolar. No que diz respeito à educação para a saúde, deve existir pessoal devidamente treinado que encorage para saúde geral e saúde oral, bem como implementar escovagem obrigatória na escola, supervisionada por profissionais, o que implicaria, posteriormente, guidelines claras de como controlar a infecção cruzada, necessitando, impreterivelmente, de pessoal treinado para o efeito. Os serviços de saúde devem estar na proximidade, ou existirem no local profissionais de saúde, que consigam lidar com situações de emergência tanto no que diz respeito a saúde geral, como saúde oral, devendo ainda controlar o absentismo escolar devido a queixas relacionadas com a saúde.⁴

No que concerne a danos orais causados por quedas, exercício físico, as escolas devem precaver estas situações, monitorizando a incidência de traumatismos, fornecendo opções seguras para o desporto e actividade lúdicas, muitas vezes aplicar um protocolo de uso de goteiras em determinadas actividades propensas a danos orais.⁴

De acordo com Stella Kwan seria possível integrar tópicos de saúde oral nas diferentes áreas curriculares de modo a formar crianças conscientes e responsáveis no que concerne à saúde, contudo, a educação não pode passar apenas pelos jovens, mas sobretudo pelos encarregados de educação/pais que são vistos pelos mais novos, como os exemplos a seguir, assim, estes devem estar envolvidos em todos os eventos de promoção de saúde na escola, e também, estes serem ensinados para uma atitude mais positiva com a sua saúde, e conseqüentemente qualidade de vida.⁴

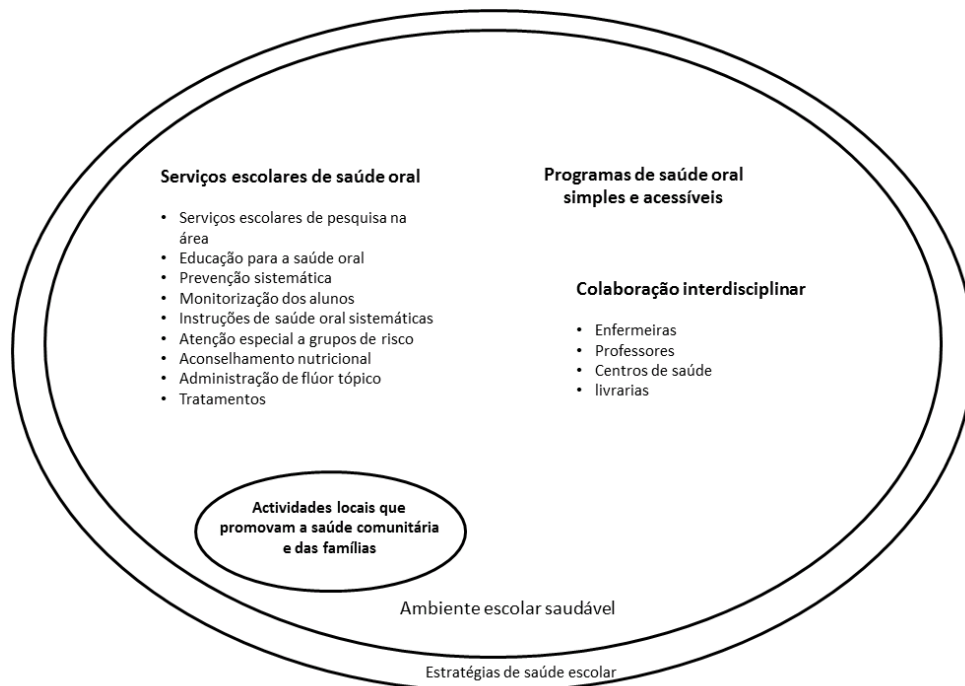


Figura 4 – Exemplo de correlação entre os diversos intervenientes para educação para a saúde na Dinamarca

Na figura acima, podemos ver um exemplo de promoção de saúde oral, na Dinamarca, onde é possível verificar a correlação entre os diversos intervenientes do processo de educação para saúde, sendo que as políticas de saúde escolar são o factor mais abrangente, e no fundo responsável por toda uma consciencialização e acção de diferentes áreas.⁴

Cárie Dentária e Comportamentos de Saúde Oral

Segundo AC Pereira cárie dentária é uma doença infecciosa bacteriana pós-eruptiva caracterizada por uma dissolução e destruição centrípeta e progressiva dos tecidos mineralizados dos dentes.^{6,17,18,19,20} As lesões de cárie resultam primariamente da dissolução dos componentes minerais do esmalte dentário por ácidos formados durante o metabolismo de resíduos alimentares pelas bactérias que colonizam as superfícies dentárias. Quando as lesões atingem a dentina, estrutura que, em relação ao esmalte, é menos mineralizada e com um teor mais alto de proteínas, fenómenos de proteólise e possivelmente de quelação podem verificar-se e contribuir para uma progressão mais rápida, em profundidade, do processo cariogénico. Reconhece-se, hoje,

que a cárie dentária está fundamentalmente relacionada com um processo dinâmico caracterizado por fases cíclicas de desmineralização e de remineralização, sendo a importância de cada uma destas fases variável com condições do ambiente oral tais como a saliva, a película adquirida, a placa bacteriana e a flora oral, e ainda com factores exógenos, designadamente o aporte do flúor e as características da dieta. A remineralização é um fenómeno natural que confere ao esmalte previamente atacado pelos ácidos uma resistência maior que aquela que se verifica em relação ao esmalte sã, dependendo a sua intensidade do grau de saturação da saliva em iões minerais comparativamente com a da hidroxiapatite e a da fluoroapatite do esmalte. O pH e a concentração na saliva de iões cálcio, fosfato e flúor definem, por sua vez, esse grau de saturação. O tempo de evolução das lesões de cárie necessário para que as mesmas se tornem evidentes clinicamente sob a forma duma cavidade varia, geralmente, entre 18 e 24 meses, e depende, pois, de diversos factores como o grau de mineralização dos tecidos dentários atacados, a capacidade cariogénica da microflora oral, as características do substrato fornecido pela dieta e as potencialidades mineralizadoras dos fluidos bucais.⁷

É reconhecida como a doença oral mais comum e uma das principais causas de mortalidade dentária, sendo a principal causa de odontalgia e de perda de dentes na população mundial.^{6,16}

Esta patologia é a mais prevalente das doenças crónicas nas sociedades desenvolvidas, sendo influenciada por numerosos factores genéticos, culturais e sociais, o que justifica, em parte, grandes variações da prevalência e da incidência a nível mundial.^{5,6,17}

A ausência de tratamento levará invariavelmente a um aumento do tamanho da lesão progredindo em direcção à polpa, resultando num aumento progressivo da inflamação pulpar acompanhada de sintomatologia dolorosa.¹⁴ É responsável pelo consumo da maior parte dos recursos materiais e humanos utilizados em medicina dentária. Assim, além das complicações que lhe conferem particular importância do ponto de vista médico, a cárie dentária tem repercussões económicas graves relacionadas com os elevados custos do seu tratamento ou das suas sequelas e ainda com o absentismo escolar e profissional.^{17,21}

Espalhada por todo o mundo, embora com grandes variações geográficas de prevalência, a cárie dentária é actualmente considerada como um dos mais importantes problemas de saúde pública. Com uma gravidade geralmente muito limitada quando se considera o perigo de vida potencial (exceptuando-se alguns casos de complicações graves locais, ou estabelecidas, algumas vezes, relacionados com distância a outros órgãos como, por exemplo, abscessos cerebrais) a cárie dentária influi desfavoravelmente na saúde geral do indivíduo ao diminuir a função mastigatória, alterar o desenvolvimento e a estética faciais, provocar perturbações fonéticas, causar dor e complicar-se de infecção local ou geral.⁵

Clinicamente caracterizada por um grande polimorfismo e uma etiologia muito complexa, a cárie dentária inicia-se quando se verifica uma interacção favorável entre múltiplos factores etiológicos que criam um desequilíbrio na cavidade oral que permite o desenvolvimento da doença.^{17,22}

Com uma incidência influenciada por numerosos factores socio-económicos, higiénicos e culturais, a cárie dentária não pode ser erradicada, mas pode obter-se uma redução importante da sua prevalência pela aplicação de programas de prevenção racionalmente estruturados com base em dados fornecidos por estudos epidemiológicos.⁵

O pesquisador Paul Keyes desenvolveu um diagrama que demonstra a natureza multifactorial da cárie. Neste diagrama, observa-se que pelo menos três factores etiológicos primários são essenciais para que a doença se desenvolva:

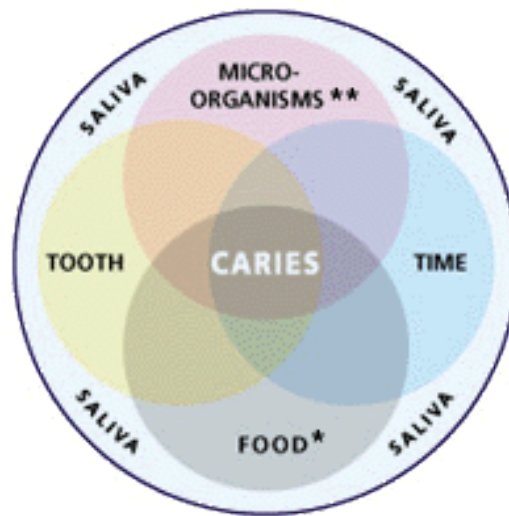
- Hospedeiro susceptível;
- Microflora cariogénica presente na placa bacteriana;
- Substrato resultante da dieta do indivíduo, o qual é metabolizado pelos microrganismos da placa bacteriana^{22,23,24}

Os factores etiológicos secundários são aqueles que, embora não essenciais para que a doença se inicie, podem favorecer a progressão e gravidade da mesma e interferem em cada um dos três factores etiológicos primários. Assim, factores que prejudicam a mineralização dos dentes durante a sua formação e os que reduzem o fluxo salivar e as propriedades de defesa da saliva podem ser todos classificados como factores etiológicos secundários, pois tornam o factor “hospedeiro” mais susceptível à

doença. Factores que tornam a dieta mais cariogénica ou que favorecem a proliferação de microrganismos cariogénicos são factores etiológicos secundários. A aquisição destes microrganismos através do contacto intenso com a saliva de indivíduos altamente infectados aumenta o risco de infecção¹⁸

Assim, podemos definir como factores etiológicos secundários:

- Saliva;
- Tempo;
- Flúor;
- Higiene oral¹⁸



* Fermentable Carbohydrate
** Particularly *Streptococcus mutans*

Figura 5 – Diagrama de Keys

Factores do hospedeiro

Os factores do hospedeiro, com uma importância variável de indivíduo para indivíduo, influenciam a génese e a evolução do processo carioso e, inclusive, a própria aparência clínica das lesões. Assim, por exemplo, enquanto que cerca de 2% da população se apresenta como resistente à cárie, alguns indivíduos têm, pelo contrário, uma alta susceptibilidade à doença, apresentando lesões múltiplas de evolução rápida e, frequentemente, com uma localização atípica. Os factores do hospedeiro são múltiplos mas é em relação à saliva e aos dentes que melhor se conhece o papel desempenhado na etiopatogenia da cárie dentária.^{18,22}

Tecidos dentários

A morfologia dentária tem sido reconhecida, desde há muito, como um importante factor determinante da susceptibilidade do hospedeiro à cárie. Sabe-se, em relação ao homem, com base em numerosas observações clínicas e em diversos estudos epidemiológicos, que as superfícies rugosas de fóssulas e fissuras dos dentes posteriores, designadamente as dos primeiros molares, sofrem muito cedo o ataque de cárie, tendo-se averiguado, inclusive, que o seu grau de susceptibilidade varia na razão directa da profundidade das fissuras.^{17,18}

Pequenas partículas alimentares e microorganismos são introduzidos nas fissuras por acção das forças mastigatórias e a sua remoção é impossível pelos processos naturais de autolimpeza ou pela higiene promovida pelos indivíduos. As superfícies dentárias de cada dente possuem, cada uma, diferentes graus de susceptibilidade à cárie. Assim, e em relação aos primeiros molares inferiores, a sua classificação por ordem decrescente de susceptibilidade é a seguinte: oclusal, bucal, mesial, distal e lingual; enquanto que, para os primeiros grandes molares superiores, as superfícies mais frequentemente atingidas são, também por ordem decrescente, a oclusal, a mesial, a lingual, a bucal e a distal. A superfície lingual dos incisivos laterais superiores é mais susceptível à cárie que a superfície vestibular. Estas diferenças de comportamento das superfícies dentárias em relação à cárie dependem, fundamentalmente, das suas características morfológicas mas estão relacionadas também, em grande parte, com a cronologia da erupção. Nos primeiros molares permanentes, por exemplo, a superfície distal é acessível à saliva e recebe a sua protecção até aos 11-12 anos, altura em que erupcionam os segundos molares, enquanto que a sua superfície proximal, ao manter relações de contacto com a superfície distal dos segundos molares temporários, apresenta placa bacteriana logo após a sua erupção.^{17,18}

A formação da placa bacteriana é imprescindível à ocorrência de cárie, e a sua permanência suficientemente prolongada para que possa sofrer o processo de maturação que lhe confere capacidade cariogénica, torna-se mais fácil nas áreas de estagnamento como as fissuras e os pequenos espaços interproximais que se formam a partir da altura em que se estabelecem os pontos de contacto. Isto explica que se verifique uma maior

incidência de cárie nas superfícies oclusais e, logo a seguir, nas superfícies interproximais.^{17,18}

Irregularidades morfológicas das arcadas dentárias ou relações intermaxilares anormais, de causa genética ou adquirida, podem condicionar más posições dentárias que favorecem a retenção de restos alimentares e de placa dentária e dificultam a sua remoção pelos processos fisiológicos de auto-limpeza ou de higienização, o que contribui, sem dúvida, para uma maior incidência de cárie.^{17,18}

A composição química da porção mineralizada dos dentes é também uma variável importante no processo de cárie. O flúor incorporado nos dentes em desenvolvimento determina uma marcada resistência à sua posterior dissolução pelos ácidos e sabe-se hoje que também outros elementos, além do fluor, podem contribuir para variações dos índices de cárie. Ora, a composição química dos dentes depende de factores nutricionais cuja acção se exerce durante as diversas fases da odontogénese e também, em grande parte, dos processos de maturação pós-eruptiva do esmalte.^{17,18}

Saliva (factor secundário)

Nos casos de xerostomia, uma situação clínica caracterizada por uma diminuição mais ou menos acentuada do fluxo salivar e que pode apresentar-se no homem em relação com uma grande variedade de estados patológicos ou como efeito de tratamentos prolongados com certos medicamentos, não só se verifica uma grande incidência de cárie como ainda as lesões são mais extensas e com uma evolução mais rápida do que é habitual. Quando é muito drástica a diminuição do fluxo salivar como sucede, por exemplo, no síndrome de Sjögren e nos irradiados da cabeça e pescoço, desenvolvem-se as chamadas cáries rompantes que se caracterizam por uma evolução particularmente aguda e cujas lesões, frequentemente, têm uma localização atípica.^{17,18}

A saliva desempenha, com efeito, um papel extremamente importante na protecção contra a cárie. Além de contribuir para uma limpeza mecânica das superfícies dentárias com remoção de restos alimentares, de bactérias e seus produtos solúveis, tem uma acção tamponante dos ácidos que se formam na placa bacteriana, uma acção antibacteriana através de certos factores de origem glandular (lisozima, lactoperoxídase e imunoglobulinas) e participa ainda, de maneira relevante, nos fenómenos de maturação pós-eruptiva do esmalte e nos fenómenos de remineralização das lesões de cárie

incipientes. Em relação ao hospedeiro, os factores defensivos contra a cárie estão associados, sem dúvida, com uma secreção salivar abundante e bem tamponada que pode, inclusive, interromper os processos iniciais de cárie pela neutralização dos ácidos e pela recalificação das zonas desmineralizadas ou hipomineralizadas.^{17,18}

Flora Oral

Aceita-se hoje, geralmente, que a presença de determinadas bactérias, numa superfície dentária susceptível e dum substrato adequado fornecido pela dieta são as condições necessárias e suficientes para que o processo de cárie se inicie e progrida desde que, e durante um certo período de tempo, se verifiquem relações favoráveis entre estes três factores torna-se evidente que a gravidade e a incidência da doença são determinadas por uma relação dinâmica entre os factores etiológicos referidos: os agentes bacterianos, as capacidades de defesa do hospedeiro e as condições do ambiente que podem afectar cada um dos dois primeiros factores. Factores relativos ao hospedeiro e ao ambiente são determinantes ecológicos da implantação, distribuição, crescimento, metabolismo e transmissão dos microorganismos que constituem a flora oral. A natureza multifactorial da cárie dentária e as interrelações, múltiplas e complexas, entre os seus diferentes factores etiológicos, tornam o estudo da etiologia da cárie particularmente difícil.^{17,18}

Os conhecimentos actuais permitiram compreender os mecanismos pelos quais as bactérias aderem às superfícies dentárias, tendo-se confirmado, com efeito, que os dextranos derivados da sacarose, altamente viscosos e insolúveis na água, facilitam a colonização das superfícies lisas dos dentes pelo *Streptococcus mutans*.^{17,18}

O elevado potencial cariogénico de certas bactérias, designadamente o *Streptococcus mutans* e o *Lactobacillus Sp.*, encontra-se, porém, bem estabelecido e tem servido de base para identificar indivíduos de alto risco para a cárie. Diversas investigações permitiram concluir, com efeito, que o *Streptococcus mutans* e os lactobacilos estão fortemente associados com o desenvolvimento de cárie.^{17,18}

Substrato

Os resultados indicaram claramente que o consumo frequente de açúcar pode aumentar a incidência de cárie em indivíduos com um nível baixo de higiene oral. Aceita-se, geralmente, que a adesividade dos alimentos açucarados constitui um dos principais factores responsáveis pelo seu potencial cariogénico.²⁵

Portugal e cárie dentária: uma visão global

Nas últimas décadas, a prevalência de cárie dentária tem diminuído significativamente, principalmente entre as crianças e os adolescentes. Esta diminuição da prevalência de cárie dentária começou a acentuar-se com a introdução do programa nacional de promoção de saúde oral em Portugal.²⁶

Tem-se verificado entre as crianças portuguesas uma melhoria significativa nos comportamentos de saúde oral, nomeadamente maior frequência de escovagem, utilização de pastas dentífricas fluoretadas e aumento no número de visitas ao médico dentista para realização de tratamentos preventivos.²⁶

Contudo, esta evolução, não é suficiente, a cárie dentária ainda apresenta uma elevada prevalência e constitui um problema de saúde pública.^{9,13,26,27}

O primeiro inquérito nacional realizado em 1983-84, em parceria com a OMS, DGS e a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa demonstrou que aos 6 anos de idade os índices cpod e CPOD eram de 5,2 e 0,5, respectivamente e aos 12 anos o índice CPOD era de 3,8.⁷

Almeida *et al.* estimaram que a prevalência de cárie nas crianças com 6 anos de idade era de 46,9% e nas crianças de 12 anos era de 52,9%. O índice CPOD era de 2,1 nas crianças com 6 anos e o índice CPOD era de 1,5 nas crianças com 12 anos, de acordo com esta pesquisa a prevalência em Portugal era muito semelhante à verificada em países com programas de saúde oral mais avançados (Reino Unido, Dinamarca).⁷

Em 2000, a DGS realizou um estudo nas escolas permitindo determinar o índice CPOD aos 12 anos, que atingiu o valor de 2,95 alcançando a meta que a OMS preconizava para a região europeia em 2000, ou seja, um CPOD de 3,00 aos 12 anos de idade.⁷

Houve significativa redução na prevalência de cárie em Portugal nos últimos anos quando comparamos com os dados recolhidos no primeiro inquérito nacional.⁷

Em 2008, surge o estudo nacional da prevalência das doenças orais realizado pela DGS em parceria com a OMS que tinha como objectivo avaliar a prevalência da cárie dentária, da fluorose dentária e das doenças periodontais aos 6, 12 e 15 anos, bem como analisar alguns dos seus determinantes. Aos 6 anos de idade, 51% das crianças portuguesas estavam livres de cárie, quer na dentição temporária, quer na dentição permanente. Dos resultados, destacam-se ainda os índices CPOD aos 6, 12 e 15 anos de, respectivamente, 0,07, 1,48 e de 3,04. Tendo como referência os valores de índice de CPOD definidos pela OMS, Portugal classifica-se entre os países de baixa prevalência de cárie, tendo atingido em 2006 o valor preconizado para a região europeia em 2020.²⁶

De 2000 para 2006, verificou-se, aos 12 anos, um aumento de 30% de jovens com os dentes tratados. Estes ganhos em saúde oral resultaram, em grande parte, do processo de contractualização com o sector privado para a prestação de cuidados médico-dentários às crianças e jovens.²⁶

Após vários anos de progressos na promoção de saúde oral, dirigido principalmente a crianças e jovens, houve um aumento dos indivíduos livres de cáries aos 6 e 12 anos.²⁶

As doenças orais são facilmente controladas, impedindo a sua evolução e/ou mesmo instalação, através da aplicação de várias medidas de prevenção primária como hábitos de higiene oral, visitas regulares ao médico dentistas, aplicação de fluoretos e de selantes de fissuras, alimentação equilibrada e pouco cariogénica.¹⁸

Determinantes de Saúde oral

1. Escovagem

A escovagem consiste na melhor forma mecânica de remoção da placa bacteriana e de restos alimentares e é visto como sendo um dos mais importantes determinantes de saúde oral. A escovagem dentária é o método mais adequado e mais frequentemente utilizado na higiene oral.^{18,28}

A Associação Dentária Americana (ADA) aconselha a escovagem regular com o objectivo de diminuir os efeitos deletéricos da placa bacteriana sobre a cavidade oral.²⁹

A higiene deve iniciar-se amuito antes da erupção primeiro dente, com escova macia, dedeira ou gaze. Deve ser realizada durante três minutos, contudo o tempo é variável e depende de inúmero factores como a tendência de acumulação de placa

	Frequência da escovagem	Material utilizado	Execução da escovagem	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistémico de fluoretos
0-3 Anos	<u>2 x dia</u> Uma antes de deitar	<u>Gaze</u> <u>Dedeira</u> <u>Escova macia</u>	<u>Pais</u>	<u>1000-1500 ppm</u> (tamanho da unha do 5º dedo)	<u>Não recomendado</u>
3-6 Anos	<u>2 x dia</u> Uma antes de deitar	<u>Escova macia</u>	<u>Pais e/ou Criança</u>	<u>1000-1500 ppm</u> (tamanho da unha do 5º dedo)	<u>Não recomendado</u> <u>Excepção</u> alto risco à cárie dentária <u>0,25 mg diário</u>
> de 6 Anos	<u>2 x dia</u> Uma antes de deitar	<u>Escova macia</u> <u>ou em alternativa</u> <u>média</u>	<u>Criança e/ou Pais</u>	<u>1000-1500 ppm</u> quantidade aproximada de 1 centímetro	<u>Não recomendado</u> <u>Excepção</u> alto risco à cárie dentária <u>0,25 mg diário</u>

Tabela 1- Recomendações de fluoretos e orientação técnica do Programa de Promoção de Saúde Oral nas crianças e adolescentes

bacteriana e restos alimentares, capacidades psicomotoras e capacidade de eliminação de alimentos e outros detritos pela saliva, escovando todas as superfícies dentárias, língua e gengivas, recomendando-se duas escovagens por dia, sendo uma delas obrigatoriamente antes de deitar. Segundo o Programa de Promoção de Saúde Oral nas crianças e adolescentes a escovagem deve começar imediatamente após o nascimento, de acordo com o quadro abaixo, tendo em atenção às quantidades de flúor aconselhadas, consoante a faixa etária, bem como o material utilizado.²⁹

A escovagem deve ser supervisionada pelos pais, até ao momento em que a criança adquire o controlo dos movimentos e responsabilidade da acção.²⁹

A substituição da escova deve ser feita, preferencialmente, de três em três meses ou antes da sua deterioração.²⁹

Encontram-se descritas várias técnicas de escovagem dentária, que envolvem diferentes tipos de movimentos da escova com o objectivo de atingir uma higiene oral eficaz.^{7,29}

Actualmente, as técnicas mais recomendadas são a de Bass e de Fones.^{7,29}

É, ainda, de extrema importância que o indivíduos além de proceder à escovagem dos dentes, efectue uma higienização correcta de toda a cavidade oral, sendo que a escovagem da língua é, também, crucial, e por vezes ignorada. Muitos pacientes poderão surgir na consulta de rotina com queixas de “mau hálito” (halitose) sem motivo aparente, frequentemente associado à acumulação de placa bacteriana na língua. Aconselha-se, assim, uma escovagem colocando a face lateral da escova na porção

média da língua com as cerdas viradas para a faringe, sendo esta movimentada para anterior, repetindo o movimento cerca de seis a oito vezes em cada área.^{7,29}

2. Aspecto socio-económico e socio-demográfico

O aumento do risco de doenças orais encontra-se relacionado com baixo estatuto sócio-económico, baixo nível de escolaridade e factores culturais que muitas vezes determinam uma maior dificuldade no acesso à informação e à saúde.^{30,31,32}

Ao longo do tempo, e apesar da persistência de elevadas prevalências de cárie dentária a nível mundial, a prevalência da doença tem vindo a diminuir de elevada para moderada e baixa, nos países mais industrializados.^{33,34}

Verifica-se a persistência de problemas orais em várias comunidades, nomeadamente entre os menos privilegiados com pior estatuto sócio-económico, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento.³³

Uma relação inversa entre o nível social e a ocorrência de cárie tem sido verificada nos países desenvolvidos indicando, muito provavelmente, uma possível influência de factores económicos na melhoria da situação.³⁵

A associação entre baixo estatuto económico e más condições de saúde há muito que é feita, sendo que quanto maior as capacidades económicas, melhor a saúde, no entanto, o assunto não é tão linear como parece, investigadores têm tentado esclarecer esta relação ao longo dos anos, uma vez que os impactos do estatuto socioeconómicos poderão não influenciar de forma tão directa, mas sim pelo desenvolvimento de stress, depressão nos indivíduos, ao contrário do conceito de pobreza que sempre nos vem à ideia. Este tópico acaba por ter um papel indirecto no conceito de saúde de cada indivíduo, muitas vezes não é só pela ausência de cuidados de saúde, mas a maneira como cada um encara a saúde, isto é, a auto-percepção da saúde oral de cada indivíduo tem, encontra-se também associada a factores demográficos e sócio-económicos.³⁵

Vários estudos têm demonstrado correlação entre o baixo estatuto socioeconómico e doença mental, problemas cardíacos, insónia, alterações do nível de cortisol e doença oral, ao contrário da ausência de relação com o índice de massa corporal (IMC), tensão arterial em mulheres, angina, problemas respiratórios e dificuldades nas actividades diárias.³⁶

Um estudo realizado por Petersen *et al.*, na China, mostrou que apenas 44% dos adolescentes escovavam os dentes duas vezes por dia, e aqueles que habitavam meios urbanos apresentavam melhor higiene oral que os localizados nas regiões rurais.³⁵

Verifica-se, ao longo dos anos, a persistência de problemas orais em várias comunidades, nomeadamente entre os menos privilegiados com pior estatuto socioeconómico, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento.³⁵

Nos países industrializados a diminuição de cárie e outras patologias orais pode ser explicada pelas intervenções conseguidas através dos programas de promoção de saúde oral, temos como exemplo países como Suécia, Finlândia, Austrália e Nova Zelândia, que conseguiram implementar programas orientados para prevenção da cárie dentária.⁷

Contudo, em muitos países em vias de desenvolvimento, as populações não têm acesso a cuidados de saúde sistemáticos, sendo dada pouca importância à prevenção primária para as doenças orais. O maior problema nestes países consiste na falta de médicos dentistas e profissionais de saúde capazes de prestarem cuidados de saúde oral.³⁵

Há que salientar, no entanto, que a diferença de cuidados de saúde não ocorre apenas entre países, mas também dentro do próprio país, inclusive nos países mais desenvolvidos.³⁵

Num estudo de Mashoto *et al.*, foi possível verificar que a percentagem de adolescentes que nunca escovava os dentes eram aqueles com o pior estatuto socioeconómico, bem como em que as habilitações literárias dos pais eram menores. Além disso, eram habitantes de áreas rurais.³⁷

3. Utilização de fio dentário

O fio dentário é um complemento fundamental à higiene oral, permitindo a higienização desses espaços interdentários, com acesso difícil à escova.^{17,35}

É recomendável a utilização diária do fio dentário de modo a prevenir o surgimento de cárie nas faces interproximais dos dentes e doenças periodontais.^{35,36}

4. Dieta do indivíduo

O consumo de alimentos cariogénicos, com um elevado teor em hidratos de carbono, é um importante factor de risco para o desenvolvimento da cárie dentária e perda dentária prematura e tem vindo a ser um problema em crescente desenvolvimento, principalmente nos países industrializados.²

A higiene alimentar consiste em evitar o consumo frequente de bebidas ou alimentos açucarados, especialmente no período entre as principais refeições. É importante o consumo regular de alguns alimentos, como frutas e vegetais, que contribuem também para a prevenção do cancro das estruturas da cavidade oral.²

Este importante determinante de saúde oral associado a outros comportamentos de saúde oral inexistentes ou ineficazes justificam, em grande parte, a elevada prevalência de cárie encontrada, pois esta encontra-se intimamente ligada à introdução dos hidratos de carbono refinados na dieta da população, principalmente a sacarose, que é considerada o dissacarídeo mais cariogénico, sendo este o mais presente na dieta familiar em quase todo o mundo.²⁵

Apesar da necessidade da participação de hidratos de carbono fermentáveis para o surgimento de lesões cariosas, o factor dieta deve ser analisado a partir do conceito de multicausalidade das doenças, pois não existe nenhum alimento capaz de causar cárie sem a interação de outras variantes biológicas e não biológicas neste processo. Os alimentos possuem influências nutricionais e dietéticas sobre o organismo humano. Os efeitos nutricionais são mediados sistemicamente e resultam da absorção e circulação dos nutrientes nos tecidos, relacionando-se com o equilíbrio energético do organismo, podendo influenciar os dentes durante o período formativo (odontogénese), bem como a quantidade e qualidade do fluxo salivar, aumentando ou diminuindo a resistência do hospedeiro. É, também, importante a maneira como os diversos alimentos afectam a percepção dos sabores, as preferências dietéticas e os padrões alimentares. Já os factores dietéticos exercem influência local ou direta sobre os dentes reagindo com a superfície do esmalte e actuando como substrato para os microorganismos cariogénicos da microbiota oral.²⁵

O aconselhamento dietético é fundamental para qualquer programa de prevenção e manutenção de saúde oral, visto que os hábitos dietéticos adquiridos na infância formam a base para o futuro padrão alimentar. Nele deve-se levar em

conta, porém, a realidade em que a criança vive, tendo como objetivo central a utilização racional de açúcar.²⁵

Estudos têm demonstrado um elevado consumo de açúcar (Nacao; Chuan; Rodrigues, 1996; Rocha *et al.*, 1998; Rosenblatt, 1994) que aumenta com o decorrer da idade, de acordo com Jamel *et al.* (1996) e Mazengo, Tenovuo e Hausen (1996).²⁵

No estudo de Novais *et al.* foi observado o consumo de açúcar superior a 4 vezes ao dia em 42,9% dos meninos e 33,3% das meninas. Portanto, deve ser recomendada a redução do consumo de açúcares extrínsecos, principalmente a sacarose (Freire; Cannon, Sheiham, 1994). Demonstrou-se uma correlação positiva entre a frequência de ingestão de sacarose e o índice de cárie dentária, estando de acordo com Holbrook (1993), Mazengo, Tenovuo e Hausen (1996), Rocha *et al.* (1998) e Leite *et al.* (1999). Referindo-se à ingestão de lanches, foi observado um elevado consumo, sendo na sua maioria compostos por produtos que continham açúcar, concordando com os relatos de Stecksén-Blicks e Holm (1995), Mazengo, Tenovuo e Hausen (1996), Nacao, Chuan e Rodrigues (1996), demonstrando também uma correlação positiva entre a mesma e o índice de CPOD.²⁵

5. Exposição a fluoretos

A manutenção de níveis adequados de flúor na cavidade oral é um determinante de saúde oral importante e que contribui para a prevenção da cárie dentária.²⁷

Isto é conseguido através da aplicação de fluoretos pela escovagem dentária com auxílio de um dentífrico fluoretado e a realização de bochechos periodicamente através de colutórios fluoretados.²

A acção preventiva e terapêutica dos fluoretos é conseguida, predominantemente, pela sua acção tópica, tanto nas crianças como nos adultos, através de três mecanismos diferentes, responsáveis pela:

- Inibição do processo de desmineralização;
- Potenciação do processo de remineralização;
- Inibição da acção da placa bacteriana.⁷

6. Aplicação de selantes de fissuras

Selantes são resinas que quando aplicadas sobre cicatrículas e fissuras dos dentes têm capacidade de inibir a cárie dentária. Estes unem-se firmemente à estrutura dentária para formar uma barreira física entre a superfície do dente e o meio bucal.⁷

Quando colocados com cuidado e sujeitos a controle representam um meio de prevenção excepcional.^{42,43} No entanto, apesar da excelente eficácia demonstrada pelos selantes, vários profissionais têm relutado o seu uso pela não convicção dos seus efeitos e durabilidade, assim como pelo receio de selamento de lesões de cárie. No entanto, estudos têm demonstrado que não há evidência do desenvolvimento de cárie por baixo do selante, mesmo que já existam lesões incipientes.⁷

Os selantes de fissuras devem apresentar as seguintes propriedades: adesão físico-química à estrutura dentária, resistência ao fluídos e compatibilidade com os tecidos orais, serem cariostáticos, resistentes à abrasão e às forças resultantes da mastigação.⁷

A batalha para evitar o aparecimento de cárie na zona de sulcos e fissuras é longa, estas zonas são as mais susceptíveis ao aparecimento e evolução da doença e actualmente ainda correspondem a 80% das cáries em jovens na dentição permanente.⁴²

Vários estudos epidemiológicos revelam a associação entre a morfologia da superfície oclusal e o risco de desenvolver cárie dentária. A anatomia dentária caracteriza-se pela presença de um conjunto complexo de fossas e fissuras com profundidade variável e que se caracterizam por serem locais com maior susceptibilidade ao desenvolvimento de cárie, devido à maior dificuldade de higienização destas áreas e maior retentividade da placa bacteriana.³⁸

A lesão de cárie de sulcos e fissuras representa de 50% a 54% das cáries dentárias embora a superfície oclusal represente apenas 12% de todas as superfícies dos dentes. Isto acontece provavelmente em virtude da falha que ocorre na coalescência das fossas e fendas durante o desenvolvimento do dente, tornando tais superfícies verdadeiras armadilhas para bactérias e alimentos. Na tentativa de retardar o aparecimento de lesões, muitos métodos têm sido utilizados, como o tratamento com flúor, boa higiene oral, selantes de fissura, etc. Contudo, vários autores afirmam que o

uso de flúor, tanto profissional como domiciliar, exerce pouco ou nenhum efeito benéfico nestas áreas.^{7,21,23}

Várias medidas preventivas têm vindo a ser experimentadas, como bloqueio físico das fissuras com cimento fosfato de zinco, eliminação mecânica dos sulcos, odontotomia profilática e tratamento químico com nitrato de prata. A investigação nesta área continua, e com novas tecnologias e materiais estudados a cada dia, com a descoberta do condicionamento ácido por Buonocore de 1955, novos métodos surgiram, envolvendo o uso de uma resina.³⁹

A decisão de colocar um selante deve ser cuidadosamente analisada, o diagnóstico deve ser cuidado e vários factores têm que ser tidos em conta, nomeadamente:

- Profundidade de sulcos e fissuras;
- Risco de desenvolvimento de cárie dentária;
- Exposição a fluoretos.^{39,40}

Os selantes de fissuras são mais eficazes quanto mais precoce for a sua aplicação. Por isso, é indicada a aplicação após a erupção dentária.^{39,40,41}

A questão actualmente passa por saber qual a técnica preventiva é melhor como parte de um plano de tratamento.⁴²

A indicação da aplicação de selantes, incluindo o tipo de material indicado, está na dependência do risco de cárie, das características do paciente e da certeza no diagnóstico da cárie oclusal pelo profissional.⁴²

Quando há certeza que a face oclusal não possui lesão de cárie, deve ser usada a técnica não invasiva, aconselhando-se nesta técnica sistemas adesivos ou selantes sem carga. Na dúvida da existência de cárie, deve optar-se pela técnica invasiva, a qual permite melhor visualização da lesão, e neste caso, como opção de material pode utilizar-se selante com carga ou adesivo associado a selante. O cimento ionómero de vidro está indicado para selamento invasivo ou não invasivo e dentes em fase de erupção (selantes resinosos não são indicados por serem sensíveis à humidade).⁴²

Estudos têm demonstrado que os selantes resinosos possuem maior retenção que selantes de ionómero de vidro.⁴²

No que diz respeito ao tipo de isolamento realizado durante a aplicação do selante, estudos demonstram que o isolamento absoluto favorece o aumento da retenção

do material, uma vez que diminui a contaminação com saliva, sendo esta a maior causa da falha dos selantes no primeiro ano após aplicação.⁴²

A retenção do material, pode também, ser potenciada com a aplicação de agentes adesivos, aplicação de resina fluída (flow) e abrasão das fissuras com seringa de ar após condicionamento ácido.⁴²

7. Consultas Regulares ao Médico-Dentista

A consulta regular ao médico dentista é fundamental e deve ocorrer pelo menos uma vez a cada seis meses, pois permite detectar precocemente doenças orais, fornecer orientações específicas acerca de determinados procedimentos de higiene oral e aplicar um conjunto de outras medidas preventivas primárias como a aplicação tópica de flúor e de selantes de fissuras.⁴³

A auto-percepção da necessidade de idas regulares aos serviços de cuidados de saúde médico-dentários, o nível de escolaridade e estatuto sócio-económico, o elevado custo dos cuidados médico-dentários, a fobia e a ausência de odontalgia encontram-se associados à frequência de consultas ao médico dentista.^{44,45,46}

A presença destas barreiras e o acesso restrito aos serviços odontológicos levam a um menor número de oportunidades para a detecção e tratamento precoce da cárie dentária e outras doenças orais, dificultando a prevenção de casos com odontalgia.⁴⁷

Contudo, estas barreiras podem ser facilmente ultrapassáveis através de formação e motivação para a necessidade em visitar o médico dentista, através de programas de promoção da saúde oral e divulgação eficiente de informações sobre comportamentos de saúde oral adequados.⁴⁸

O médico dentista deve ter consciência da necessidade de instruir e motivar os seus pacientes para a aquisição de comportamentos de saúde oral adequados.⁴⁸

Alguns estudos revelam que uma das lacunas encontradas pelos pacientes quando vão ao médico dentista é a falta de informação sobre saúde oral transmitida pelo profissional.⁴⁸

Índice e indicadores de Saúde Oral

Na prática clínica, os índices são usados para avaliar a eficiência da higiene oral dos pacientes, inflamação gengival, alterações do sangramento, bem como auxiliar na educação do paciente, motivando-o para a sua própria higiene. Existem diversos índice e indicadores de saúde oral que permitem determinar um estado específico de presença/ausência de patologia ou factores patológicos como por exemplo:

- índice CPOD;
- índices de placa bacteriana;
- índices gengivais, índices periodontais;
- índices de fluorose;
- índices de má oclusão.^{23,49}

Objectivos do Estudo

Caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de crianças/adolescentes portugueses, residentes em áreas urbanas e rurais.

