



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL EM ESTUDANTES DE
MEDICINA DENTÁRIA EM PORTUGAL E NA HOLANDA - UM ESTUDO
COMPARATIVO**

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

Por

Ana Rita de Sousa Saraiva Dias

Sob a orientação do Mestre Nélio Veiga
E a coorientação da Doutora Andreia Figueiredo

Viseu, 2015

“You are not healthy without good oral health.”

C. Everett Koop

Aos meus pais e aos meus irmãos, Inês e Pedro

Agradecimentos

Este trabalho é o culminar de um percurso difícil, mas prazeroso. A vontade de querer sempre mais tem-me acompanhado ao longo da vida, estabelecendo objectivos que, felizmente, tenho vindo a conquistar.

Tenho o privilégio de conhecer pessoas fantásticas, que me têm enriquecido como pessoa e como profissional. Sendo assim, não posso deixar de agradecer:

Ao meu orientador, Mestre Nélio Veiga,

Pela orientação, constante incentivo ao aperfeiçoamento científico, apoio, confiança e disponibilidade.

À minha co-orientadora, Doutora Andreia Figueiredo,

pelo contributo do seu conhecimento.

Aos meus pais,

Pelo exemplo de luta, coragem, educação e valores que sempre me transmitiram. Por me ensinarem o sentido da responsabilidade e me terem dado sempre a liberdade de escolha nas decisões mais importantes da minha vida. Por nunca desistirem de mim, mesmos nos momentos mais difíceis. Obrigada pela disponibilidade constante e pelo suporte familiar. A realização deste sonho é nossa, obrigada por tudo. Amo-vos muito!

Aos meus irmãos, Inês e Pedro,

Por todos os momentos passados juntos.

À minha família,

Por reconhecerem o meu esforço e trabalho e por me retribuírem com amor.

À Marlene e à Simone,

Pela amizade, cumplicidade, empatia e por darem um brilho tão especial à minha vida.

Aos meus “amigos da Católica”,

Pela entreatajuda e companheirismo que caracterizou o nosso grupo.

Aos meus “amigos de Viseu”,

Pela amizade que tem resistido às separações que a vida de hoje em dia impõe.

Aos meus colegas do Mestrado Integrado em Medicina Dentária,

Por tudo o que aprendemos juntos ao longo destes cinco anos.

Às entidades onde foram recolhidos os dados,

Ao Diretor do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e Diretor Clínico da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras, Prof. Doutor Rui Amaral Mendes.

Ao Coordenador do curso de Medicina Dentária e do Departamento de Erasmus da *Rabdoud University Nijmegen - College of Dental Sciences*, Prof. Doutor Nico Creugers.

A todas os estudantes que participaram no estudo,

Pois sem a vossa colaboração não seria possível a realização desta investigação.

Ao Dr. Makoto Kawamura e à Dra. Teresa Albuquerque,

Por me terem autorizado a utilizar a versão portuguesa do *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory*.

A todos os meus professores,

Porque a educação e o conhecimento são a arma mais poderosa do mundo.

À Universidade Católica Portuguesa,

Pela formação académica.

Aos meus pacientes,

Pelo papel imprescindível no meu processo de aprendizagem, especialmente aos que marcaram de forma tão vincada o meu percurso, por me darem a melhor recompensa, reconhecimento e gratidão pelo meu trabalho.

A todos aqueles que passaram na minha vida, de forma direta ou indireta, mas que deixaram alguma marca ou levaram um pouco de mim. A todos os que me apoiaram para que este trabalho fosse uma realidade.

OBRIGADA!

Resumo

Introdução: Os estudantes de Medicina Dentária de hoje serão os futuros médicos dentistas, sendo responsáveis pela promoção e educação para a saúde oral (SO). As atitudes e os comportamentos dos profissionais de SO para com a sua própria saúde refletem o seu entendimento da importância dos procedimentos de prevenção dos problemas orais, podendo contribuir para o aperfeiçoamento da SO dos seus pacientes.

Objectivos: Comparar as atitudes e os comportamentos de SO entre estudantes portugueses e holandeses.

Materiais e Métodos: Realizámos um estudo transversal numa amostra de 281 (58,1%) estudantes de Medicina Dentária da Radboud University Nijmegen e 201 (41,9%) da Universidade Católica Portuguesa, Viseu. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário auto-aplicado sobre as atitudes e os comportamentos de SO, que incluía o inventário *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI).

Resultados: Verificámos que 69,5% dos estudantes portugueses e 63,3% dos holandeses adotaram atitudes e comportamentos de SO pouco adequados. A média de *scores* do HUDBI obtida pela amostra holandesa foi superior à portuguesa ($8,0 \pm 1,2$ vs. $7,8 \pm 1,5$; $p=0,045$). Os estudantes holandeses do 1º e 2º anos, cujos pais não eram profissionais de SO e eram não fumadores apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO comparativamente aos portugueses ($p=0,013$; $p=0,017$; $p=0,048$; $p=0,047$; respectivamente).

Conclusão: Existe uma grande variabilidade relativamente às atitudes e aos comportamentos de SO entre estudantes de diferentes países, sendo que o nosso estudo apresentou resultados superiores. Ainda assim, as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses foram melhores que as dos portugueses. É bastante importante mudar a forma como se faz educação para a SO. O planeamento de estratégias de ensino para mudanças de comportamentos em SO deve dar relevância ao ensino de técnicas de autocuidado, no sentido de alertar para a percepção dos factores de risco que estão na origem das doenças orais.

Palavras-chave: Atitudes e comportamentos de saúde oral, estudantes de Medicina Dentária, Portugal, Holanda, HUDBI

Abstract

Introduction: Today's dentistry students are going to be the future dentists responsible for oral health education and promotion. Oral health professionals' attitudes and behaviours towards their own health reflect their understanding about the importance of oral problems prevention and may contribute to the improvement of their patient's oral health.

Objectives: To compare oral health attitudes and behaviours among Portuguese and Dutch students.

Materials and Methods: We conducted a cross sectional study in a sample of 281 (58,1%) dentistry students of Radboud University Nijmegen and 201 (41,9%) of Portuguese Catholic University, Viseu. Data collection was performed through a self-administered questionnaire about oral health attitudes and behaviours, which included the Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HUDBI).

Results: We found that 69,5% of Portuguese students and 63,3% of Dutch students adopted less adequate oral health attitudes and behaviours. The average scores of HUDBI obtained by the Dutch sample was higher than the Portuguese sample ($8,0 \pm 1,2$ vs. $7,8 \pm 1,5$; $p=0,045$). Dutch students of the 1st and 2nd years, whose parents were not oral health professionals and were non-smokers had better oral health attitudes and behaviours compared to Portuguese students ($p=0,013$; $p=0,017$; $p=0,048$; $p=0,047$; respectively).

Conclusion: There is a wide variability in relation to oral health attitudes and behaviours among students from different countries and our study showed superior results. Still, Dutch students' oral health attitudes and behaviours were better than the Portuguese. It is very important to change the way we do oral health education. The planning of teaching strategies for oral health behavioural changes should give importance to teaching self-care techniques, towards to alert to the perception of risk factors what are in the origin of oral diseases.

Keywords: Oral health attitudes and behaviours, dentistry students, Portugal, Netherlands, HUDBI

Abreviaturas e Símbolos

\bar{x} - média

DP - Desvio padrão

n - frequência absoluta

vs. - versus

Acrónimos e Siglas

DGS - Direção-Geral da Saúde

HUDBI - *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

ppm - partes por milhão

SO - Saúde Oral

Índice

INTRODUÇÃO	19
I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
1 - Saúde oral.....	23
2 - Doenças orais	27
3 - Prevenção e promoção da saúde oral.....	30
4 - Hábitos de higiene oral.....	32
5 - Hábitos tabágicos.....	38
6 - Hábitos alimentares	39
7 - Vigilância da saúde oral	40
II - OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	43
III - MATERIAIS E MÉTODOS.....	45
1 - Tipo de estudo	45
2 - Variáveis em estudo.....	46
3 - População e amostra	46
3.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	47
4 - Instrumentos de recolha de dados	50
5 - Procedimentos éticos e legais.....	52
6 - Análise estatística	52
IV - RESULTADOS	55
1 - Caracterização dos hábitos tabágicos.....	55
2 - Caracterização dos hábitos de higiene oral.....	55
3 - Caracterização da ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas	60
4 - Caracterização dos dados clínicos de saúde oral.....	61
5 - Caracterização da vigilância da saúde oral	62
6 - Caracterização da auto-percepção em saúde oral	63
7 - Avaliação das atitudes e dos comportamentos de saúde oral em estudantes portugueses.....	66
8 - Avaliação das atitudes e dos comportamentos de saúde oral em estudantes holandeses	68
9 - Comparação entre as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes portugueses e holandeses.....	70
V - DISCUSSÃO	73
1 - Discussão dos resultados	73
2 - Limitações do estudo	76

VI - CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	89
Anexo I - Aplicação do questionário.....	90
Anexo II - Questionário	93
Anexo III - Consentimento informado.....	102

Índice de Figuras

Índice de Quadros

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis	45
Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo a idade	47
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	49
Quadro 3 - Caracterização dos hábitos tabágicos.....	55
Quadro 4 - Caracterização dos hábitos de higiene oral (escovagem)	57
Quadro 5 - Caracterização dos hábitos de higiene oral (pasta dentífrica)	59
Quadro 6 - Caracterização dos hábitos de higiene oral (fio dentário)	59
Quadro 7 - Caracterização dos hábitos de higiene oral (colutório e utensílios)	60
Quadro 8 - Caracterização da ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas	61
Quadro 9 - Caracterização dos dados clínicos de SO	62
Quadro 10 - Caracterização da vigilância da SO.....	63
Quadro 11 - Caracterização da auto-percepção em SO.....	64
Quadro 12 - Prevalência das atitudes e dos comportamentos de SO dos estudantes portugueses.....	66
Quadro 13 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses.....	67
Quadro 14 - Relação entre os hábitos tabágicos e as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses.....	68
Quadro 15 - Prevalência das atitudes e dos comportamentos de SO dos estudantes holandeses.....	68
Quadro 16 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses	69
Quadro 17 - Relação entre os hábitos tabágicos e as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses	70
Quadro 18 - Comparação das atitudes e dos comportamentos de SO entre os estudantes portugueses e os holandeses.....	70
Quadro 19 - Comparação das atitudes e dos comportamentos de SO entre os estudantes portugueses e os holandeses quanto à variáveis sociodemográficas.....	71
Quadro 20 - Comparação das atitudes e dos comportamentos de SO entre os estudantes portugueses e os holandeses quanto aos hábitos tabágicos	71