Determinar a prevalência de selantes na amostra, bem como as faces mais frequentemente seladas e a sua integridade.

Determinação do CPOD e associação com hábitos de higiene oral

Definir estratégias de saúde oral diferenciadas, em função do meio em que se encontra cada escola de modo a melhorar os comportamentos de saúde oral das crianças/adolescentes em idade escolar.

METODOLOGIA

Tipos de estudo

Realizou-se um estudo piloto desenhado como estudo epidemiológico observacional transversal onde avaliámos uma amostra de crianças/adolescentes, entre os 8 e 17 anos, a frequentarem escolas rurais e urbanas do distrito de Viseu e da Guarda.

Protocolo

Em cada indivíduo da amostra:

- Explicação do estudo e preenchimento de consentimento informado (anexo 1)
- Preenchimento do questionário (entregue às crianças no dia do rastreio, o consentimento informado foi previamente entregue aos encarregados de educação para permitir o posterior exame clínico) - anexo 2
- Exame clínico intra-oral para recolha de dados correspondentes ao índice de CPOD/CPOD, presença de selante/integridade dos mesmos/faces seladas (anexo 2)

Exame Dentário – Índice de CPOD (Índice de dentes cariados, perdidos, obturados)

O índice de CPOD é vulgarmente utilizado em estudos epidemiológicos, consiste na média do número total de dentes cariados, perdidos por cárie e obturados num determinado grupo de indivíduos.⁵⁰

Uma vez calculados os índices CPOD ou CPOD estes podem ser agrupados em quatro níveis:

- Muito baixa de 0,1 a 1,1;
- Baixa de 1,2 a 2,6;
- Moderada de 2,7 a 4,4;
- Elevada de 4,5 a 6,5;
- > 6,5 muito elevada.^{34,53}

É um índice puramente quantitativo, na medida em que não esclarece no que diz respeito à extensão da lesão. O diagnóstico de cárie baseia-se em três técnicas

distintas: exame visual, sondagem (com sonda periodontal) e ortopantomografia)«. No presente estudo apenas serão combinadas duas técnicas de diagnóstico (exame visual e sondagem). Relativamente ao exame dentário para a recolha e registos dos dados referentes ao estado dos mesmos, consideramos os seguintes critérios indicados pela OMS no Oral Health Surveys Basic Methods:³⁹

Código 0 – Dente hígido: O dente foi registado como hígido, caso não apresente sinais evidentes de tratamento ou de cárie na coroa ou na raiz quando exposta. São igualmente registadas com este código: manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas resistentes à sondagem; Sulcos ou fissuras no esmalte que não apresentem sinais visíveis de amolecimentos detectáveis à sondagem; Áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; Lesões que pela sua distribuição e/ou história e ao exame visual e táctil demonstram serem provenientes de abrasão; Cáries que não apresentavam cavitação, ou seja, estágios iniciais de cárie não são levados em consideração, uma vez que não podem ser registados com clareza.

Código 1 – Cariado: O dente será registado como cariado quando exista numa superfície, da coroa ou raiz, um sulco, fissura ou superfície lisa com cavidade evidentes ou tecido amolecido na base. Dentes com restaurações provisórias serão incluídos neste critério.

Código 2 – Restaurado com cárie: O dente será considerado restaurado com cárie quando apresentar uma ou mais restaurações permanentes, com uma ou mais áreas de cárie.

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

Código 4 – Dente ausente por cárie: O dente foi registado como ausente devido a cárie, caso tenha sido perdido na realidade por cárie e no qual não houve dúvida quanto à causa.

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

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

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

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

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

Código 9 – Não registrado: Utilizamos este código, quando não for possível examinar o estado da coroa e da raiz por qualquer motivo.

Código		Significado Clínico
Dente Decíduo	Dente Permanente	
A	0	Coroa ou raiz hígida
B	1	Coroa ou raiz cariada
C	2	Coroa ou raiz restaurada com cárie
D	3	Coroa ou raiz restaurado sem cárie
E	4	Dente perdido por cárie
-	5	Dente permanente perdido por outras razões
F	6	Selante
G	7	Apoio de ponte, coroa ou faceta
-	8	Dente não erupcionado
-	9	Sem registo
t	T	Traumatismo ou fractura

Tabela 3 – Códigos proposto pela OMS (1997) para obtenção do índice do CPOD e seus respectivos significados clínicos

Fonte: Sheila Cavalca Cortelli, Fatores de risco a cárie e CPOD em crianças com idade escolar, Cienc Odontol Bras 2004 Abr/Jun; 7 (2): 75-82

Exame Dentário – Presença/Ausência de Selantes de Fissuras

Até ao momento não existem códigos definidos e amplamente aceites para caracterizar os selantes de fissuras, pelo que, baseado no artigo de Robert J. Feig da American Academy of Pediatric Dentistry, adaptou-se uma classificação semelhante e simples.³⁹

No caso da existência de selante de fissuras, registado no quadro do CPOD, avaliou-se posteriormente, a integridade dos selantes e faces do dente seladas.

Integridade de Selantes

- 1 – Selante intacto (total)
- 2 – Selante infiltrado sem cárie
- 3 – Selante infiltrado com cárie
- 4 – Selante presente sem cárie (parcial)
- 5 – Selante resente com cárie (parcial)

Face do dente com selante (nesta avaliação foi possível colocar em cada dente com selante mais do que um código, consoante as diferentes faces seladas)

- 1 – Face oclusal
- 2 – Face vestibular
- 3 – Face lingual/palatina

Material a utilizar para exame clínico:

- Luvas e máscara de protecção individual
- Espelho intra-oral
- Sonda periodontal (recomendada pela OMS)

Variáveis de Estudo

Como características demográficas e socio-económicas consideramos o sexo, idade, habilitações literárias e a área de residência.

Sexo: Masculino e Feminino

Idade: Os pacientes serão questionados relativamente à sua idade e agrupados nos seguintes grupos etários:

- 8 - 11 anos
- 12 - 14 anos
- Igual ou superior a 15 anos

Habilitações literárias dos pais/encarregados de educação: Neste parâmetro, classificámos pretendemos englobar os indivíduos em, essencialmente, três níveis, tendo como base o sistema de ensino português. Segundo os dados obtidos, classificaremos os indivíduos em:

Nível I – pais/encarregados de educação com menos de quatro anos de escolaridade;

Nível II - pais/encarregados de educação que possuem entre quatro e doze anos de escolaridade;

Nível III – pais/encarregados de educação que possuem mais que doze anos de escolaridade, ou seja, detentores de um curso médio ou superior, ou curso tecnológico/profissional.

É, de salientar, que faremos a distinção entre habilitações literárias dos pais e habilitações literárias dos encarregados de educação, embora na maioria das vezes sejam coincidentes, em casos excepcionais as crianças poderão estar ao encargo de outros parentes, sendo que isso poderá influenciar os resultados.

Área de residência: Iremos obter esta informação através de uma questão onde os inquiridos referem se habitam numa aldeia, vila ou cidade. Nesta variável consideraremos os indivíduos que vivem numa aldeia na variável “área rural” e os que habitam na vila e cidade, fazendo parte da variável “área urbana”

Frequência e modo de escovagem: Este tipo de informação ser-no-ás facultada pela resposta a uma questão acerca do número de vezes que a criança escova os dentes por dia, bem como as alturas do dia em que o faz. Além disso, haverá uma pergunta relacionada com o modo como efectua a sua higiene oral, nomeadamente se escova “apenas os dentes”, “os dentes e as gengivas”, “os dentes e a língua” ou “dentes, língua e gengivas”.

Ainda relacionado com a escovagem, será colocada uma questão acerca de onde aprenderam a realizar a higiene oral às crianças.

Utilização do fio dentário: As crianças terão que responder a uma questão sobre a utilização de fio dentário, em que nos dirão se utilizam este meio de higienização, se utilizam ocasionalmente, se nunca utilizaram ou se, eventualmente, não sabem o que é.

Dieta cariogénica: Como se sabe, a infância/adolescência é o período em que a ingestão de açúcares se torna mais tentadora e de difícil recusa, pelo que pretendemos avaliar o grau de consumo de açúcares refinados, inquirindo os indivíduos sobre a frequência de consumo (diariamente, ocasionalmente, raramente, nunca), e horários de consumo (após as refeições, entre refeições, ao deitar).

Consultas ao Médico Dentista: Neste ponto, irão ser colocados aos indivíduos perguntas acerca da frequência das suas idas ao Médico Dentista, bem como a última vez que o efectuou e o motivo da consulta. Na primeira questão “Já foste ao Médico Dentista” temos apenas duas hipóteses de resposta, e caso esta seja positiva, terão de responder à questão “há quanto tempo foi ao médico dentista”, em que as hipóteses são “menos de um mês”, “menos de 6 meses” e “menos de 1 ano”. Em relação, ao último parâmetro relacionado com esta variável surge a pergunta “Porque motivo foste ao Médico Dentista?”, em que as crianças poderão responder: “rotina”, “dor de dentes”, “cara inchada” ou “outros motivos”.

Fobia ao Médico Dentista: Esta variável está de certa forma relacionada com a anterior, e iremos avaliar o receio do Médico Dentista através de uma pergunta simples e objectiva: “Tens medo do Médico Dentista”, em que as opções de resposta são: “Sim”, “Não”.

Exame dentário: Ao avaliar a cavidade oral de cada criança iremos determinar o índice de cpod e/ou CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados, quer em dentição decídua quer dentição permanente).

Selantes: Esta variável, tende a verificar a presença/ausência de selantes na dentição das crianças/adolescentes, bem como a integridade dos mesmos. Tendo como referência, um estudo de Robert J. Feig da American Academy of Pediatric Dentistry, a avaliação da integridade de selantes não está propriamente bem definida, e não é algo

rígido, não há uma definição teórica exacta que nos permite caracterizar a falha de um selante.⁵² Assim, tomámos a liberdade de criar uma pequena classificação acima mencionada.

Recolha de dados

Efectou-se a determinação do índice de CPOD/CPOD e observação da presença/ausência de selantes e sua integridade através do exame intra-oral com recurso a sonda (Who probe) e espelho.

A recolha de dados referente aos comportamentos de saúde oral realizou-se através da aplicação de um questionário com perguntas relacionadas com a frequência de escovagem, utilização de fio dentário, frequência de consultas ao médico dentista, variáveis socio-demográficas e socio-económicas e habilitações literárias dos encarregados de educação/pais.

Análise Estatística

No processamento e análise de dados irá ser utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 20.0) para serem calculadas prevalências, expressas em percentagens. Para comportação de proporções utilizaremos o teste do Qui-quadrado.

Procedimentos legais e éticos

A informação foi recolhida por meio de um questionário e a observação clínico fornecida de modo voluntário, sendo garantida a confidencialidade de todos os dados.

Foi garantido o anonimato da informação recolhida, pedindo aos intervenientes para não colocarem o seu nome ou outra forma de identificação em qualquer parte do questionário.

Cada voluntário, ou neste caso, representante legal, preencheu um termo de consentimento informado, no qual foi elucidado do carácter científico da participação neste estudo.

É, ainda, de salientar, que este estudo foi realizado no âmbito das acções de sensibilização para a saúde oral levadas a cabo pela Universidade Católica – pólo de Viseu.

Amostra

O espaço amostral era constituído por quatro escolas públicas do ensino básico, três do distrito de Viseu e uma do distrito da Guarda. O distrito de Viseu, pertencente, na sua maior parte, à província tradicional da Beira Alta, mas incluindo também concelhos pertencentes ao Douro Litoral e Trás-os-Montes e Alto Douro, tem uma área de 5007 km² e uma população residente de 391 215 habitantes, sendo a sede de distrito a cidade de Viseu, é constituído por 24 municípios sendo que escolhemos o de Viseu, onde estão incluídas as freguesias de Abraveses, Mundão e Silgueiros. O distrito da Guarda pertencente à província tradicional da Beira Alta, salvo os concelhos mais a norte, que pertencem a Trás-os-Montes e Alto Douro, está limitado a norte pelo distrito de Bragança, a leste com a Espanha, a sul com o distrito de Castelo Branco e a oeste com o distrito de Coimbra e com o distrito de Viseu. Tem uma área de 5 518 km² (7.º maior distrito português) e uma população residente de 168 898 habitantes (2009). A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome, é a este distrito que pertence o município de Aguiar da Beira.

Abraveses é uma freguesia portuguesa do concelho de Viseu, com 11,95 km² de área, 8539 habitantes (2011) e uma densidade de 714,6 hab/km².

Aguiar da Beira é uma vila portuguesa pertencente ao distrito da Guarda, Região Centro e sub-região do Dão-Lafões, com cerca de 1 400 habitantes. Ergue-se a 781 m de altitude. É sede de um município com 203,68 km² de área e 5 473 habitantes (2011), subdividido em 13 freguesias. O município é limitado a norte pelo município de Sernancelhe, a leste por Trancoso, a sueste por Fornos de Algodres, a sudoeste por Penalva do Castelo e a oeste pelo Sátão.

Mundão é uma freguesia urbana portuguesa do concelho de Viseu, com cerca de 2385 habitantes, ao passo que Silgueiros é uma freguesia rural.

Silgueiros é uma freguesia portuguesa do concelho de Viseu, com 36,86 km² de área e 3 250 habitantes (2011). Densidade: 88,2 hab/km². Até 30 de Agosto de 1995, o seu nome oficial era Loureiro de Silgueiros. Foi elevada a vila em 20 de Junho de 1997, pela Lei 86/1997, de 24/07/1997.

A amostra obtida, após diversas deslocações às escolas em questão foi de 273 crianças/adolescentes.

Os critérios de inclusão da amostra aplicados foram os seguintes:

- Indivíduos matriculados na escolas em estudo (Escola Básica 2/3 D. Luís de Loureiro - Silgueiros, Escola Básica do 2/3º ciclos de Mundão, Escolas do 1º ciclo de Aguiar da Beira e Abraveses)
- Idades compreendidas entre 8-17 anos
- Ambos os sexos estão incluídos na amostra

Os critérios de exclusão da amostra serão:

- Exclusão de portadores de aparelho ortodôntico fixo e próteses dentárias

Caracterização da amostra

A amostra global foi constituída por 273 indivíduos, sendo que 52 % (n=142) são do sexo masculino. Verificámos que a distribuição de idades nos dois sexos varia entre os 8 e 17 anos, 6,2 % (n=17) com 8 anos, 9,2% (n=25) com 9 anos, 14,7% (n=40) para as idades de 10, 11, 13 e 14 anos, 18,3% (n=50) com 12 anos, 5,1% (n=14) com 15 anos, 1,5% (n=4) com 16 anos, 0,4% (n=1) com 17 anos, tendo ausência de resposta por parte de 2 indivíduos. Agrupando os elementos por faixas etárias, temos dos 8 – 11 anos 45% dos indivíduos, dos 12 – 14 anos, 48% e com 15 anos ou mais 7%.

Dos indivíduos inquiridos 71,5% residem em aldeias, enquanto 18,1% em vilas e apenas 10,4% habitam na cidade, assim considerou-se que a vila sendo parte da área urbana pelo que 71,5% são habitantes de áreas rurais e 28,5 de áreas urbanas.

Quanto às habilitações literárias do pai podemos verificar que 34,2% (n=81) se encontra entre os 4 – 6 anos de escolaridade. Apenas 0,4% (n=1) têm o doutoramento e 0,8% (n=2) o Bacharelato. Temos 1,3% (n=3) de crianças a indicar que o pai possui mestrado, enquanto 5,9% (n=14) referem que este possui a licenciatura. Com menos de 4 anos de escolaridade temos 14,8% (n=35) dos indivíduos a referir tal situação, entre 7 – 9 anos 19,8% (n=47) e 10 – 12 anos 22,8% (n=54).

	N	(%)
Idade		
8 - 11 anos	122	45,0
12 - 14 anos	130	48,0
≥ 15 anos	19	7,0
Residência		
Aldeia	193	71,5
Vila	49	18,1
Cidade	28	10,4
HL Mãe		
Nível I	25	10,2
Nível II	187	76,3
Nível III	33	13,5
HL Pai		
Nível I	35	14,8
Nível II	182	76,8
Nível III	20	8,4
Encarregado de Educação		
Mae/pai	261	96,0
Tia/tio	5	1,8
Avos	2	0,7
Outros	4	1,5

Tabela 2 – Caracterização da amostra

Ainda no mesmo âmbito, mas referentes às habilitações literárias da mãe 32,7% (n=80) possui 10 – 12 anos de escolaridade, 23,3% (n=57) 7 – 9 anos, 20,4% (n=50) 4 – 6 anos, 10,6% (n=26) possuem a licenciatura, 10,2% (n=20) estudaram menos de 4 anos e apenas 1,6% (n=4) possuem bacharelato, 0,8% (n=2) Mestrado e 0,4% (n=1) o Doutorado.

Na sua grande maioria os encarregados de educação das crianças são o pai/mãe (96%, n=261), havendo 1,8% que referem ser os tios/tias, 1,5% outros indivíduos e apenas 0,7% refere serem os avós.

Resultados

Escolas da amostra

No que concerne à distribuição das escolas escolhidas para recolha da amostra, podemos verificar que 45,2% (n=123) dos indivíduos foram analisados em Aguiar da Beira, 18,8% (n=51) em Abraveses, 18,4% (n=50) no Mundão e 17,6% (n=48) em Silgueiros.

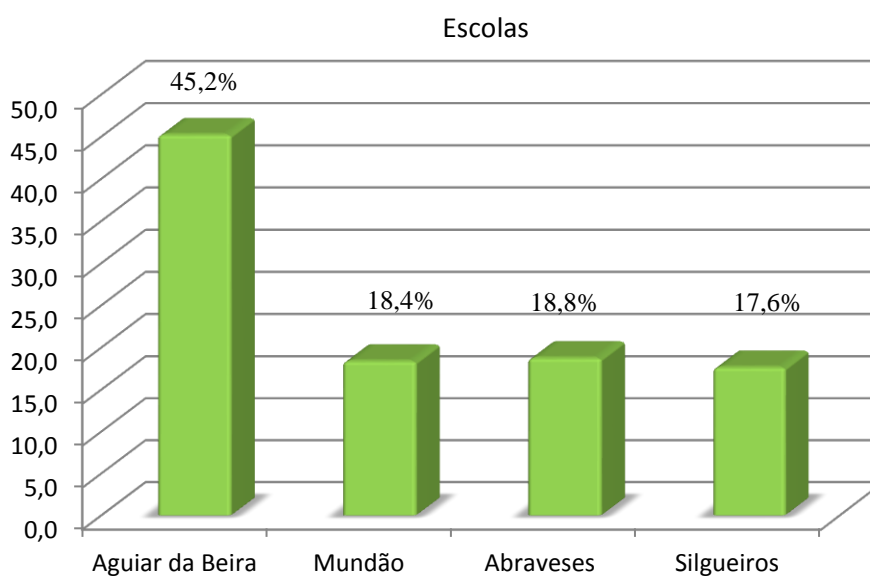


Gráfico 1 - Distribuição da amostra pelas escolas

Ainda neste tópico, foi possível analisar a distribuição da residência das crianças segundo a escola que frequentam.

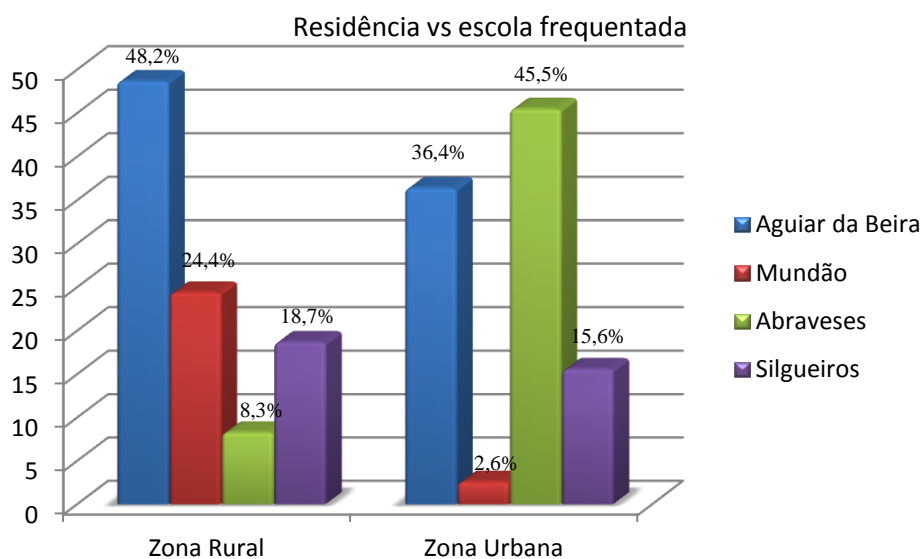


Gráfico 2 - Distribuição da amostra pela área de residência

Podemos verificar que dos indivíduos que residem em zonas rurais 48,7% (n=94) frequentam a escola de Aguiar da Beira, 24,4% (n=47) a escola do Mundão, 8,3% (n=16) Abraveses e 18,7% (n=36) a escola de Silgueiros. Dos habitantes de zonas urbanas 36,4% (n=28) frequentam a escola de Aguiar da Beira, 2,6% (n=2) Mundão, 45,5% (n=35) a escola de Abraveses e 15,6% (n=12) a escola de Silgueiros.

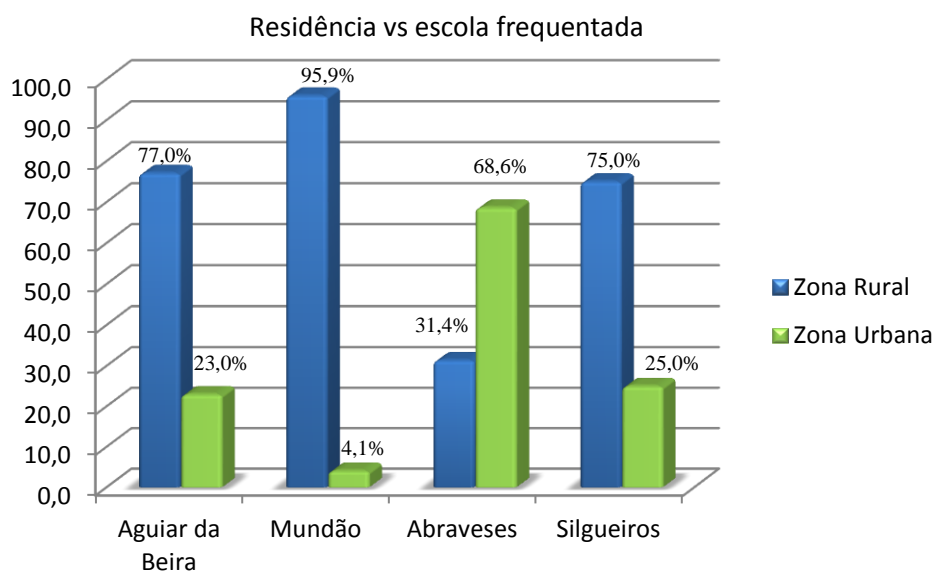


Gráfico 3 - Distribuição dos alunos de cada escola pela sua área de residência

Dos adolescentes matriculados em Aguiar da Beira 77,0% (n=94) residem numa área rural e 23,0% (n=28) num área urbana, na escola do Mundão 95,9% (n=47) habitam numa área rural e 4,1% (n=2) numa área urbana. Na escola de Abraveses 31,4% (n=16) dos alunos mencionam viver numa área rural e 68,6% (n=35) numa área urbana, por último, na escola de Silgueiros temos que 75,0% (n=36) das crianças residem num área rural e 25,0% (n=12) numa área urbana.

Habilitações Literárias dos pais e encarregados de educação

Analisou-se as habilitações literárias dos pais e/ou encarregados de educação ds crianças, e posteriormente, cruzaram-se os dados como local de residência, de modo a verificar se existe alguma associação entre ambos.

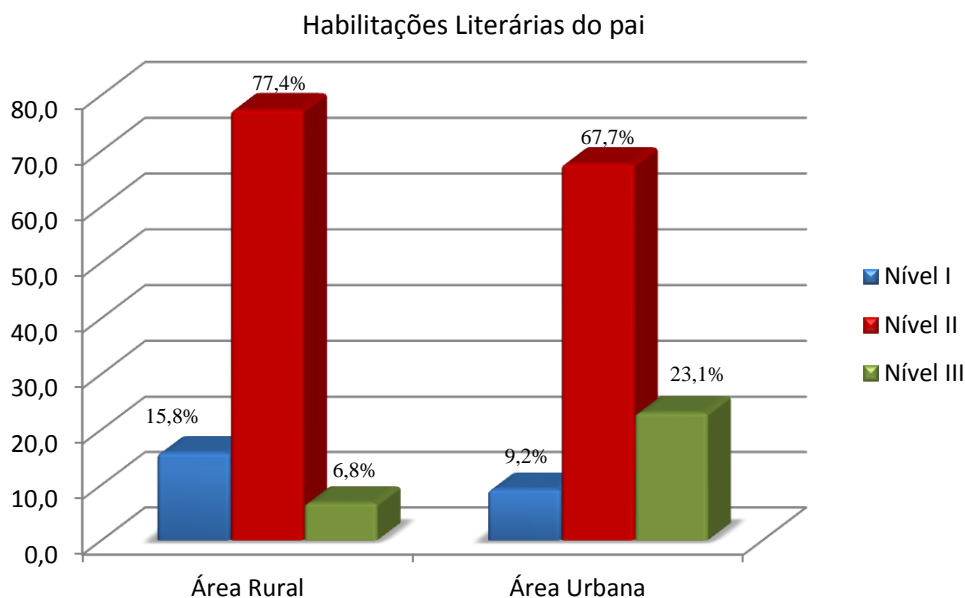


Gráfico 4 - Distribuição das Habilitações Literárias dos pais segundo a área de residência

Dos que residem em áreas rurais, 15,8% (n=28) dos pais têm menos de 4 anos de escolaridade, 77,4% (n=137) encontram entre os 5 e 12 anos de estudos e 6,8% (n=12) situam-se no nível III. Dos habitantes de áreas urbanas 9,2% (n=6) possuem menos de 4 anos de escolaridade (nível I), 67,7% (n=44) o nível II e 23,1% (n=15) apresentam ensino secundário e/ou superior, $p=0,006$.

Podemos ver que residentes em áreas rurais tendem a encontrar-se no nível II de escolaridade, mas nas áreas urbanas é visível a tendência de existirem mais indivíduos com o nível III (23,1% vs 6,8%).

Nas habilitações literárias da mãe podemos ver que, das que residem em áreas rurais, 12,3% (n=22) possuem menos de 4 anos de escolaridade, 75,4% (n=135) encontram-se no nível II (entre 5 e 12 anos de escolaridade) e 1,1% (n=2) no nível III. Dos residentes em áreas urbanas, 4,5% (n=2) apresentam-se no nível I, 81,8% (n=36) possuem entre 5 e 9 anos de estudos e 13,6% (n=6) situam-se no nível III, $p=0,129$.

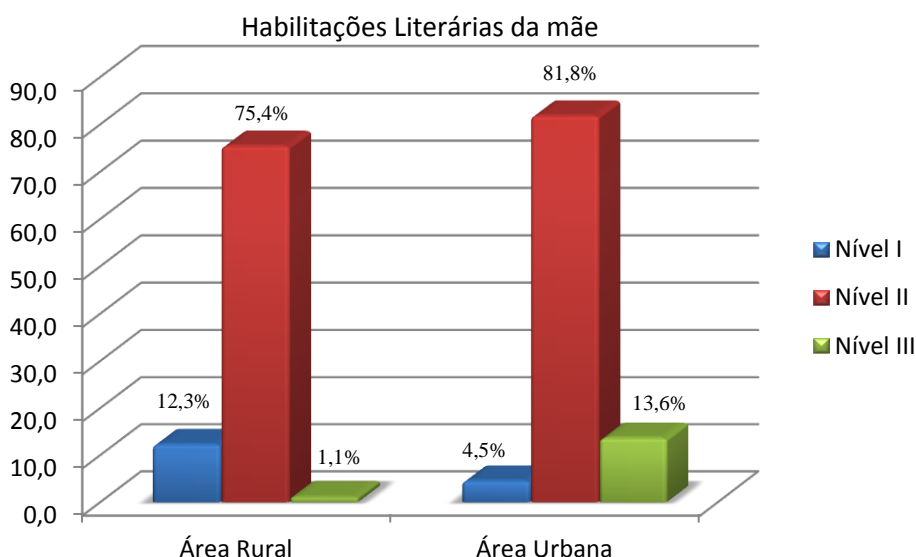


Gráfico 5 - Distribuição das Habilitações Literárias da mãe segundo a área de residência

Ao comparar os gráficos das habilitações literárias do pai e da mãe, podemos ver que há uma tendência para o familiar do sexo masculino possuir um número de anos de estudo superior, nas diferentes áreas de residência, havendo maior percentagem de indivíduos no nível III do género masculino (6,8% vs 1,1% nas áreas rurais e 23,1% vs 13,6% em áreas urbanas).

Quanto ao elemento que é encarregado de educação da criança, a maioria (frequência absoluta=261, frequência relativa=96%) refere ser o pai/mãe, 1,8% (n=5) menciona ser o tio/tia, 0,7% os avós e 1,5% (n=4) diz que são outros elementos da família e/ou fora dela.

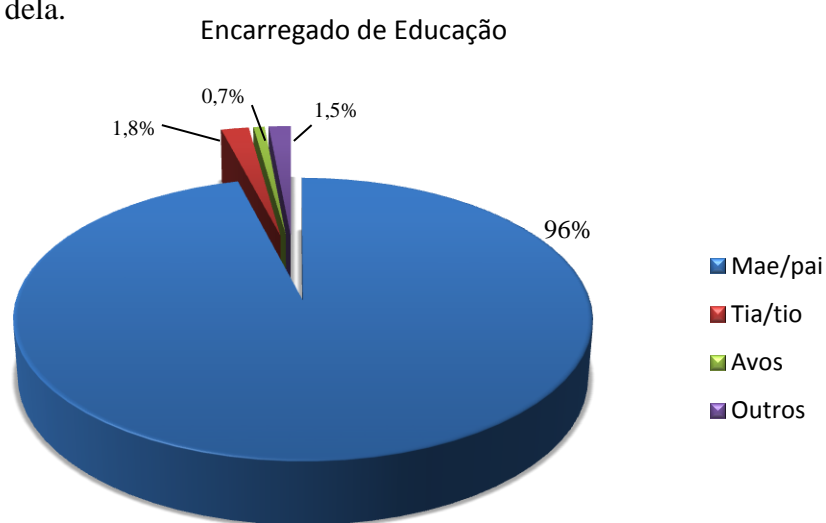


Gráfico 6 - Encarregado de Educação das crianças

Escovagem dentária

Quanto aos comportamento de saúde oral, nomeadamente à pergunta “Escovas os dentes”, 77,5 % (n=207) afirmou escovar os dentes diariamente, enquanto 22,5% (n=60) refere não o fazer.

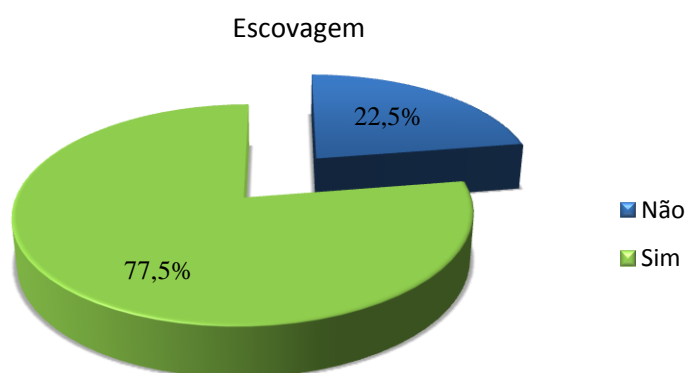
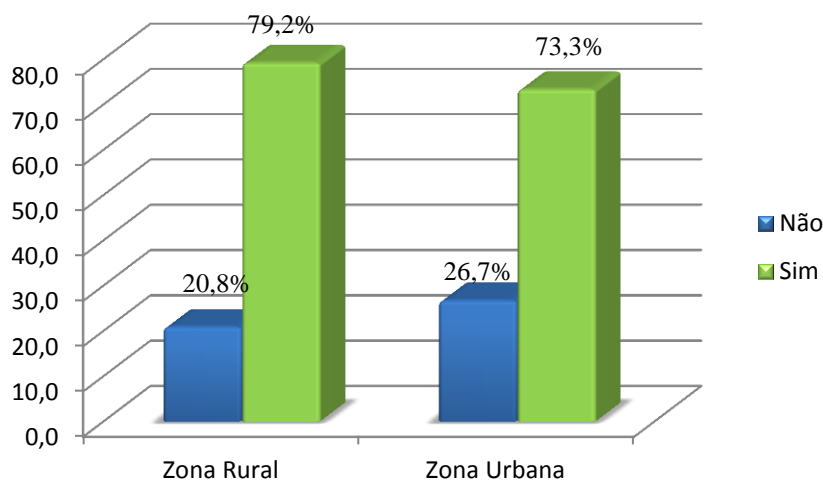


Gráfico 7 - Frequência da escovagem dentária

Ainda neste tópic foi possível analisar a distribuição das respostas pela área



de residência, dos que afirmaram escovar os dentes, temos 79,2% (n=152) a residirem na aldeia e 73,3% (n=55) em zona urbana. Dos que responderam negativamente, 20,8% (n=40) residem numa

Gráfico 8 - Distribuição da escovagem por área de residência

zona rural e 26,7% (n=20) numa zona urbana, $p>0,05$.

Quanto ao número de vezes que as crianças referem escovar por dia, 59,3% (n=128) diz escovar duas vezes por dia, 21,3% (n=46) apenas uma, 15,3% (n=33) refere escovar três vezes, 1,9% (n=4) quatro vezes e 2,3% (n=5) cinco vezes por dia.

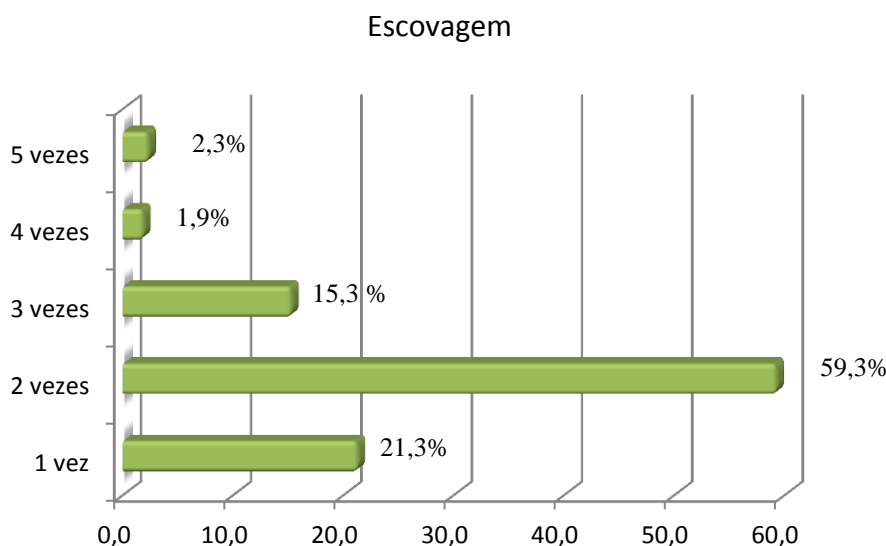


Gráfico 9 - Frequência da escovagem dentária

No que concerne à distribuição das respostas do número de vezes de escovagem por dia segundo a área de residência, verificamos que os habitantes de zonas rurais 20,6% (n=31) escovam apenas uma vez, 63,9% (n=99) duas vezes, 11,6% (n=18) três vezes e com 1,9% (n=3) temos as opções “escovar quatro e cinco vezes”. Dos

residentes em zonas urbanas, 23,0% (n=14) realizam a escovagem apenas uma vez, 47,5% (n=29) duas vezes, 24,6% (n=15) três vezes, 1,6% (n=1) quatro vezes e 3,3% (n=2) cinco vezes.

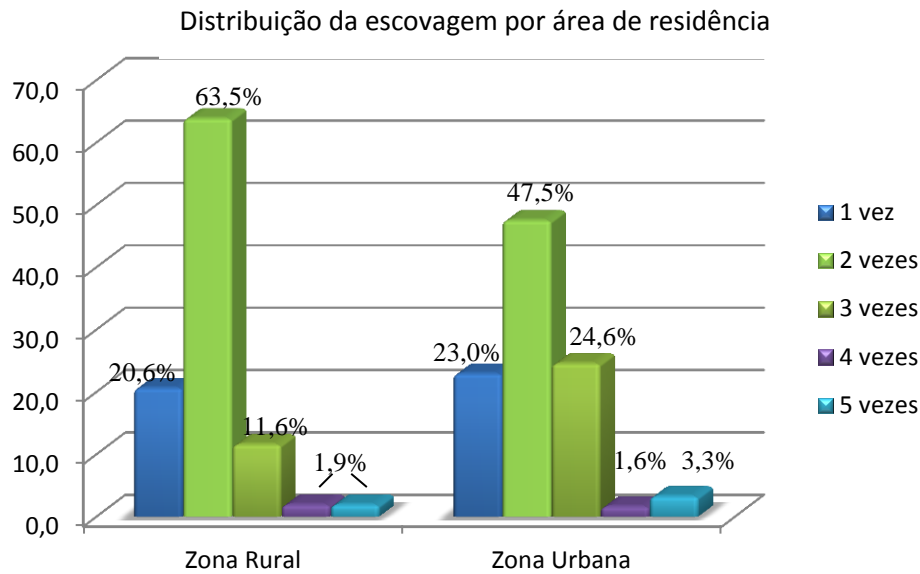


Gráfico 10 - Distribuição da frequência diária de escovagem segundo a área de residência

Àcerca do tempo de escovagem, 34,4 % (n=94) refere escovar durante mais de três minutos, 29,7% (n=81) durante dois minutos, 23,8% (n=65) durante três minutos e 12,1% (n=33) demora apenas um minuto.

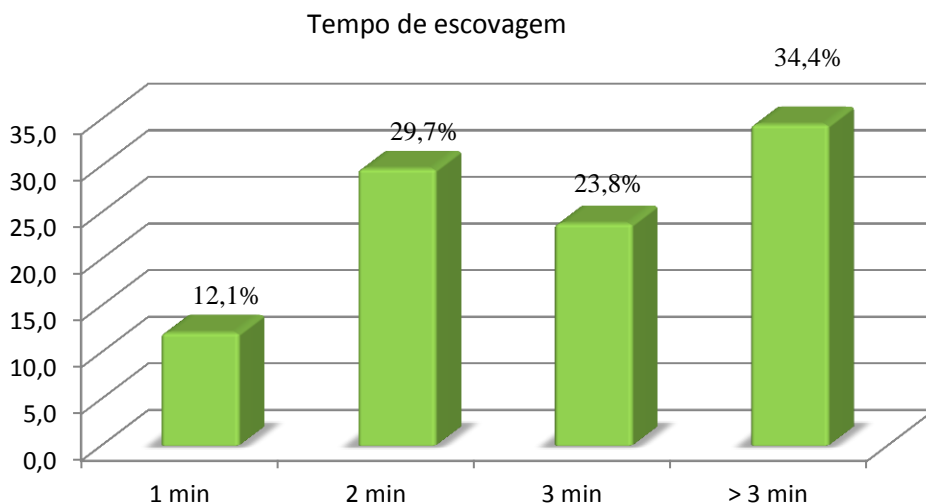


Gráfico 11 - Tempo dispensado na escovagem dentária

Ainda no tópico “tempo de escovagem” analisou-se a distribuição segundo a área de residência, sendo possível verificar que nas zonas rurais 11,9% (n=23) escovam

apenas durante um minuto, 32,6% (n=63) durante dois minutos, 21,2% (n=41) durante três minutos e 34,2% (n=66) durante mais de três minutos. Nas zonas urbanas 13,0% (n=10) demoram um minuto a realizar a sua higiene oral, 23,4% (n=18) dois minutos, 31,2% (n=24) três minutos e 32,5% (n=25) mais de três minutos, $p > 0,05$ ($p=0,586$).

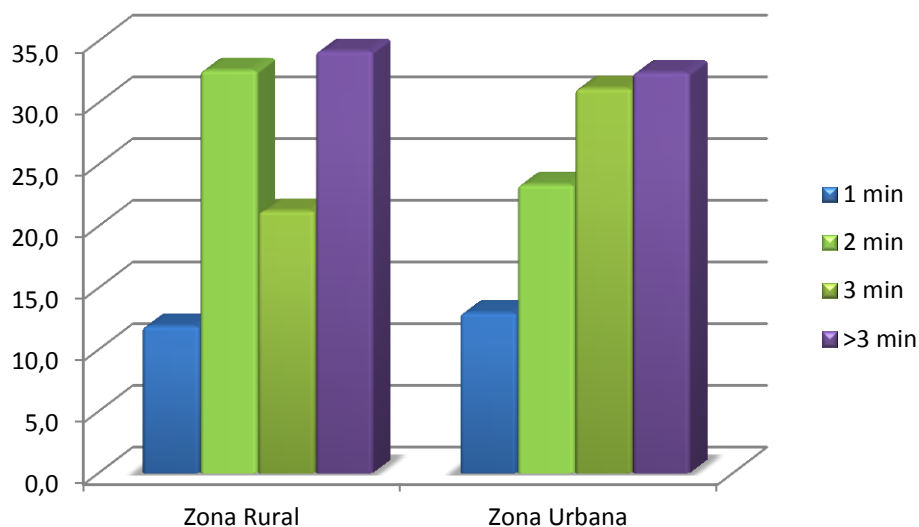


Gráfico 12 - Distribuição do tempo de escovagem segundo a área de residência

Quando inquiridos sobre as alturas em que procediam à escovagem dentária, 10% (n=27) refere só realizar de manhã, 1,5% (n=4) ao fim do almoço, 0,4% (n=1) ao fim do lanche, 7% (n=19) ao fim do jantar e 10,7% (n=29) antes de se deitarem. Os restantes efectuam a escovagem mais de uma vez por dia, sendo que 36,2% (n=98) o realizam de manhã e antes de deitar, 12,5% (n=34) de manhã e ao fim de jantar, 6,3% (n=17) de manhã, ao fim do almoço e antes deitar, 5,5% (n=15) de manhã, ao fim do almoço e ao fim do jantar, 1,8% (n=5) de manhã, ao fim de jantar e antes de deitar, com 1,1% (n=3) temos duas opções: “manhã e fim do almoço” e “manhã, fim do almoço, fim do jantar e antes de deitar”, com 0,7% (n=2) temos “manhã, fim do lanche e jantar” e “manhã, fim do lanche e antes de deitar” e por último, com a menor frequência relativa e absoluta 0,4% (n=1) “ao fim do jantar e antes de deitar”, “manhã, fim do almoço, ao fim do lanche e ao fim do jantar” e “manhã, ao fim do almoço, ao fim do lanche, ao fim do jantar e antes de deitar”.

Alturas em que procedem à higiene oral

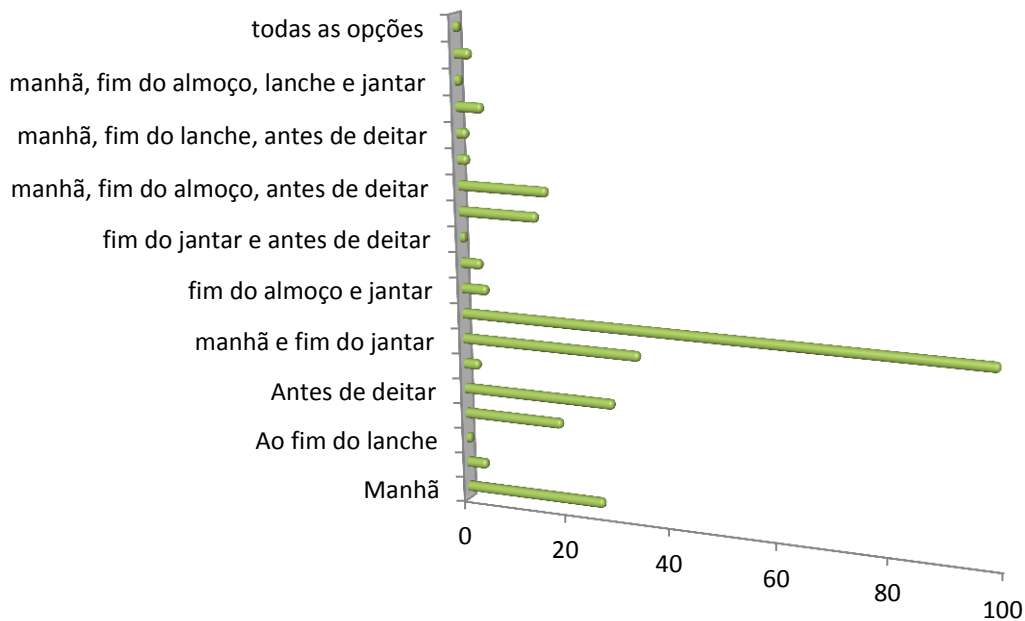


Gráfico 13 - Frequências relativas das horas do dia em que os adolescente realizam a sua higiene oral

Na pergunta “como realizas a tua higiene oral”, 43,1% (n=116) respondeu que procedia a limpeza das gengivas, línguas e dentes, 34,6% (n=93) dentes e língua, 12,3% (n=33) apenas os dentes e 9,7% (n=26) dentes e gengivas, havendo 0,4% (n=1) que respondeu com a alínea a e b, acabando por se repetir (a-gengivas, língua e dentes, b-dentes e língua).

Modo como é realizada a higiene oral

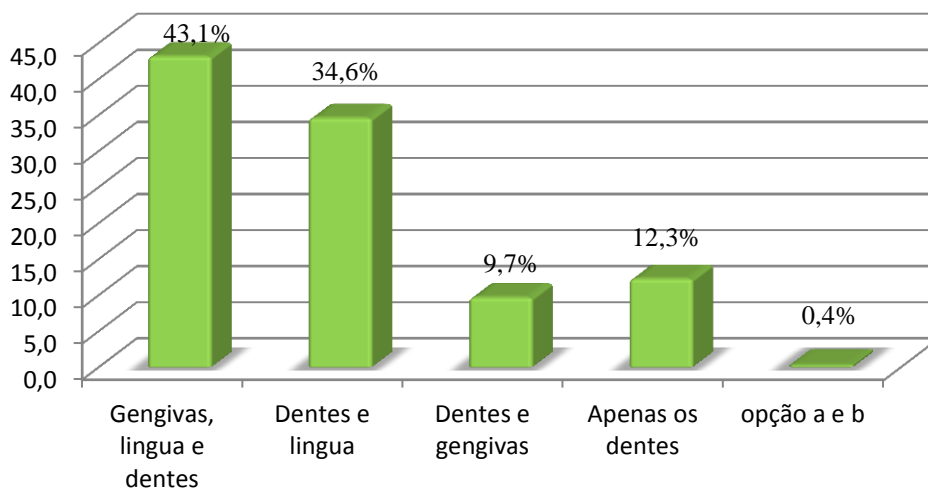


Gráfico 14 - Frequências relativas do modo como os adolescente procedem à sua higiene oral

Ao fazermos a distribuição do modo como os indivíduos realizam a sua higiene oral pela área de residência verificamos que dos indivíduos a habitarem zonas rurais 46,3% (n=88) higieniza gengivas, língua e dentes, 31,1% (n=59) dentes e língua, 11,1%

(n=21) dentes e gengivas, 11,1% (n=21) apenas os dentes e temos 0,5% (n=1) que se repetiram, respondendo as opções a e b (“gengivas, língua e dentes” e “dentes e língua”). Nas zonas urbanas, 44,2% (n=34) faz a escovagem dos dentes e língua, 36,4% (n=28) gengivas, língua e dentes, 14,3% (n= 11) apenas escova os dentes e 5,2% (n=4) procede à limpeza dos dentes e gengivas, com $p > 0,05$ ($p = 0,145$).

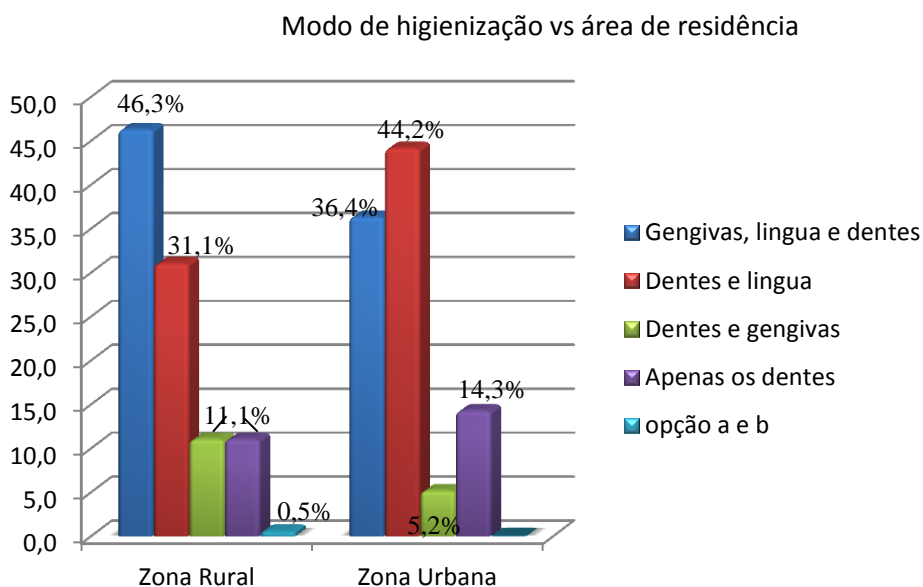


Gráfico 165 - Distribuição do modo de higienização segundo a área de residência

Quando inquiridos acerca de onde aprenderam a realizar a sua higiene oral, 63,5% (n=172) refere ser no seio familiar (casa), 13,7% (n=37) aprendeu na escola, 8,5% (n=23) no Médico Dentista, 4,8% (n=13) em casa e na escola, 1,5% (n=4) no centro de saúde, com 0,7% (n=2) temos as opções em “casa, escola e centro de saúde” e “em casa , escola e médico dentista”, e com 0,4% (n=1) para as opções “casa e médico dentista”, “escola e médico dentista” e “casa, centro de saúde e médico dentista”, 5,5% (n=15) não sabem.

Local de informação sobre higiene oral oral

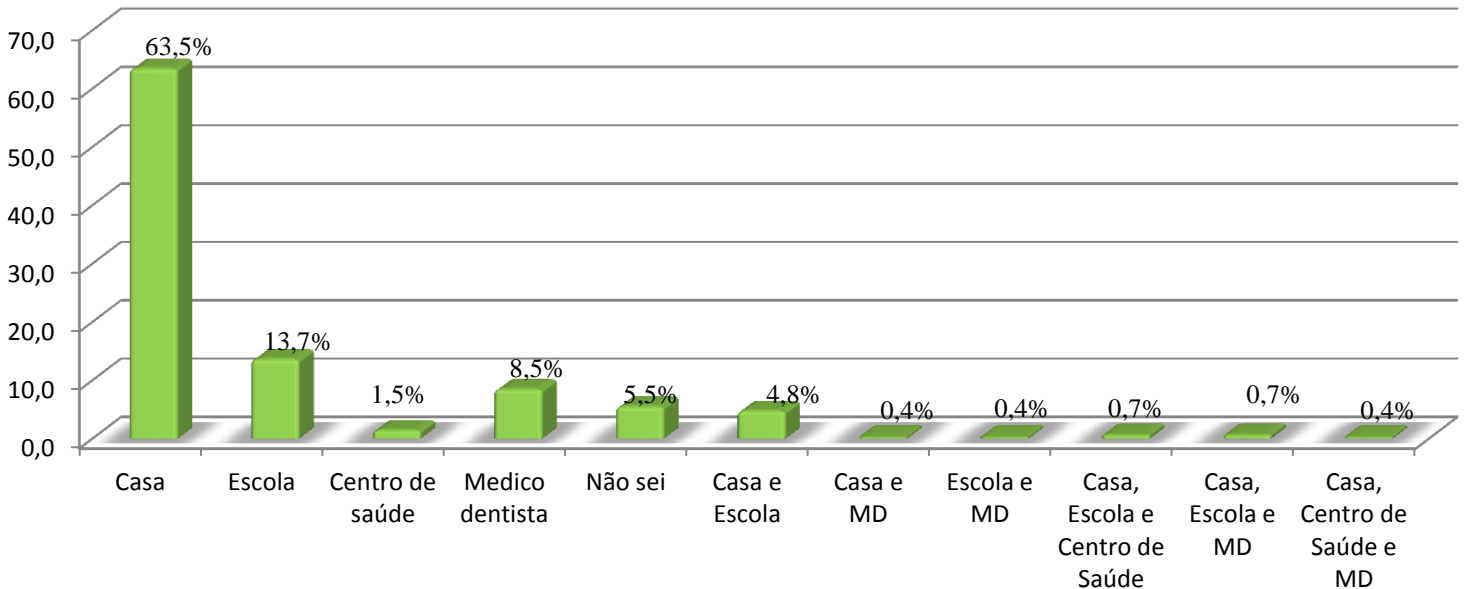


Gráfico 17 - Local onde os adolescentes aprenderam a efectuar a sua higiene oral

Quando fazemos a distribuição de quem responde afirmativamente/negativamente à questão “Escovas os dentes todos os dias” em relação ao género, verificamos que dos indivíduos do sexo feminino 83,1% (n=103) respondem afirmativamente e 16,9% (n=21) referem não o fazer todos os dias. Nos adolescentes do género masculino vemos que 72,1% (n=101) afirma escovar os dentes todos os dias e 27,9% (n=39) não o faz, o que mostra maior descuido nos indivíduos do sexo masculino, com valor de $p < 0,05$ ($p = 0,035$).

Distribuição da escovagem pelo género

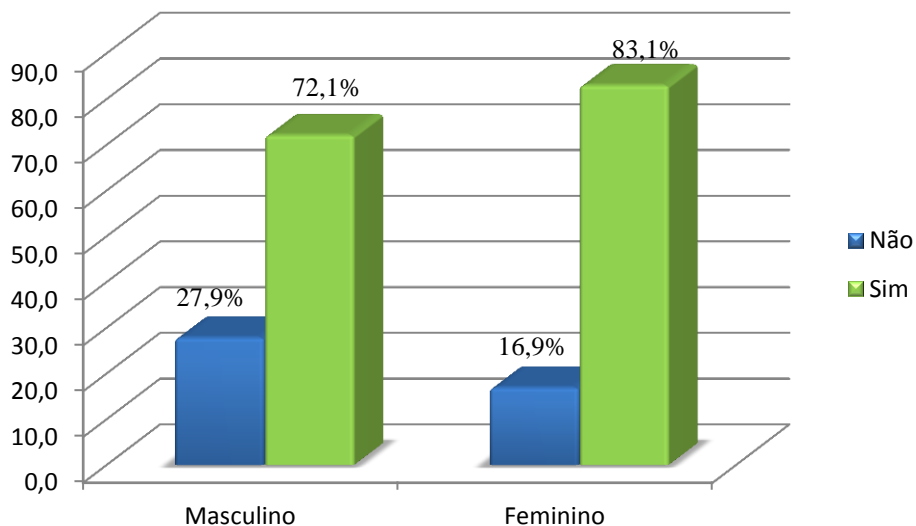


Gráfico 18 - Distribuição da escovagem diária pelo género

Ao analisar a distribuição do número de vezes de escovagem diária pelo género das crianças, obtivemos que dos indivíduos do género masculino 50,9% (n=54) realizam a higiene oral duas vezes por dia, 30,2% (n=32) apenas uma vez, 15,1% (n=16) três vezes diárias, 2,8% (n=3) cinco vezes e 0,9% (n=11) quatro vezes. Nos adolescentes do género feminino podemos verificar que 68,2% (n=73), a maioria, efectuem a sua higiene oral duas vezes por dia, 15,0% (n=16) o fazem três vezes, 12,1% (n=13) apenas uma vez, 2,8% (n=3) quatro vezes e 1,9% (n=2) cinco vezes, $p < 0,05$ ($p = 0,017$).

Distribuição da frequência de escovagem diária pelo género

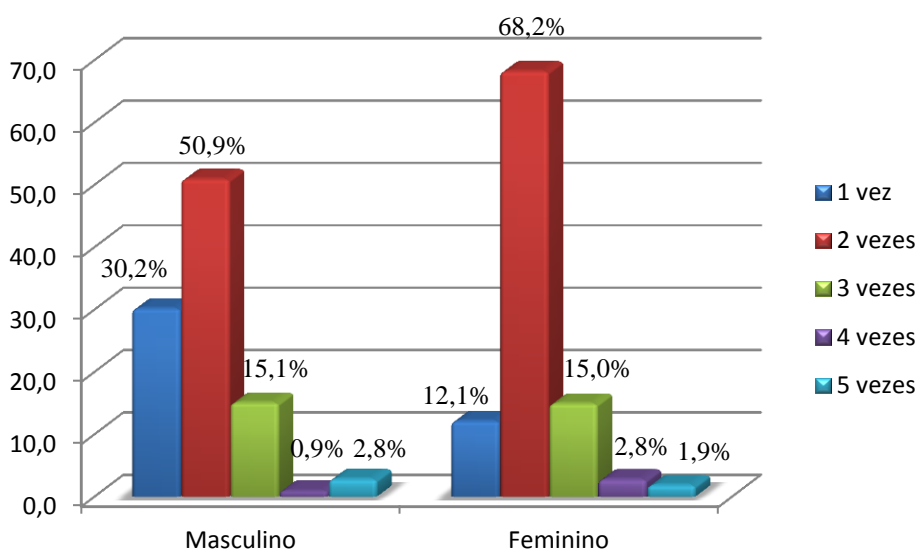


Gráfico 19 - Distribuição do número de vezes que os adolescentes escovam os dentes por dia

Em relação à pergunta “utilizas pasta de dentes com flúor”, 60,3% (n=164) crianças refere que sim, 32,0% (n=87) não sabem e apenas 7,7% (n=21) diz não usar pasta fluoretada.

Pasta de dentes fluoretada

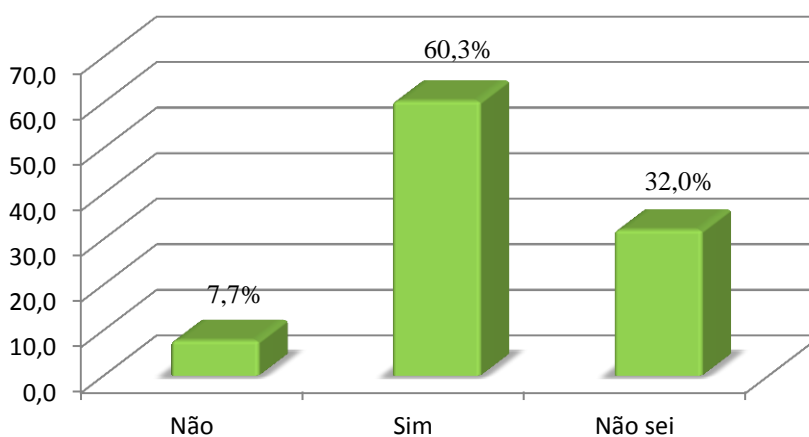


Gráfico 20 - Distribuição das respostas em relação ao uso de pasta fluoretada

Ainda acerca do mesmo tópic, dos residentes em zonas rurais 58,0% (n=112) afirmam usar pasta fluoretada, 32,6% (n=63) não sabem e 9,3% (n=18) não utilizam dentífrico fluoretado, dos habitantes das áreas urbanas, 66,2% (n=51) referem utilizar pasta com flúor, 29,9% (n=23) não sabem e 3,9% (n=3) diz não o fazer.

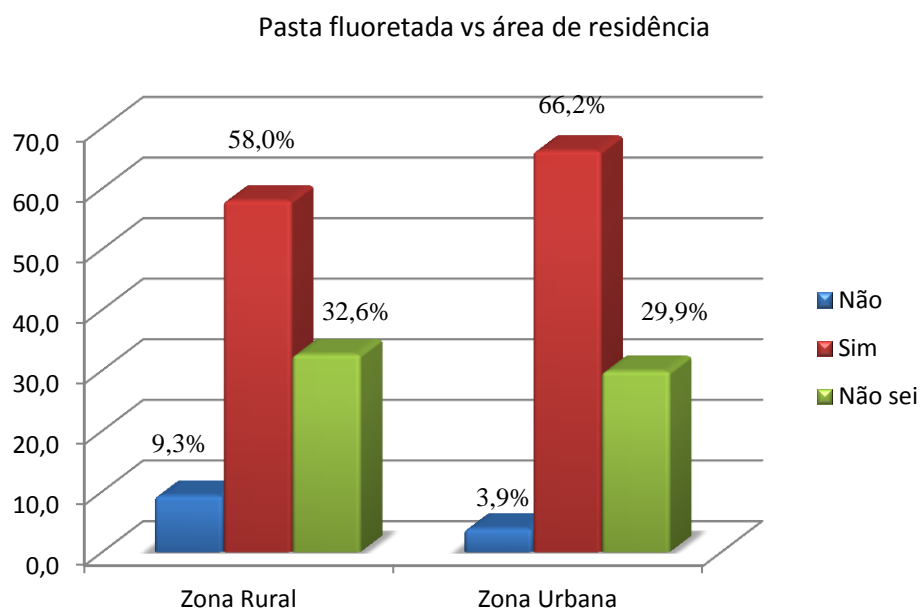


Gráfico 21 - Utilização da pasta fluoretada segundo a área de residência

Utilização de fio dentário

Quando inquiridos acerca da utilização do fio dentário, a maioria 53,5% (n=146) refere não utilizar, 39,2% (n=107) menciona utilizá-lo às vezes, apenas uma pequena percentagem 5,9% (n=2) utiliza diariamente e 0,7% (n=2) não sabem o que é o fio dentário.

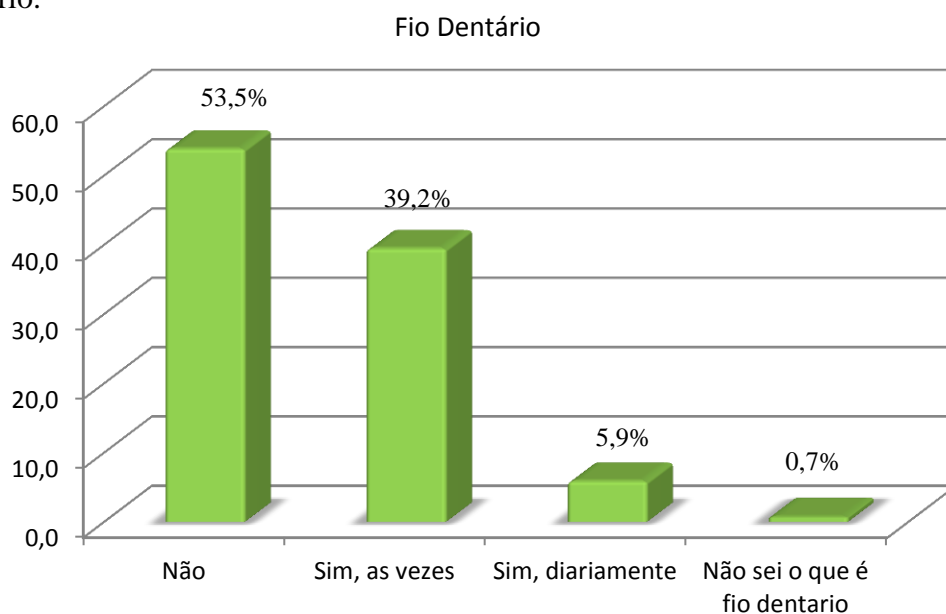


Gráfico 22- Utilização do fio dentário pelos adolescentes

Consultas no médico dentista

Ao analisar se as crianças já tinham ido ao médico dentista, obtiveram-se 98,1% (n=265) respostas afirmativas e apenas 1,9% (n=5) negativas.

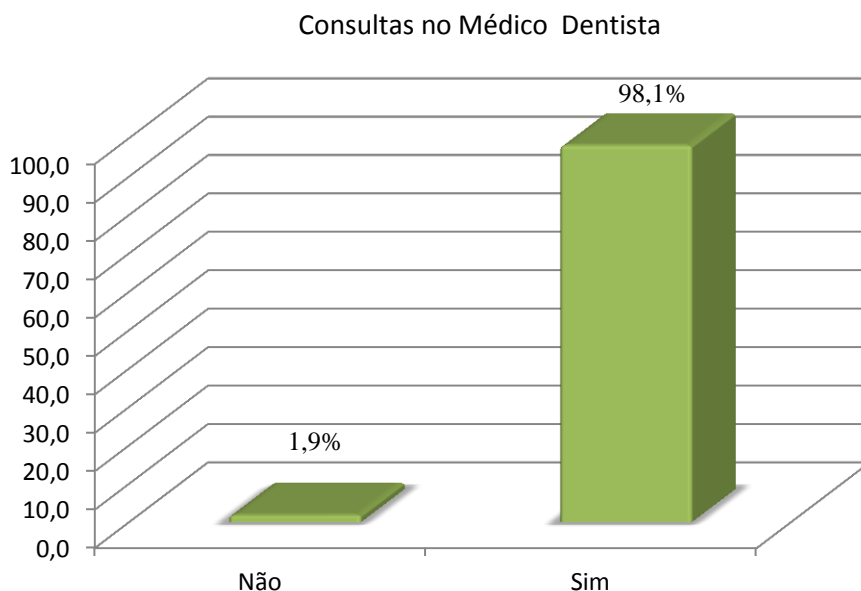


Gráfico 23 - Consultas no Médico Dentista

Ao fazermos a distribuição das resposta pelas escolas observadas, verificámos que na escola EB 2/3 de Silgueiros todas as crianças responderam afirmativamente (100%, n=48), no Mundão 96,0% (n=48) referem já ter visitado o médico dentista e 4,0% (n=2) nunca o fizeram. Na escola de Aguiar da Beira 99,2% (n=120) responderam afirmativamente e 0,8% (n=1) negativamente, na escola de Abraveses 96,1% (n=49) referem ter ido ao médico dentista e 3,9% (n=2) não o fizeram, $p=0,253$.

Distribuição das consultas ao médico dentista por escola

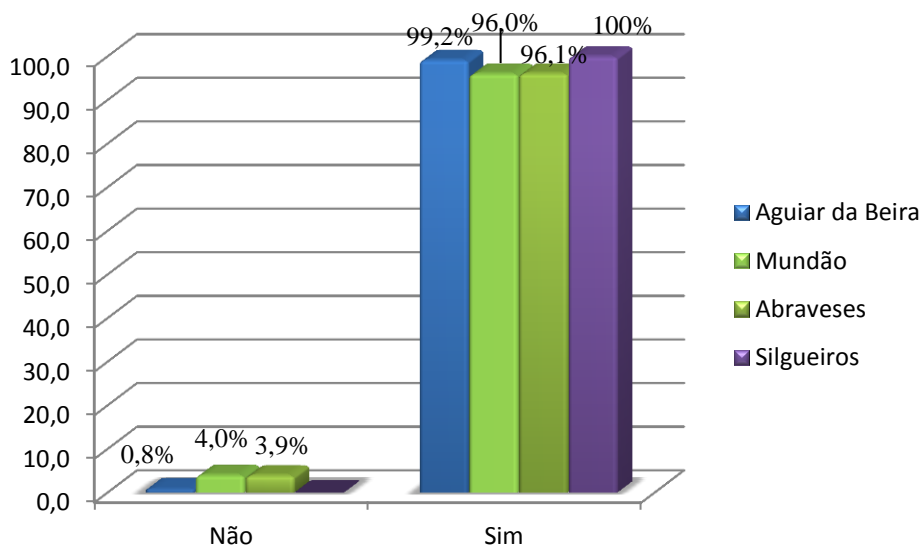


Gráfico 24 - Distribuição das consultas no médico dentista de acordo com a escola frequentada

Ainda neste tópico, ao distribuirmos as respostas pelo local de residência foi possível verificar que 99,5% (n=191) das crianças de zonas rurais já foram ao médico dentista e 0,5% (n=1) nunca o fizeram. Dos residentes em zonas urbanas 94,7% (n=72) já foram ao médico dentista e 5,3% (n=4) nunca o fez, $p < 0,05$ ($p = 0,010$).

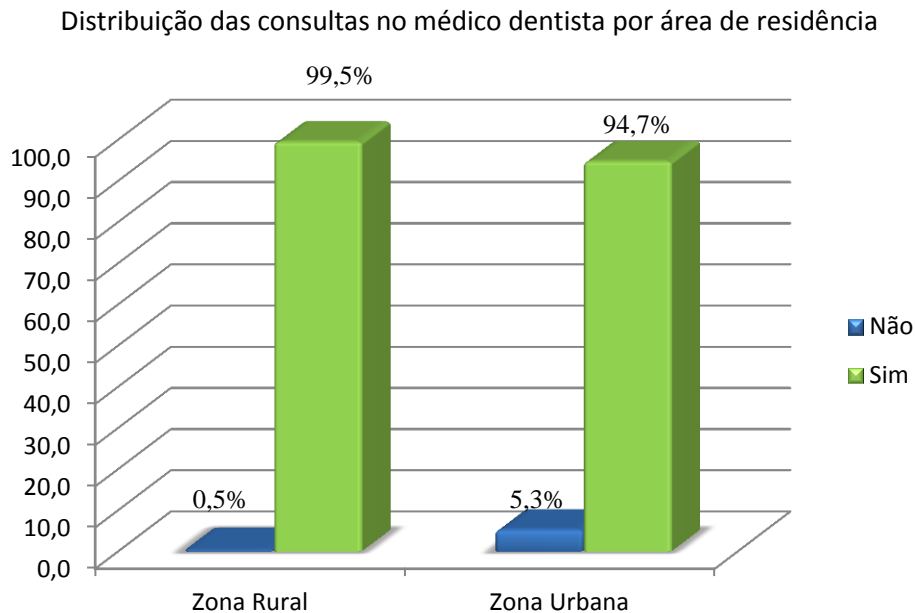


Gráfico 25 - Distribuição das consultas no médico dentista segundo a área de residência

Quando interrogadas se visitaram o médico-dentista nos últimos doze meses 67,3% (n=183) das crianças afirmam que sim, enquanto que 21,0% (n=57) não sabem e 11,8% (n=32) não o fizeram.

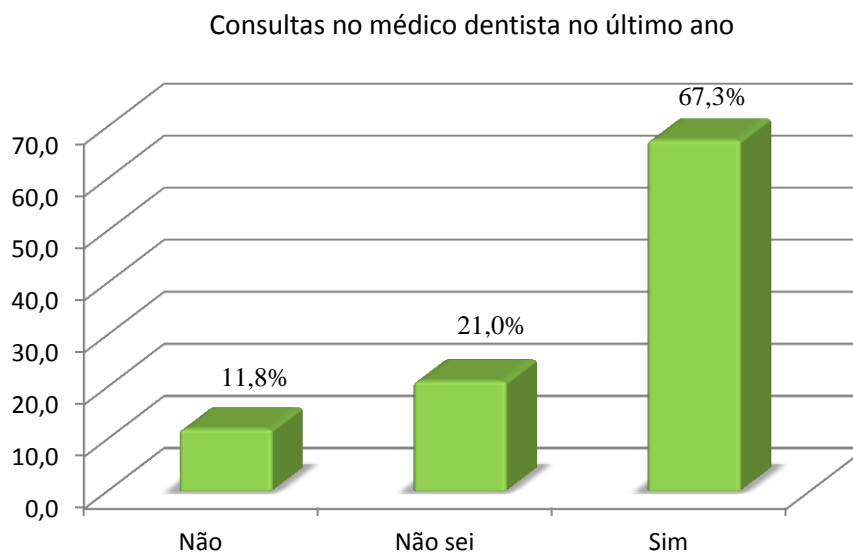


Gráfico 26 - Consultas dos adolescente ao médico dentista no último ano

Das crianças que visitaram o dentista nos últimos doze meses, 33,7% (n=55) refere que o fez duas vezes, 26,4% (n=43) uma vez, 19,0% (n=31) três vezes, 9,2% (n=15) fê-lo quatro vezes, 4,9% (n=8) doze vezes, 4,3% (n=7) cinco vezes, 1,2% (n=2) seis vezes e para 0,6% (n=1) temos as opções “setes vezes” e “oitos vezes” no último ano.