INTRODUÇÃO

A globalização e a urbanização do mundo atual têm intensificado alterações nos níveis de desenvolvimento das sociedades, emergindo novos desafios na área da saúde e da saúde oral (SO).¹

Os conceitos de saúde e SO são altamente subjetivos, individualizados e abstractos, sendo a sua percepção fortemente influenciada pela experiência individual e pelo *background* cultural.² A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a SO faz parte da saúde e do bem-estar geral do indivíduo, sendo considerada importante para uma boa qualidade de vida.³⁻⁶ Desta forma, a SO consiste em estar livre de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença periodontal, cárie dentária, perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam o complexo craniofacial.⁴

A OMS recomenda o desenvolvimento de estratégias de Saúde Pública e de programas integrados de forma a promover a saúde geral e a SO, em particular, e consequentemente melhorar a qualidade de vida. Há muito a desenvolver no que concerne à SO, sendo uma área à qual nem sempre é conferida a importância que realmente detém.^{7,8}

A Medicina Dentária é uma área nobre da Medicina que prima pela sua especificidade, tanto ao nível do conhecimento, como ao nível de intervenção.⁹ Neste sentido, os estudantes de Medicina Dentária de hoje serão os futuros médicos dentistas, sendo responsáveis pela promoção e educação para a SO. As atitudes e os comportamentos dos profissionais de SO para com a sua própria saúde refletem o seu entendimento da importância dos procedimentos de prevenção dos problemas orais, podendo contribuir para o aperfeiçoamento da SO dos seus pacientes.^{10, 11} Todavia, é frequente não se verificarem mudanças significativas nas atitudes e nos comportamentos dos pacientes após lhes terem sido recomendadas técnicas e comportamentos a adotarem para melhorarem ou manterem a sua SO.¹² Consequentemente, é importante que os estudantes adquiram conhecimentos adequados em saúde e que as suas atitudes e comportamentos de SO estejam em conformidade com as suas recomendações profissionais. Com conhecimentos e comportamentos apropriados em SO, estes futuros profissionais podem desempenhar um papel importante na educação em saúde e agir como modelos para a população em geral.¹³

A temática da SO tem sido investigada ao longo dos anos. Embora este seja um campo com muita informação, a literatura ainda é limitada em segmentos específicos da população. A maior parte dos trabalhos disponíveis concentram-se na SO das crianças,

dos adolescentes e dos idosos, sendo a população universitária pouco investigada. Deste modo, tem sido dada pouca atenção ao facto de como e quando é que os estudantes das profissões relacionadas com a SO modificam positivamente os seus comportamentos relativos à própria saúde. Estudos realizados nos últimos anos têm começado a investigar a influência que os cursos e os diferentes planos de estudo das universidades têm no desenvolvimento das atitudes e dos comportamentos relativos à SO dos seus estudantes.^{12, 14-21}

Investigar é uma forma sistemática de produzir conhecimento.²² A investigação ao serviço da saúde deve ter como objectivo encontrar as respostas para os problemas mediante a aplicação de métodos científicos, aspirando desta forma a um melhor conhecimento da relação entre saúde, doença, atitudes e comportamentos humanos. Deve também constituir uma forma sistemática e científica de pensar nos problemas da SO, na sua promoção e prevenção. Atualmente, tem-se dado ênfase a estudos de investigação que levam à *criação* de conhecimento que auxilie a prática na promoção da saúde e prevenção das doenças orais.

É neste contexto que pretendemos levar a cabo o nosso trabalho subordinado ao tema “Atitudes e comportamentos de SO em estudantes de Medicina Dentária em Portugal e na Holanda - um estudo comparativo”. O interesse por esta problemática deve-se à escassez de estudos nacionais¹⁴ sobre este tema e ao crescente interesse manifestado ao longo do curso.

A promoção da saúde no ensino superior português carece de estudos específicos sobre os comportamentos relacionados com a saúde dos estudantes. É interessante desenvolver trabalhos que possibilitem o conhecimento da realidade e permitam a comparação de dados a nível nacional e internacional, de forma a haver evidência empírica e científica como contributo para uma melhor definição das políticas de saúde e da educação para a saúde neste contexto.¹²

Estudar a temática das atitudes e comportamentos em SO e os fatores que se relacionam com os mesmos, em estudantes do curso de Medicina Dentária, pode ser importante para se compreender melhor se a formação académica tem alguma influência na SO destes estudantes e nas suas atitudes e comportamentos.

Assim, esta investigação surgiu na sequência do plano curricular do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras. Aceitámos o desafio de levar a cabo a elaboração desta pesquisa na área da Medicina Dentária Preventiva e mais concretamente ao nível das atitudes e dos comportamentos de SO. Com o presente trabalho, pretendemos investigar a existência de diferenças nas atitudes e nos comportamentos de SO entre os estudantes de Medicina Dentária portugueses e holandeses e ao longo dos anos do curso. Depois de

sabermos o que queríamos e termos definido o problema, começámos por uma entrevista informal com o nosso orientador Mestre Nélio Veiga, que tal como nós é um entusiasta nestas questões, tendo escrito e publicado alguns artigos na área de Medicina Dentária Preventiva.

Estruturalmente, este trabalho integra a fundamentação teórica, que suporta a investigação efetuada, os objectivos, os materiais e métodos, os resultados, a discussão e as principais conclusões a que chegamos. Terminamos com a lista de referências bibliográficas e um conjunto de documentos em anexo, designadamente o questionário, o consentimento informado e a respectiva autorização para a sua aplicação.

I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 - Saúde oral

*"(...) the question "What is oral health" can be reduced to "What is health?"*²
(Locker, 1997, p.17)

Os conceitos de saúde e SO são altamente subjetivos, individualizados e abstractos, sendo a sua percepção fortemente influenciada pela experiência individual e pelo *background* cultural.²

A saúde é um conceito intrínseco à natureza humana. Após a criação da OMS, a saúde passou a ser considerada um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, opiniões políticas, condições económicas ou sociais. Inicialmente foi definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.²³ Apesar de ser uma definição antiga e gerar atualmente alguma discordância no seio da comunidade científica, pois consideram que esta é utópica e inflexível, continua a ser um marco referencial por valorizar diferentes dimensões do ser humano.²⁴

A inter-relação entre saúde geral e oral está comprovada por evidência científica, visto que existe uma forte correlação entre as várias doenças orais e gerais, devido aos fatores etiológicos e de risco (ambientais e comportamentais) que têm em comum.^{4, 8, 25} Desta modo, torna-se essencial haver uma consciencialização da população para a relação causa-efeito no que se refere ao impacto dos problemas orais na saúde geral e na qualidade de vida do indivíduo.^{8, 26} A cavidade oral é afectada por uma série de doenças de origem oral e/ou sistémica. A forma *extracorporal* como os indivíduos percebem a saúde da sua boca tem de ser modificada, isto porque a SO afeta a saúde geral.^{4, 6} Considerando que a saúde comporta todos os aspectos referentes ao ser humano - físico, psicológico e social - uma SO deficitária pode afectar negativamente o funcionamento e o bem-estar do indivíduo.^{2, 6, 26} Portanto, não se é saudável sem uma boa SO.²⁷

Segundo a OMS, a SO consiste em estar livre de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença periodontal, cárie dentária, perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam o complexo craniofacial.⁴ Apesar desta definição parecer completa, representa apenas um estado de SO ideal. A verdade é que a maioria das pessoas, em qualquer momento da sua vida, irá

ter um problema qualquer de SO. Embora a ciência esteja avançada quanto aos tratamentos, o estilo de vida atual, nomeadamente no que concerne ao hábitos de higiene oral, à alimentação à base de açúcares e gorduras, hábitos tabágicos, consumo de álcool, entre outros, leva irremediavelmente a problemas de SO.²⁸

O acesso aos cuidados e serviços de saúde é um direito humano, sendo igualmente válido para a SO, dado que esta faz parte integrante da saúde geral e do bem-estar do indivíduo. Uma boa SO permite aos indivíduos que comuniquem de forma eficaz, que comam e desfrutem de uma variedade de alimentos e é importante na qualidade de vida, na autoestima e na confiança social.³⁻⁶

Durante décadas, a SO não foi considerada como uma questão merecedora de um lugar de topo nas agendas dos governos e organizações internacionais, talvez devido ao facto que o baixo índice de SO afeta a morbilidade e não a mortalidade. Contudo, nos últimos tempos, assistimos a um aumento da percepção da SO como parte integrante da saúde geral.^{8, 29}

Saúde oral e Medicina Dentária em Portugal, na Holanda e no Mundo

Atualmente, em Portugal, não existem estudos significativos da prevalência dos problemas de SO na população adulta, contudo existem alguns na população escolar que identificam índices de cárie dentária moderados.^{22, 30-33}

Nos últimos 20 anos, têm-se desenvolvido programas de promoção da saúde e de prevenção das doenças orais assentes em estratégias universais, seletivas e direcionadas, cuja monitorização tem sido feita pela Direcção-Geral da Saúde (DGS).²² Em 2005, entrou em vigor o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), iniciando-se com a promoção da SO em meio escolar, sendo alargado posteriormente a medidas preventivas e curativas com a entrada de higienistas orais e a contratualização dos serviços privados de Medicina Dentária. Em 2008, este modelo contratual foi revisto surgindo o *cheque dentista* que abrange grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário seguidos no Serviço Nacional de Saúde, crianças e jovens com idade inferior a 16 anos a frequentar escolas públicas e instituições particulares de solidariedade social e utentes infetados pelo VIH/Sida.^{8, 9, 22, 34, 35}

Apesar da SO se encontrar contemplada nos programas de Cuidados de Saúde Primários, o sector privado emprega mais de 90,0% dos médicos dentistas, cujos serviços não são acessíveis a 50,0% da população, sobretudo por razões económicas. No início de 2014, Portugal registava um médico dentista por cada 1153 habitantes, sendo que no total esta classe integrava 9097 profissionais.^{8, 9}

Os médicos dentistas são profissionais cuja formação tinha a duração de seis anos e que a partir de 2005, com a adaptação curricular da Declaração de Bolonha, passou a

ser de cinco anos. Espalhadas pelo país, existem sete faculdades de Medicina Dentária: três públicas (Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, do Porto e de Coimbra) e quatro privadas (Universidade Católica Portuguesa, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte e Universidade Fernando Pessoa). Após a formação universitária, os médicos dentistas têm a possibilidade de frequentar especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos Dentistas: Cirurgia Oral e Ortodontia e, a partir de 2013, Endodontia, Prostodontia, Saúde Pública Oral, Medicina Dentária Hospitalar, Odontopediatria e Periodontologia.⁹