Número de consultas ao médico-dentista nos últimos 12 meses

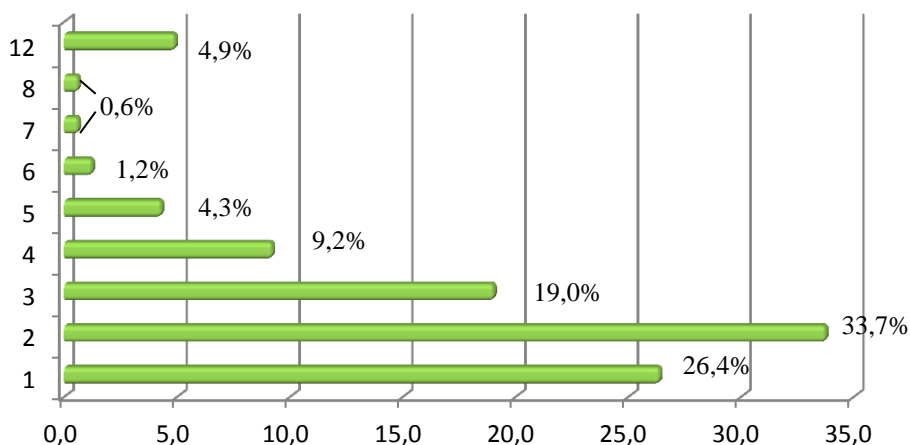


Gráfico 27 - Número de consultas nos últimos doze meses

Os motivos que levam as crianças a ir ao médico dentista são os mais variados, sendo que um grande percentagem 40,6% (n=101) tem por hábito fazê-lo apenas por rotina, 23,7% (n=59) fá-lo para “tratar dentes”, 16,9% (n=42) devido a odontalgias (dor de dentes), 11,2% (n=28) refere fazê-lo por outros motivos não mencionados no questionário (ex: extracção de decíduos), 2% (n=5) diz fazer consulta de rotina ou para tratar dentes, com 1,2% (n=3) temos as opções “rotina e dor de dentes”, “rotina e outros” e “dor de dentes e tratar dentes”, para a percentagem de 0,4% (n=1) temos as opções “cara inchada”, “dor de dentes e cara inchada”, “tratar dentes e outros”, “rotina, dor de dentes e tratar dentes” e “dor de dentes, cara inchada e tratar dentes”.

Motivos da consulta ao médico-dentista

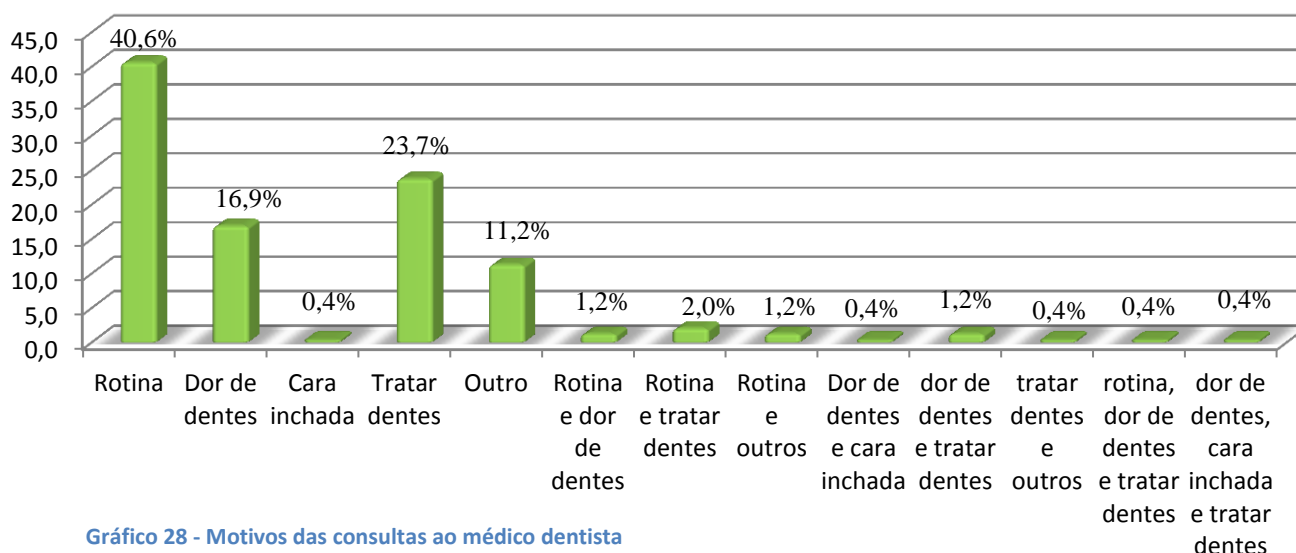


Gráfico 28 - Motivos das consultas ao médico dentista

Podemos verificar que uma maioria das crianças 79,3% (n=203) tem consultas com o médico dentista a nível privado e apenas 20,7% (n=53) o fez no centro de saúde.

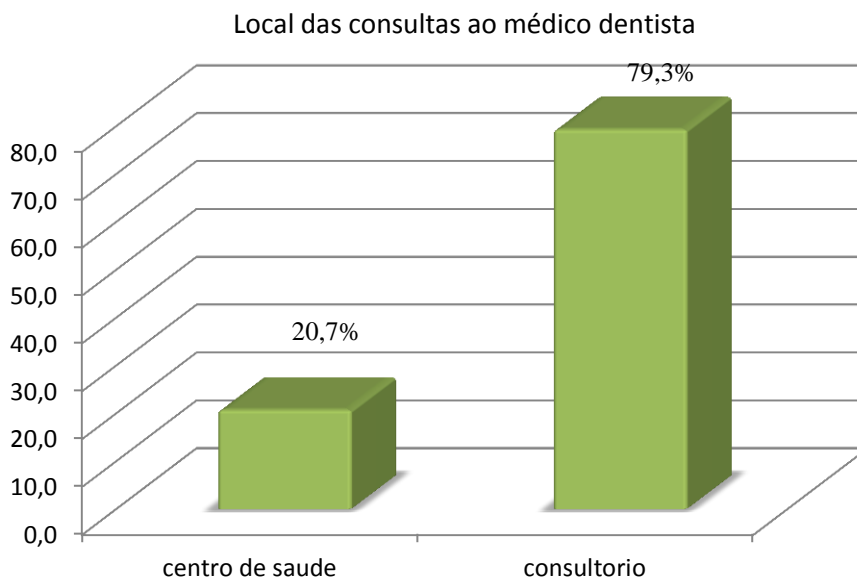


Gráfico 29 - Local das consultas no médico dentista, consultório privado vs centro de saúde

Ao analisarmos a distribuição das consultas de acordo com as escolas, podemos verificar que 89,3% (n=108) dos alunos de Aguiar da Beira dirigem-se a um consultório privado e 10,7% (n=13) ao centro de saúde. Na escola de Mundão, 67,4% (n=29) foram ao médico dentista a nível privado e 32,6% (n=14) no centro de saúde. No que diz respeito à escola de Abraveses 91,1% (n=41) teve consulta de forma privada e 8,9% (n=4) pelo sector público, na escola de Silgueiros 53,2% (n=25) dirigem-se ao consultório privado e 46,8% (n=22) ao centro de saúde, $p = 0,000$.

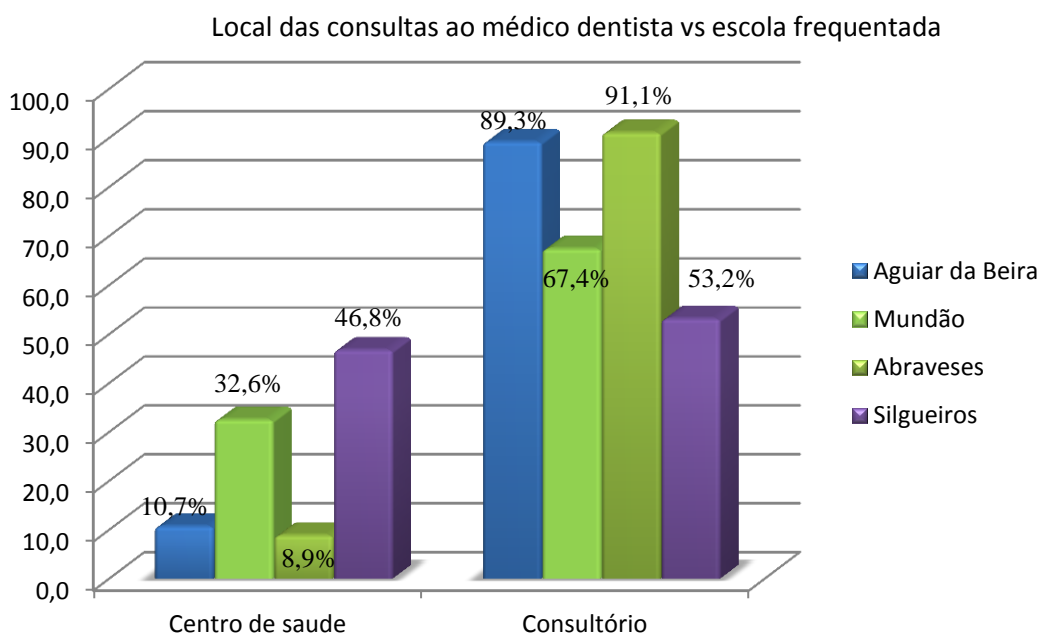


Gráfico 30 - Distribuição do local das consultas de acordo com a escola frequentada

Ainda no mesmo âmbito, verificamos que dos residentes em zona rural 77,9% (n=141) frequentaram o consultório privado e 22,1% (n=40) o centro de saúde. Nas áreas urbanas 83,6% (n=61) deslocaram-se ao consultório privado e 16,4% (n=12) ao centro de saúde, $p>0,05$ ($p=0,312$).

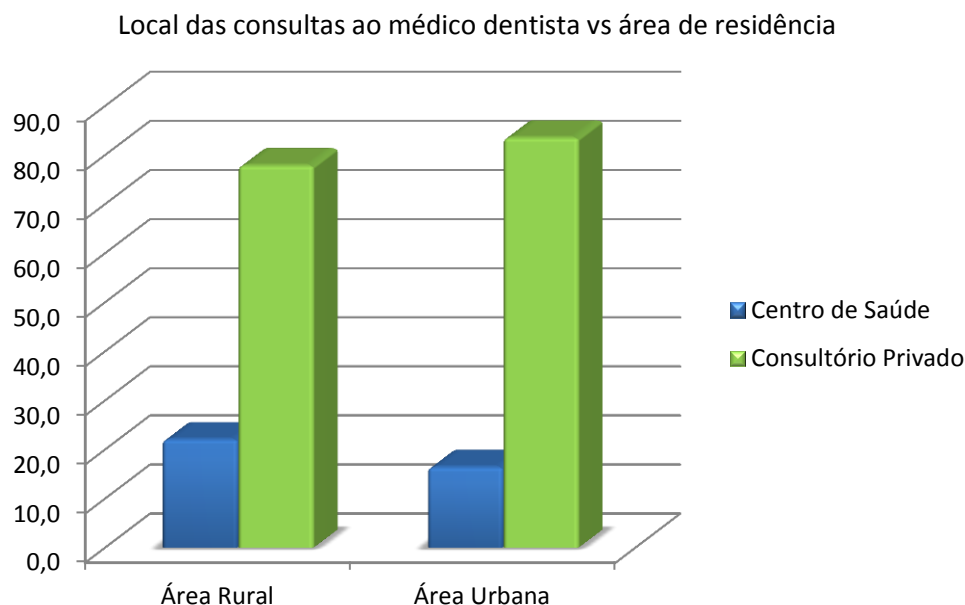


Gráfico 31 - Distribuição do local de consulta no médico dentista de acordo com a área de residência

Referente à pergunta “Utilizas-te algum cheque dentista” 45,6% (n=120) referem que sim, 27,4% (n=72) dizem não saberem e 27% (n=71) dizem não ter usado.

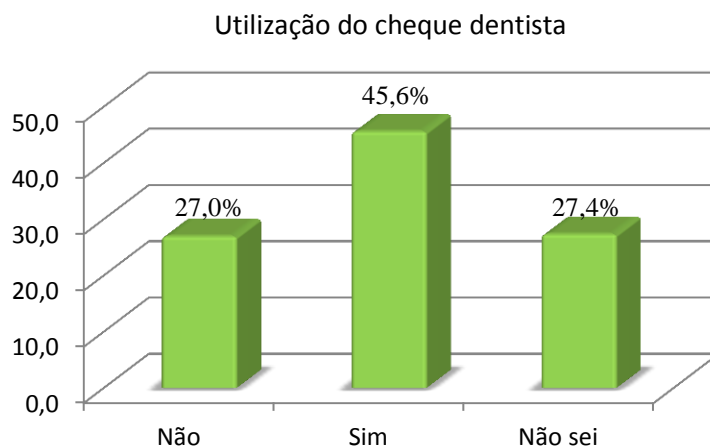


Gráfico 32 - Frequência de indivíduos que utiliza o cheque dentista

Analisando as resposta de acordo com a área de residência obteve-se que dos residentes em zonas rurais 48,1% (n=89) utilizaram o cheque dentista, 26,5% (n=49) dizem não ter utilizado e 25,4% (n=47) não sabem. Dos habitantes das áreas urbanas, 38,2% (n=29) mencionaram ter utilizado o cheque dentista, 32,9% (n=25) não sabem e 28,9% (n=22) referem não o ter usado, $p=0,302$.

Utilização do cheque dentista vs área de residência

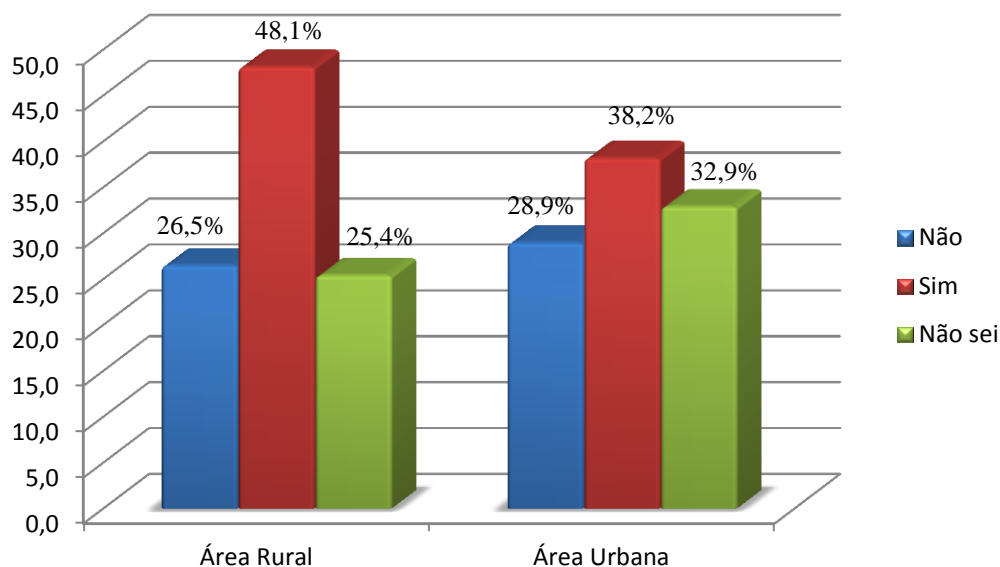


Gráfico 33 - Utilização do cheque dentista de acordo com a escola frequentada

Após realizar a distribuição das respostas pelas escolas em questão verificou-se que dos alunos de Aguiar da Beira 50,8% (n=62) dizem ter usado cheque dentista, 28,7% (n=35) não e 20,5% (n=25) não sabem. No que diz respeito à escola de Mundão 47,8% (n=22) mencionam ter usado cheque-dentista, 28,3% (n=13) não sabem e 23,9% (n=11) não usaram. Na escola de Abraveses 44,9% (n=22) não sabem se usaram cheque-dentista, 28,6% (n=14) referem não ter usado e 26,5% (n=13) usaram. Das crianças a frequentar escola de Silgueiros 50,0% (n=23) usufruíram do cheque-dentista, 26,1% (n=12) não sabem e 23,9% (n=11) dizem não ter usado, $p < 0,05$ ($p = 0,043$).

Cheque dentista vs área de residência

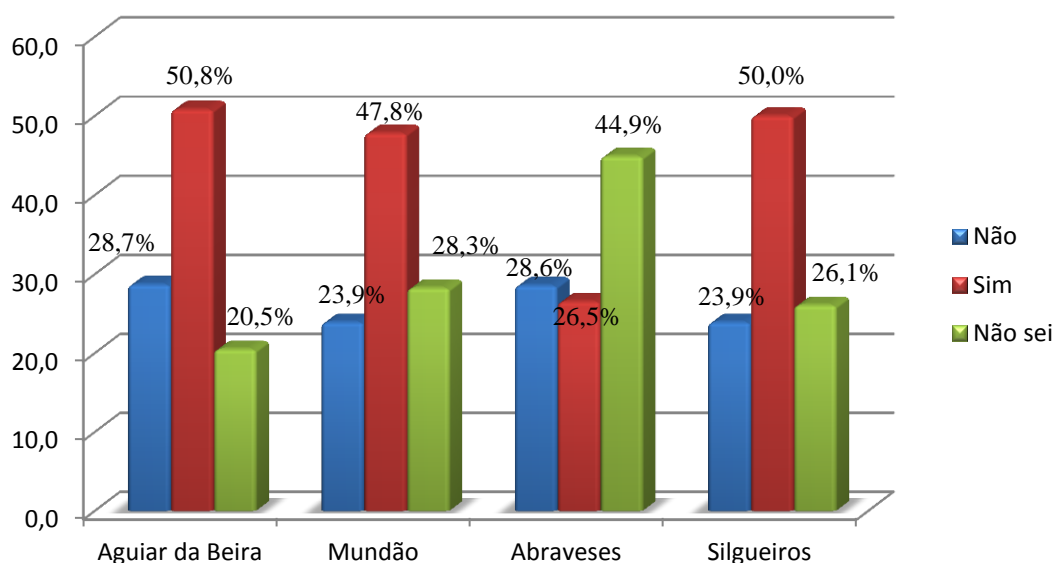


Gráfico 34 - Utilização do cheque dentista de acordo com a área de residência

Quando questionadas se têm medo do dentista, grande maioria 91,4% (n=245) diz que não e apenas 8,6% (n=23) menciona ter medo.

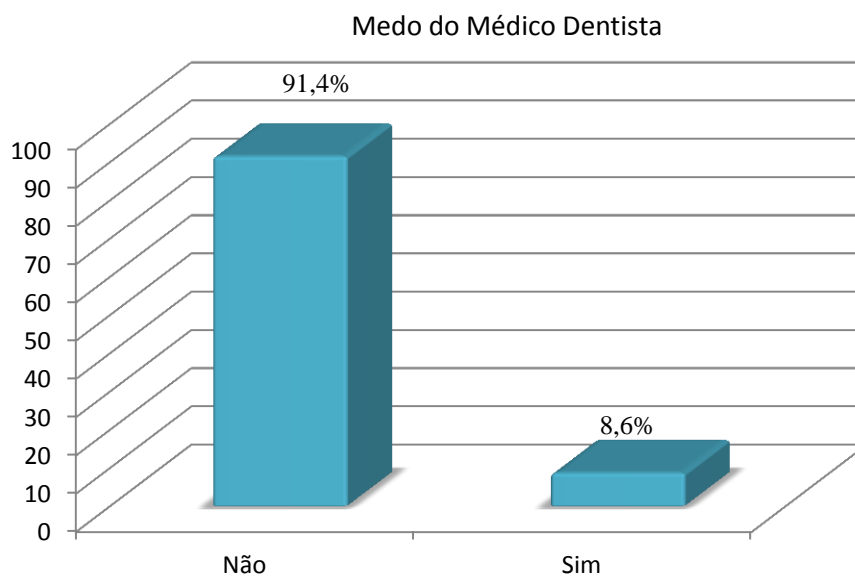


Gráfico 35 - Número de adolescentes com medo do médico dentista

Selantes

No âmbito dos selantes, as crianças foram questionadas se tinham algum conhecimento sobre o que eram selantes e maioria 75,7% (n=203) dizem não saber do que se trata, enquanto 24,3% (n=65) referem que sabem o que são.

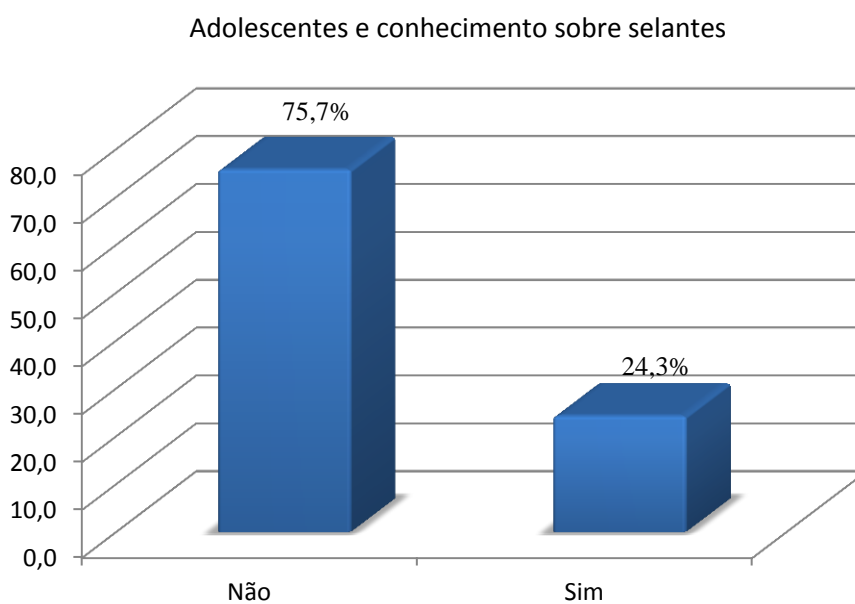


Gráfico 36 - Conhecimento dos adolescentes acerca de selantes de fissuras

Ao analisarmos a distribuição das respostas pela área de residência verificou-se que dos residentes em áreas rurais 77,0% (n=147) não sabem o que são selantes e 23,0% (n=44) mencionam ter noção do que se trata. Dos habitantes de áreas urbanas 72,0% (n=54) referem não saber o que são os selantes de fissuras e 28,0% (n=21) sabem do que se trata, $p > 0,05$ ($p = 0,397$).

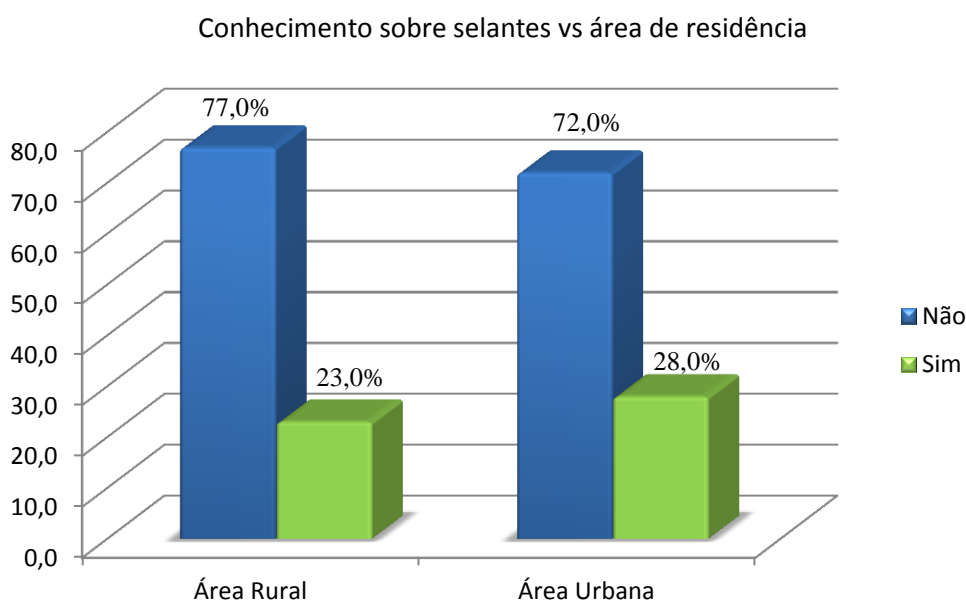


Gráfico 37 - Conhecimento dos adolescentes sobre selantes segundo a área de residência

Na distribuição dos resultados segundo a escola que as crianças frequentam obtivemos que dos alunos que frequentam a escola de Aguiar da Beira 77,0% (n=94) não sabem o que são selantes e 23,0% (n=28) sabem. Dos matriculados na escola de Mundão 32,7% (n=16) sabem o que são selantes e 67,3% (n=33) não. Na escola de Abraveses temos 22,4% (n=11) mencionam saber o que são selantes de fissuras e 77,6% (n=38) não. Por último, em Silgueiros 20,8% (n=10) sabem o que são selantes e 79,2% (n=38) não tem noção do que é esse material, $p = 0,496$.

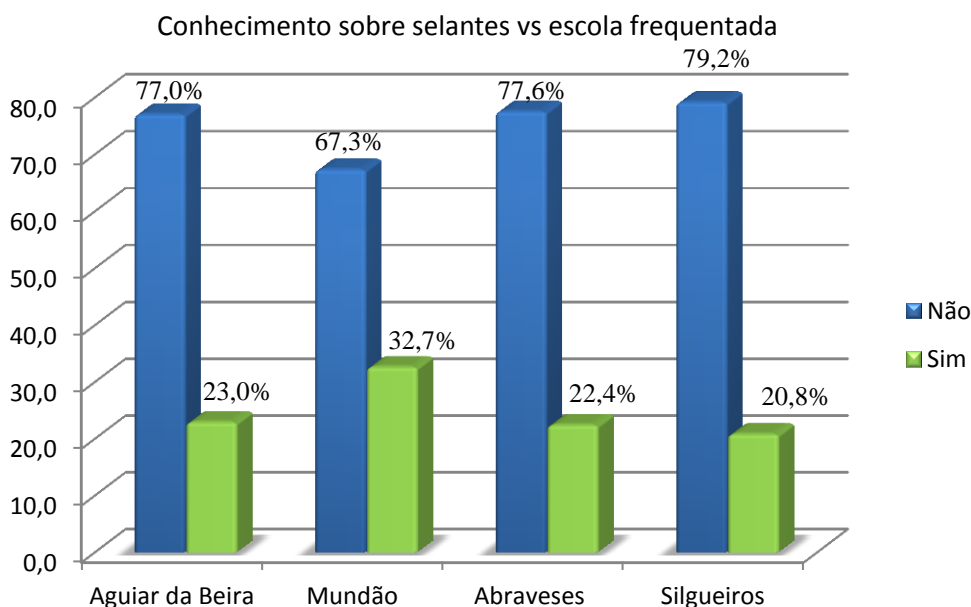


Gráfico 38 - Conhecimentos dos adolescentes segundo a escola frequentada

Após interrogados sobre o que são selantes, é-lhes inquirido se algumas vez colocaram, podemos observar que 56,7% (n=153) não sabe, 22,2% (n=60) afirmam não ter e 21,1% (n=57) referem que já aplicaram selantes de fissura.

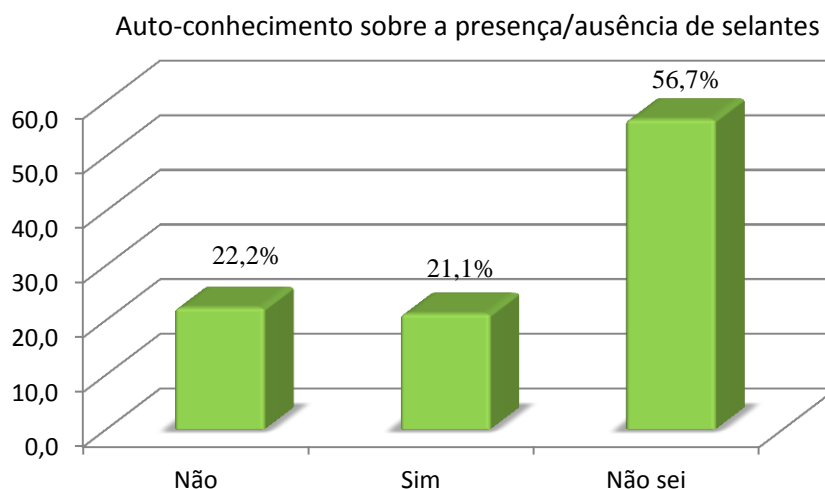


Gráfico 39 - Conhecimento dos adolescentes acerca da possibilidade de possuírem selantes

Continuando no mesmo tópico, dos que residem numa área rural 59,2% (n=113) não sabem se possuem selantes, 22,5% (n=43) referem ter e 18,3% (n=35) dizem não ter aplicado selantes de fissuras. Dos habitantes da área urbana 50,6% (n=39) desconhece se possui este material, 31,2% (n=24) refere que não e 18,2% (n=14) afirmam ter colocado selantes, $p > 0,05$ ($p = 0,071$).

Auto-conhecimento sobre a presença/ausência de selantes vs área de residência

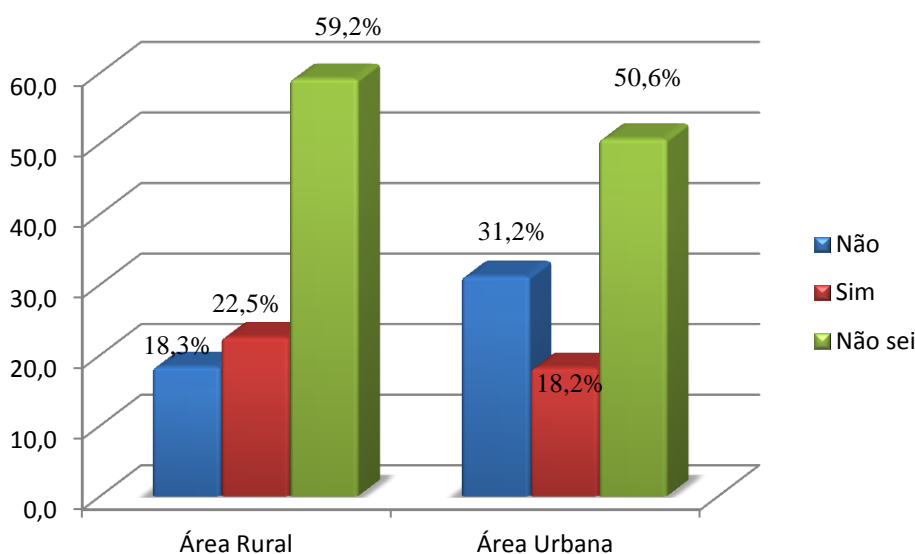


Gráfico 40 - Distribuição das opiniões acerca da presença/ausência de selantes nos adolescente segundo a área de residência

Ao distribuímos as respostas de acordo com a escola frequentada verificou-se que dos que alunos de Aguiar da Beira 54,5% (n=67) não sabem se têm selantes, 23,6% (n=29) referem não ter e 22,0% (n=27) afirma já ter colocado selantes. Na escola do Mundão temos 47,9% (n=23) dos alunos que não sabem se possuem selantes, 27,1% (n=13) que afirmam ter e 25,0% (n=12) que mencionam não apresentar este método preventivo contra a cárie. Dos adolescentes a frequentar a escola de Abraveses temos 56,9% (n=29) que não sabem se têm este material, 23,5% (n=12) afirmam ter e 19,6% (n=10) referem não possuir selantes. Por último, dos alunos matriculados em Silgueiros, 70,8% (n=34) desconhece se tem selantes, 18,8% (n=9) refere não ter e apenas 10,4% (n=5) menciona possuir este biomaterial, $p=0,346$.

Auto-conhecimento sobre a presença/ausência de selantes vs escola frequentada

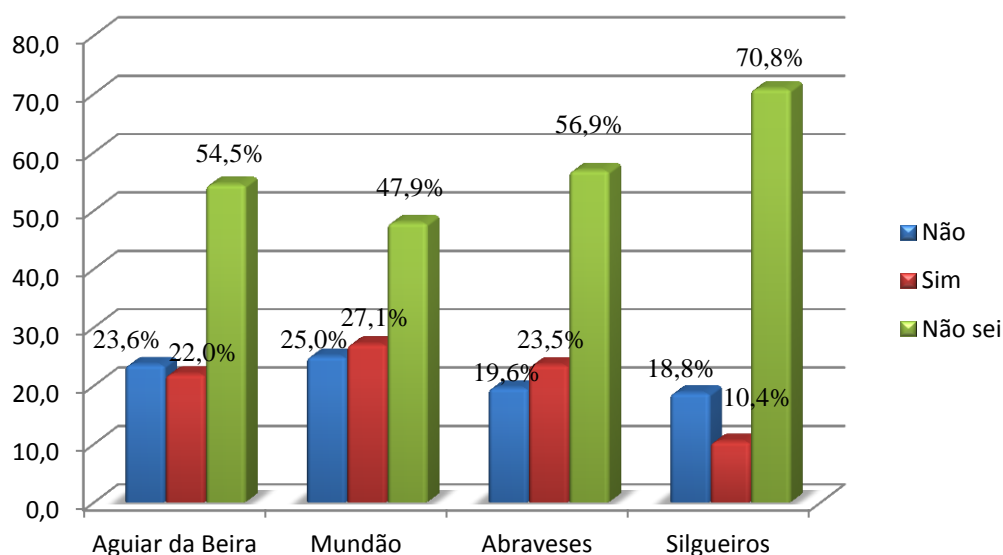


Gráfico 41 - Auto-conhecimento sobre a presença/ausência de selantes na cavidade dos adolescentes segundo a área de residência

Alimentação e Saúde Oral

Consumo de alimentos açucarados

Ao tentarmos averiguar se as crianças têm por hábito ingerir alimentos açucarados foi possível verificar que 68,4% (n=186) o faz às vezes, 21,7% (n=59) raramente, 5,9% (n=16) diz nunca ingerir açucares e 4,0% (n=11) fá-lo todos os dias.

Consumo de alimentos açucarados

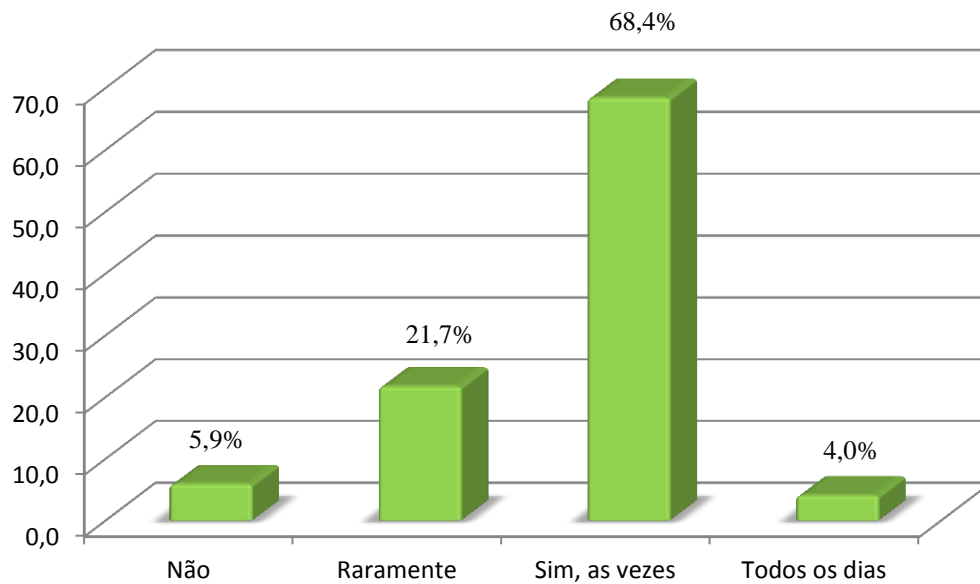


Gráfico 42 - Frequência de consumo de alimentos açucarados pelos adolescentes

De modo a sabermos quando as crianças têm por hábito consumir esses alimentos açucarados foi efectuada uma pergunta nesse sentido, pelo que 49,6% (n=129) consome após as refeições, 44,2% (n=115) entre as refeições 4,6% (n=12) o faz antes de dormir, temos ainda 1,2% (n=3) que dizem consumir após e entre as refeições e 0,4% (n=1) que consome após e entre as refeições e antes de ir dormir.

Alturas do dia de consumo de alimentos açucarados

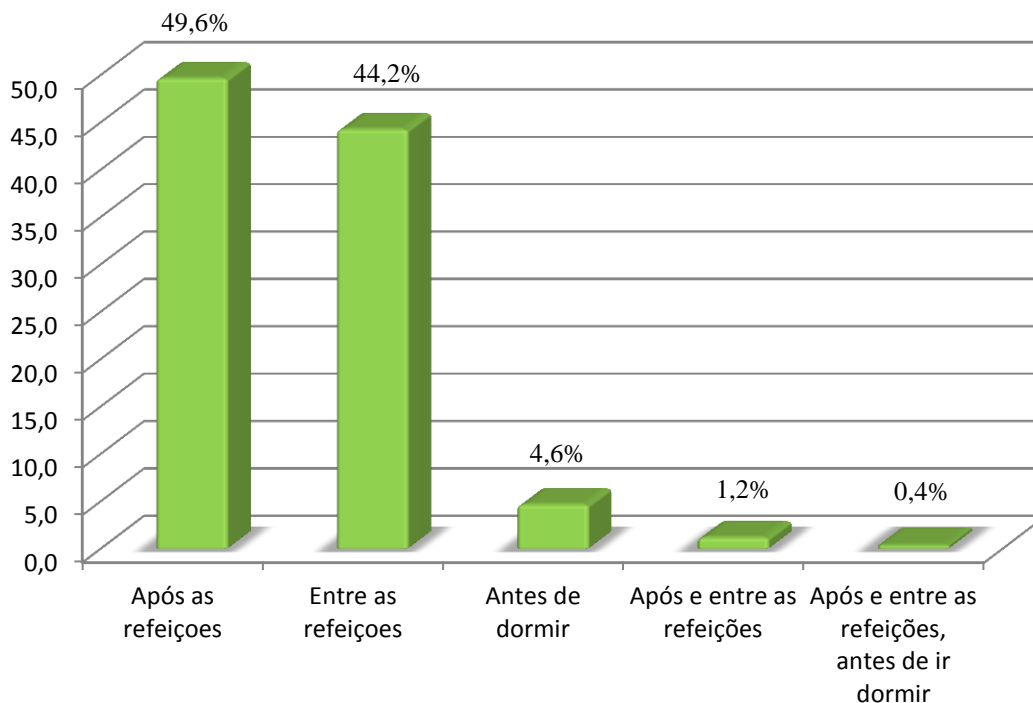


Gráfico 43 - Alturas do dia em que os adolescentes ingerem alimentos açucarados

Quando questionados se a alimentação que fazem influencia a sua saúde oral 51,0% (n=134) diz que sim, 29,7% (n=78) diz que influencia pouco e 19,4% (n=51) pensa que não influencia nada.

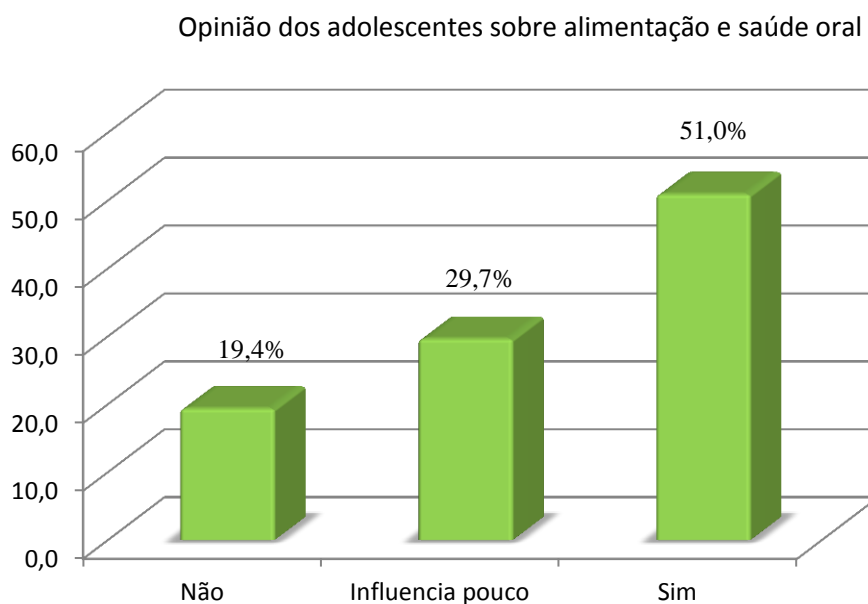


Gráfico 44 - Diferentes opiniões dos adolescentes acerca da influência da alimentação na saúde oral

Análise Intra-Oral

Selantes

Após análise intra-oral das crianças, no que diz respeito aos selantes podemos verificar que 46,9% (n=128) dos indivíduos da amostra não possuíam nenhum selante, 31,9% (n=87) possuem entre um e quatro selantes, 8,8% (n=24) tem entre cinco e oito selantes, 7,7% (n=21) tem mais de doze selantes e 4,8% (n=13) possui entre nove a doze selantes na cavidade oral.

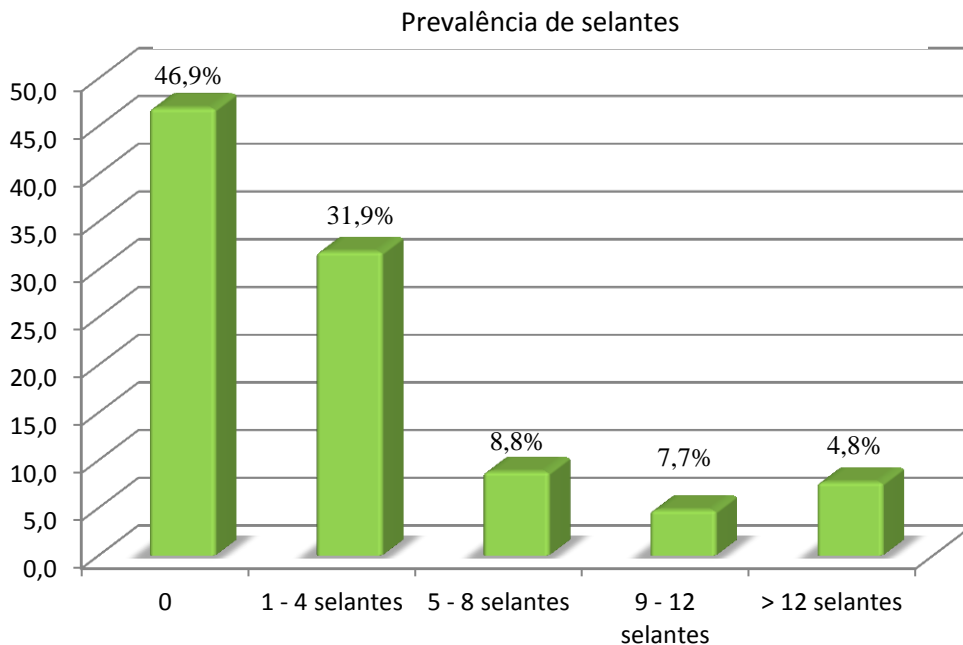


Gráfico 45 - Prevalência de Selantes na amostra de adolescentes, e sua distribuição de acordo com o número de selantes apresentados

Selantes e escola frequentada

Ao analisarmos a distribuição da prevalência de selantes pelas escolas em questão obtivemos que na escola de Aguiar da Beira 36,6% (n=45) não têm selantes, 33,3% (n=41) possuem entre um e quatro selantes, 16,3% (n=20) mais de doze selantes, 8,9% (n=11) entre cinco e oito e 4,9% (n=6) entre nove e doze selantes. Na escola do Mundão temos que 72,0% (n=36) das crianças não possuem selantes, 24,0% (n=12) têm entre um e quatro selantes e 4,0% (n=2) entre cinco e oito. No que concerne a Abraveses 72,5% (n=37) não têm selantes e 27,5% (n=14) possui entre um e quatro selantes. Na escola de Silgueiros 41,7% (n=20) possuem entre um e quatro selantes, 22,9% (n=11) entre cinco e oito selantes, 20,8% (n=10) não têm nenhum e 14,6% (n=7) possuem entre nove e doze selantes, $p=0,000$.

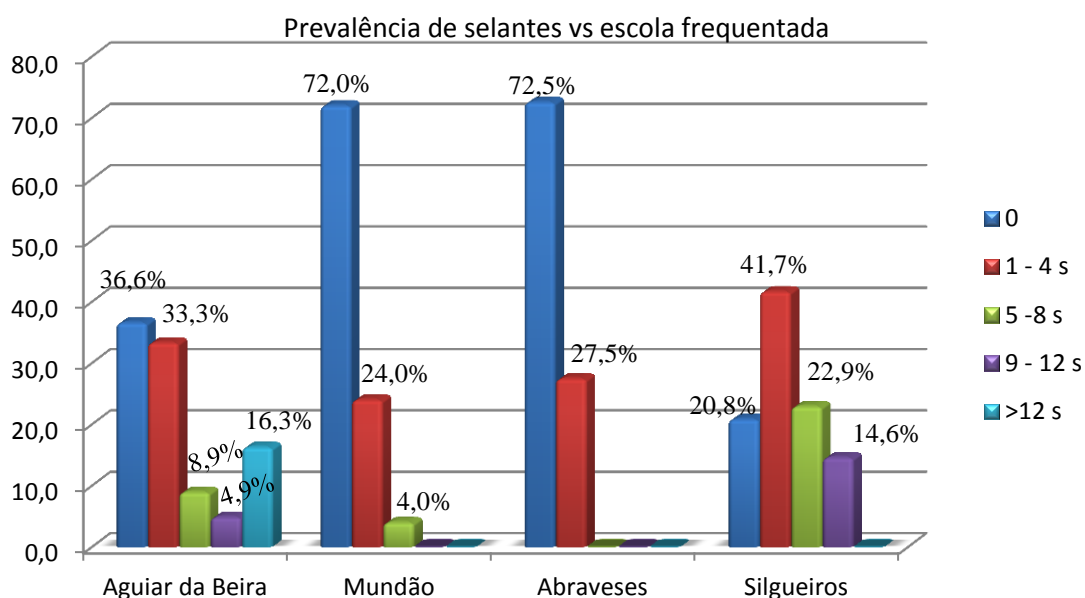


Gráfico 46 - Distribuição da prevalência de selantes segundo a escola frequentada

Selantes e Área de Residência

Ainda neste tópico, distribuíram-se os resultados pela área de residência e verificamos que dos residentes em área rural 44,6% (n=86) não apresenta nenhum selante, 34,2% (n=66) possui entre 1 e 4 selantes, 9,3% (n=18) têm entre 5 e 8 selantes, 8,3% (n=16) possuem mais de doze selantes e 3,6% (n=7) têm entre 9 e 12 selantes. Nas áreas urbanas temos 53,2% (n=41) que não possui nenhum selante, 26,0% (n=20) entre 1 e 4 selantes, com 7,8% (n=6) temos os grupos “5 – 8 s” e “9 – 12 “ e 5,2% (n=4) possuem mais de 12 selantes, $p>0,05$ ($p=0,299$).

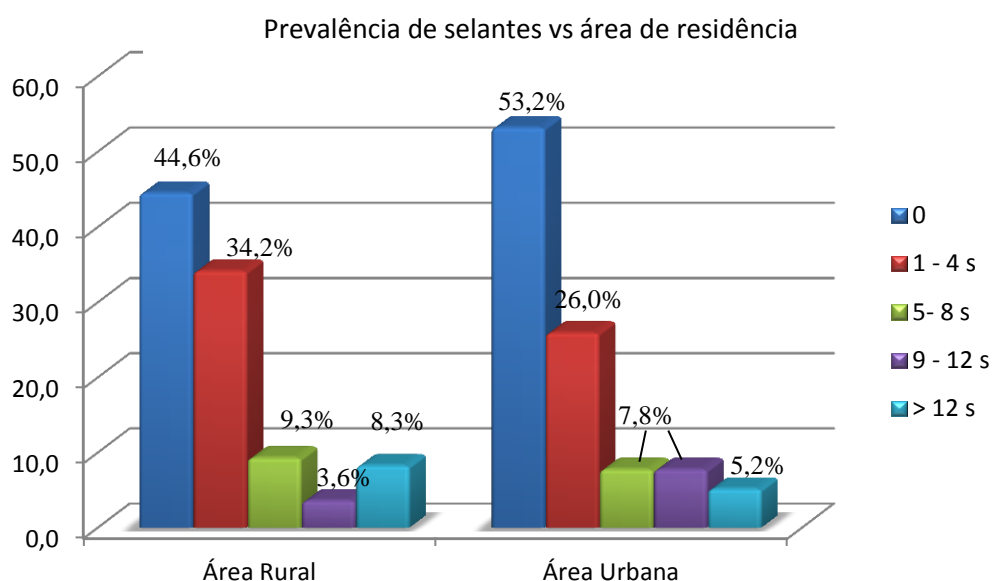


Gráfico 47 - Distribuição da prevalência de acordo com a área de residência

Selantes e Habilitações Literárias do Encarregado de Educação

Ao cruzar as variáveis “número de selantes” e “habilitações literárias do encarregado de educação” foi possível verificar que dos indivíduos no nível I (menos de 4 anos de escolaridade) 65,4% (n=17) dos seus educandos não apresentavam selantes e com 11,5% (n=3) temos os grupos “1 – 4 s”, “5 - 8 s” e “>12 s”. Dos encarregados de educação com o nível II de formação temos que 51,3% (n=76) das crianças não possuem selantes, 34,8% (n=63) têm entre 1 – 4 s, 9,4% (n=17) entre 5 – 8 s, 5,5% (n=10) entre 9 – 12 s e 8,3% (n=15) mais que 12 selantes, Nos indivíduos com nível III de escolaridade 51,3% (n=20) dos seus educandos não apresentam selantes, 33,3% (n=13) possuem entre 1 – 4 s e com 5,1% (n=2) as opções “5 e 8 s”, “9 e 12 s” e “>12 s”, $p=0,792$.

Prevalência de selantes vs habilitações literárias do encarregado de educação

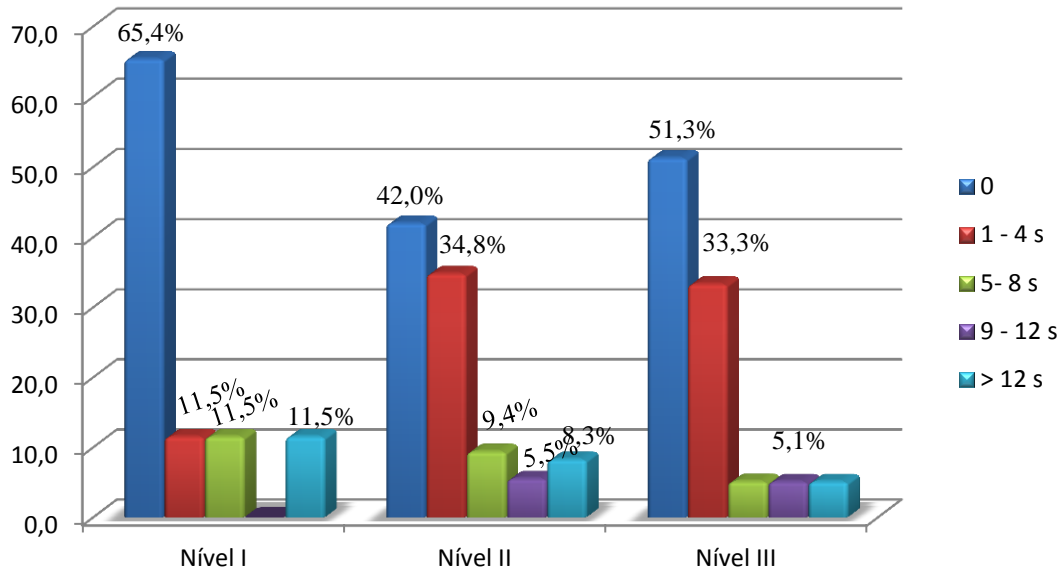


Gráfico 48 - Prevalência de selants segundo as habilitações literárias do encarregado de educação

Selantes e dentes selados

Analisou-se em que dentes a prevalência de selantes era maior, pelo que se obteve que 52,0% (n=66) dos selantes se encontram nos molares definitivos, 32,3% (n=41) no conjunto molares definitivos e pré-molares, 11,8% (n=15) nos pré-molares, 2,4% (n=3) no conjunto molares definitivos, decíduos e pré-molares e 1,6% (n=2) no conjunto molares definitivos e decíduos.

Dentes selados

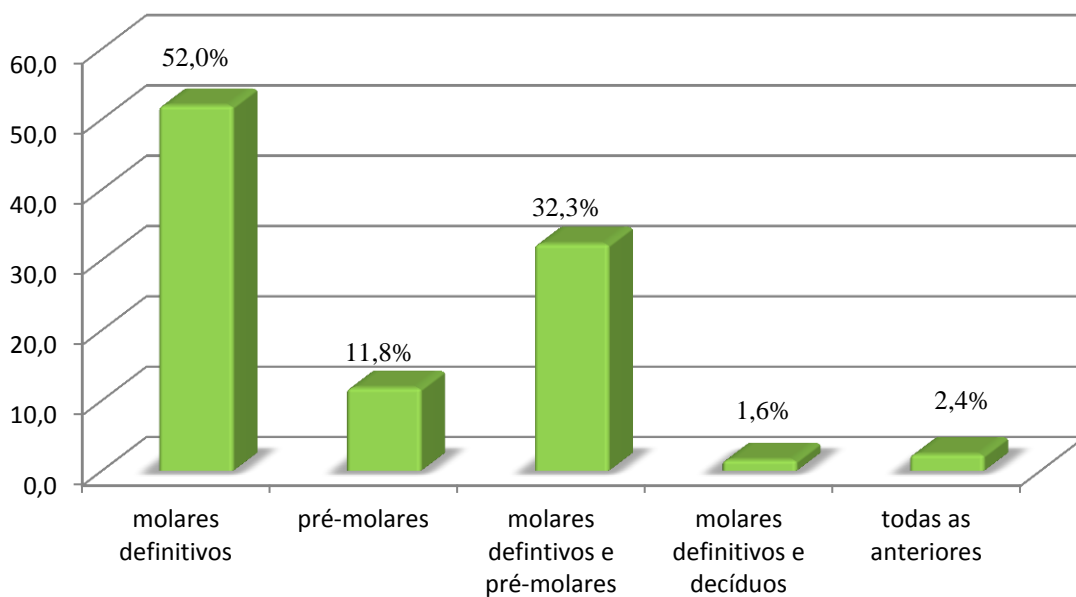


Gráfico 49 - Dentes mais comumente selados na amostra

Cruzando os dados acerca da quantidade de selantes por criança e os dentes mais comumente selados obtivemos que do grupo que possui entre um e quatro selantes 71,3% (n=62) são molares definitivos, 17,2% (n=15) pré-molares, 9,2% (n=8) molares definitivos e pré-molares e com 1,1% (n=1) temos as opções “ molares definitivos e decíduos” e “molares definitivos, decíduos e pré-molares”. Dos que possuem entre cinco e oito selantes, 87,0% (n=20) são molares e pré-molares e com 4,3% (n=1) temos as opções “molares definitivos”, “molares definitivos e decíduos” e “molares definitivos, decíduos e pré-molares”. No grupo de crianças que tem entre nove e doze selantes 84,6% (n=11) têm molares e pré-molares selados e com 7,7% (n=1) “molares definitivos” e “molares definitivos, decíduos e pré-molares”. Dos que têm mais que dozes selantes 100,0% (n=1) são nos molares definitivos, $p=0,000$.

Prevalência de selantes e dentes selados

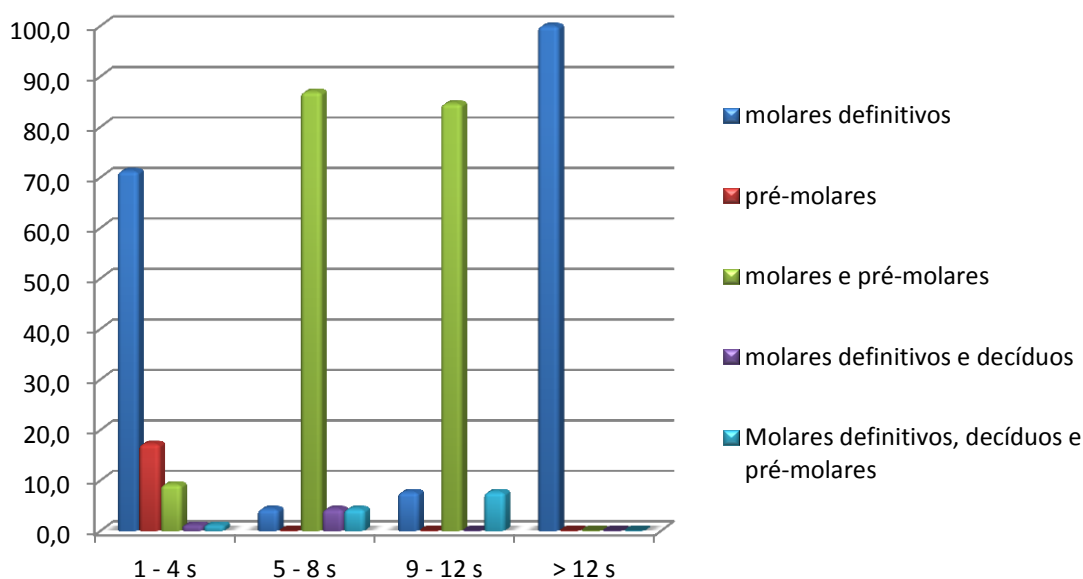


Gráfico 50 - Distribuição da quantidade de selante e os dentes mais frequentemente selados

Faces com selante

Relativamente às faces seladas verificamos que em 91,4% (n=64) dos dentes selados apenas a face oclusal possui material, 5,7% (n=4) possui selante na face oclusal e vestibular e com 1,4% (n=1) temos duas opções “face oclusal e face lingual” e “todas as faces”.

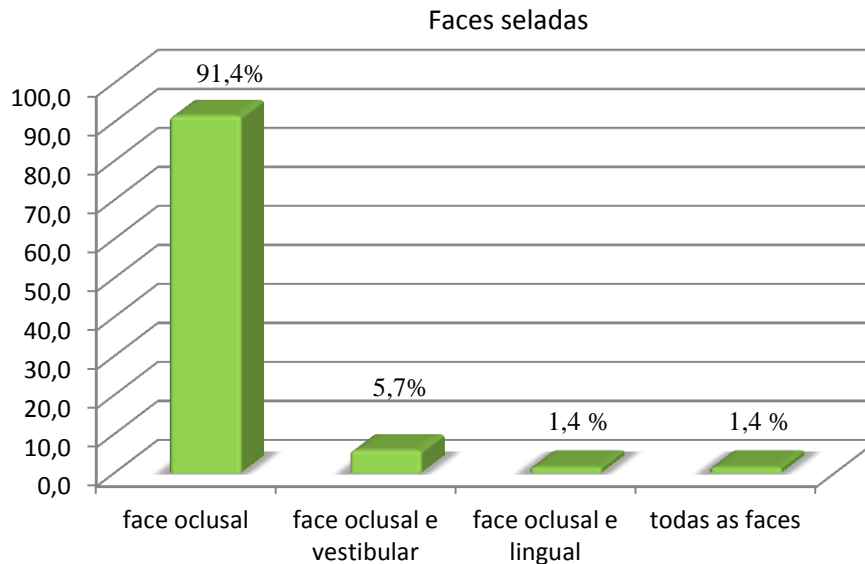


Gráfico 51 - Frequências das faces com selante de fissuras

Ao distribuir o número de selantes de cada criança pela face selada, obtivemos que do grupo que possui entre “1 – 4 selantes” 95,7% (n=44) possuem apenas a face oclusal selada e 4,3% (n=2) a face oclusal e vestibular. Dos que possuem entre “5 – 9 selantes” 92,3% (n=12) apenas tem material na face oclusal e com 7,7% (n=1) a face oclusal e lingual/palatina. Da variável entre “9 – 12 selantes” 75,0% (n=6) têm apenas a face oclusal selada e com 12,5% (n=1) temos as opções “face oclusal e vestibular” e “todas as faces” seladas. Por último, dos que possuem mais de doze selantes 100% (n=1) têm a face oclusal e vestibular selada, $p < 0,05$ ($p = 0,002$).



Gráfico 52 - distribuição da prevalência de selantes e as faces que se apresentam seladas

Integridade dos Selantes

Quando analisamos a quantidade de selantes presentes nas crianças a integridade dos mesmo verificamos que 62,5% (n=80) encontram-se intactos (totais), 11,7% (n=15) possuem selantes intactos (totais) e selantes presentes sem cárie (parciais), 7,8% (n=10) possuem selantes infiltrados com cárie, 7,0% (n=9) selantes intactos e selantes presentes sem cárie (parciais), 5,5% (n=7) apresentam selantes intactos e selantes infiltrados com cárie (parciais), 2,3% (n=3) têm selantes presentes com cárie (parciais) e com 1,6% (n=2) as opções “selante infiltrado sem cárie” e “selante intacto, selante presente sem cárie e com cárie (parcial)”.

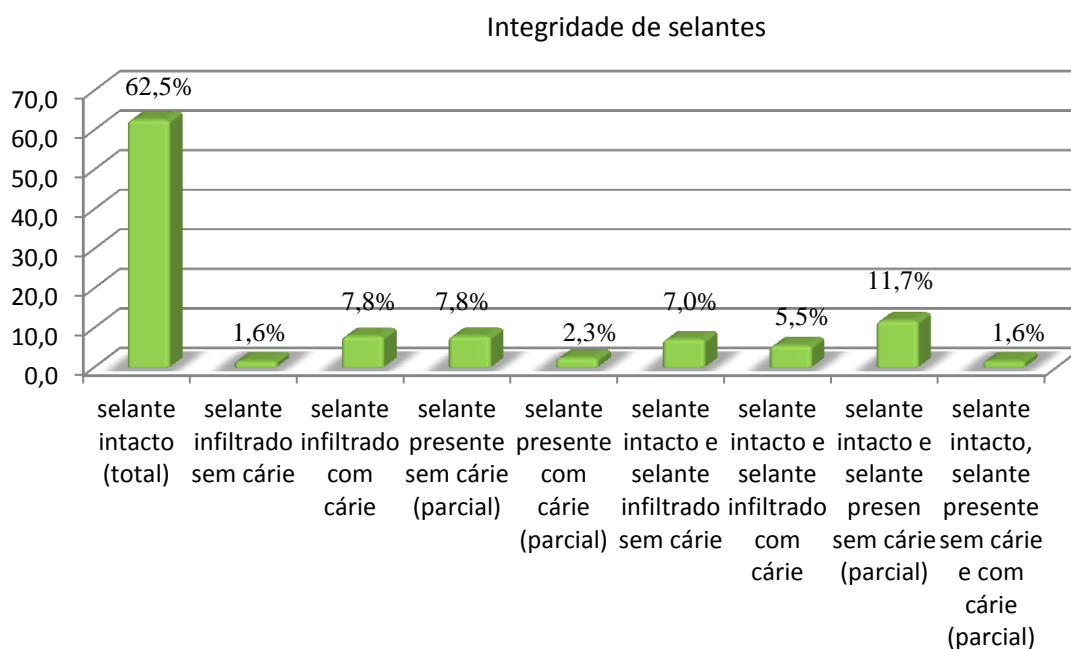


Gráfico 53 - Distribuição das integridade dos selantes e/ou presença de cárie

Ao realizarmos a distribuição do total de selantes por criança e a sua integridade é possível verificar que dos que possuem entre “1 – 4 selantes” 69,0% (n=60) encontram-se intactos (totais), 10,3% (n=9) selantes intactos e selantes presentes sem cárie (parciais), 9,2% (n=8) têm selante presente sem cárie (parcial), 4,6% (n=4) selantes intactos e selantes infiltrados com cárie (parciais) e com 2,3% (n=2) temos as opções “selante infiltrado sem cárie”, “selantes intactos e selantes infiltrados sem cárie (parciais)” e “selante presente com cárie (parcial)”. Dos que possuem entre “5 – 8 selantes” 45,8% (n=11) encontram-se intactos, 20,8% (n=5) possuem selantes intactos e

selantes sem cárie (parciais), 16,7% (n=4) selantes intactos e selantes infiltrados sem cárie (parciais), 8,3% (n=2) selante sem cárie (parcial) e com 4,2% (n=1) temos as opções “selantes intactos e selantes infiltrados com cárie” e “selantes intactos, selantes presentes com cárie e sem cárie (parciais)”. Do grupo de crianças com “9 – 12 selantes” 53,8% (n=7) encontram-se intactos, com 15,4% (n=2) temos as opções “selantes intactos e selantes infiltrados com cárie” e “selantes intactos e selantes infiltrados sem cárie” e com 7,1% (n=1) as opções “selantes intactos e selantes presentes sem cárie (parcial)” e “selantes intactos e selantes presentes com cárie e sem cárie (parciais)”. Por fim, dos que possuem mais de doze selantes 100% (n=1) apresentam-se alguns intactos e outros infiltrados com cárie, $p < 0,05$ ($p = 0,009$)

Prevalência de selantes e sua integridade

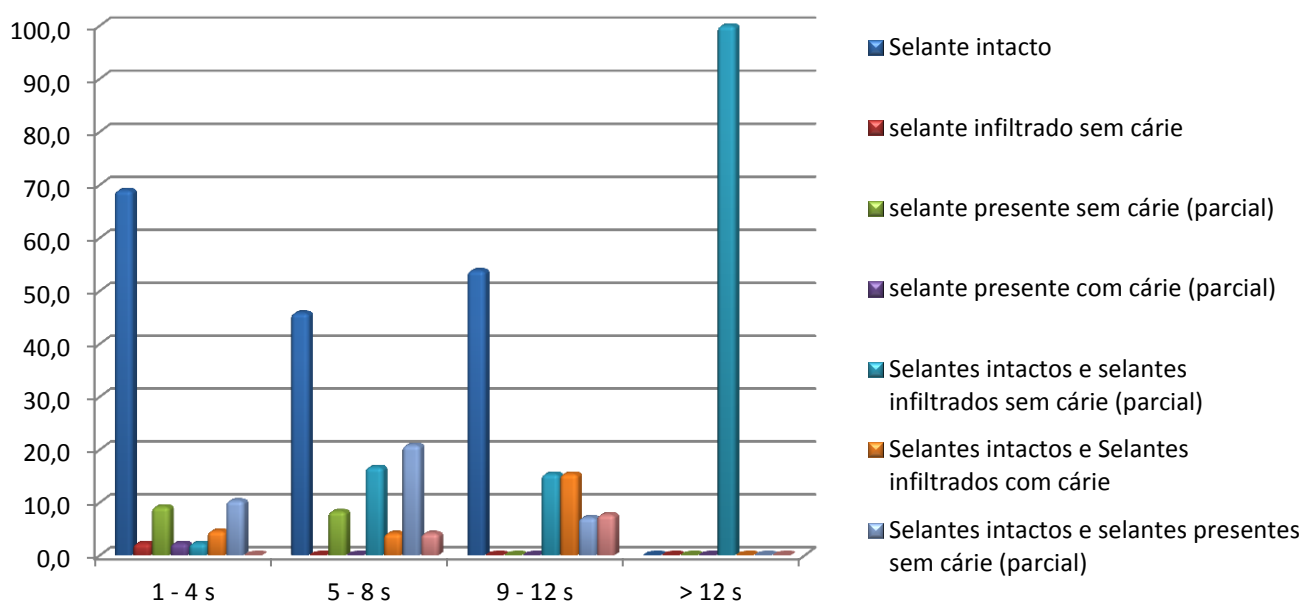


Gráfico 54 - Distribuição da prevalência de selantes e a sua integridade

A partir dos dados obtidos dos selantes, fomos averiguar quais os dentes (molares e/ou pré-molares) que apresentam selante com mais frequência consoante a arcada em que se encontram, assim vemos que 35,2% (n=44) possuem selante em molares superiores e inferiores, 16,0% (n=20) nos molares inferiores, 12,0% (n=15) têm os molares superiores e inferiores e pré-molares superiores e inferiores, 6,4% (n=8) molares superiores e inferiores e pré-molares superiores, 4,8% (n=6) “molares superiores e inferiores e pré-molares inferiores” e “molares inferiores e pré-molares superiores e inferiores”, com 3,2% (n=4) os “molares superiores”, “pré-molares superiores”, “pré-molares inferiores” e “pré-molares superiores e inferiores”, com 2,4%

(n=3) “molares e pré-molares superiores”, “molares inferiores e pré-molares superiores” e “molares superiores e pré-molares superiores e inferiores” e com apenas 0,8% (m=1) “molares e pré-molares inferiores”. (Gráfico 54)

No que diz respeito a que dentes são mais comumente selados vemos 29,4 % (n=37) são sextos superiores e inferiores, 14,3% (n=18) sextos inferiores, 4,0% (n=5) quintos e quartos superiores, com 3,2% (n=4) temos “sextos superiores e inferiores e quintos inferiores” e “sextos superiores e inferiores, quintos e quartos superiores”, 2,4% (n=3) “quintos e quartos inferiores! e “quartos superiores e inferiores”, com 1,6% (n=2) “sextos superiores”, “sétimos inferiores”, “sextos superiores, sétimos e sextos inferiores, quintos superiores”, “sextos e quartos superiores”, “sextos superiores e inferiores e sétimos inferiores”, “sextos inferiores e sétimos superiores e inferiores”, “sextos superiores e inferiores e sétimos superiores e inferiores” e “quintos quartos superiores e inferiores”, com 0,8% (n=1) cada uma temos as opções “quintos inferiores”, “quintos superiores”, “sextos superiores e inferiores, sétimos inferiores e quartos superiores”, “sextos e quartos superiores”, “sextos superiores e inferiores, quintos superiores”, “sextos superiores e inferiores, quartos superiores”, “sextos superiores e sétimos superiores e inferiores”, “sextos superiores e sétimos superiores e inferiores”, “sextos superiores e quintos superiores e inferiores”, “sextos inferiores e sétimos superiores e inferiores”, “sextos superiores e inferiores, quintos e quartos inferiores”, “sextos superiores e inferiores, quartos superiores e inferiores”, “sextos superiores, sétimos inferiores, quintos superiores e inferiores”, “sextos superiores, quintos superiores e inferiores, quartos superiores”, “sextos inferiores, sétimos superiores e inferiores e quintos inferiores”, “sextos inferiores, quintos superiores, quartos superiores e inferiores” e “sétimos inferiores, quintos superiores, quartos superiores e inferiores” e com 14,3%(n=18) temos outras opções/combinções possíveis. (Gráfico 55)

Prevalência de selantes de acordo com o dente e a arcada

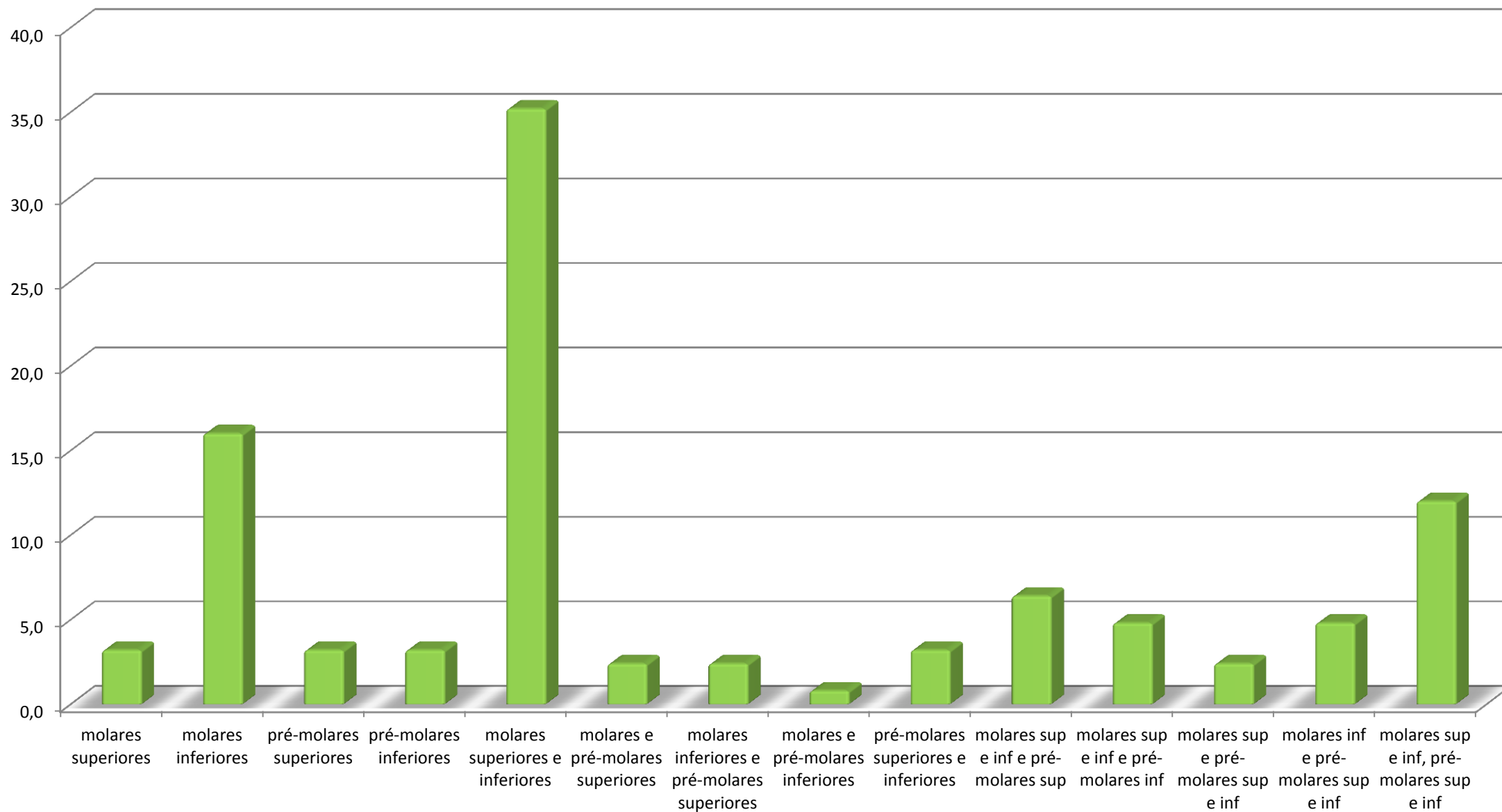


Gráfico 55 - Distribuição das prevalências de dentes selados de acordo com o dente (molares, pré-molares) e arcada (superior e inferior)

Índice CPOD

Ainda na análise intra-oral temos os valores de CPOD onde obtivemos um índice de CPOD de 1,42.