Na Holanda, os cuidados de saúde são assegurados por um sistema de seguros de saúde regulamentados pelo governo. Este proporciona um seguro básico para todos os cidadãos holandeses que, se assim o desejarem, podem acrescentar outro tipos de serviços que não constam no pacote *standard*, acarretando com os custos adicionais. A nível da SO, o seguro básico cobre as despesas relativas à prevenção primária e secundária para todas as crianças e jovens com idade inferior a 21 anos e à prevenção primária, secundária e terciária para indivíduos com deficiência física e/ou mental. Apesar das consultas de Medicina Dentária serem realizadas no âmbito da prestação de serviços clínicos privados, a Autoridade Nacional da Saúde (*Nederlandse Zorgautoriteit*) regula a escala de taxas máximas para o pagamento dos tratamentos.⁹

No início de 2015, a Holanda registava um médico dentista por cada 1914 habitantes, sendo que no total esta classe integrava 12169 profissionais. O curso de Medicina Dentária é composto por seis anos e pode ser frequentado em três escolas públicas (Radboud University Nijmegen, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam e Universitair Medisch Centrum Groningen). Após a formação universitária, os médicos dentistas têm a possibilidade de frequentar especialidades reconhecidas pela Associação Holandesa de Medicina Dentária (*Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde*): Cirurgia Oromaxilofacial e Ortodontia.⁹

Globalmente, continuam a persistir desigualdades no acesso a cuidados de saúde adequados. Estas desigualdades têm causas distintas entre diferentes países, tais como desigual distribuição geográfica de profissionais qualificados a nível mundial, mas também dentro dos próprios países, incapacidade de suportar os custos dos tratamentos, entre outras. Adicionalmente, subsistem também desigualdades no acesso aos cuidados de SO. Embora exista mais de um milhão de médicos dentistas ativos em todo o mundo, a sua distribuição geográfica desequilibrada resulta num excesso de oferta em algumas zonas urbanas, contrastando drasticamente com uma escassez crítica nas áreas mais pobres e remotas. Cerca de 60,0% da população mundial disfruta do acesso aos cuidados de SO, variando entre os 21,2% em Burkina Faso e 94,3% na Eslováquia. O

rácio de médicos dentistas por população varia entre 1:560 na Croácia e 1:1278446 na Etiópia.²⁹

Quanto ao número de faculdades e de recém-formados em medicina dentária, também se constata uma grande diferença. Os países com o maior número de faculdades de Medicina Dentária são a Índia (206), o Brasil (191) e a China (93), enquanto que muitos países africanos, como o Sudão, a Tanzânia ou a República Democrática do Congo, têm apenas uma ou até mesmo nenhuma. Conseqüentemente, em 2008, o Brasil formou cerca de 10000 médicos dentistas, enquanto que, em 2002, os 46 estados membros da Região Africana da OMS conseguiram apenas formar 168 médicos dentistas. Muitos países e regiões em todo o mundo sofrem de uma grave escassez de profissionais qualificados de SO. Refletindo um forte gradiente social, os países e os indivíduos mais favorecidos disfrutam de um maior acesso a cuidados de SO, comparativamente com os menos favorecidos. Além disso, mesmo quando existem médicos dentistas disponíveis, com mais de um bilhão de pessoas a viver com um dólar por dia, ou menos em alguns países, o acesso aos cuidados de SO apresenta-se diminuto.²⁹

Saúde oral nos jovens adultos

A urbanização acelerada e as revoluções tecnológicas têm criado novos desafios para os jovens.³⁶ Atualmente, os estudantes que frequentam o ensino superior são muito distintos, tanto do ponto de vista dos seus trajetos acadêmicos e características pessoais, como das suas classificações de entrada, objetivos, motivações e expectativas quanto à frequência neste nível de ensino. A passagem pela universidade é importante a nível académico, social, emocional e pessoal. Desta forma, a formação académica deve promover o desenvolvimento dos indivíduos em várias dimensões da sua existência e confrontá-los com diferentes ideias e experiências, preparando-os para a entrada progressiva na vida adulta.³⁷

Muitos dos comportamentos associados com a morbidade e mortalidade têm início durante as fases iniciais da vida. Intervir durante estes anos dá-nos a oportunidade de prevenir comportamentos que possam comprometer a saúde dos indivíduos e permitem-nos criar as bases de estilos de vida saudáveis e que preservem a saúde.

A maioria dos estudantes que ingressa nos cursos de ensino superior encontram-se no final da adolescência. Durante o período de formação universitária ocorrem mudanças comportamentais e no estilo de vida que podem interferir nos padrões de saúde, incluindo nos aspectos orais. Apesar dos conhecimentos adquiridos durante o curso, os estudantes nem sempre mostram modificações positivas nas atitudes e nos comportamentos de saúde, podendo adquirir e desenvolver hábitos nocivos, desde o consumo de tabaco,

álcool, drogas e outras substância até às questões de desequilíbrio e alimentação incorreta. Convém não esquecer que maioritariamente os jovens nesta fase da sua vida vivem temporariamente fora da casa dos pais, estando portanto sem a sua supervisão.¹²

Durante muitos anos, a saúde e a SO dos jovens tem sido negligenciada, uma vez que estes geralmente são menos vulneráveis à doença do que as crianças e os idosos. Esta é uma fase importante para o desenvolvimento da mentalidade de autocuidado que irá garantir uma SO duradoura.

2 - Doenças orais

O perfil das doença orais alterou-se marcadamente nos últimos 50 anos, devido ao impacto do flúor, à mudança de dietas tradicionais para dietas ricas em açúcar e à ubiquidade do álcool e do tabaco.⁴

As doenças orais constituem um sério problema de Saúde Pública, pelo seu elevado custo económico e social e pelas importantes consequências patológicas que podem originar.^{1, 4, 6} Apesar de grandes conquistas na SO das populações a nível mundial, os problemas ainda permanecem em muitas comunidades ao redor do mundo, particularmente entre os grupos menos favorecidos, influenciando os seus níveis de saúde, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.^{4, 38} O impacto das doenças orais na vida diária das pessoas é subtil, mas a sua influência é bem real e faz-se sentir nas necessidades mais básicas, alterando os papéis sociais. A prevalência e a recorrência destas doenças na vida das pessoas constituem uma epidemia silenciosa.³⁹ Associadas à natureza comportamental, são doenças que apresentam elevada incidência e prevalência em vários países do mundo.^{4, 8, 34}

Assim, os fatores sociodemográficos, o nível socioeconómico familiar, a história clínica e o estilo de vida, nomeadamente os hábitos alimentares, de higiene oral, tabágicos e alcoólicos, podem influenciar a suscetibilidade para o desenvolvimento destas doenças, sendo também fatores de risco comuns a uma série de doenças crónicas não transmissíveis.^{6, 34} Deste modo, os conhecimentos corretos e os comportamentos adequados são essenciais para reduzir os factores de riscos inerentes.^{22, 34}

Historicamente, tem-se adotado uma abordagem fortemente centrada no tratamento, em detrimento da prevenção e promoção da SO. No entanto, esta abordagem apresenta limitações. Globalmente, o encargo com as doenças orais apresenta custos demasiado elevados, em termos de recursos humanos e financeiros.²⁹ As doenças orais são a quarta doença mais dispendiosa de tratar em todo o mundo,

sendo que os custos se situam entre os 5,0% a 10,0% do total das despesas em saúde, aliando a agravante de que nos pacientes adultos, devido ao acumular de doenças orais não tratadas ao longo dos anos, não detêm possibilidades financeiras para efetuarem o seu tratamento.^{4, 6, 29, 38, 40} Em países com elevado poder económico, o impacto destas doenças tem sido abordado através da criação de serviços avançados de SO que oferecem o tratamento aos pacientes. A maioria dos sistemas de saúde são baseados no domínio privado, como é o caso de Portugal e da Holanda, apesar de alguns países com elevado poder económico terem implementado sistemas de SO públicos.^{9, 40} Na maioria dos países com médio e baixo poder económico, o investimento em cuidados de SO é baixo e os recursos são usados prioritariamente para o alívio da dor e para as urgências, limitando assim o acesso a tratamentos e intervenções de SO na comunidade e deixando para segundo plano as atividades de promoção e rastreio precoce.⁴⁰

Para além dos custos do tratamento subjacentes, estas doenças também restringem as atividades na escola, no trabalho e em casa, fazendo com que milhões de horas de trabalho sejam perdidas todos os anos no mundo. Ainda, contribuem para a diminuição da produtividade, da concentração e da capacidade de aprendizagem por parte dos estudantes e alterações ao nível da interação social. Quanto à saúde geral, as doenças orais podem levar à desregulação de outras doenças, tais como, a diabetes mellitus, a problemas gástricos, ao adiamento de cirurgias programadas por infecções orais agudas e à má recuperação pós-operatória, por exemplo, após uma cirurgia cardíaca.^{5, 6, 8, 29}

Todavia, a cárie dentária e a doença periodontal, se adequadamente prevenidas ou precocemente tratadas, são de elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.^{8, 22, 34} Como tal, a promoção para a SO e a detecção precoce, na maioria dos casos, é crucial para prevenir e interromper o curso destas doenças e até mesmo salvar vidas. Um exame oral completo pode detectar sinais de deficiências nutricionais, bem como uma série de doenças gerais, incluindo infecções microbianas, distúrbios imunológicos, lesões e cancro oral. Assim, o complexo craniofacial fornece uma compreensão dos restantes órgãos e sistemas.⁴

As principais doenças que se verificam na cavidade oral e que têm elevada prevalência mundial, variando de distribuição e de intensidade de região para região, são a cárie e a doença periodontal. Seguidamente, debruçamo-nos sobre cárie por ser o principal problema oral na maioria dos países industrializados.⁴

Cárie dentária

A cárie dentária é uma patologia que tem afectado o Homem desde a pré-história, havendo registo de lesões cariosas no *Homo Sapiens*, no período paleolítico.⁴¹ Apesar de

sempre presente na história da humanidade, a prevalência desta doença aumentou de forma exacerbada, tornando-se um problema de Saúde Pública, em especial na Europa e no norte da América, a partir do século XVII, devido ao desenvolvimento da indústria da cana do açúcar e, conseqüentemente, à produção e ao comércio da sacarose como aditivo alimentar. Atualmente, estima-se que a cárie afete a maioria da população adulta e 60,0% a 90,0% das crianças em idade escolar.^{4, 29, 42} Ao longo do último século, a necessidade de controlar a cárie e de dar resposta às repercussões da doença levou à evolução significativa da Medicina Dentária, em geral, e da cariologia, em particular.⁴³