Podemos verificar que 44,0% (n=120) das crianças possuem um CPOD entre [1;4], 22,0% (n=60) CPOD=0, 18,3% (n=50) CPOD entre [5;8], 13,9% (n=38) um CPOD superior a doze e 1,8% (n=5) CPOD entre [8;12].

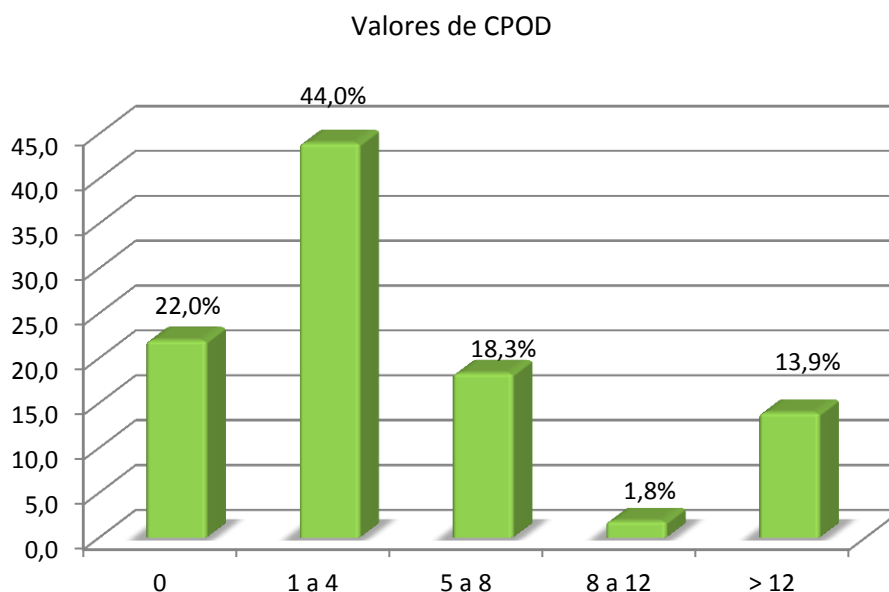


Gráfico 57 - Distribuição dos valores de CPOD segundo diferentes grupos

CPOD e Escola

Cruzando os dados de CPOD com as escolas em análise obtivemos que dos que frequentam a escola de Aguiar da Beira 43,1% (n=53) tem valores de CPOD entre 1 e 4, 23,6% (n=29) entre 5 e 8, 19,5% (n=24) valores de CPOD superior a doze, 9,8% (n=12) CPOD=0 e 4,1% (n=5) valores de CPOD entre 9 e 12. Na escola de Mundão 50,0% (n=25) possui valores de CPOD entre 1 e 5, 32,0% (n=16) CPOD=0 e 18,0% (n=9) valores de CPOD entre 5 e 8. Dos indivíduos que frequentam a escola de Abraveses 31,4% (n=16) possuem CPOD=0, bem como os mesmos 31,4% (n=16) apresentam valores de CPOD entre 1 e 4, 25,5% (n=13) têm valores de CPOD maiores que doze e 11,8% (n=6) têm entre 5 e 8. Por fim, dos alunos matriculados em Silgueiros

54,2% (n=26) possuem valores de CPOD entre 1 e 4, 33,3% (n=16) têm CPOD=0 e 12,5% (n=6) apresentam no intervalo entre 5 e 8, $p>0,05$ ($p=0,082$).

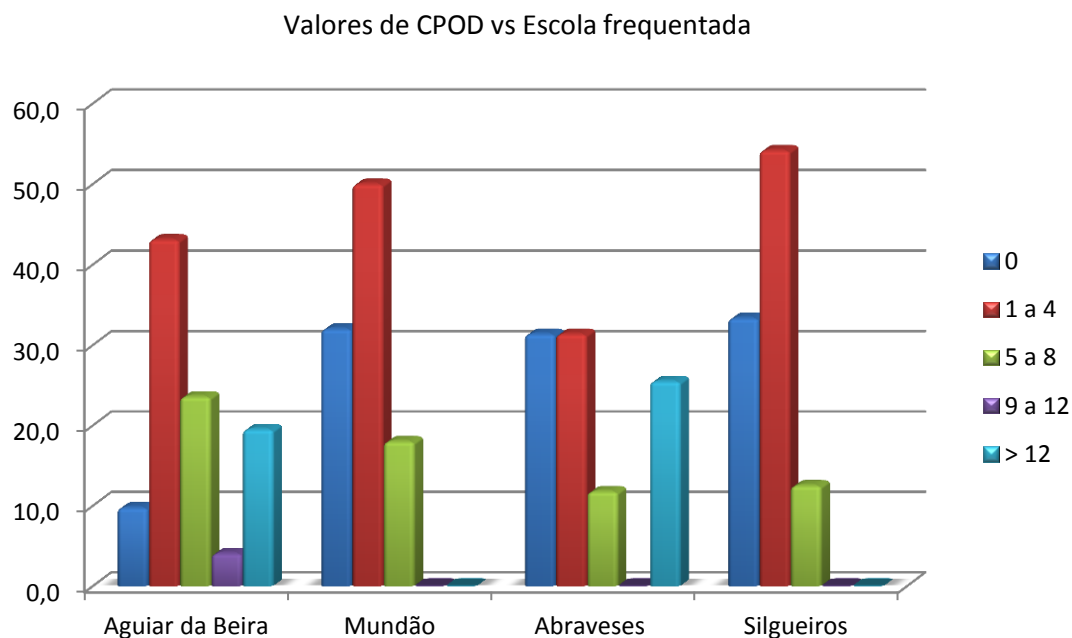


Gráfico 58 - Distribuição dos valores de CPOD de acordo com a escola frequentada

CPOD e Área de Residência

Cruzando os dados da área de residência com o índice de CPOD das crianças obteve-se que dos indivíduos que residem em áreas rurais 48,7% (n=94) apresenta valores de CPOD entre 1 e 4, 22,8% (n=44) têm CPOD=0, 16,6% (n=32) possuem valores de CPOD entre 5 e 8, 10,4% (n=20) apresentam valores superiores a 12 e 1,6% (n=3) apresentam-se no intervalo de valores de CPOD entre 9 e 12. Dos habitantes da área urbana 32,5% (n=25) possuem valores de CPOD entre 1 e 4, 22,1% (n=17) temos os intervalos de CPOD entre 5 e 8, e valores superiores a 12, 20,8% (n=16) possuem CPOD=0, e 2,6% (n=2), $p<0,05$ ($p=0,038$).

Valores de CPOD e área de residência

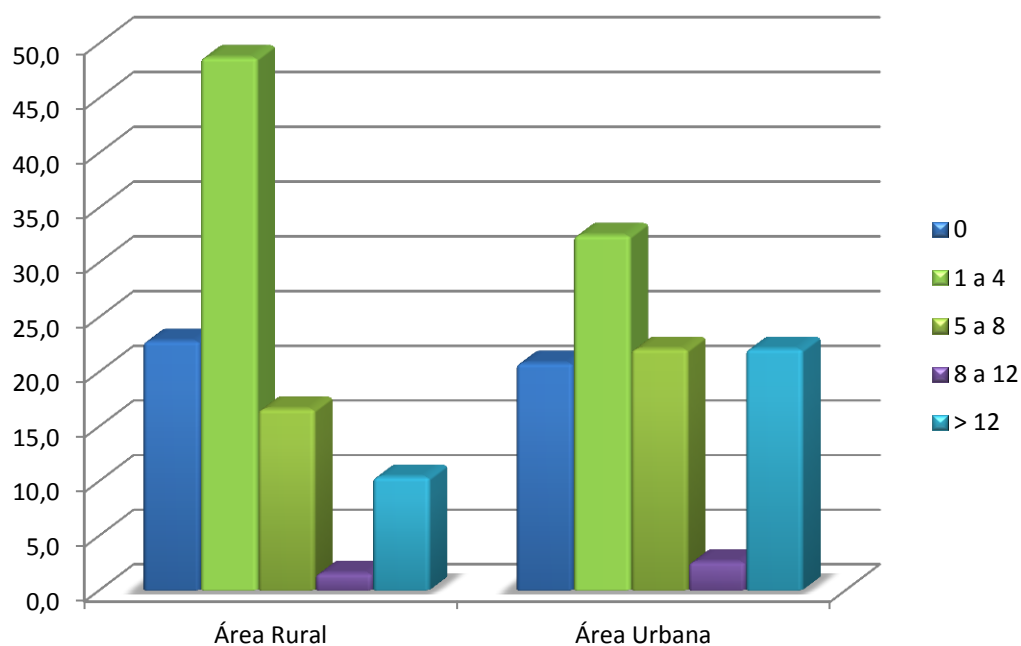


Gráfico 59 - Distribuição dos valores de CPOD segundo a área de residência

CPOD e Idade

Fazendo a distribuição do CPOD pela idade dos inquiridos verificou-se que das crianças que possuem entre 8 e 11 anos, 41,8% (n=51) possuem valores de CPOD entre 1 e 4, 35,2% (n=43) possuem CPOD=0, 12,3% (n=15) encontram-se no intervalo de valores de CPOD entre 5 e 8 e 10,7% (n=13) apresentam valores de CPOD superiores a doze. Na faixa etária dos 12 aos 14 anos verificamos que 46,9% (n=61) apresentam valores de CPOD entre 1 e 4, 23,8% (n=31) entre 5 e 8, 13,8% (n=18) apresentam valores de CPOD superiores a 12, 11,5% (n=15) têm CPOD=0 e 3,8% (n=5) apresentam valores de CPOD entre 9 e 12. Com idade igual ou superior a 15 anos temos que 42,1% (n=8) possuem valores de CPOD entre 1 e 4, 26,3% (n=5) valores de CPOD superiores a 12, 21,1% (n=4) encontram-se nos valores de CPOD entre 5 e 8 e 10,5% (n=2) têm CPOD=0, $p=0,000$.

Valores de CPOD e faixa etária

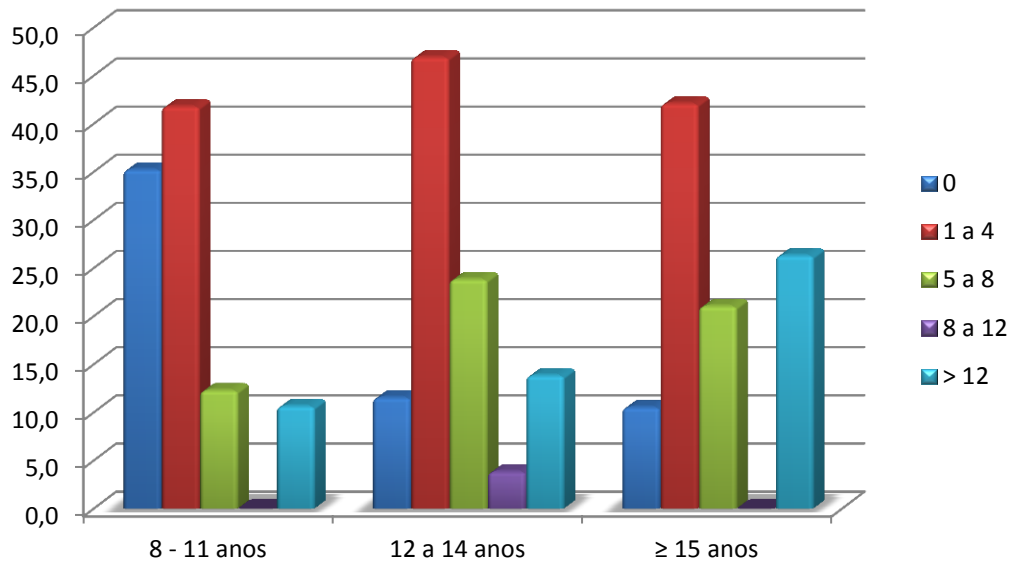


Gráfico 60 - Distribuição dos valores de CPOD segundo a idade dos adolescentes

CPOD e Género

Cruzando os dados de CPOD com o género verificamos que dos indivíduos do sexo feminino 21,6% (n=27) apresentam CPOD=0, 45,6% (n=57) CPOD entre 1 e 4, 14,4% (n=18) CPOD entre 5 e 8 e 2,4% (n=3) CPOD entre 9 e 12 e 16,0% (n=20) CPOD>12. Dos indivíduos do sexo masculino 22,5% (n=32) apresentam CPOD=0, 43,7% (n=62) CPOD entre 1 e 4, 20,4% (n=29) CPOD entre 5 e 8, 1,4% (n=2) CPOD entre 9 e 12 e 12,0% (n=17) valores de CPOD superiores a 12, $p=0,695$.

Valores de CPOD de acordo com o género

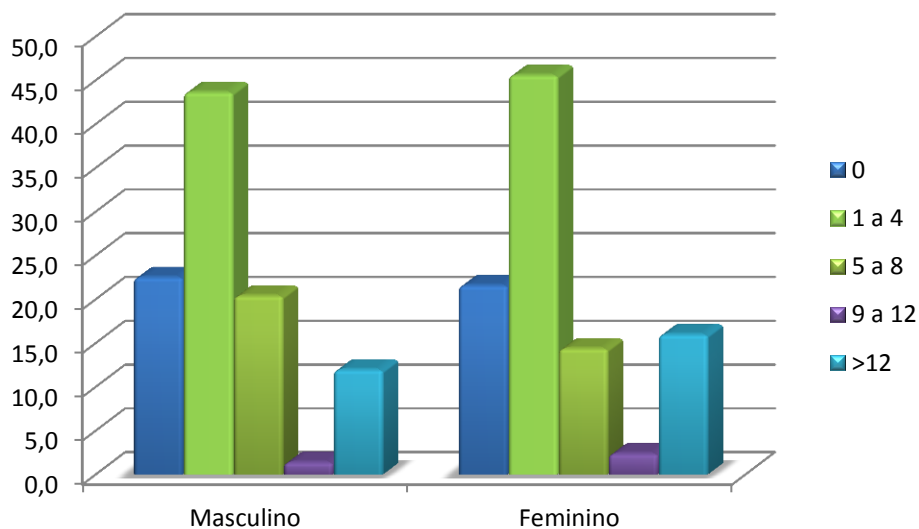


Gráfico 61 - Distribuição dos valores de CPOD de acordo com o género dos indivíduos

CPOD e Habilitações Literárias do Encarregado de Educação

Ainda no âmbito dos dentes cariados perdido e obturados, ao cruzarmos os dados com as habilitações literárias do encarregado de educação obteve-se que daqueles que possuem menos de 4 anos de escolaridade (nível I) 15,4% (n=4) dos seus educandos apresenta CPOD=0, 34,6% (n=9) valores de CPOD entre 1 e 4, 38,5% (n=10) entre 5 e 8 e 11,5% (n=3) valores de CPOD superiores a 12.

Dos indivíduos com o nível II (entre 5 e 12 anos de escolaridade) 21,0% (n=38) das crianças apresentam CPOD=0, 44,8% (n=81) valores de CPOD entre 1 e 4, 18,2% (n=33) valores de CPOD entre 5 e 8, 2,8% (n=5) entre 9 e 12 e 13,3% (n=24) valores de CPOD superiores a 12. No nível III temos que 20,5% (n=8) das crianças apresentam CPOD=0, 51,3% (n=20) valores de CPOD entre 1 e 4, 12,8% (n=5) valores de CPOD entre 5 e 8 e 15,4% (n=6) valores superiores a 12, $p > 0,05$ ($p = 0,905$).

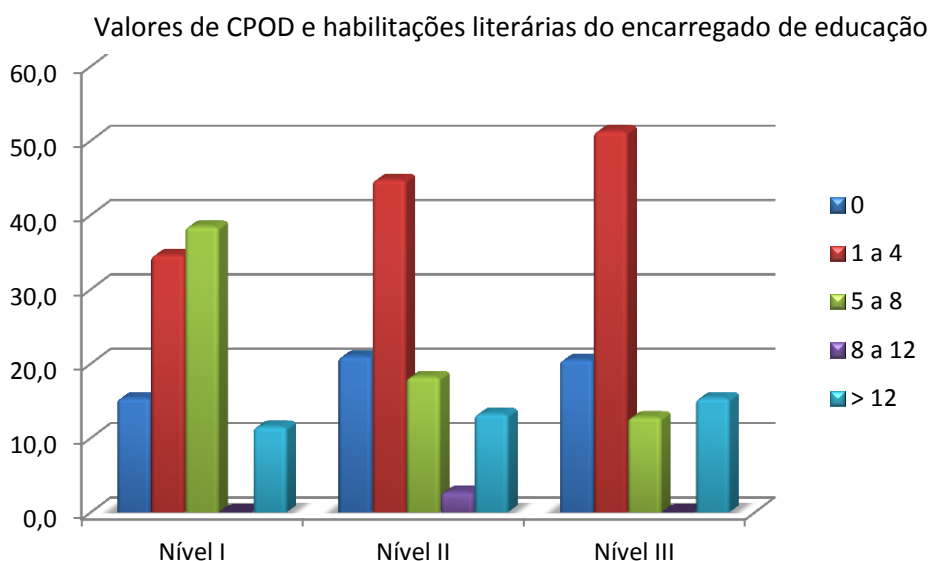


Gráfico 62 - Distribuição dos valores de CPOD segundo as habilitações literárias do encarregado de educação dos adolescentes

CPOD e Selantes de Fissura

Ao realizar a distribuição do CPOD com a quantidade de selantes das crianças podemos observar que com um CPOD de zero 46,7% (n=28) não possuem qualquer selante, 35,0% (n=21) possuem entre um e quatro selantes, 8,3% (n=5) entre cinco e

oito selantes e, com o mesmo valor, entre nove e doze selantes e 1,7% (n=1) mais de doze selantes. Com um CPOD entre [1;4] temos que 47,5% (n=57) das crianças não possuem selantes, 35,8% (n=43) têm entre um e quatro selantes, 10,8% (n=13) entre cinco e oito selantes, 3,3% (n=4) entre nove e doze selantes e com mais de doze 2,5% (n=3). Do grupo de indivíduos com um valor de CPOD entre [5;8] 56,0% (n=28) não têm selante de fissuras, 30,0% (n=15) tem entre um e quatro selantes, 6,0% (n=3) entre cinco e oito selantes e com 4,0% (n=2) as opções “entre nove e doze selantes” e “mais que doze selantes”. Em valores de CPOD entre [9;12] 40,0% (n=2) possuem entre um e quatro selantes, e para os mesmo valores de 20,0% (n=1) entre “cinco e oito selantes”, entre “nove e doze selantes” e “nenhum selante”. Nos CPOD’s superiores a doze 36,8% (n=14) não apresentam selante de fissuras, 39,5% (n=15) mais de doze selantes, 15,8% (n=6) entre um e quatro selantes, 5,3% (n=2) entre cinco e oito selantes e 2,6% (n=1) entre nove e doze selantes, $p=0,000$.

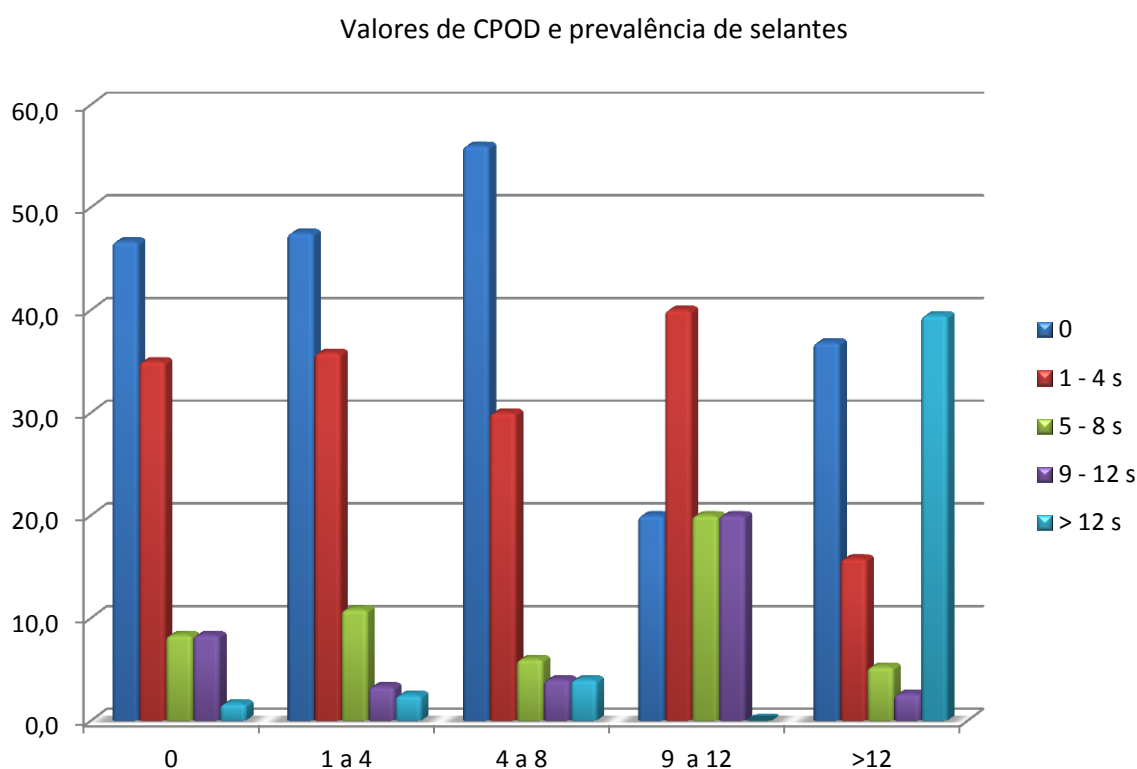


Gráfico 63 - Distribuição dos valores de CPOD de acordo com o número de selantes dos indivíduos

Eixo das abscissas – Valores de CPOD Eixo das ordenadas – Prevalência de Selantes

É importante, ainda, cruzar os dados das resposta à pergunta “Tens selantes” com o total agrupado de selantes da criança correspondente, pelo que dos que não apresentam selantes 55,6% (n=70) tinham respondido que não sabiam se tinham, 26,2%

(n=33) tinham referido que não e 18,3% (n=23) que sim. Com uma quantidade de selante entre um e quatro verificamos que 54,0% (n=47) das crianças não sabiam se tinham, e com 23,0% (n=20) para as respostas afirmativa e negativa. Com valores de selantes entre cinco e oito 54,2% (n=13) referem não saber se possuem selantes, 29,2% (n=7) afirmam que sim e 16,7% (n=4) que não. Na presença de nove a doze selantes temos 76,9% (n=10) das crianças que mencionou não saber se tinha e 23,1% (n=3) que respondeu afirmativamente. Por fim, com mais de doze selantes 65,0% (n=13) referem não saber se têm selantes, 20,0% (n=4) referem que têm e 15,0% (n=3) dizem não ter, $p>0,05$ ($p=0,498$).

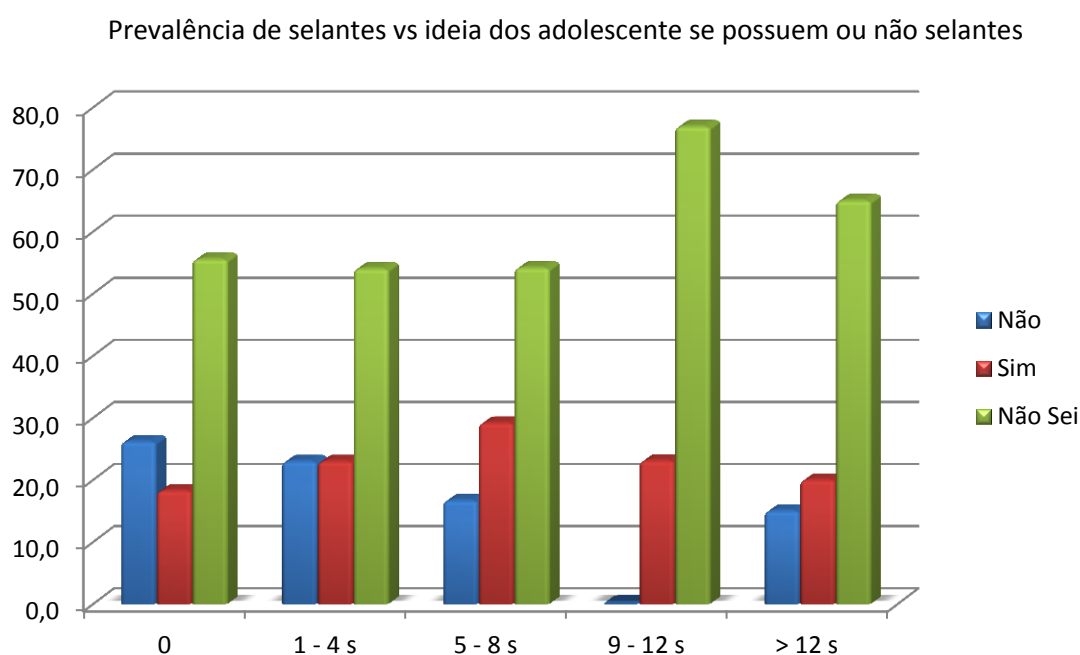


Gráfico 64 - Cruzamento de dados da prevalência de selantes e o auto-conhecimento se os adolescente possuem/não possuem esse mesmo material

CPOD e Consumo de Alimentos Açucarados

Como sabemos os açúcares influenciam no desenvolvimento da cárie dentária, assim cruzou-se os dados do CPOD das crianças com a resposta à pergunta “Costumas comer alimentos açucarados”. Assim, dos que mencionam não consumir alimentos açucarados 25,0% (n=4) têm CPOD=0, com 31,3% (n=5) temos os valores de CPOD entre “1 e 4” e “5 e 8” e 12,5% (n=2) possuem valores de CPOD superiores a 12. Dos que referem, raramente consumir açucares, 25,4% (n=15) tem CPOD=0, 49,2% (n=29) apresenta valores de CPOD entre 1 e 4, 13,6% (n=8) entre 5 e 8 e 11,9% (n=7) possui valores superiores a 12. Das crianças que mencionam ingerir alimentos açucarados, às

vezes 22,0% (n=41) têm CPOD=0, 43,5% (n=81) apresentam valores de CPOD entre 1 e 4, 18,3% (n=34) entre 5 e 8, 2,7% (n=5) entre 9 e 12 e 13,4% (n=25) possuem valores de CPOD superiores a 12. Por fim, dos adolescentes que comem alimentos com açúcar todos os dias nenhum apresenta CPOD=0, 45,5% (n=5) têm valores de CPOD entre 1 e 4, 27,3% (n=3) entre 5 e 8 e 27,3%, novamente, para valores de CPOD superiores a doze. $p>0,05$ ($p=0,582$).

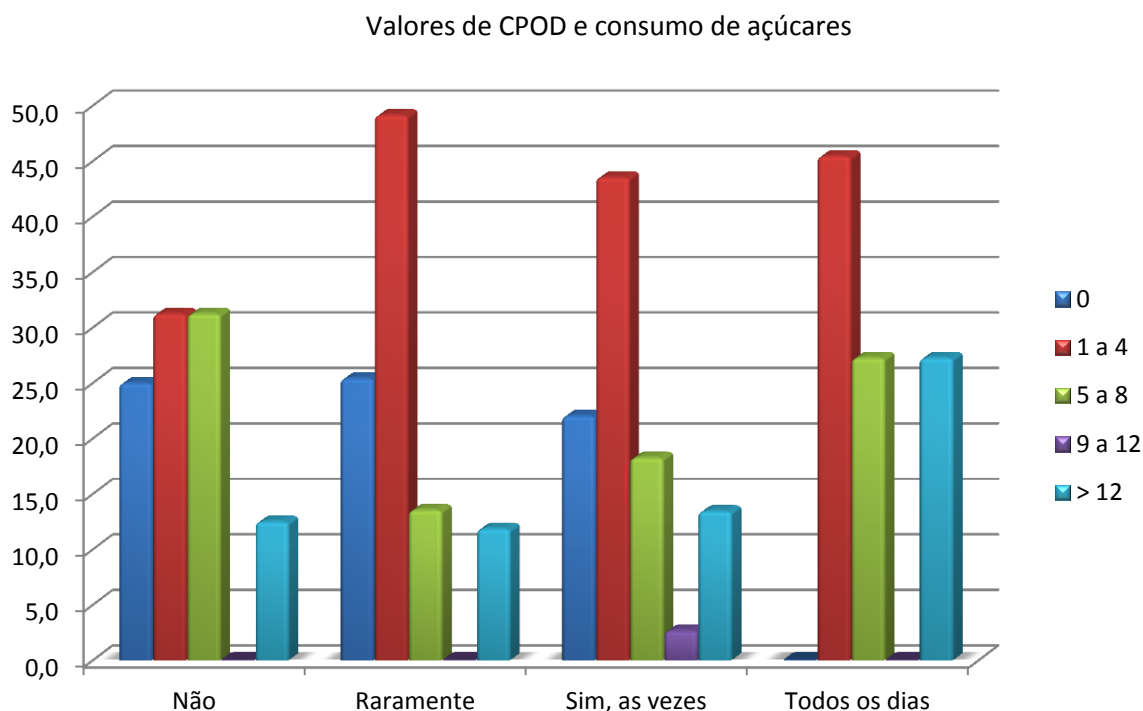


Gráfico 65 - Cruzamento dos valores de CPOD com as respostas à pergunta acerca do consumo de alimentos açucarados

Além de tentar entender se as crianças consomem açúcar, é fulcral saber quando o efectuam, assim distribuiu-se a resposta à pergunta “quando é que costumam comer alimentos açucarados” aos CPOD das crianças. Com um CPOD=0 53,4% (n=31) come após as refeições, 37,9% (n=22) entre as refeições e 8,6% (n=5) antes de ir dormir. Com um CPOD entre [1;4] temos 45,2% (n=56) que referem comer açúcares após as refeições, 48,7% (n=52) entre as refeições, 4,3% (n=5) antes de ir dormir e com 0,9% (n=1) temos as opções “Após e entre as refeições” e “todas as anteriores”. Com valores de CPOD entre [5;8] 60,4% (n=29) come alimentos açucarados após as refeições, 37,5% (n=18) entre as refeições e 2,1% (n=1) antes de ir dormir. Crianças com CPOD entre [9;12] 40,0% (n=2) dizem comer após as refeições, e com os mesmos 40,0% entre as refeições e 20,0% (n=1) diz ingerir alimentos açucarados após e entre as refeições. Com CPOD superior a doze temos 50,0% (n=17) das crianças a referirem

comer açúcares entre as refeições, 42,9% (n=15) após as refeições e com 2,9% (n=1) as opções “antes de ir dormir” e “após e entre as refeições”, $p=0,056$.

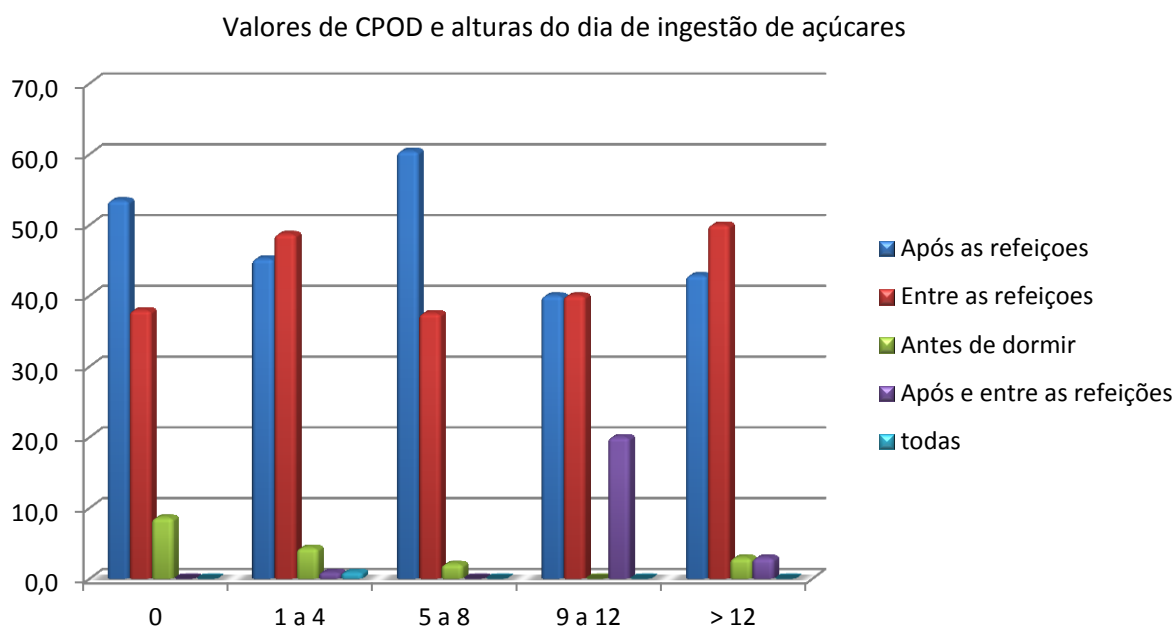


Gráfico 66 - Valores de CPOD e alturas do dia em que os adolescentes tendem a ingerir alimentos açucarados

Cruzando os dados da pergunta “o que comes influencia a tua saúde oral”, também, com o CPOD verificamos que das crianças com CPOD=0 46,6% (n=27) diz que influencia, 36,2% (n=21) diz influenciar pouco e 17,2% (n=10) acha que não influencia. Com valores entre [1;4] 50,4% (n=58) dizem que influencia, 26,1% (n=30) dizem que não influencia e 1,7% (n=27) acham que influencia pouco. Com CPOD entre [5;8] 56,3% (n=27) dizem que tem influência, 33,3% (n=16) pensa que influencia pouco e 10,4% (n=5) não influencia. Das crianças com um CPOD entre [9;12] 100,0% diz que o que se come influencia pouco a saúde oral. Com CPOD superior a doze, 59,5% (n=22) diz que influencia, 24,3% (n=9) diz influenciar pouco e 16,2% (n=6) acham que não influencia nada, $p<0,05$ ($p=0,014$).

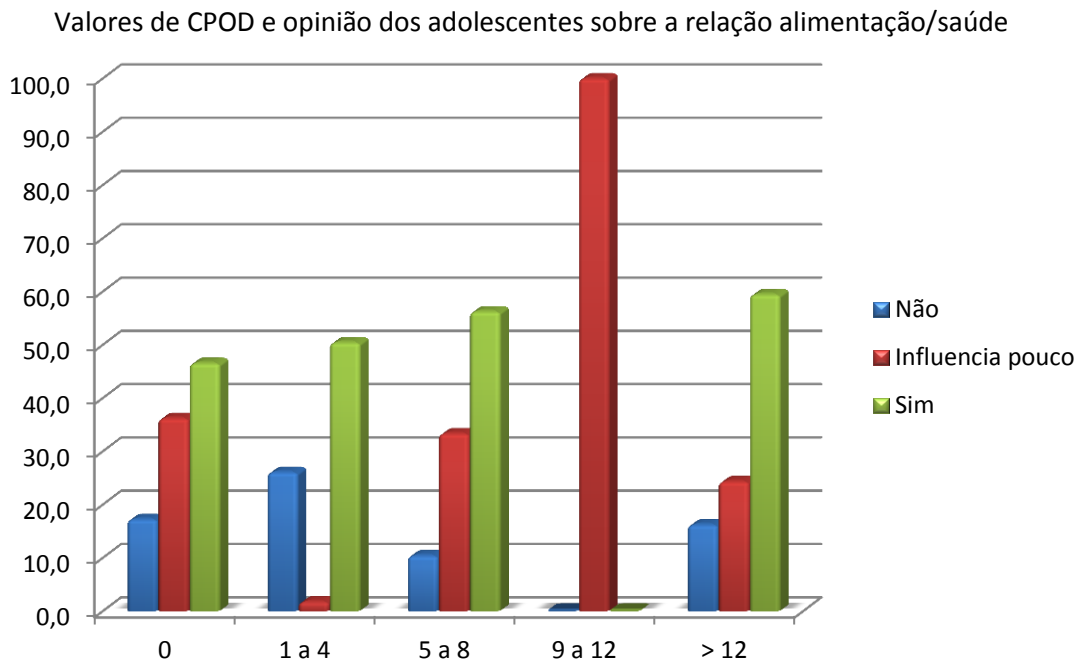


Gráfico 67 - Cruzamento dos valores de CPOD com a opinião dos adolescentes acerca da influência da alimentação na sua saúde oral

A opinião dos indivíduos sobre a própria saúde é um passo para a manutenção da mesma, assim cruzámos os dados do CPOD das crianças com a sua opinião acerca da saúde oral, verificou-se que das crianças com CPOD=0 11,8% (n=32) referiu ter uma saúde oral boa, 7,0% (n=19) razoável, 1,8% (n=5) muito boa e 1,5% (n=4) fraca. Indivíduos com um CPOD entre [1;4] referiram 24,3% (n=66) que a sua saúde oral era boa, 15,4% (n=42) razoável, 4,0% (n=11) muito boa e 0,4% (n=1) fraca. Dos que possuem valores de CPOD entre [5;8] 8,1% (n=22) refere ter uma saúde oral razoável, 7,0% (n=19) boa, 1,8% (n=5) muito boa e 1,5% (n=4) fraca. Das crianças com valores de CPOD entre [9;12] 1,1% (n=3) referir ter uma saúde oral razoável e 0,7% (n=2) boa. Por fim, dos valores de CPOD superiores a doze 7,0% (n=19) mencionam ter a saúde oral razoável e com 3,3% (n=9) temos as opções “muito boa” e “boas”, $p < 0,05$ ($p=0,008$)

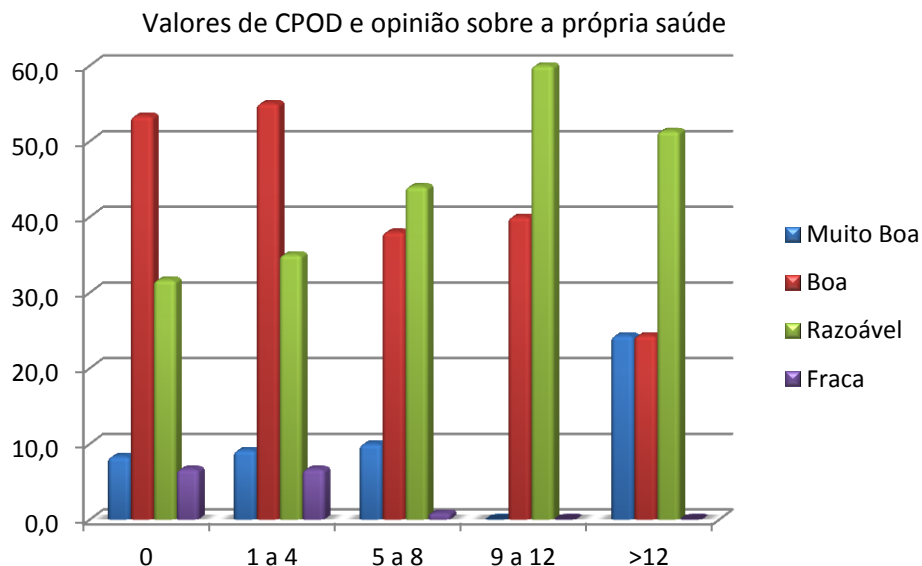


Gráfico 68 - Cruzamento dos valores de CPOD com a opinião dos adolescentes sobre a sua própria saúde oral

CPOD e Comportamentos de Saúde Oral

Analisando os hábitos de higiene oral e o CPOD de cada criança verificamos que dos que referem não escovar os dentes todos os dias 41,7% (n=25) apresenta valores de CPOD entre 1 e 4, 23,3% (n=14) CPOD=0, 21,7% (n=13) tem valores de CPOD entre 5 e 8, 1,7% (n=7) valores superiores a doze e 1,7% (n=1) valores entre 9 e 12. Dos que afirmam realizar higiene oral diária 44,5% (n=93) apresentam valores de CPOD entre 1 e 4, 22,0% (n=46) CPOD=0, 17,22% (n=36) valores entre 5 e 8, 14,4% (n=30) valores de CPOD superiores a doze e 1,9% (n=4) com valores de CPOD entre 9 e 12, $p=0,926$.

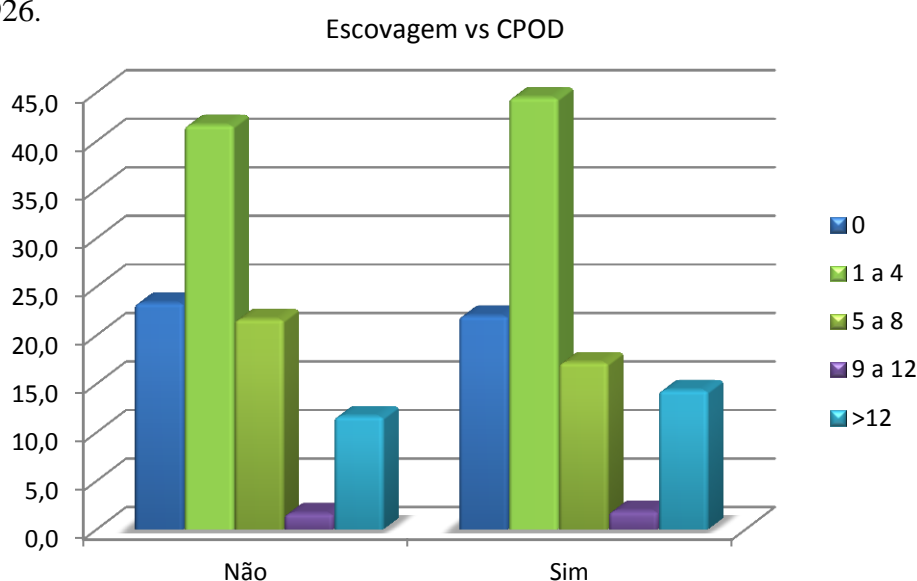


Gráfico 69 - Distribuição das respostas acerca da higiene oral diária com os valores de CPOD

Também o número de escovagens diárias influencia o número de dentes cariados, perdidos e obturados pelo que dos indivíduos que realiza a sua higiene oral apenas uma vez 17,0% (n=8) apresenta CPOD=0, 42,6% (n=20) valores de CPOD entre 1 e 4, 25,5% (n=12) entre 5 e 8, 2,1% (n=1) entre 9 e 12 e 12,8% (n=6) valores de CPOD superiores a doze. Das crianças que mencionam escovar duas vezes por dia 22,5% (n=9) possuem CPOD=0, 45,7% (n=59) valores de CPOD entre 1 e 4, 16,3% (n=21) entre 5 e 8, 2,1% (n=1) entre 9 e 12 e 14,0% (n=8) valores de CPOD superiores a doze. Dos que mencionam realizar a higiene oral três vezes, 21,2% (n=7) tem CPOD=0, 36,4% (n=12) valores de CPOD entre 1 e 4, 15,2% (n=5) entre 5 e 8, 1,6% (n=2) entre 9 e 12 e 24,2% (n=8) valores de CPOD superiores a doze. Dos adolescentes que referem escovar quatro vezes, 25,0% (n=1) tem CPOD=0, 50,0% (n=2) valores de

CPOD entre 1 e 4 e 25,0% (n=1) entre 5 e 8. Por fim, dos indivíduos que escovam cinco vezes diária 40,0% (n=2) possuem CPOD=0 e 60,0% (n=3) valores de CPOD entre 1 e 4, $p=0,910$.

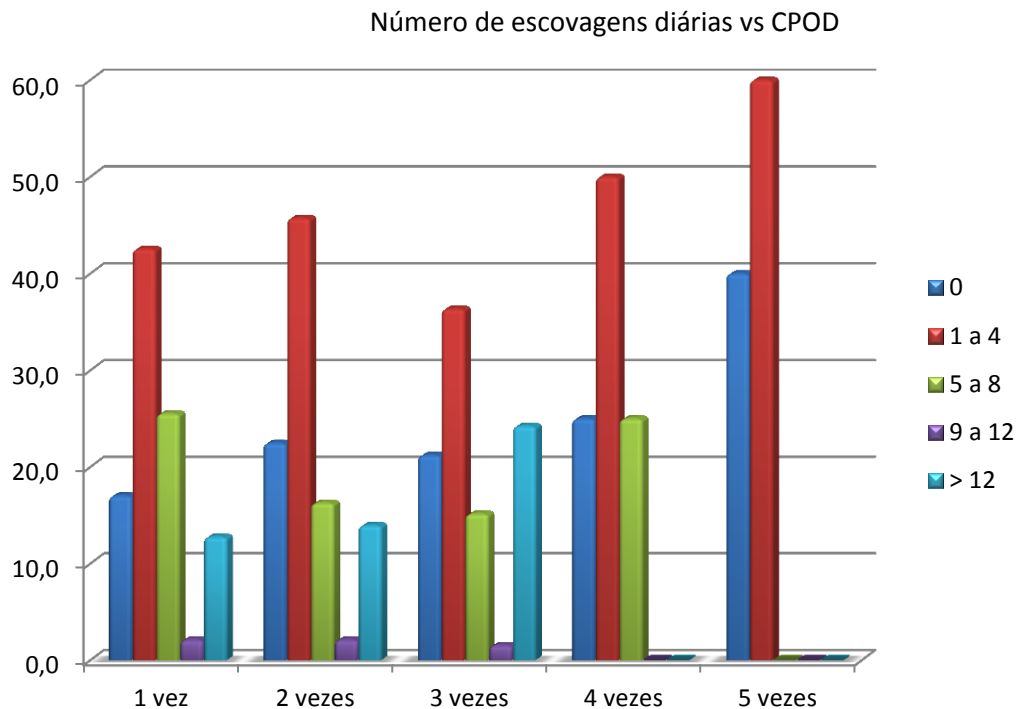


Gráfico 70 - Distribuição do número de vezes que os indivíduos realizam a sua higiene oral e os seus valores de CPOD

CPOD e Consultas no Médico Dentista

As consultas regulares no médico dentista são importantes para a manutenção da saúde oral, cruzando as respostas à pergunta “Já foste ao médico dentista” com o CPOD das crianças obtivemos que com CPOD=0 98,3% (n=59) das crianças já foi ao médico dentista e 1,7% (n=1) nunca o fez. Com CPOD entre [1;4] 98,3% (n=118) já foram ao dentista e apenas 1,7% (n=2) não. Entre valores de CPOD de [5;8] 95,9% (n=47) já se dirigiram ao médico dentista e 4,1% (n=2) nunca o fez. Com valores entre [9;12] 100,0% (n=5) das crianças já foi ao dentista e com CPOD superior a doze 100,0% (n=36) também, $p>0,05$ ($p=0,709$).

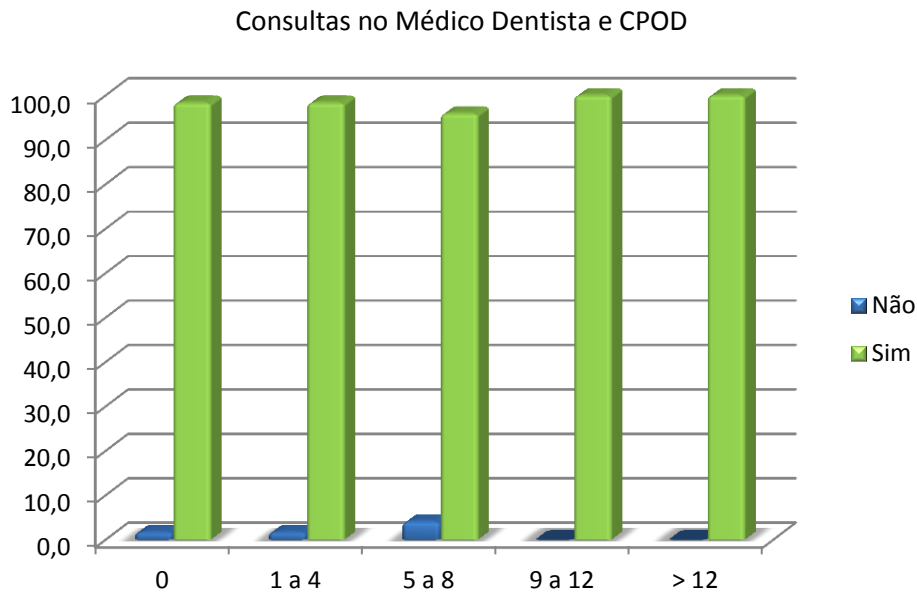


Gráfico 71 - Valores de CPOD dos indivíduos e sua relação com as consultas ao médico dentista

Ao tentar perceber de que modo o facto de saber escovar os dentes influencia o CPOD cruzou-se os dados de cada variável, obtendo que com um CPOD=0 57,6% (n=34) das crianças dizem saber escovar e 42,4% (n=25) dizem saber razoavelmente. Com valores de CPOD entre [1;4] 55,8% (n=67) afirmam saber escovar os dentes, 41,7% (n=50) dizem fazê-lo razoavelmente e 2,5% (n=3) não sabem escovar. Das crianças com CPOD entre [5;8] 52,0% (n=26) sabem escovar os dentes, 44,0% (n=22) sabem razoavelmente e 4,0% (n=2) não sabem efectua-lo. Com CPOD's entre [9;12] 60,0% (n=3) das crianças dizem saber escovar bem os dentes e 40,0% (n=2) apenas razoavelmente. Com valores superiores a doze 59,5% (n=22) dizem saber efectuar correctamente a higiene oral, 37,8% (n=14) razoavelmente e 2,7% (n=1) diz não saber efectuar em condições, $p=0,904$.

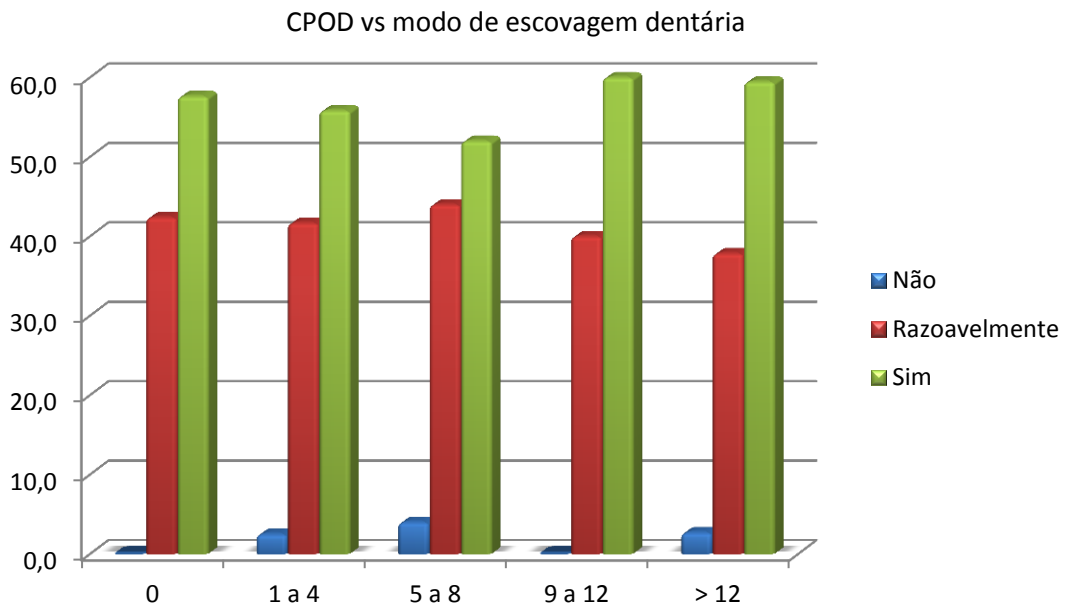


Gráfico 72 - Valores de CPOD e relação com a opinião dos adolescentes se sabem realizar a sua higiene oral

CPOD e Utilização de Fio Dentário

Também o uso do fio dentário poderá, eventualmente, interferir no CPOD das crianças pelo que das crianças com um valor de CPOD=0 53,3% (n=32) não usam fio dentário, 35,0% (n=21) usam às vezes e apenas 11,7% (n=7) o fazem diariamente. Com valores de CPOD entre [1;4] 56,3% (n=67) não usam, 39,5% (n=47) utilizam às vezes, 3,4% (n=4) fazem-nos diariamente e apenas 3,4% (n=1) não sabem o que é o fio dentário. Das crianças com valores de CPOD entre [5;8] 52,0% (n=26) não utilizam fio dentário, 44,0% (n=22) utiliza às vezes e 4,0% (n=2) fá-lo diariamente. Valores de CPOD entre [9;12] temos 60,0% (n=3) das crianças que refere não usar fio dentário e 40,0% (n=2) que o faz às vezes. Com um CPOD superior a doze 48,6% (n=18) não usam o fio dentário, 40,5% (n=15) usam às vezes, 8,1% (n=3) fá-lo diariamente e 2,7% (n=1) não sabe o que é, $p>0,05$ ($p=0,673$).

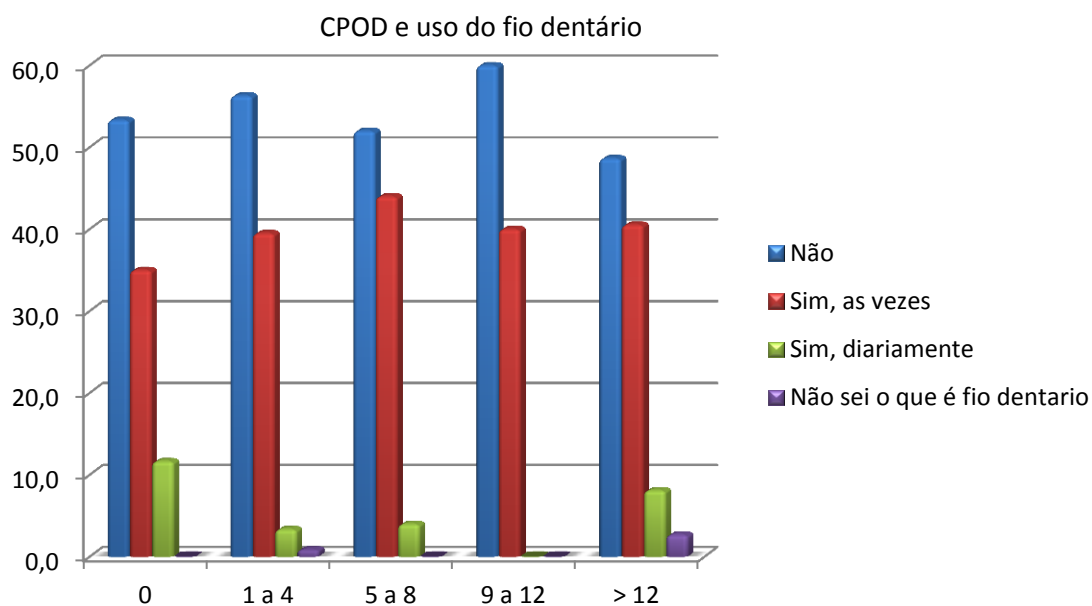


Gráfico 73 - Relação dos valores de CPOD com a utilização do fio dentário pelos adolescentes

Discussão

Após análise e tratamento dos resultados é possível verificar que das escolas analisadas, Aguiar da Beira é aquela que possui maior número de crianças a residirem numa área rural (48,2%), mas temos que atender ao facto que é onde recolhemos o maior número de indivíduos para a amostra (n=121). A escola que possui mais crianças a residirem numa zona urbana é a do 1º ciclo de Abraveses (45,5%).

Na amostra estudada verificou-se que no geral as habilitações literárias do pai tendem a ser superiores às da mãe, com excepção do nível I, em que sucede o contrário. Os pais possuem maior frequência no nível II e III (nível II – 76,8%, nível III – 13,5% vs género feminino – 76,3% nível II e 8,4% nível III. No estudo de Mashoto *et al.* as habilitações literárias da mãe e pai são semelhantes, não havendo distinção entre baixos níveis de escolaridade (20,1%, n=157 para género feminino e 20,1% , n=146 para género masculino) e altos níveis de escolaridade (19,3%, n=186 para as mães e 19,3%, n=197 para os pais), apresentando a mesma frequência relativa.³⁷

Segundo um estudo de Mashoto *et al.* as habilitações literárias dos pais e encarregados de educação são de interesse uma vez que podem influenciar o modo como as crianças vêm a sua saúde oral, bem como o acesso à informação, é no seio familiar que aprendem a ter consciência da sua própria saúde e bem-estar. Habilitações literárias baixas estão normalmente associadas a zonas rurais, bem como a inferiores cuidados de saúde.³⁷

Torna-se essencial saber quem é o encarregado de educação da criança, uma vez que é este que passa grande parte do tempo com ela e a ensina no seu dia-a-dia. Verificámos que na grande maioria dos casos os responsáveis são o pai/mãe (96%, n=261), é pouco frequente estarem ao encargo de tios/tias, avós ou outros. O responsável pela criança será aquele que, à partida, ensinará os cuidados de higiene oral e inculcará regras no indivíduo essenciais à sua vida. Podemos fundamentar estas afirmações com a tese de mestrado de Carla Rodrigues, orientado pela Professora Doutora Maria Fátima Goulão, na qual menciona que a saúde geral, e dentro dela a saúde oral, reflecte os hábitos e comportamentos de saúde em muitos aspectos. As doenças orais estão relacionadas com os estilos de vida e uma multiplicidade de factores de risco que podem afectar os hábitos e a saúde oral. Afirmando que os os

pais/encarregados de educação são os responsáveis pelos hábitos e comportamentos de saúde oral da criança e os comportamentos dos membros mais velhos da família são bastante observados pela criança. Os hábitos de higiene oral na infância são adquiridos principalmente em casa, sendo a mãe o primeiro modelo de comportamento. Vários estudos evidenciam uma correlação, estatisticamente significativa, entre a prevalência de cárie dentária na criança, os níveis de conhecimento de saúde oral, o nível socio-económico, o nível de escolaridade e a frequência de visita a profissionais de saúde oral, por parte dos pais/encarregados de educação.⁸

Quando passamos para os comportamentos de saúde oral, nomeadamente, a escovagem dentária, ainda há crianças que não efectuam a escovagem dentária todos os dias (22,5%) e dos que responderam negativamente 26,7% (n=20) residem em áreas urbanas e 20,8% (n=40) em áreas rurais, tal situação não permite afirmar, de todo, que os cuidados com as peças dentárias está menos incutido, na população desta amostra, em zonas não urbanizadas. Resultados contrariados pelo estudo de Petersen *et al.*, em adolescentes da China, em que das zonas rurais 26,3% não efectuam escovagem dentária contra 7,2% de zonas urbanas (em adolescentes com 12 anos de idade). Numa pesquisa de Lapresa, em Espanha, apenas 8,59% dos indivíduos entre 6 e 15 anos não efectuam escovagem dentária todos os dias.⁵¹ Noutro estudo de Petersen *et al.*, também, a maioria refere escovar os dentes duas vezes por dia, sendo que há uma frequência absoluta superior para habitantes de zonas urbanas.⁵²

Dos indivíduos que têm por hábito escovar os dentes, podemos concluir que a maioria 59,3% (n=128) o faz, pelo menos duas vezes diárias, que permitem uma higiene oral aceitável, mas ainda há uma percentagem significativa de crianças que apenas o faz uma vez (21,3%, n=46), questão esta que é necessário combater, através de campanhas de informação/sensibilização de saúde oral, aos pais, às crianças, nas escolas. Segundo Lapresa *et al.*, crianças entre os 6 – 15 anos de idade, em Espanha, 38,20% dos adolescente escovam duas vezes diárias e 26,78% apenas uma vez, sendo à semelhança deste estudo, os dois valores mais elevados, respectivamente.⁵¹ Torna-se, essencial, a aplicação de medidas em crianças em idade escolar, no estudo de S. Friel *et al.*, na Irlanda, verificaram que após aplicação de um programa de promoção de saúde oral nas escolas, instruindo as crianças, e programas televisivos didáticos permitiram, em crianças dos 11/12 anos aumentar o número de indivíduos a escovar pelo menos duas vezes diária, de 66,8% para 68,4%.⁵³ Segundo Harris *et al.* (2003) a escovagem diária

dos dentes, menos de 2 vezes por dia, e o lanche açucarado entre as refeições foram consistentemente identificados, como comportamentos chave que permitem explicar a presença de cáries dentárias nas crianças.²⁴

Neste tópico, podemos ver que não existem dados que nos permitem afirmar que nas zonas urbanas as crianças têm mais cuidado com a escovagem, pois os indivíduos das áreas rurais 63,5% (n=99) escovam duas vezes por dia, sendo uma parte significativa da amostra, contra 47,5% da área urbana, acrescentando que 23,0% destes indivíduos escova apenas uma vez diferente dos 20,6% da área rural.

No tempo que dispensam a realizar a escovagem dentária e/ou estruturas anexas, 34,4% (n=94) fá-lo durante mais de três minutos, são poucos os que realizam apressadamente a sua higiene oral, abaixo do tempo recomendado (12,1%, n=33). No estudo de Zhu *et al.*, na China, temos que a maioria dos indivíduos, quer residentes em zona rural ou urbana, dispensa menos de três minutos na escovagem dentária (71,6%, 66,4% respectivamente).³⁵

Além da importância do número de vezes que se realiza a escovagem, a altura do dia merece particular ênfase, está aconselhado, no mínimo, efectuar a higiene oral de manhã e à noite (antes de ir dormir), e neste estudos daqueles que realizam escovagem apenas uma vez 10,7% (n=29) diz fazê-lo antes de se ir deitar, sendo menos negativo uma vez que a higiene oral antes de dormir assume um papel de particular importância, e dos que escovam duas vezes 36,2% (n=98) fá-lo de manhã e antes de deitar, como recomendado, mas é de salientar que há baixas frequências para a escovagem mais que duas vezes ao dia (n=42), tal pode dever-se às impossibilidades do local onde se encontram (escola), desleixo, falta de informação. Para Stella Y.L. Kwan *et al.*, as escolas são promotoras de saúde oral, pelo que devem possuir condições que permitam aos alunos realizar a higiene oral, sendo uma das preocupações o controlo de infecção cruzada, a escola deve ter funcionários a supervisionar os adolescentes e a verificar se a sua higiene oral é realizada.⁴ Num estudo, já mencionado, de Zhu *et al.*, a maioria dos adolescentes com 12 anos escovam os dentes de manhã, e uma percentagem inferior ao deitar, sendo que é progressivamente menor, após ingestão de alimentos açucarados e após as refeições.³⁵

Quanto à forma como as crianças procedem à sua higiene oral, temos uma parte razoável a afirmar realizar a limpeza das gengivas, língua e dentes (43,1%,

n=116), apenas uma pequena parte 12,3% (n=35) escova unicamente os dentes, o que mostra que as crianças possuem algum conhecimento de como efectuar a higiene oral, independentemente do seu local de residência. Dos habitantes de zonas rurais maioria refere efectuar limpeza das gengivas, língua e dentes, não existindo, aparentemente, um descuido por parte destes no que refere a este tópico, nas zonas urbanas a percentagem dos que escovam gengivas, dentes e língua é menor, 44,1%, contra 46,3% (área rural).

É fulcral saber onde os indivíduos aprenderam a cuidar da sua higiene oral, de forma a entendermos onde poderá existir, eventualmente, alguma falha de informação e desta forma interferir positivamente. Temos uma grande maioria que aprendeu em casa (63,5% , n=172), e tendo em atenção os dados de quem são os encarregados de educação, isto leva-nos a crer que aprendem na sua maioria com os pais/mães. Verificamos que na escola pouco receberam essa informação (13,7%, n=37) e ainda menos aprenderam nos centros de saúde, o que pode indiciar uma falha de informação a nível do SNS na área da medicina dentária e saúde oral. Quanto aos que foram ensinados pelo médico dentista, também estes são uma baixa percentagem (8,5%, n=23) o que poderá levar-nos a pensar que os profissionais não sensibilizaram para os métodos de higiene oral ou as crianças já tinham os conhecimentos antes da consulta com um profissional de saúde oral. Segundo Petersen *et al.*, e à semelhança do obtido, os adolescentes referem que receberam os ensinamentos acerca de higiene oral, na sua maioria, através dos pais, seguido dos professores e dentistas, respectivamente. Åstrom e Jakobsen, também reportaram que foram, estatisticamente significativas, as associações entre o uso do fio dentário, a escovagem de dentes e as bebidas não açucaradas entre os pais e as suas crianças, o que indica que os adolescentes imitam os hábitos dos seus progenitores.⁸

Quando verificamos que frequência absoluta/relativa de crianças não efectuem a higiene oral todos os dias segundo o seu género, podemos ver que 16,9% (n=21) são raparigas e 27,9% (n=39) do género masculino, o que pode indiciar que o género feminino dá mais atenção à sua saúde oral/qualidade de vida, $p < 0,05$ ($p = 0,035$). Dados em conformidade com os estudo de Mashoto *et al.*, em que também é no género masculino que há maior percentagem (22,8%) de indivíduos que não escova os dentes diariamente, ao passo que a frequência relativa no género feminino é inferior (21,0%).³⁷

Ainda no âmbito de uma distribuição por género, temos as crianças que escovam duas vezes n=73 são raparigas e n=54 rapazes, bem como a maior

percentagem de indivíduos do sexo masculino (30,2%, n=32) que só escovam uma vez, enquanto apenas 12,1% (n=15) são raparigas, com $p < 0,05$ ($p = 0,017$).

Acerca do tipo de pasta que os indivíduos da amostra utilizam, podemos chegar à conclusão que há uma percentagem significativa (32%, n=87) que não sabem se o flúor é um dos componentes do dentífrico, e como sabemos o flúor tem potencial anticariogénico. Neste tópico, vemos diferenças entre áreas rurais e urbanas, indivíduos que não sabem se usam pasta fluoretada, 9,3% (n=84) residem em zonas rurais, e dos que usam 66,2% habitam numa área urbana, diferente dos 58,0% da área rural, $p < 0,05$ ($p = 0,0008$). Segundo Mashoto *et al.*, é difícil tirar conclusões a partir da questão aos adolescentes se utilizam pasta fluoretada, sendo as respostas muitas vezes as suas respostas inválidas, pelo desconhecimento dos constituintes do dentífrico que utilizam.³⁸ Num estudo de Ditmyer *et al.*, temos maior número de indivíduos que não utilizam pasta fluoretada (n=1544, contra 580).⁵⁴ Nas pesquisas de Zhu *et al.*, 83,2% utiliza pasta não fluoretada, sendo que nas zonas rurais é mais visível, embora com pouca diferença de valores, e 16,8% usa pasta fluoretada, sendo um número superior dos habitantes de zonas urbanas, $p < 0,001$.³⁵ Segundo Petersen *et al.*, no seu estudo, em zonas rurais e urbanas, na Tailândia, 9 em cada 10 crianças referem utilizar pasta fluoretada.⁵² Devem ser efectuadas acções de sensibilização que ilustrem de forma clara os benefícios do flúor e as pastas dentífricas existentes no mercado que o têm nos seus componentes, mostrar às crianças, adolescentes e pais/encarregados de educação amostras de pastas, esclarecer as ppm de flúor adequadas a cada idade e relacionadas com o risco de cárie de cada indivíduo.

No que concerne à utilização do fio dentário temos uma maioria 53,5% (n=146) a não utilizar, o que é uma situação preocupante, uma vez que é um complemento essencial da higiene oral, no entanto, verificou-se que apenas 0,7% (n=2) não sabem da existência do fio dentário, o que indica que a sua não utilização não é por desconhecimento do material. É preocupante como apenas uma pequena percentagem (5,9%, n=2) utiliza fio dentário diariamente, mais esforços junto da comunidade são necessários para incutir na população a importância da higienização das zonas interproximais, zonas de elevada susceptibilidade à cárie e de difícil acesso para higienização através da escovagem.

Nas consultas com o médico dentista temos um cenário animador, vemos que 98,1% das crianças já foi ao profissional de saúde oral, o número de crianças/adolescentes que nunca se deslocou ao dentista é baixíssimo (n=5), e a escola de Silgueiros é a única onde todos os alunos inquiridos já se dirigiram ao médico dentista. Neste ponto, vemos que residentes em zonas rurais (99,5%, n=191) têm acesso a cuidados de saúde oral por um profissional treinado, frequência relativa esta superior à das áreas urbanas (94,7%). Segundo Tuon, Lacerda e Traebert, temos 11,2% que já se deslocaram ao médico-dentista e 4,8% que nunca o fez.⁵⁷ Lapresa *et al.* verificou que a maioria já visitou o médico dentista pelo menos uma vez na vida.⁵¹ Na pesquisa de Zhu *et al.*, temos uma percentagem elevada de adolescente, que aos 12 anos, nunca visitou o dentista (41,7%), sendo a maioria residentes de zonas rurais.³⁵ De acordo com o estudo de Petersen o dentista privado foi apontado como um informador de saúde oral, por uma parte substancial dos pais, uma vez que estes visitam o dentista regularmente.⁵²

Nos últimos dozes meses, a maioria diz ter ido ao profissional de saúde oral (67,3%, n=183), sendo que 33,7% (n=55) o fez duas vezes e 26,4% (n=43) uma vez, sendo que poucos foram mais de três vezes. O motivo que foi referido pelos adolescentes como o mais comum para se dirigir ao médico dentista foi “rotina” (40,6%, n=101), o que nos permite verificar que já existe o hábito de ir apenas averiguar o estado de saúde oral, não sendo a odontalgia a principal causa de deslocação ao médico dentista. Contudo, ainda temos que 23,7% o faz para tratar dentes e 16,9% por odontalgia. No estudo de L. Barriuso Lapresa *et al.* em que, à semelhança deste, a maioria dos adolescentes entre 6 – 15 refere ter ido ao dentista.⁵¹ Segundo Zhu *et al.*, 31,3% dos indivíduos deslocou-se ao profissional de saúde oral no último ano, sendo que 35,3% o fez por rotina, sendo que há maior percentagem de indivíduos que o fez por rotina a residirem em zonas urbanas, 12,3% para aplicação de flúor e 7,8% para aplicação de selante de fissuras.³⁵

Como sabemos a Medicina Dentária no SNS ainda está longe de garantir uma saúde exemplar na sociedade portuguesa, podemos verificar que a maioria dos indivíduos (79,3%, n=203) se dirige a consultórios privados, apenas 20,7% (n=53) o faz através do SNS. Vemos que na escola de Abraveses é onde temos maior percentagem de indivíduos a ir ao consultório privado (91,1%, n=41), já na escola de Silgueiros há uma semelhança entre o número de indivíduos que se dirige ao centro de saúde e consultório

privado, 46,8% (n=22) e 54,2% (n=25), respectivamente, prevalecendo as idas ao sector privado. Observou-se que apesar de residirem numa área rural, 77,9% (n=141) frequentam consultórios privados. Nas zonas urbanas, também, os indivíduos se deslocam ao médico dentista pelo sector privado, 83,6% (n=61) contra 16,4% (n=12) que se dirigem ao centro de saúde. Num estudo de Petersen *et al.*, na Dinamarca, vemos que os cuidados dentários às crianças e adolescentes é gratuito através do serviço de saúde pública, sendo procurado por praticamente 100% da população alvo, sendo que este serviço encontra-se organizado ao nível municipal incluindo exames dentários regulares, tratamentos e cuidados de prevenção completamente gratuitos.³³ No estudo de Ditmyer *et al.*, estes não verificam o local (privado ou público) que os indivíduos frequentam, mas abordam um aspecto importante, que se pode assemelhar a sector público vs sector privado, o facto dos adolescente terem seguro de saúde ou não, sendo que indivíduos não segurados tendem a apresentar uma vez e meia maior probabilidade de apresentar índice de CPOD mais elevados.⁵⁴

No entanto, é possível verificar que parte das crianças da amostra (48,1%, n=89) utilizaram o cheque dentista nas suas deslocações ao profissional de saúde oral, mas há muito a fazer para aumentar estes números. Ainda neste âmbito, uma parte considerável dos habitantes de áreas rurais usou o cheque dentista (48,1%, n=89), mas uma parte ainda não o utilizou (26,5%), resta explorar os motivos. Na zona urbana há frequências próximas entre indivíduos que usaram, não usaram ou não sabem.

A escola em que mais alunos utilizam o cheque dentista é a de Aguiar da Beira (50,8%, n=62), encontrando-se logo a seguir a escola de Silgueiros (50,0%).

Um assunto que se ficou em debater foi a fobia das crianças ao médico dentista, e surpreendentemente grande maioria (91,4%, n=245) diz não ter medo do profissional de saúde oral, o que demonstrar que a medicina dentária já não é vista de forma assustadora como nos anos mais remotos, mostrando a evolução positiva nos métodos e relação médico-pacientes que torna a população mais confiante e segura em frequentar o profissional de saúde oral.

Quando passamos para o tópico “selantes” vemos que os indivíduos não se encontram devidamente informados, 75,7% (n=203) não sabe do que se trata, o que pode indicar uma falta de informação, e vemos que 77% (n=147) são habitantes de zonas rurais, contudo, também os residentes de área urbana 72,0% (n=54) desconhecem

o que são selantes contra 28% que o sabem, o que indicia que a área de residência não é o motivo do desconhecimento neste tópico, mesmo embora a percentagem dos indivíduos que sabem seja superior na área urbana (28,0% vs 23,0%). Seria interessante dinamizar acções em que fosse possível mostrar às crianças os materiais que são colocados nos dentes para fazer o seu selamento, como é feito o procedimento, quais as vantagens do procedimento. Se existisse uma parceria da Universidade Católica com várias escolas de Viseu e houvesse alunos interessados e disponíveis, as deslocações às escolas com frascos para exemplificar a aplicação do selante era um modo de educação, diferente e inovador, para as crianças, uma vez que estas têm maior facilidade em assimilar algo vendo, tornando-os futuros adultos mais informados e, cosequentemente, mais saudáveis.

Na escola de Silgueiros é onde há maior percentagem de crianças que não sabem o que são selantes (79,2%, n=10), seguida da escola de Abraveses e, posteriormente, Aguiar da Beira. Aqui vemos que apesar de Abraveses ter mais crianças a residirem em zona urbana não é necessariamente sinónimo que se encontram mais informadas, e depois há que ter em atenção a sua faixa etária, uma vez que crianças mais novas não têm tanta noção sobre determinados assuntos, mesmo depois de serem debatidos.

Quando se pergunta aos indivíduos se alguma vez tinham colocado selantes maioria 56,7% (n=153) não tinham ideia, e destes, 59,2% (n=113) residem em zonas rurais, mais um vez temos de ter em conta se as crianças não sabem o que são selantes por não lhes ser informado durante a colocação, por não prestarem atenção às explicações, nunca colocaram/nunca ouviram falar.