A cárie é uma patologia cujo conceito, percepção e abordagem têm sofrido inúmeras mudanças, ao longo dos anos. Foi entendida, durante muito tempo, simplesmente como a presença de cavidades nos dentes, tendo os avanços científicos e tecnológicos permitido uma melhor, mas ainda incompleta percepção da sua etiologia e patogénese.⁴³ Talvez pela complexidade da sua etiologia, é considerada uma doença de difícil definição. Das várias definições existentes na literatura, uma das mais completas é a de Pereira que descreve a cárie como sendo uma doença infecciosa, pós-eruptiva, transmissível, influenciada pelos hábitos alimentares e que é quase sempre caracterizada por uma destruição progressiva e centrípeta dos tecidos mineralizados do dente.⁴⁴ Para além disso, é uma patologia de origem polimicrobiana e de carácter multifactorial, o que significa que é necessária a interação de vários factores etiológicos em condições de pH críticas durante um certo período de tempo, para que esta se expresse clinicamente.^{44, 45} Assim, torna-se evidente que o desenvolvimento desta patologia seja determinado por uma relação dinâmica entre os múltiplos factores etiológicos. Estes podem ser agrupados em duas grandes categorias: os factores primários, indispensáveis para que a doença se desenvolva, e os secundários, que influenciam significativamente a evolução das lesões. Em relação aos primeiros, consideram-se três grupos de factores distintos, mas intimamente relacionados: relativos ao hospedeiro (morfologia dentária, saliva e composição química dos tecidos mineralizados), ao agente (bactérias orais com potencial cariogénico, destacando-se os *Streptococcus mutans* e os *Lactobacillus*) e ao ambiente (substrato, isto é, hidratos de carbono disponíveis).^{44, 46, 47} Existem diversos factores secundários que contribuem para o desenvolvimento da doença, sendo os mais relevantes a ausência de flúor na cavidade oral, a deficitária higiene oral, baixo estatuto socioeconómico, o estado de saúde geral e a predisposição genética. Estas interações dinâmicas e complexas resultam num aumento ou numa diminuição das defesas do hospedeiro, em modificações qualitativas e quantitativas da microflora oral e numa redução do potencial acidogénico do substrato. Assim, os factores secundários podem modular a atividade cariostática. Contudo, os diferentes factores isoladamente não são

capazes de desencadear a doença, como se pode concluir da análise da tríade de Keyes.⁴⁴

Na sua fase inicial, a presença da placa bacteriana sobre a superfície do dente é fundamental para que a cárie se desenvolva.⁴⁸ As bactérias presentes no biofilme fermentam os hidratos de carbono, produzindo ácidos, como o láctico, o acético, o propiónico e o fórmico, que provocam uma diminuição do pH na interface biofilme-esmalte, podendo levar à dissolução do fosfato de cálcio do esmalte dos dentes susceptíveis.^{46, 48, 49} A capacidade tampão da saliva restituirá o pH normal do meio e os iões de cálcio e de fosfato libertados durante a desmineralização sofrem o movimento inverso e redepositam-se no esmalte, ocorrendo a remineralização. Este fenómeno é potencializado pela presença de iões de flúor, ainda que em baixas concentrações, evitando-se a formação de lesões. Esta mudança do pH encontra-se representada na curva de Stephan. Dependendo da ação dos factores patológicos ou de proteção e do balanço desta ação dinâmica, desencadeiam-se fenómenos sucessivos de desmineralização e remineralização.^{44-46, 48, 50, 51} A expressão clínica da cárie é o resultado da acumulação de múltiplos eventos de desmineralização e remineralização desencadeados ao longo do tempo. Estes resultam do metabolismo bacteriano na superfície dentária e, se persistirem no sentido da desmineralização, poderão levar à perda dos tecidos do dente.^{43, 45, 52}

O conhecimento da etiologia e da fisiopatologia da cárie permite compreender a importância do seu diagnóstico precoce e assim intervir e reverter a situação, controlando mais facilmente a progressão da doença.^{43, 52}

3 - Prevenção e promoção da saúde oral

A cárie dentária e a doença periodontal são especialmente vulneráveis a medidas de prevenção primária e secundária de baixa complexidade técnica e perfeitamente exequíveis se englobadas em programas estruturados e adaptados à realidade dos serviços de saúde locais, combinando ações individuais, profissionais e comunitárias.^{4, 8, 22, 34} Assim, as medidas de prevenção e de promoção não dependem só do sector da saúde, mas necessitam da participação ativa de outras estruturas da comunidade. É uma tarefa que a todos diz respeito e se concretiza através da ação de cada um de nós nos diferentes contextos ambientais. É importante contribuir para a capacitação e desenvolvimento dos recursos individuais e colectivos, no sentido da obtenção de melhores níveis de saúde, bem-estar e qualidade de vida.²⁶

A disponibilização de uma atenção permanente e de um investimento na área da SO constituem uma verdadeira mais-valia para toda a população. A monitorização do estado de SO enquadra-se em conceitos de promoção de saúde, visando a distribuição dos recursos e a implementação de estratégias, com o objectivo de reduzir a prevalência e a incidência das doenças orais e os respectivos impactos a nível físico, psicológico e social.^{4, 29}

Em todo o mundo, a prioridade dada à prevenção e à promoção da SO é muito reduzida, constituindo uma área da Saúde Pública negligenciada.^{1, 40} Ao nível das medidas preventivas e promotoras da saúde, tem-se adotado uma abordagem estreita, descoordenada e compartimentalizada, separando a SO da saúde geral.⁵ A inter-relação entre saúde geral e oral está comprovada por evidência científica, existindo uma forte correlação entre as várias doenças orais e gerais, devido aos fatores etiológicos e de risco que têm em comum.^{4, 8, 25} A SO é parte integrante da saúde geral, tendo necessariamente projetos e ações específicas, mas na sua generalidade deve estar inserida num contexto de estratégia global.⁸ Deste modo, deve-se integrar a SO na prevenção e promoção da saúde geral, evitando-se a duplicação dos esforços, reduzindo-se os custos e aumentando-se a eficácia da mensagem a transmitir.^{1, 6, 25, 40} Em suma, é fundamental implementar medidas preventivas e promotoras de saúde à escala global, no que diz respeito não só à saúde em geral, mas também à SO.

As estratégias para mitigar os problemas anteriormente mencionados estão incorporados na Carta de Ottawa, publicada em 1986. Esta define a promoção da saúde como sendo o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem.²⁸ Devido a esta medida impulsionadora, muitas outras foram propostas, nomeadamente as apresentadas em 2003 para o século XXI pela OMS em conjunto com a Federação Dentária Internacional e a Associação Internacional para a Investigação Dentária que se baseiam na filosofia do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento “pensar globalmente, agir localmente”.⁴ Assim, definiram para 2020 metas para a SO que exigem um reforço das ações de promoção da saúde, da prevenção das doenças orais, da educação, dos serviços públicos e privados e um maior envolvimento dos profissionais de saúde.^{4, 29, 34, 53}

Também Portugal adotou estas medidas, implementando-as no PNPSO. A inexistência de uma política pública para esta área da saúde até meados da década de 80 deu origem a elevados níveis de doença oral, que têm vindo a ser combatidos através do desenvolvimento de programas de SO, progressivamente mais completos e abrangentes. Sob a orientação normativa da DGS, começou a ser desenvolvido, em 1986, em várias etapas, um programa básico de SO em contexto escolar, constituído por

um vasto e diversificado conjunto de atividades que têm vindo a contribuir para a melhoria da SO dos mais jovens.²² Desde então, o PNPSO tem vindo a ser reformulado, ao longo dos anos, e atualmente encontra-se incluído no Plano Nacional de Saúde 2012-2016.⁸ O quadro conceptual do programa corresponde a uma estratégia global de intervenção assente na prevenção e promoção da saúde e no tratamento das doenças orais.^{34, 39} Assim, este alia a promoção da saúde à prestação de cuidados, numa parceria público-privado, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária. O vigente PNPSO permite o acesso de grupos prioritários e vulneráveis a cuidados de Medicina Dentária, em especial às crianças e aos adolescente até aos 16 anos, às grávidas, aos idosos beneficiários do complemento solidário e aos portadores de VIH/Sida.^{8, 9, 22, 34, 35}

Em 2008, o Ministério da Saúde em parceria com a DGS introduziram o *cheque dentista* no PNPSO que tem demonstrado ter sido uma estratégia eficaz para a prevenção primária e secundária das doenças orais com custos controlados. A par da prática clínica privada, muitos médicos dentistas têm colaborado recentemente com o Serviço Nacional de Saúde neste modelo inovador, através da prestação de serviços de prevenção e tratamento.⁸

A partir de 2012, o PNPSO deixou de ser um programa de saúde prioritário a desenvolver pela DGS. Nesta fase, encontramos-nos numa situação em que já vai havendo alguma resposta preventiva e curativa efetuada pelos médicos dentistas que aderiram ao *cheque dentista*, mas o trabalho de prevenção e promoção da SO necessita de ser reativado, sobretudo a sua vertente preventiva e promotora nas escolas.⁸

4 - Hábitos de higiene oral

Como mencionado anteriormente, as doenças orais são facilmente preveníveis, impedindo a sua evolução através da aplicação de várias medidas de prevenção primária como o ensino e a criação de hábitos de higiene oral, nomeadamente, escovagem dentária, aplicação tópica de flúor, visitas regulares ao médico dentista e instituição de uma dieta equilibrada, saudável e pouco cariogénica. Portanto, existe uma forte correlação entre os hábitos de higiene oral e a prevalência das doenças orais.⁵⁴

Manter uma boa higiene oral é um dos comportamentos mais importantes que se pode ter, de modo a preservar uma dentição saudável e, conseqüentemente, uma boa saúde de todo o restante organismo. A higiene oral revela-se uma importante estratégia para evitar ou diminuir a probabilidade do aparecimento de problemas de SO e, naturalmente, evitar ou diminuir o impacto negativo destes na qualidade de vida. Os

conteúdos sobre SO e higiene oral podem ser associados ao desenvolvimento de hábitos de higiene pessoal e de vida saudável.³⁴

Assim, a higiene oral é o principal fator salutogénico da cavidade oral. Quase todas as doenças que afetam a cavidade oral podem ser travadas pela prática de uma simples medida de prevenção primária - uma correta e eficaz higiene oral com remoção da placa bacteriana.⁵⁵