No que diz respeito aos hábitos alimentares da amostra, 68,4% (n=186) ingere alimentos açucarados esporadicamente, mas temos uma boa percentagem 49,6% a fazê-lo após as refeições, quando é menos prejudicial, não só para saúde oral, como saúde geral, no entanto, temos 44,2% (n=115) e 4,6% (n=12) que são preocupantes visto que o fazem entre as refeições e antes de dormir, respectivamente. No estudo de L. Barriuso Lapresa *et al.*, temos uma maior percentagem de adolescente com uma frequência de consumo elevada, ao contrário da nossa amostra, sendo que uma frequência considerável o faz diariamente (45,26%).⁵⁴ Também, é importante, a consciencialização de todos os médicos, especialmente pediatras, no que diz respeito à

prescrição de medicação com elevada quantidade de açúcar, pois estes contribuem para a cárie dentária em idades de risco.

Concluimos que 51,0% (n=134) têm noção que a alimentação influencia a saúde oral mas os restantes pensa que não, ou que pouco influencia, é essencial educar estas crianças, de modo a alterar hábitos e comportamentos para gerar atitudes saudáveis. Segundo Peteresen a comunicação de saúde, baseada em instruções pessoais e conselhos aos pais e crianças e a utilização de revistas de saúde e panfletos é altamente recomendável, enquanto os programas televisivos, rádio ou jornais parecem ter menor importância.⁵²

Na observação referente aos selantes vemos que uma frequência significativa (46,9%, n=128) não tinham este meio de protecção contra a cárie dentária, e verificou-se que neste ponto, e a escola de Abraveses é aquela que possui a maior percentagem de indivíduos com selantes (72,5%). Dos que possuem algum selante, verificámos que a moda é possuir entre um e quatro selantes. Nas zonas rurais há uma percentagem de 39,7% (n=107) que não tem nenhum selante, contudo também têm indivíduos, em número considerável, destas mesmas zonas rurais que têm entre um e quatro selantes (34,2%, n=66). Não podemos afirmar que o facto de residir em zona urbana leva a maior prevalência de selantes, até porque 53,2% dos indivíduos a residirem em área urbanizadas não apresentam selantes, superior à das área rurais. De acordo com o estudo de de Oulis *et al.*, apenas 8,3% (n=102) apresentam dentes selados, sendo um baixa prevalência deste método de preventivo, ainda no ponto de vista deste autor, estes valores podem ocorrer devido à baixa aplicação pelos médicos-dentistas pela dúvida que surge no seu uso enquanto agente preventivo.⁵⁶ Contudo, neste estudo há uma maior prevalência de adolescentes que possui pelo menos um selante do que no estudo de Oulis *et al.* na Grécia. Numa pesquisa de Mialhe, Oliveira e Pardi, concluíram que os médicos dentistas utiliza, na sua maioria, selantes de fissuras, diferentemente do estudo anteriormente mencionado, mas essa aplicação está dependente do local onde exercem (consultório particular, serviço público), sendo que a nível privado há maior aplicação deste material.⁵⁷ No estudo de Ditmyer *et al.*, temos que uma maioria 63,2% apresenta selante de fissuras.⁵¹

É evidente na amostra que das crianças com presença de selante há maior percentagem de encarregados de educação no nível II e nível III, mais visível no grupo

entre 1 e 4 selantes temos 34,8% (n=63) entre 5 e 12 anos de estudos e 3,3% (n=13) encontra-se no nível III. Isto indicia que indivíduos instruídos poderão, eventualmente, ter maior preocupação com a protecção das peças dentárias dos seus educandos, recorrendo à utilização de métodos preventivos no combate à cárie dentária.

Dos dentes selados, vemos que os molares definitivos (52,0%, n=66), seguido do conjuntos molares definitivos e pré-molares (32,3%, n=41) são os dentes onde é mais comum aplicar selante de fissuras.

Relativamente às faces seladas vemos que na grande maioria, 91,4% (n=64) apenas tem a face oclusal selada, o que indica que ou o material das zonas vestibular/palatina/lingual possui pouca retenção, daí encontrar-se ausente no momento da observação, ou são facilmente esquecidas durante a aplicação do material, só 1,4% (n=1) tem todas as faces dentárias seladas. Em todos os grupos de selantes a face oclusal é a que predomina, inquestionavelmente, selada, estando no grupo que apresenta mais que doze selantes em conjunto com a face vestibular. Também, Oulis *et al.*, verifica no seu estudo que a face oclusal apresenta maior prevalência de selante, principalmente a nível dos sétimos, no que diz respeito aos sextos, nesse estudo ainda há uma percentagem significativa que possui na face lingual (dentes 16 e 26).⁵⁶

Dos selantes observados vemos que 62,5% (n=80) estão intactos e apresentam-se na sua totalidade, o que demonstra que é um método de prevenção eficaz, e apenas 17,2% (n=22) se encontram com cárie.

Podemos verificar que para qualquer grupo de selantes, à excepção do grupo >12 selantes, que possui alguns selantes intactos e outros infiltrados com cárie, uma parte significativa tem os selantes intactos e a desempenharem plenamente a sua função.

Da distribuição dos selantes segundo o dente e arcada, vemos que 35,2% (n=44) têm selados molares superiores e inferiores, sendo que o conjunto sextos superiores e inferiores são os mais comumente selados nesta amostra, seguidos pelo sextos inferiores e o conjuntos quintos e quartos superiores.

Verificámos que os dentes, mais comumente selados são o conjunto sextos superiores e inferiores, apresentando os sextos inferiores (isolados) a segunda percentagem mais elevada, em consonância com os estudos de Oulis *et al.*, em que 5%

dos sextos mandibulares apresenta selante contra 4% dos sextos maxilares, sendo que os primeiros molares apresentam-se selados mais frequentemente.⁵⁶

Relativamente ao índice de CPOD desta amostra vemos que é de 1,42, encontrando-se este num nível baixo de prevalência da cárie dentária (1,2 – 2,6).

Apenas 22% (n=60) da amostra possuem CPOD = 0, no entanto, 44,0% (n=120) encontram-se em valores de CPOD entre um e quatro, não havendo grandes prevalências para valores de CPOD superior a 9.

As escolas com maior número de crianças com CPOD zero são a de Abraveses e Silgueiros. A escola de Aguiar da Beira apresenta é a única escola com crianças que apresentam valores de CPOD entre cinco e oitos, e valores de CPOD >12 não acontecem nem em Silgueiros, nem no Mundão.

No que diz respeito a áreas rurais e urbanas, nos valores de CPOD entre 1 – 4, a área rural apresenta maior percentagem de indivíduos (48,7% vs 32,5% - área urbana), contudo para os restantes valores de CPOD as área urbanas apresentam maiores frequências relativas contrariando o estudo de Mashoto et al., zonais rurais apresentam maior percentagem de indivíduos com CPOD >0 (21,3 zona rural, 17,9% zona urbana).³⁷

Verificou-se que a idade mais crítica desta amostra quanto à presença de maior número de cárie é entre os 12 – 14 anos para quase todos os valores de CPOD, excepto valores superiores a doze em que idades iguais ou superiores a 15 anos apresentam maior percentagem de indivíduos. Estes resultados diferem, de certa forma, dos de Mashoto *et al.*, que a idade com maior prevalência de cárie é entre os 15 – 19 anos, há que salientar, que na nossa amostra não tínhamos muitos indivíduos com idades superiores a 15 para determinar esta relação.³⁸ Segundo Ditmyer et al., comparando os intervalos de idade entre 12 -15 anos e 16 – 19 anos, o índice de CPOD tende a aumentar com a idade, sendo que para indivíduos com 16- 19 anos o risco de apresentar CPOD mais elevado é duas vezes superior.⁵⁴ No entanto, se a amostra da faixa etária igual ou superior a 15 fosse maior a tendência seria, muito provavelmente, apresentar valores de CPOD superiores, que já acontece em parte na nossa amostra.

Crianças com o encarregado de educação com nível de educação superior sugere maior percentagem de crianças livres de cárie, nível II (22,3%) e nível III

(19,7%), enquanto que no nível I apenas 15,4% apresentam CPOD=0. Em valores de CPOD entre 1 e 4 a percentagem de indivíduos tende a ser maior consoante aumenta o nível de escolaridade do encarregado de educação, diferentemente dos valores de CPOD entre 5 e 8 que são maiores no nível I e, para contrariar há maior valores de CPOD superiores a 12 no nível III, isto pode ser justificado pelo facto de encarregados de educação com menos de quatro anos de escolaridade poderão ter menor acesso a alimentos açucarados, factor de risco para desenvolvimento de cárie.

Distribuindo os valores de CPOD de acordo com o género verificou-se que o género feminino (21,6%, n=27) apresentam CPOD=0 e do género masculino (22,5%, n=32), contrariando Mashoto *et al.*, cujos resultados reflectem maior número de indivíduos do género feminino, com CPOD>0, 21,8% (n=191), p<0,05 e 17,5% (n=152) nos rapazes.³⁷

Cruzando os dados de CPOD e selantes, dos indivíduos livres de cárie (53,3%, n=32) possuem pelo menos um selante, sendo que os valores de CPOD tendem a ser menores quando os indivíduos apresentam pelo menos um selante, à excepção dos valores entre 9 e 12, em que apresentam maior número de selantes mas, também, valores de CPOD elevados, isto pode indicar que os selantes foram aplicados pelo elevado risco de cárie destes indivíduos, não propriamente porque falharam no seu objectivo preventivo. Também, no estudo de Ditmyer *et al.*, se verificou que os selantes reduzem a incidência de cárie, sendo que sem selantes a prevalência e severidade da doença tende a aumentar, os adolescentes de Nevada que não possuíam selantes apresentavam um risco de uma vez e meia superior de apresentar valores de CPOD mais elevados.⁵⁵ Klemme B. *et al.*, no seu estudo na Alemanha, obteve um elevada prevalência de selante de fissuras, contudo a experiência de cárie aos 12 anos varia de forma desigual, e para aumentar a eficácia deste método, é essencial a promoção de saúde oral e assegurar que os selantes são aplicadas nos dentes permanentes o mais cedo possível, principalmente quando as crianças apresentam cáries na dentição decídua.

Neste estudo verificamos que o consumo de alimentos açucarados influencia o valor de CPOD, pois para indivíduos livres de cárie vemos que estes não consomem este tipo de alimentos todos os dias, e há maior percentagem de CPOD=0 naqueles que referem nunca consumir ou que o faz raramente, também, se verificou que das crianças livres de cárie 33,4% (n=31) come os alimentos açucarados após as refeições tornando-

se menos prejudicial, e com CPOD superior a um as crianças tendem a comer açúcares preferencialmente entre as refeições, excepto nos valores de CPOD entre 5 e 8. Apesar de tudo, são raras, felizmente, as crianças que consomem alimentos açucarados antes de ir dormir. No estudo de L. Barriuso Lapresa, 45,26% das crianças consomem açúcares diariamente, ao contrário dos resultados obtidos nesta amostra de adolescentes, apenas 5,43% diz fazê-lo ocasionalmente, no entanto, neste estudo não é associado aos valores de CPOD.⁵¹ Segundo Mashoto et al., baixa ingestão de açúcares está associada a menor percentagem de adolescentes com CPOD >0.³⁷

Algumas crianças/adolescentes têm noção que a alimentação influencia a saúde oral, sendo que esses 46,6% (n=27) encontram livres de cárie, e dos que referem que influencia pouco/nada possuem CPOD >1, p>0,05.

No que concerne à escovagem dentária e valores de CPOD, dos que se encontram livres de cárie maioria escova os dentes todos os dias, apesar de existir uma percentagem que refere não o fazer, o que indicia, também neste ponto, a etiologia multifactorial da cárie. Para todos os valores de CPOD, a maioria das crianças refere escovar os dentes todos os dias, duas vezes por dia, excepto no grupo com valores de CPOD entre 5 e 8. Também, no estudo de Mashoto *et al.*, tal se verifica em que 20,6% dos adolescente que possuem CPOD >0 escovam os dentes mais que uma vez ao dia.³⁷

Das crianças livres de cárie 98,3% (n=59) foi ao médico dentista, apenas 1,7% (n=1) não o fez, o que pode indicar a importância do profissional de saúde na manutenção da saúde oral, contudo também os restantes valores de CPOD, maioria refere que já foi ao dentista, daí o motivo assume particular interesse, sabendo se foram apenas por rotina, tendo como objectivo a prevenção ou para realizar tratamentos, evitando a progressão de lesões já existentes.

A opinião das crianças sobre a sua saúde oral encontra-se não concordante com a realidade, dos que mencionam ter uma saúde oral muito boa apenas 16,7% (n=5) possuem CPOD=0, a maioria refere ter uma saúde oral boa/razoável, sendo que possui CPOD ≥5, e há mesmo crianças a referir para qualquer valor de CPOD >1 que a sua higiene oral é muito boa. Isto é, de certa forma, semelhante ao obtido por Szatko et al. (2004), apenas olhando a que os inquirido, neste caso são as crianças, ao passo que no estudo mencionado são aos mães, 42% avaliaram o estado da saúde oral dos seus filhos como bom ou muito bom, e apenas uma em cinco respondeu que a saúde oral do seu

filho era má ou muito má. Este conhecimento otimista da saúde oral dos filhos não foi confirmado pelo exame clínico. 60% das mães responderam que o seu próprio conhecimento sobre a saúde oral era limitado ou insuficiente.⁴ Segundo Petersen *et al.*, no seu estudo no Sul da Tailândia, a maioria refere que a sua saúde oral é razoável (n=52) e (n=32) muito boa/boa, sendo poucos os que referem que é uma higien oral má/pobre.⁵²

Também, para todos os valores de CPOD, as crianças referem saber escovar os dentes ou fazê-lo de forma razoável, poucos mencionam não o saber fazer, o que indica um percepção errada dos hábitos que possuem, visto que a análise intra-oral sugere algo diferente.

O uso do fio dentario, segundo as respostas dos indivíduos, não assume importância uma vez que para valores de $CPOD \geq 0$ dizem não o utilizar, não podemos assim tirar conclusões.

No meu ponto de vista, é possível combater algumas falhas no conhecimento das crianças/adolescentes e alterar hábitos nocivos, estão numa idade em que é mais simples inculcar comportamentos saudáveis, e poderia tirar-se partido do facto de existir em Viseu a Universidade Católica, nomeadamente o curso de Medicina Dentária para criar protocolos entre as escolas e universidade no que diz respeito a tratamentos, acções de sensibilização periódicas, dinâmicas e apelativas de crianças e pais, sendo produtivo para a comunidade e para a própria clínica universitária que aumentaria o número de pacientes odontopediátricos. A formação das crianças deve estar integrada no plano curricular das mesmas, de modo a que obrigatoriamente, se realizem as palestras ou actividades relacionadas com saúde oral, mensalmente, trimestralmente ou semestralmente. Caso houvesse interesse por parte das escolas, estas deviam disponibilizar um serviço de saúde oral na sua escola, nem que fossem apenas algumas horas em que o profissional esclarecia dúvidas/aconselhava e/ou se encontrava disponível para actuar em situação de emergência/encaminhar para o local adequado.

Conclusões

- Quanto às habilitações literárias dos pais há maior percentagem de indivíduos com no nível III e menor no nível I na área urbana, com $p=0,006$, tal não podemos concluir para as habilitações literárias da mãe
- Os adolescentes do género feminino apresentam maior cuidado com a sua higiene oral, mas isso não se reflecte no CPOD, apresentando-se uma menor percentagem de raparigas livres de cárie quando comparadas com os rapazes
- Actualmente, uma percentagem elevada de crianças não utiliza o fio dentário diariamente, tanto em áreas rurais como urbanas ($p=0,010$)
- As consultas ao médico dentista não são condicionadas pelas área de residência
- Uma parte considerável utiliza o cheque dentista, pelo que pode indiciar que as medidas aplicadas pelo SNS começam a dar o seu fruto
- Na nossa amostra, não é possível inferir eu a prevalência de selantes está relacionada a área de residência, verificamos que a prevalência de selantes nas áreas urbanas é de 46,8% e nas áreas rurais é 55,4%, $p>0,05$ ($p=0,299$)
- Os molares são os dentes mais, frequentemente, selados, havendo predilecção pelos sextos inferiores
- O índice de CPOD da amostra é de 1,42, encontrando num nível de baixa prevalência de cárie dentária, sendo o que acontece actualmente em Portugal
- Áreas rurais, neste estudo, apresentam maior número de indivíduos livres de cárie 22,8% contra os 20,8% de áreas urbanas, $p=0,038$
- As opinião das crianças acerca da sua própria saúde oral encontra-se desfasadas da realidade demonstrada pela observação intra-oral, com valores de CPOD=0 apenas 1,8% refere que a sua saúde oral é “muito boa” e com CPOD>12 3,5% julgam que a sua saúde é “muito boa”, $p<0,05$ ($p=0,008$)

Bibliografia

1. Rosamund Harrison et al. Oral Health Promotion for High-Risk Children: Case Studies from British Columbia. *J Can Dent Assoc.* 2003; 69(5):292–6;
2. World Health Organization Oral Health, Fact sheet N.º 318, February 2007;
3. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dental Health* (2004) 21 (Supplement). 319–329;
5. Petersen PE, The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (Suppl.1): 3 – 24;
6. Hobdel IM *et al.* Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal* (2003) 53.285-288;
7. Veiga, NJ. Comportamentos de Saúde Oral em Adolescentes Portugueses. Dissertação apresentada à universidade de Medicina da faculdade Porto em 2009;
8. Rodrigues CM. Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos De Saúde Oral Das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Uuniversidade Aberta de Lisboa em 2008;
9. Watt RG, Fuller S. Oral health promotion — opportunity knocks, *British Dental Journal.* vol 186,no. 1, Janeiro 1999;
10. Ministério da Saúde, <http://www.acs.min-saude.pt/pns/saude-escolar/>. Consultado a 31/03/2012;
11. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. 2005;

12. Ordem dos Médico Dentistas, Números da Ordem – Estatísticas 2012, consultado a 20/08/2012;
13. Direcção-Geral de Saúde, Circular Normativa N.º 9/DSE de 19/07/06, Lisboa, 2006;
14. Direcção-Geral de Saúde, Circular Normativo DGS n.º04/DSPPS/DCVAE de 27/02/08. Lisboa, 2008;
15. Faria HA, Carvalho GC. Escolas Promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. vol. 22, N.º2 – Julho/Dezembro 2004;
16. Cortelli S et al. Factores de risco à cárie e CPOD em crianças de idade escolar. Cienc Odontol Bras 2004 abr./jun.; 7 (2): 75-82;
17. Pereira AC. Cáries Dentárias – Etiologia e Prevenção. Edição Medisa, 1995
18. Netto NG et al. Introdução à Dentística Restauradora. Livraria Santos Editora, 2003;
19. Fejerskov O, Kidd E. Dental Caries: The Disease and its Clinical Management. Blackwell Munksgaard, 2003;
20. Marinho, V, Pereira, G. Revisão da Literatura, Cárie: Diagnóstico e Plano de Tratamento. R.. Un. Alfnas, Alfnas, 4:27-37, 1998;
21. Bastos JL, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. Ciência e Saúde Colectiva 2007; 12(6): 1611-21;
22. Lima JE. Cárie Dentária: um novo conceito. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2007; 12(6): 119-130.
23. Julihn A, Agholme M, et al. Risk factors and risk indicators associated with high caries experience in Swedish 19-year-olds. Acta Odontologica Scandinavica. 2006; 64: 267-73.

24. Cortelli SC, Cortelli JR, Prado JS, Aquino DR, Jorge AO. DMFT in school children relate to caries risk factors. *Cienc. Odontol Bras.* 2004; 7(2): 75-82.
25. Novais et al. The relationship between dental caries and sweetness preference: prevalence in children. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, Jo o Pessoa*, v. 4, n. 3, p. 199-203, set./dez. 2004
26. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Consultado a 08/08/2012, www.dgs.pt;
27. Bastos JL, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Ciência e Saúde Colectiva.* 2007; 12(6): 1611-21;
28. Hattne K, Folke S, Twetman S. Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontologica Scandinavica.* 2007; 65: 206-13;
29. Areias, C *et al.* Saúde Oral em Pediatria. *Acta Pediatr Port.* 2008;39(4):163-70;
30. Oliveira LB, Sheibam A, Bonecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 37-43;
31. Timis T, Danila I. Socioeconomic status and oral health. *The Journal of Preventive Medicine* 2005; 13(1-2):116-21;
32. Nicolau B, Marcenes W, Bartley M, Sheiham A. Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. *Journal of Public Health Dentistry* 2005; 65(1): 14-20;
33. Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krustrup U. Changing Dentate Status of Adults, Use of Dental Health Services, and Achievement of National Dental Health

Goals in Denmark by the Year 2000. *Journal of Public Health Dentistry* 2004; 64(3): 127-35;

34. Axelsson P. *Diagnosis and Risk Prediction of Dental Caries*. 1st edition. Quintessence Publishing, 2000;

35. Ling Zhu *et al.* Oral Health Knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China, *International Dental Journal* (2003) 53, 289-298;

36. Jamieson *et al.* Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. *MBC Public Health* 2011, 11:656;

37. Mashoto *et al.* Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district. Tanzania. *BMC Oral Health* 2010, 10:7;

38. Daniel SJ, Harfst SA, Wilder RS. *Mosby's Dental Hygiene: Concepts, Cases and Competencies*. 2nd edition. Mosby Elsevier, 2008;

39. Robert J. Feig *et al.* Sealants and preventive restorations: review of effectiveness and clinical changes for improvement. *Pediatric Dentistry* -2012, 199;

40. Steven MA. The Role of Sealants in Caries Prevention Programs. *Journal Of The California Dental Association*. March 2003;

41. Daniel SJ, Harfst SA, Wilder RS. *Mosby's Dental Hygiene: Concepts, Cases and Competencies*. 2nd edition. Mosby Elsevier, 2008;

42. Amir Azarpazhooh *et al.* Pit and Fissure Sealants in the Prevention of Dental Caries in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JCDA* www.cda-adc.ca/jcda • March 2008, Vol. 74, No. 2;

43. Dagli RJ, Santhosh T, Dhanni C, Duraiswamy P, Kulkarni S. Self-reported dental health attitude and behavior of dental students in India. *Journal of Oral Science* 2008; 50(3): 267-72;
44. Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1416;
45. Hattne K, Folke S, Twetman S. Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontologica Scandinavica* 2007; 65: 206-13;
46. Meng X, Heft MW, Bradley MM, Lang PJ. Effect of fear on dental utilization behaviors and oral health income. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 292-301;
47. Bastos JL, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Ciência e Saúde Colectiva* 2007; 12(6): 1611-21;
48. Marja-Leena M, Paivi R, Sirkka J, Ansa O, Matti S. Childhood caries is still in force: A 15-year follow-up. *Acta Odontologica Scandinavica* 2008; 66:189-92;
49. Daniel SJ, Harfst SA, Wilder RS, *Dental Hygiene: Concepts, Cases and Competencies*, 2008, 2^a ed, Parte V, cap. 24;
50. WHO, Geneva, *Oral Health Surveys Basic Methods*, 4th ed. 1997;
51. Barriuso Lapresa L, et al. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. *An Pediatr (Barc)* 2011. Do:10.1016/j.anpedi.2011.09.005;
52. Petersen PE *et al.* Oral health status and oral health behavior of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand. *International Dental Journal* (2001) 51, 95-102;
53. S. Friel *et al.* Impact evaluation of an oral health intervention amongst primary school children in Ireland, *Health Promotion International* Vol.17, No.2, 2002;

54. Ditmyer *et al.* A case-control study of determinants for high and low dental caries prevalence in Nevada youth. *BMC Oral Health* 2010, 10:24;
55. Tuon, Larcerda e Traebert. Prevalência de Cárie em escolares da zona rural de Jacinto Machado. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, 7(3):277-284, set./dez.2007;
56. Oulis *et al.* Prevalence of sealants in relation to dental caries on the permanent molars of 12 and 15-year-old Greek adolescents. A national pathfinder survey, Received September 9, 2010; Accepted February 14, 2011;
57. Mialhe, FL *et al.* O Uso de Selantes de Fóssulas e Fissuras por Cirurgiões-Dentistas de um Município de Médio Porte, *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, 8(1):105-109, jan./abr. 2008
58. Simone et al. Associations between health promoting schools policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion International*, Vol 18, No.3, Oxford University Press 2003;
59. Lima JE. Cárie Dentária: um novo conceito. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 2007; 12(6): 119-130;
60. Astrom AN. Stability of oral health-related behaviour in a Norwegian cohort between the ages 15 and 23 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 354-62;
61. Cohen F, et al. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1007-1015, 2011;

62. Mashoto KO, Astrom AN, Skeie MS and Masalu JR. Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district. Tanzania, BMC Oral Health 2010, 10:7;
63. Freire *et al.* Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. Revista de Saúde Pública. Volume 33, número 4, Agosto 1999, p.385-90;
64. F. Dogar *et al.* Oral health of pre-school children in rural and remote. Western Australia 11:1869 online(2011).

Anexos

CONSENTIMENTO INFORMADO

“COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL EM ADOLESCENTES DE ÁREAS RURAIS E URBANAS”

Eu, Patrícia Daniela de Figueiredo Teixeira, aluno do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, venho por este meio comunicar a vossa excelência que farei um estudo na escola que o seu educando frequenta, com o objectivo de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado no âmbito da Saúde Pública e Medicina Dentária Preventiva, onde será aplicado um questionário e será realizado exame clínico do seu educando.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores deste projecto sendo o seu nome codificado.

A participação neste estudo não implicará qualquer encargo para si ou para o seu educando e não será efectuado nenhum tratamento.

Obrigado pela sua colaboração.

Eu, _____

Encarregado de Educação do aluno (a) _____
fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) e autorizo a utilização da informação deste questionário e exame clínico do meu educando, para o estudo estatístico desta investigação.

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis a aluna Patrícia Teixeira e o Mestre Nélio Veiga.

Viseu, _____ de _____ de 2012

Assinatura do Encarregado de Educação: _____



**Departamento de Ciências da Saúde
Universidades Católica Portuguesa**

O Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa pretende realizar um estudo epidemiológico com o objectivo de determinar a prevalência de doenças orais e caracterizar os comportamentos de saúde oral da população.

Para tal, solicitamos a tua participação, bastando para isso responder às seguintes questões que serão colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deves assinar nem rubricar o questionário. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixes nenhuma questão por responder.

Gratos pela colaboração.

Hábitos alimentares e sociais / Saúde oral

1 – Consomes bebidas alcoólicas?

- Não
 Sim, ocasionalmente
 Sim, todas as semanas
 Sim, todos os dias

2 – És fumador?

- Não Sim

2a – Se respondeste sim, em média, quantos cigarros fumas por dia? _____ cigarros

3 – Como descreves a tua saúde oral?

<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Fraca	<input type="checkbox"/> Muito fraca
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

4 – Consideras-te informado sobre higiene oral/saúde oral?

<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Nada
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

5 – Escovas os dentes todos os dias?

- Não Sim

5a – Se escovas todos os dias, quantas vezes escovas os dentes por dia? _____ vezes

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

7 – Quando é que escovas os dentes (podes assinalar mais do que uma)?

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

8 – 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

9 – Onde aprendeste a escovar os dentes?

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

Não sei

10 – Utilizas uma pasta de dentes com flúor?

Não

Sim

Não sei/não me lembro.

11 – Em relação à escovagem, sabes escovar os dentes de forma correcta?

Não

Razoavelmente

Sim

12 – Costumas utilizar o fio dentário?

Não

Sim, às vezes

Sim, diariamente

Não sei o que é o fio dentário

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

Não

Sim

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

Não

Não sei/não me lembro

Sim. Quantas vezes? _____

15 – Qual o motivo da consulta?

Rotina/consulta de prevenção (limpeza, selantes...);

Dor de dentes;

Cara inchada;

Tratar dentes estragados/cariados;

Outro. Qual? _____

16 – Onde decorreu essa consulta?

Centro de saúde

Consultório/clínica privada.

17 – Utilizaste algum “cheque-dentista”?

Não

Sim

Não sei/não me lembro.

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

Não

Sim

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

Não

Sim

20 – Alguma vez o médico dentista colocou selante de fissuras nos teus dentes?

Não

Sim

Não sei/não me lembro.

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

Não

Sim. Quantos? _____ dentes.

22 – Nos últimos 12 meses as tuas gengivas sangraram ou doeram durante a escovagem dos dentes?

<input type="checkbox"/> ₀ Não	<input type="checkbox"/> ₁ Sim, às vezes	<input type="checkbox"/> ₂ Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> ₃ Sim, sempre
---	---	---	---

23 – Nos últimos 12 meses alguma vez tiveste as gengivas inflamadas (avermelhadas)?

<input type="checkbox"/> ₀ Não	<input type="checkbox"/> ₁ Sim, às vezes	<input type="checkbox"/> ₂ Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> ₃ Sim, sempre
---	---	---	---

24 – Costumas tomar o pequeno-almoço:

- ₀Nunca
- ₁Raramente
- ₂Sim, às vezes
- ₃Todos os dias

25 – Costumas comer alimentos açucarados?

- ₀Não
- ₁Raramente
- ₂Sim, às vezes
- ₃Todos os dias.

26 – Quando é que costumavas comer alimentos açucarados?

- ₁Após as refeições
- ₂Entre as refeições
- ₃Antes de ir dormir.

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

- ₀Não
- ₁Influência pouco
- ₂Sim

Siglas Utilizadas

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

OMS – Organização Mundial de Saúde

HIV/SIDA – Vírus da Imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

FDI – Federação Dentária Internacional

IADR – International Association for Dental Research (Associação Internacional de Investigação Dentária)

CPOD – Dentes Cariados Perdidos e Obturados

Cit. – citação

p. – página

DGS – Direcção Geral de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

ADA – Associação Dentária Americana

IMC – Índice de Massa Corporal

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Índice de Figuras

Figura 1 – Distribuição dos valores de índice de CPOD ao longo dos anos em crinaças com 112 anos	14
Figura 2 – Promoção de Saúde nas Escolas por Região de Portugal continental.....	18
Figura 3 – Centros de Saúde com Equipas de Saúde Escolar.....	22
Figura 4 – Correlação pentre os diversos intervenientes para saúde escolar na Dinamarca.....	25
Figura 5 – Diagrama de Keys.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Recomendações de fluoretos e orientação técnica do Programa de Saúde Oral nas Crianças e adolescentes	34
Tabela 2 – Caracterização da amostra..	47
Tabela 3 – Código Propostos pela OMS (1997) para obtenção do índice do CPOD e seus respectivos significados clínicos.....	55

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra pelas escolas.....	57
Gráfico 2 - Distribuição da amostra pela área de residência	57
Gráfico 3 - Distribuição dos alunos de cda escola pela sua área de residência	58
Gráfico 4 - Distribuição das Habilitações Literárias dos pai segundo a área de residência	59
Gráfico 5 - Distribuição das Habilitações Literárias da mãe segundo a área de residência	59
Gráfico 6 - Encarregado de Educação das crianças.....	60
Gráfico 7 - Frequência da escovagem dentária.....	60
Gráfico 8 - Distribuição da escovagem por área de residência	61
Gráfico 9 - Frequência da escovagem dentária.....	61
Gráfico 10 - Distribuição da frequência diária de escovagem segundo a árrea de residência ...	62
Gráfico 11 - Tempo dispensado na escovagem dentária	62
Gráfico 12 - Distribuição do tempo de escovagem segundo a área de residência	63
Gráfico 13 - Frequências relativas das horas do dia em que os adolescente realizam a sua higiene oral.....	64
Gráfico 14 - Frequências relativas do modo como os adolescente procedem à sua higiene oral	64
Gráfico 15 - Distribuição do modo de higienização segundo a área de residência	64
Gráfico 16 - Local onde os adolescentes aprenderam a efectuar a sua higiene oral	66
Gráfico 17 - Distribuição da escovagem diária pelo género	66
Gráfico 18 - Distribuição do número de vezes que os adolescentes escovam os dentes por dia	67
Gráfico 19 - Distribuição das respostas em relação ao uso de pasta fluoretada	67
Gráfico 20 - Utilização da pasta fluoretada segundo a área de residência.....	68
Gráfico 21- Utilização do fio dentário pelos adolescentes	68
Gráfico 22 - Consultas no Médico Dentista.....	69
Gráfico 23 - Distribuição das consultas no médico dentista de acordo com a escola frequentada	69
Gráfico 24 - Distribuição das consultas no médico dentista segundo a área de residência	70
Gráfico 25 - Consultas dos adolescente ao médico dentista no último ano.....	70
Gráfico 26 - Número de consultas nos últimos doze meses	71
Gráfico 27 - Motivos das consultas ao médico dentista	71
Gráfico 28 - Local das consultas no médico dentista, consultório privado vs centro de saúde .	72
Gráfico 29 - Distribuição do local das consultas de acordo com a escola frequentada.....	72
Gráfico 30 - Distribuição do local de consulta no médio dentista de acordo com a área de residência	73
Gráfico 31 - Frequência de indivíduos que utiliza o cheque dentista	73
Gráfico 32 - Utilização do cheque dentista de acordo com a escola frequentada	74
Gráfico 33 - Utilização do cheque dentista de acordo com a área de residência.....	74
Gráfico 34 - Número de adolescentes com medo do médico dentista	75
Gráfico 35 - Conhecimento dos adolescentes acerca de selantes de fissuras.....	75
Gráfico 36 - Conhecimento dos adolescentes sobre selantes segundo a área de residência	76
Gráfico 37 - Conhecimentos dos adolescentes segundo a escola frequentada	76
Gráfico 38 - Conhecimento dos adolescentes acerca da possibilidade de possuírem selantes .	77

Gráfico 39 - Distribuição das opiniões acerca da presença/ausência de selantes nos adolescente segundo a área de residência	77
Gráfico 40 - Auto-conhecimento sobre a presença/ausência de selantes na cavidade dos adolescentes segundo a área de residência	78
Gráfico 41 - Frequência de consumo de alimentos açucarados pelos adolescentes	79
Gráfico 42 - Alturas do dia em que os adolescentes ingerem alimentos açucarados	79
Gráfico 43 - Diferentes opiniões dos adolescentes acerca da influência da alimentação na saúde oral.....	80
Gráfico 44 - Prevalência de Selantes na amostra de adolescentes, e sua distribuição de acordo com o número de selantes apresentados.....	81
Gráfico 45 - Distribuição da prevalência de selantes segundo a escola frequentada	81
Gráfico 46 - Distribuição da prevalência de acordo com a área de residência.....	82
Gráfico 47 - Prevalência de selants segundo as habilitações literárias do encarregado de educação	83
Gráfico 48 - Dentes mais comumente selados na amostra	83
Gráfico 49 - Distribuição da quantidade de selante e os dentes mais frequentemente selados.....	84
Gráfico 50 - Frequências das faces com selante de fissuras	85
Gráfico 51 - distribuição da prevalência de selantes e as faces que se apresentam seladas	85
Gráfico 52 - Distribuição das integridade dos selantes e/ou presença de cárie.....	86
Gráfico 53 - Distribuição da prevalência de selantes e a sua integridade	87
Gráfico 54 - Distribuição das prevalências de dentes selados de acordo com o dente (molares, pré-molares) e arcada (superior e inferior).....	89
Gráfico 55 - Distribuição da prevalência de selantes de acordo com o dente (sextos, sétimos, quintos ou quartos) e arcada (superior e inferior)	90
Gráfico 56 - Distribuição dos valores de CPOD segundo diferentes grupos	91
Gráfico 57 - Distribuição dos valores de CPOD de acordo com a escola frequentada	92
Gráfico 58 - Distriibuição dos valores de CPOD segundo a área de residência	93
Gráfico 59 - Distribuição dos valores de CPOD segundo a idade dos adolescentes	94
Gráfico 60 - Distribuição dos valores de CPOD de acordo com o gênero dos indivíduos.....	94
Gráfico 61 - Distribuição dos valores de CPOD segundo as habilitações literárias do encarregado de educação dos adolescentes	95
Gráfico 62 - Distribuição dos valores de CPOD de acordo com o número de selantes dos indivíduos	96
Gráfico 63 - Cruzamento de dados da prevalência de selantes e o auto-conhecimento se os adolescente possuem/não possuem esse mesmo material	97
Gráfico 64 - Cruzamento dos valores de CPOD com as respostas à pergunta acerca do consumo de alimentos açucarados	98
Gráfico 65 - Valores de CPOD e alturas do dia em que os adolescentes tendem a ingerir alimentos açucarados	99
Gráfico 66 - Cruzamento dos valores de CPOD com a opinião dos adolescentes acerca da influência da alimentação na sua saúde oral	100
Gráfico 67 - Cruzamento dos valores de CPOD com a opinião dos adolescentes sobre a sua própria saúde oral	100
Gráfico 68 - Distribuição das respostas acerca da higiene oral diária com os valores de CPOD	101

Gráfico 69 - Distribuição do número de vezes que os indivíduos realizam a sua higiene oral e os seus valores de CPOD.....	102
Gráfico 70 - Valores de CPOD dos indivíduos e sua relação com as consultas ao médico dentista	103
Gráfico 71 - Valores de CPOD e relação com a opinião dos adolescentes se sabem realizar a sua higiene oral.....	103
Gráfico 72 - Relação dos valores de CPOD com a utilização do fio dentário pelos adolescentes	104