Escovagem dentária

A escovagem dentária diária é talvez o passo mais importante que um indivíduo pode realizar para reduzir a acumulação da placa bacteriana e, conseqüente, do risco de doenças orais associadas como a cárie dentária e a doença periodontal.⁵⁶ Assim, a escovagem dentária é o método mais adequado e mais frequentemente utilizado para uma boa higiene oral e consiste na fragmentação da placa bacteriana e na remoção dos restos alimentares pela ação mecânica dos filamentos da escova.^{25, 57} A sua eficácia depende de diversos factores, tais como a frequência, a técnica, a duração, a destreza manual, o conhecimento e a motivação.^{56, 58}

As primeiras escovas de dentes podem ser encontradas em registos que datam 1000 anos d.C., na China, e eram compostas por cabos de marfim e cerdas de crina de cavalo, sendo por isso apenas acessíveis aos mais abastados e não à população em geral. No final do século XVIII e início do século XIX, as escovas foram reinventadas, mas só a partir do início do século XX é que começaram a ser amplamente utilizadas, pois tornaram-se mais acessíveis à população em geral, com a substituição das cerdas naturais por filamentos de *nylon* e o cabo passou a ser de madeira ou plástico.^{55, 57}

As escovas eléctricas foram introduzidas pela primeira vez no mercado no início dos anos 60.^{56, 57} Desde então, a sua produção foi evoluindo, o seu *design* melhorado e atualmente existem muitos tipos diferentes acessíveis ao público que variam em preço e modo de funcionamento.⁵⁶

A DGS recomenda que idealmente a escovagem dentária deve ser realizada após as refeições ou pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar.^{34, 43, 52, 55, 59, 60} Esta deve ser efectuada com uma escova de tamanho adequado à boca de quem a utiliza. Os filamentos devem ser de *nylon* com extremidades arredondadas e textura macia, que quando começam a ficar deformados levam à substituição da escova. Normalmente, a escova quando utilizada duas vezes por dia dura cerca de três a quatro meses.^{34, 59, 61} A pressão da escova nas superfícies dentárias deve ser moderada para não provocar lesões de abrasão ou recessões gengivais.³⁴

A escovagem para ser eficaz, ou seja, para remover a placa bacteriana, necessita de ser feita com rigor e genericamente demora cerca de 2 a 3 minutos.^{34, 55, 60} Porém,

esta deve ser ajustada a cada caso, dependendo de factores individuais, como por exemplo, a capacidade psicomotora e a tendência para acumular placa bacteriana.

Quando se utiliza com uma escova manual, a escovagem faz-se da seguinte forma:

- Inclinam a escova em direção à gengiva cerca de 45° e realizar pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares, de modo a que as cerdas da escova limpem o sulco gengival. Se for difícil manter esta posição, colocar as cerdas da escova perpendicularmente à gengiva e à superfície do dente;
- Escovar dois dentes de cada vez, os correspondentes ao tamanho da cabeça da escova, fazendo aproximadamente dez movimentos nas superfícies dentárias abrangidas pela escova;
- Começar a escovagem pela superfície vestibular do dente mais posterior de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente da extremidade oposta desse maxilar. Com a mesma sequência, escovar as superfícies linguais e palatinas;
- Escovar as superfícies oclusais dos dentes, com movimentos de *vaivém*;
- Para finalizar, escovar a língua, dado que é um local propício para a acumulação de restos alimentares e, conseqüentemente, contribui para o desenvolvimento de bactérias, podendo causar halitose.³⁴

Quando se utiliza uma escova eléctrica, segue-se a mesma sequência de escovagem. O movimento da escova é feito automaticamente, por isso não deve ser feita pressão ou movimentos adicionais sobre os dentes. A escova desloca-se ao longo da arcada, escovando um só dente de cada vez.³⁴

As escovas manuais e eléctricas requerem os mesmos cuidados, sendo que as últimas facilitam a higiene oral das pessoas que tenham pouca destreza manual.

A seleção da escova é feita, em grande parte, por uma questão de preferência pessoal, acessibilidade, disponibilidade financeira e recomendação profissional. As escovas eléctricas podem ser uma opção mais apelativa para alguns pacientes, podendo-se dever ao facto de representar uma solução *high tech* para uma tarefa do dia-a-dia.⁵⁶

Torna-se, assim, importante saber se as escovas eléctricas são mais eficazes na remoção da placa bacteriana do que as manuais e se a sua utilização reduz a inflamação da gengiva e impede ou retarda a progressão da periodontite. Contudo, na literatura encontrámos evidências contraditórias no que concerne a esta temática. A mais recente revisão da *Cochrane* conclui que as escovas eléctricas atingem uma significativa, mas modesta redução da placa bacteriana (11% entre 1 a 3 meses e 21% após 3 meses) e da gengivite (6% entre 1 a 3 meses e 11% após 3 meses) a curto e longo prazo em comparação com as escovas manuais. Todavia, a importância clínica a longo prazo

destes resultados ainda permanece pouco clara. Acrescentamos, ainda, que os benefícios da escovagem ocorrem quer esta seja manual ou elétrica.⁵⁶

Pasta dentífrica

Os primeiros registos de *preparações* para lavar os dentes datam 4000 anos a.C. e desde então muitos compostos diferentes foram usados com esta finalidade. Porém, só a partir de 1955 é que começou a ser comercializada a primeira pasta dentífrica que continha flúor, inaugurando assim a era moderna dos dentífricos terapêuticos.⁵⁷ Desde então, a pasta dentífrica tornou-se o veículo de flúor mais utilizado em todo o mundo. Hoje em dia, a maior parte das pastas dentífricas à venda no mercado contêm fluoretos sob diferentes formas, tais como, fluoreto de sódio, monofluorofosfato de sódio, fluoreto de estanho, fluoreto de amina, entre outros, sendo os dois primeiros os mais utilizados como princípios ativos.^{34, 51, 62}

Não há dúvida de que a descoberta das propriedades anti-cariogénicas do flúor foi um dos marcos mais importantes na história da Medicina Dentária.⁶³ A medida com maior impacto na prevenção e no controlo do desenvolvimento da cárie dentária foi e continua a ser o uso tópico de flúor, visto que possui uma alta eficácia clínica e elevada aceitabilidade social.^{1, 34, 64} Atualmente, considera-se que a sua ação preventiva e terapêutica é essencialmente tópica e pós-eruptiva e que para se obter este efeito o dentífrico fluoretado constitui a opção consensual. Os fluoretos quando administrados por via sistémica podem ter efeitos tóxicos, em particular antes dos 6 anos. Na maioria das situações, as consequências são essencialmente de ordem estética, nomeadamente a fluorose. Por isso, a sua administração encontra-se apenas indicada nas crianças com alto risco de cárie.³⁴

Apoiado por mais de meio século de investigações, os benefícios do flúor na SO estão firmemente estabelecidos.^{62, 64} A sua eficácia encontra-se comprovada em ensaios clínicos randomizados e controlados.^{62, 64-67} As revisões da *Cochrane* concluíram que os dentífricos fluoretados promovem a redução da cárie dentária, mais concretamente dos dentes cariados, perdidos e obturados, em cerca de 24,0% quando comparado com pastas dentífricas sem flúor^{62, 64, 66} e que o efeito preventivo dos dentífricos fluoretados é tanto mais elevado quanto maior for a sua concentração, sendo este efeito apenas significativo a partir de 1000 ppm.^{65, 67} Na União Europeia, as pastas dentífricas são categorizadas como produtos cosméticos e como tal a concentração máxima de flúor permitida é de 1500 ppm. Assim sendo, a livre comercialização de dentífricos com concentrações superiores a 1500 ppm está proibida e a sua aquisição apenas pode ser feita mediante prescrição médica.^{59, 68, 69}

O efeito preventivo e terapêutico do flúor é conseguido predominantemente pela sua ação antibacteriana e cariostática, impedindo o processo de desmineralização do esmalte provocado pelos ácidos originados na metabolização dos restos alimentares pelos microorganismos da cavidade oral, potenciando a remineralização de lesões iniciais de cárie e inibindo a ação da placa bacteriana.^{34, 51, 62}

A eficácia dos dentífricos fluoretados é potencialmente influenciada por diversos fatores, nomeadamente, a concentração de flúor, a frequência do seu uso, a quantidade colocada na escova e o procedimento a seguir à escovagem.^{51, 69}

Para complementar a escovagem, a DGS recomenda o uso de pasta dentífrica contendo uma dosagem de flúor de 1000 a 1500 ppm. A quantidade a utilizar deve ser semelhante ou inferior ao tamanho da unha do dedo mindinho. Após a escovagem, pode não bochechar-se com água e apenas cuspir o excesso do dentífrico. Deste modo, consegue-se uma concentração mais elevada de flúor na cavidade oral que vai atuar topicamente durante mais tempo.^{34, 51, 62}

Tal como referido anteriormente, é importante escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia com uma pasta dentífrica fluoretada, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. Como o fluxo salivar é reduzido durante o sono, a escovagem realizada antes de deitar é duplamente benéfica, uma vez que reduz a quantidade de placa bacteriana e aumenta os reservatórios intra-orais de flúor, sendo que as concentrações deste composto na saliva 12 horas após a escovagem com um dentífrico com 1500 ppm são comparáveis com as encontradas 1 a 4 horas após a escovagem durante o dia.^{59, 69, 70}

A aceitação e o uso generalizado das pastas dentífricas incentivaram os fabricantes a incluir outros ingredientes com efeitos antibacterianos, anti-inflamatórios, dessensibilizantes, antitártaro e branqueadores. Deste modo, estes dentífricos multifuncionais pretendem prevenir e tratar uma vasta gama de condições orais para além da cárie dentária, como por exemplo a hipersensibilidade dentária, a gengivite, a halitose, a pigmentação, entre outras.⁵¹

Higiene interdentária e colutórios

A utilização diária de meios de remoção de restos alimentares e placa bacteriana interdentária é um complemento fundamental à escovagem dentária, permitindo a higienização dos espaços interdentários, em que há difícil acesso por parte das cerdas da escova. Logo, é recomendável a utilização diária de instrumentos de higiene interdentária de modo a prevenir o desenvolvimento de cárie nas faces interproximais dos dentes e de doença periodontal.⁷¹⁻⁷⁵

Para este efeito, foram desenvolvidos vários instrumentos para a higienização das zonas interdentárias, tais como, o fio e a fita dentária, o escovilhão e o palito. O fio

dentário está mais indicado para espaços estreitos, enquanto que os restantes devem ser utilizados em espaços mais largos.^{57, 71, 72}

A DGS recomenda a utilização de fio ou fita dentária uma vez por dia, de preferência à noite antes de deitar. Este deve ser usado a partir do momento em que há destreza manual, por volta dos 8 anos, utilizando-se da seguinte forma:

- retirar cerca de 40 cm de fio;
- enrolar a quase totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão, deixando entre os dois dedos uma porção de fio, com aproximadamente 2,5 cm. É importante utilizar sempre fio limpo em cada espaço interdentário. Os polegares e/ou os indicadores ajudam a manuseá-lo;
- introduzir o fio, cuidadosamente, entre dois dentes e curva-lo à volta do dente que se quer limpar, fazendo com que tome a forma de um “C”;
- executar movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dentes até ao sulco gengival, em cada uma das faces que delimitam o espaço interdentário;
- repetir este procedimento até que todos os espaços interdentários de todos os dentes estejam devidamente limpos.³⁴

Contudo a utilização destes instrumentos indispensáveis à higiene oral não é muito frequente na população. A reduzida *compliance* deve-se possivelmente à falta de educação e de motivação, à dificuldade técnica, ao dispêndio de tempo exigido e ao receio de efeitos adversos, que em geral são raros e associados à incorreta utilização. Todavia, o sucesso está fortemente dependente da facilidade de execução e da motivação individual. Por estas razões a implementação de um programa que inclua como método de prevenção o fio dentário deve ser restrito a determinados indivíduos que consigam praticar a técnica da forma recomendada.^{57, 74-76}

Após a escovagem com pasta dentífrica fluoretada e higienização das superfícies interproximais, falta apenas realizar o bochecho com um colutório. É relevante frisar que a escovagem não deve ser substituída pelos bochechos com colutório, mas sim complementada.⁵¹ A primeira referência ao uso de colutórios data 2700 a.C. e eram empregues na medicina tradicional chinesa para o tratamento da doença periodontal e da halitose.⁵⁷

Estes métodos químicos devem ser usados como complemento aos métodos mecânicos (escovagem) sobretudo em pacientes de alto risco de cárie ou sem destreza manual. Os agentes químicos podem oferecer uma alternativa para o controlo das doenças orais, principalmente devido à sua ação antibacteriana e anti-inflamatória. De entre os agentes mais utilizados salientam-se a clorexidina e os fluoretos. A clorexidina

não deve ser utilizada por um período superior a duas semanas, dado que pigmenta os dentes e a língua e pode provocar disgeusia. Esta encontra-se indicada após terapia periodontal.⁷⁵ As soluções fluoretadas de uso diário têm habitualmente uma concentração de fluoreto de sódio a 0,05% e as de uso semanal ou quinzenal uma concentração de 0,2%. Estas soluções por conterem flúor para além de terem as características anteriormente referidas, também têm ação anti-cariogénica.⁷⁷ Os colutórios fluoretados começaram por ser implementados no âmbito da Saúde Pública nos programas para a prevenção e promoção da SO nas escolas e foram ganhando terreno no mercado dos produtos de higiene oral.⁷⁷

5 - Hábitos tabágicos

O consumo de tabaco constitui a principal causa evitável de doença, morbidade e mortalidade, repercutindo-se pesadamente nos custos sociais, económicos e de saúde. Atinge todas as regiões do mundo e todos os estratos sociais, apresentando uma tendência crescente, em particular entre as regiões e os grupos populacionais mais desfavorecidos, contribuindo para agravar as desigualdades em saúde.^{78, 79}

Dada a sua composição química rica em nicotina, substância psicoativa geradora de dependência, e em substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas, não existe um limiar seguro de exposição para o ser humano, o que obriga à adoção de medidas preventivas e de proteção continuadas e universais.^{78, 79} A prevenção e o controlo do tabagismo têm constituído um objetivo prioritário nas políticas de Saúde Pública da União Europeia e de Portugal, sendo de realçar, para além das diversas diretivas em vigor, a implementação de normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária do fumo do tabaco, com a criação de espaços sem fumo.^{80, 81} Neste contexto, a nível nacional, o tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, encontrando-se em vigor o Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016. Neste sentido, foram criadas nos Cuidados de Saúde Primários consultas de desabitação tabágica.⁷⁹

Fumar afeta todo o organismo, sendo causa ou factor de agravamento das doenças crónicas não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, nomeadamente o do pulmão, das doenças respiratórias, das doenças cardiovasculares e da diabetes, para além de outros efeitos nocivos ao nível da saúde sexual e reprodutora, da pele, ocular e oral.⁷⁹ O uso do tabaco afeta consideravelmente a saúde geral e oral, constituindo um fator de risco para o desenvolvimento de cancro oral, lesões orais e doença periodontal. Para além disso, também provoca halitose, complicações durante a cicatrização de

feridas, pigmentação dentária, compromete a longo prazo o resultado estético das restaurações e afeta o paladar.^{4, 82-86} A evidência científica sugere que os riscos das doenças orais aumentam com os hábitos tabágicos e que a sua cessação pode resultar em diminuição dos referidos riscos.^{83, 85, 86}

O médico dentista desempenha um papel importante na promoção da cessação tabágica e divulgação dos efeitos nefastos do tabaco. Como têm contacto com grande parte da população, facilmente detetam os efeitos adversos do tabaco na SO, podendo usá-los como argumentos motivacionais. Tal como veiculam medidas de higiene oral, também devem aconselhar os seus pacientes a deixarem de fumar, explicando-lhes os efeitos nocivos e os factores de risco do tabaco.⁸⁴ Os médicos dentistas fumadores não são tão eficazes em conduzir os seus pacientes a deixar de fumar. Assim, estes profissionais de saúde e os estudantes de Medicina Dentária devem dar o exemplo aos seus familiares, aos amigos e aos pacientes.^{85, 87, 88}

6 - Hábitos alimentares

Os hábitos alimentares da população têm-se alterado nas últimas décadas. A globalização e o desenvolvimento económico levaram a mudanças significativas na dieta e no estilo de vida dos indivíduos que contribuíram para alterações da saúde geral e oral, aumentando o risco das doenças orais, especialmente da cárie. Este risco aumentado está associado ao crescente consumo de alimentos com elevado potencial cariogénico ricos em hidratos de carbono, sendo um problema em crescente desenvolvimento nos países industrializados.^{4, 40, 89, 90} Porém, os hidratos de carbono não são todos igualmente cariogénicos. Os hidratos de carbono complexos ou polissacáridos são relativamente *inofensivos*, pois não são completamente digeridos na cavidade oral. Contrariamente, os hidratos de carbono simples são o substrato favorável para o desenvolvimento das bactérias cariogénicas que rapidamente os metabolizam, produzindo ácido que leva à desmineralização dos tecidos do dente. Quanto maior o consumo de açúcar, maior será a probabilidade de desenvolvimento de lesões cariosas.^{5, 90, 91} Assim, a evidência científica aponta o açúcar como o principal factor etiológico e de risco que contribui para a prevalência e progressão da cárie. O aumento do risco de cárie depende muito do consumo de açúcares, no que concerne à quantidade, à frequência e ao tipo. Apesar de haver consenso que a frequência do consumo de alimentos ou bebidas açucaradas ser o principal factor de desenvolvimento da cárie, ainda não foi determinado com precisão quantas exposições por dia são seguras para que o processo desmineralização/remineralização seja equilibrado para qualquer indivíduo.^{40, 90, 91}

Deste modo, os hábitos alimentares desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da cárie em todos os grupos etários. No entanto, assume uma posição mais relevante nos jovens, uma vez que os comportamentos de risco em relação à dieta são estabelecidos na juventude, com tendência para a sua manutenção e reafirmação ao longo da vida. Determinados padrões alimentares em combinação com outros fatores, resultam num aumento do risco, não só da cárie, mas também de outras doenças crónicas, tais como as doenças cardiovasculares e a diabetes mellitus. Portanto, é importante adotar uma dieta saudável, tanto pelos benefícios imediatos, como pelo investimento na saúde geral e oral e na qualidade de vida.

Os hábitos alimentares são importantes na prevenção e no controlo das doenças orais.¹ Por isso, é importante promover o conceito de alimentação natural, em vez de alimentos refinados e produtos industrializados. Este conceito consiste em evitar o consumo frequente de bebidas ou alimentos açucarados, fundamentalmente entre as refeições e adotar uma dieta adequada rica em alimentos naturais, tais como as frutas, os vegetais e as leguminosas. A alimentação saudável, variada e equilibrada é garantia de um estado nutricional adequado, necessário para manter um bom nível de saúde geral e oral.^{40, 82, 89-91}

Evitar por completo o consumo de açúcar é uma utopia. O consumo de alimentos doces não deve ser *proibido*, devendo fazer-se a sua ingestão preferencialmente no final das refeições. Os efeitos mais nefastos deste tipo de alimentos acontecem quando são ingeridos entre as refeições, porque o pH da cavidade oral ainda não foi repostado e ainda não ocorreu a remineralização. Deve-se evitar a ingestão de alimentos com alto potencial cariogénico, como é o caso dos doces pegajosos que aderem com facilidade à superfície dos dentes, tais como gomas e caramelos, visto que dificilmente são removidos pela saliva ou pela ação mecânica da língua. Logo, o tempo de permanência em contacto com os dentes é muito maior, favorecendo a ação das bactérias cariogénicas. Também o abuso de refrigerantes com pH muito baixo deve ser controlado.^{43, 52}

7 - Vigilância da saúde oral

Do ponto de vista da saúde pública, a vigilância da SO é um determinante de grande importância para avaliar o estado de SO e, assim, implementar medidas de prevenção e promoção mais adequadas em função das necessidades individuais e colectivas.^{4, 22, 34}

As consultas no médico dentista e no higienista oral devem ser regulares, sendo que a sua periodicidade depende das necessidades individuais. Porém, aconselha-se

que ocorram pelo menos duas idas por ano, com um intervalo de seis meses entre cada uma delas.^{92, 93} Estas têm como objectivo o diagnóstico precoce das patologias orais, promoção da SO, mais especificamente o fornecimento de instruções de higiene oral, e a aplicação de tratamentos preventivos primários, nomeadamente, aplicações tópicas de flúor e selantes.⁹⁴ A falta ou a tardia aplicação destas medidas preventivas poderá acarretar um tratamento mais prolongado, mais complexo e mais dispendioso.³⁴ A instrução e a motivação dos pacientes são pontos-chave para a obtenção de atitudes e comportamentos de SO corretos. Vários são os factores que podem influenciar a ida, ou não, ao médico dentista, tais como a auto-percepção das necessidades, o medo, o elevado custo dos tratamentos, o estatuto socioeconómico e a presença de odontalgia. Muitos estudos revelam que a maioria das pessoas recorre apenas aos cuidados médico-dentários em situações de emergência ou de odontalgia.⁹³

II - OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Os objectivos são os guias orientadores do estudo, devendo estar presentes durante todo o seu desenvolvimento. Assim, devem ser claros e realizáveis, de modo a evitar possíveis desvios no processo de investigação.

Para a realização deste estudo definimos os seguintes objectivos gerais:

1. Caracterizar as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa e da Radboud University Nijmegen;
2. Relacionar a influência dos factores sociodemográficos (sexo, ano do curso, grupo profissional dos pais) e dos hábitos tabágicos com as atitudes e comportamentos de SO dos estudantes portugueses e holandeses;
3. Comparar as atitudes e os comportamentos de SO entre portugueses e holandeses.

Qualquer investigação parte de questões. As questões de investigação são perguntas precisas, com a finalidade de desenvolver o conhecimento pré-existente acerca de um determinado tema de estudo, que se pretende investigar.

Assim, enunciamos as questões de investigação:

- Quais são as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas (sexo, ano do curso, grupo profissional dos pais) influenciam as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses?
- Em que medida os hábitos tabágicos influenciam as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses?
- Quais são as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas (sexo, ano do curso, grupo profissional dos pais) influenciam as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses?
- Em que medida os hábitos tabágicos influenciam as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses?
- Haverá diferenças entre as atitudes e os comportamentos de SO entre os estudantes portugueses e os holandeses?

III - MATERIAIS E MÉTODOS

Uma vez definido o problema de partida e formulados os objetivos, há que proceder à recolha da informação, selecionando, para tal, a metodologia que mais se adequa ao estudo a desenvolver.

No presente capítulo, pretendemos descrever os materiais e os métodos adotados para a realização deste trabalho de investigação, nomeadamente, apresentar o tipo de estudo, a amostra estudada, os instrumentos de recolha de dados e o procedimento adotado, as variáveis estudadas e o tipo de análise estatística efetuada.

1 - Tipo de estudo

Esta investigação configura-se num estudo epidemiológico observacional transversal, seguindo uma via quantitativa descritivo-correlacional, dado termos como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenómeno e o estabelecimento de associação entre as variáveis.⁹⁵

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

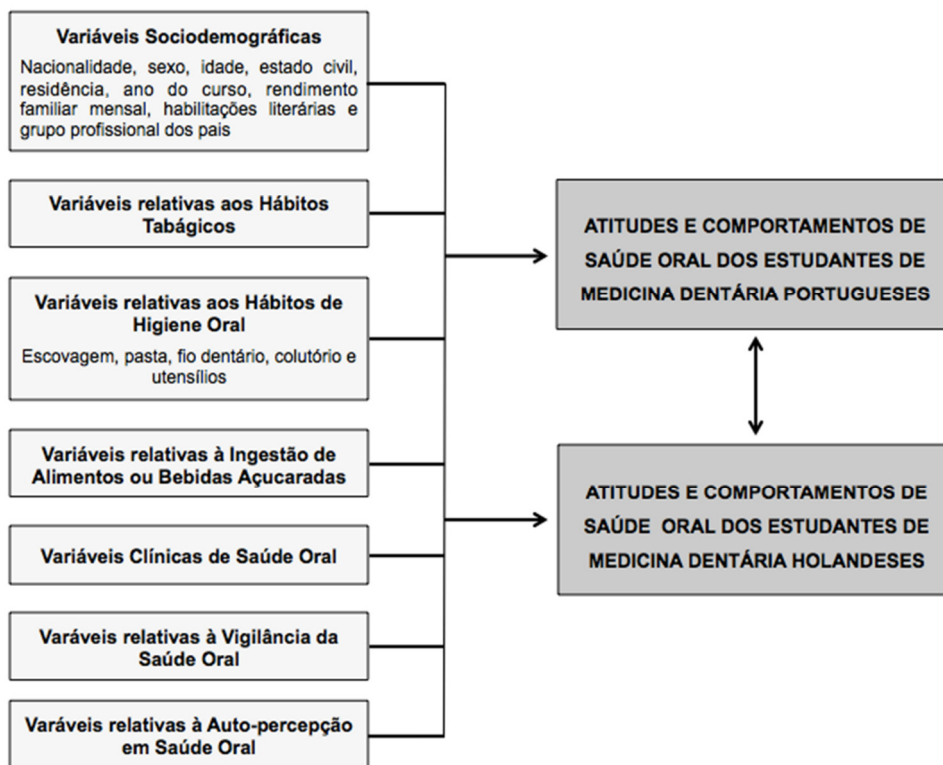


Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis.

2 - Variáveis em estudo

Consideramos variáveis independentes⁹⁶ aquelas que se admitiu poderem influenciar a variável dependente e que, no seu conjunto, caracterizam os indivíduos.

A variável dependente do nosso estudo consiste nas **atitudes e nos comportamentos de SO** e é medida pelo inventário *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI).¹⁴

Como variáveis independentes, definimos:

- **Variáveis sociodemográficas:** nacionalidade, idade, sexo, estado civil, área de residência, ano do curso que frequenta, rendimento familiar mensal, habilitações literárias e grupo profissional dos pais;
- **Variáveis relativas aos hábitos tabágicos;**
- **Variáveis relativas aos hábitos de higiene oral:** escovagem, pasta dentífrica, fio dentário, colutório e utensílios;
- **Variáveis relativas à ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas;**
- **Variáveis clínicas de SO;**
- **Varáveis relativas à vigilância da SO;**
- **Varáveis relativas à auto-percepção em SO.**

3 - População e amostra

A população deste estudo foi constituída por 390 estudantes do curso de Medicina Dentária da Radboud University Nijmegen e 221 estudantes inscritos no Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu.

Para a realização deste trabalho de investigação recorreremos ao método de amostragem não probabilística por conveniência.^{95, 97} Elegemos os estudantes que se encontravam nas aulas nas quais foram aplicados os questionários no mês de dezembro de 2014, para a amostra portuguesa, e de março a abril de 2015, para a amostra holandesa (Anexo I).

Os critérios de inclusão integram:

- Estudantes de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu e da Radboud University Nijmegen;
- Aceitar participar no estudo.

3.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra estudada era constituída por 484 estudantes, sendo que 58,1% (281) eram “holandeses” e 41,9% (203) eram “portugueses”.

Da amostra portuguesa, 69,0% eram do sexo “feminino” (n=140) e 31,0% eram do sexo “masculino” (n=63). Pela observação do quadro 1, podemos constatar que a idade mínima era 17 anos, a máxima 42 e a média 21,1 anos (DP=3,2).

Da amostra holandesa, 69,0% eram do sexo “feminino” (n=194) e 31,0% eram do sexo “masculino” (n=87). A idade mínima era 17 anos, a máxima 35 e a média 21,9 anos (DP=2,8).

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo a idade.

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
<i>Portuguesa</i>	203	17	42	21,1	3,2
<i>Holandesa</i>	281	17	35	21,9	2,8
<i>Total</i>	484	17	42	21,6	3,0

Através da análise do quadro 2, verificamos que quanto ao estado civil, maioritariamente os estudantes (95,9%) eram “solteiros”.

Da totalidade da amostra, o predomínio de estudantes residia em “zona urbana” (81,6%), englobando vila e cidade.

Relativamente ao ano do curso, da amostra portuguesa, 21,7% frequentavam o “1º ano”; 23,6% o “2º ano”; 14,3% o “3º ano”; 19,7% o “4º ano” e 20,7% o “5º ano”. Quanto à amostra holandesa, 18,9% frequentavam o “1º ano”; 19,2% o “2º ano”; 17,1% o “3º ano”; 19,6% o “4º ano” e 25,3% o “5º ano”, salientando que desta percentagem alguns estudantes frequentavam o 6º ano. Desta forma, optámos por agrupar o 5º e o 6º anos, dado que existem semelhanças curriculares, sendo anos essencialmente clínicos.

Sendo difícil quantificar com objectividade o rendimento mensal do agregado familiar, utilizámos níveis de mensuração que permitissem aos participantes escaloná-lo de forma o mais objectiva possível. Assim, utilizámos como referencial o ordenado mínimo de cada país. Dos estudantes portugueses, 24,1% recebia “2-3 ordenados mínimos”, logo seguidos de 23,6% que tinham rendimentos “>5 ordenados mínimos”. Enquanto que, apenas 3,4% da amostra portuguesa auferia um vencimento “≤ 1 ordenado mínimo”, na amostra holandesa 19,1% dos estudantes encontravam-se nesta posição. Ainda na amostra holandesa, com percentagens semelhantes, 21,6% e 21,1% auferiam “3-4” e “2-3 ordenados mínimos”, respectivamente.

Em relação às habilitações literárias do pai, na amostra portuguesa, 5,5% tinham “<4º ano”, 28,5% entre o “10º-12º ano” e 43,0% concluíram o ensino superior. Ao nível das habilitações literárias da mãe, 3,0% tinham “<4º ano”; 24,9% entre o “10º -12º ano”, tendo a maioria (54,7%) o ensino superior. Na amostra holandesa, quanto às habilitações literárias do pai, 2,5% tinham “<4º ano”, 18,2% entre o “10º-12º ano” e a maioria o ensino superior (68,0%). Relativamente às habilitações literárias da mãe, 2,5% tinham “<4º ano”, 22,9% entre o “10º-12º ano” e 55,7% o ensino superior.

No que concerne à profissão, 28,8% dos estudantes holandeses tinham pais “*profissionais de saúde*” (médicos dentistas, médicos e/ou enfermeiros), enquanto que os estudantes portugueses apresentaram uma percentagem inferior (14,3%).

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Estado civil						
<i>Solteiro</i>	198	97,5	266	94,7	464	95,9
<i>Casado/União de facto</i>	5	2,5	15	5,3	20	4,1
Residência						
<i>Zona Rural</i>	51	25,1	38	13,5	89	18,4
<i>Zona Urbana</i>	152	74,9	243	86,5	395	81,6
Ano do curso						
<i>1º ano</i>	44	21,7	53	18,9	97	20,0
<i>2º ano</i>	48	23,6	54	19,2	102	21,1
<i>3º ano</i>	29	14,3	48	17,1	77	15,9
<i>4º ano</i>	40	19,7	55	19,6	95	19,6
<i>5º ano</i>	42	20,7	71	25,3	113	23,3
Rendimento familiar mensal						
	<i>(n=203)</i>		<i>(n=199)</i>		<i>(n=402)</i>	
<i>≤ 1 ordenado mínimo</i>	7	3,4	38	19,1	45	11,2
<i>1-2 ordenados mínimos</i>	32	15,8	22	11,1	54	13,4
<i>2-3 ordenados mínimos</i>	49	24,1	42	21,1	91	22,6
<i>3-4 ordenados mínimos</i>	34	16,7	43	21,6	77	19,2
<i>4-5 ordenados mínimos</i>	33	16,3	19	9,5	52	12,9
<i>> 5 ordenados mínimos</i>	48	23,6	35	17,6	83	20,6
Habilitações literárias do pai						
<i><4º ano</i>	11	5,5	7	2,5	18	3,8
<i>5º-6º ano</i>	20	10,0	15	5,5	35	7,4
<i>7º-9º ano</i>	26	13,0	16	5,8	42	8,8
<i>10º-12º ano</i>	57	28,5	50	18,2	107	22,5
<i>Licenciatura</i>	54	27,0	114	41,5	168	35,4
<i>Mestrado</i>	23	11,5	55	20,0	78	16,4
<i>Doutoramento</i>	9	4,5	18	6,5	27	5,7
Habilitações literárias da mãe						
<i><4º ano</i>	6	3,0	7	2,5	13	2,7
<i>5º-6º ano</i>	14	7,0	18	6,5	32	6,7
<i>7º-9º ano</i>	21	10,4	34	12,4	55	11,6
<i>10º-12º ano</i>	50	24,9	63	22,9	113	23,7
<i>Licenciatura</i>	79	39,3	114	41,5	193	40,6
<i>Mestrado</i>	23	11,4	30	10,9	53	11,1
<i>Doutoramento</i>	8	4,0	9	3,3	17	3,6
Grupo profissional dos pais						
<i>Profissionais de saúde</i>	29	14,3	81	28,8	110	22,7
<i>Outras profissões</i>	174	85,7	200	71,2	374	77,3

4 - Instrumentos de recolha de dados

Antes de iniciar uma recolha de dados, o investigador deve certificar-se de que a informação que pretende colher através dos instrumentos de recolha de dados responde aos objectivos da sua investigação. Deste modo, é de extrema importância conceber um instrumento de recolha de dados apropriado e pertinente.⁹⁷

Tendo em consideração tais pressupostos, no desenvolvimento desta investigação, a recolha de dados foi realizada através do preenchimento de um questionário auto-aplicado (Anexo II), nos meses de dezembro de 2014, na amostra portuguesa, e março a abril de 2015, na amostra holandesa. Previamente à aplicação do questionário nesta amostra, este foi traduzido para inglês e revisado por um tradutor. O nosso questionário foi construído com base na fundamentação teórica e divide-se em oito partes que passamos a discriminar:

Parte I - Caracterização sociodemográfica

Os dados sociodemográficos visam a caracterização do indivíduo, nomeadamente, em termos de nacionalidade, idade, sexo, estado civil, área de residência, ano do curso que frequenta, rendimento familiar mensal, habilitações literárias e profissão dos pais. Esta parte é constituída por oito questões, sendo que duas são abertas e as restantes são fechadas.

Parte II - Hábitos tabágicos

Este instrumento permite avaliar os hábitos tabágicos dos estudantes através de uma única questão mista.

Parte III - Hábitos de higiene oral

Este instrumento avalia os seguintes itens dos hábitos de higiene oral: escovagem, pasta dentífrica, fio dentário, colutório e utensílios.

Quanto à escovagem dentária, investigamos a frequência, duração, quando e como é realizada, tipo e dureza da escova utilizada, movimentos realizados, frequência da substituição e critérios usados na escolha da escova. Para avaliarmos a escovagem, utilizamos três questões mistas e sete fechadas, sendo que uma é uma escala de *Likert* de quatro pontos com cinco itens.

No que se refere à pasta dentífrica, usamos uma questão fechada para avaliar o seu uso e uma questão aberta para averiguar os critérios da sua escolha.

Com a finalidade de avaliar o uso e a frequência do fio dentário, formulamos duas questões fechadas e uma mista.

Em relação ao uso do colutório e utensílios, colocamos duas questões fechadas e uma mista.

Parte IV - Ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas

Este instrumento visa caracterizar a ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas quanto à sua frequência e quando esta é realizada, através de duas questões fechadas.

Parte V - Dados clínicos de SO

Com o intuito de avaliar os dados clínicos de SO, utilizamos três questões numa escala de *Likert* de cinco pontos.

Parte VI - Vigilância em SO

Relativamente à vigilância em SO, formulamos três questões fechadas e uma mista para avaliar a data e o motivo da última consulta e ainda a frequência de consultas de rotina.

Parte VII - Auto-percepção em SO

O penúltimo instrumento avalia a auto-percepção em SO através de dez questões fechadas, sendo que três são uma escala de *Likert* de sete pontos.

Parte VIII - Atitudes e comportamentos de SO

O HUDBI é o último instrumento e foi elaborado em japonês por Kawamura em 1988, sendo posteriormente traduzido e adaptado para a população portuguesa.¹⁴ Neste inventário composto por 21 itens, todos têm um formato de resposta dicotómica que pretende avaliar a auto-percepção do inquirido e as atitudes e os comportamentos de SO. Para cada um dos itens que compõem o instrumento, os estudantes deverão decidir se concordam ou discordam com as situações apresentadas.

Dos 21 itens, 9 são considerados como *dummy*, dado que não são ponderados para o cálculo do valor global do inventário, embora sejam úteis na verificação da reprodutibilidade do inventário e possam servir para outras investigações.

Com a finalidade de calcular o valor total do HUDBI, é atribuído 1 ponto por cada resposta “*concordo*” nos itens 4, 9, 11, 12,16 e 19 e 1 ponto a cada resposta “*discordo*” nos itens 2, 6, 8, 10, 14 e 15. O somatório revela uma estimativa quantitativa das atitudes e dos comportamentos de SO. Quanto mais elevada for a pontuação obtida, melhores serão as atitudes e os comportamentos, sendo a cotação máxima de 12 pontos.¹³

5 - Procedimentos éticos e legais

Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação. A escolha do tema, o tipo de estudo, a amostra a estudar, o procedimento e os instrumentos de recolha de dados e o tipo de análise estatística são alguns dos elementos com implicações éticas.^{95,}
97

Esta investigação foi realizada em conformidade com a Declaração de Helsínquia⁹⁸ e a Convenção de Oviedo⁹⁹ e foi submetida e aprovada pelo coordenador do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Prof. Doutor Rui Amaral Mendes e pelo coordenador do curso de Medicina Dentária e coordenador de Erasmus da Radboud University Nijmegen, Prof. Doutor Nico H.J. Creugers (Anexo I).

Os dados recolhidos pelos questionários foram fornecidos de modo voluntário e confidencial. O anonimato foi garantido a todos os participantes, solicitando-lhes que não colocassem o seu nome ou outra forma de identificação em qualquer parte do questionário.

Previamente à aplicação dos questionários, todos os participantes foram informados e devidamente esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e dos procedimentos a serem efetuados. Esta foi realizada de forma individual e os questionários foram acompanhados por um termo de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo III), que foi devidamente assinado pelos participantes no estudo, autorizando a recolha de dados e a utilização dos mesmos para o desenvolvimento deste trabalho.

Toda a recolha de dados foi efectuada por um só operador (a autora), eliminando quaisquer diferenças protocolares e preservando a concordância dos resultados.

Após a recolha dos dados, os questionários foram codificados, inseridos e processados por computador. Os resultados não fazem referência aos nomes dos participantes, nem contêm qualquer informação identificativa.

6 - Análise estatística

O tratamento estatístico tem início no processo de recolha de dados, culminando com a análise e interpretação dos resultados. Após a recolha de dados, efetuámos uma primeira análise e seleção de todos os questionários, com o intuito de eliminar aqueles que, porventura, se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se posteriormente procedido à sua codificação e inserção na base de dados do programa

informático estatístico IBM® SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) 22.0, no qual realizámos o tratamento estatístico dos dados.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e inferencial. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (desvio padrão). Na estatística inferencial utilizámos testes paramétricos e não paramétricos. Recorreremos à estatística paramétrica quando as variáveis de natureza quantitativa apresentavam uma distribuição normal e as variâncias populacionais fossem homogéneas.¹⁰⁰

Assim, realizámos os seguintes testes:

- Teste U de Mann-Whitney e o teste t student para amostras independentes. Estes testes usam-se para comparação do *mean rank*, no caso teste U de Mann-Whitney, ou de médias, no teste t student, de uma variável quantitativa em dois grupos de indivíduos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais. Para o teste t student, mediante a existência de mais que um teste t, foi necessário efetuar o teste de homogeneidade de Levene, com o intuito de determinar o nível de significância e, assim, escolher o resultado mais adequado, aceitando-se igualdade das variâncias, se a significância deste teste fosse $>0,05$;^{100, 101}
- Teste de Kruskal-Wallis e o teste One-Way Anova que permitem ver se existem diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais. Assim, para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos, efetuámos o teste post hoc (Tukey).¹⁰⁰

O nível de significância utilizado foi de 5,0% ou 0,05 ($p < 0,05$), permitindo afirmar com uma certeza de 95,0% a existência de relação causal entre as variáveis. Os critérios de decisão para a confirmação das relações basearam-se no estudo das probabilidades, considerando os valores de significância inferiores a 0,05 para confirmar a existência de relação e rejeitando todos os resultados superiores a esse valor.

IV - RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados após a aplicação dos instrumentos de recolha de dados e respectivo tratamento estatístico, respondendo às questões de investigação anteriormente formuladas.

Iniciamos com a caracterização da amostra, nomeadamente no que se refere aos hábitos tabágicos, hábitos de higiene oral, ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas, dados clínicos de SO, vigilância da SO, auto-percepção em SO e, por último, as atitudes e os comportamentos de SO.

1 - Caracterização dos hábitos tabágicos

Ao nível dos hábitos tabágicos, a maioria dos estudantes de ambas as amostras (78,3% portugueses e 94,0% holandeses) não eram fumadores. Apenas 17,2% dos estudantes portugueses e 3,9% dos holandeses referiram ter este hábito (quadro 3).

Quadro 3 - Caracterização dos hábitos tabágicos.

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
<i>Não Fumador</i>	159	78,3	264	94,0	423	87,4
<i>Ex-fumador</i>	9	4,4	6	2,1	15	3,1
<i>Fumador</i>	35	17,2	11	3,9	46	9,5

2 - Caracterização dos hábitos de higiene oral

No quadro 4, são apresentados os resultados relativos à escovagem. No que se refere à frequência da escovagem, na amostra portuguesa, 59,1% escovavam os dentes “≥3 vezes dia”, enquanto que a maioria da amostra holandesa (89,3%) o praticava “2 vezes por dia”. Apenas 3,0% dos estudantes portugueses e 8,9% dos holandeses realizava uma única escovagem diária. A maioria de ambas as amostras (62,6% da portuguesa e 51,6% da holandesa) escovava os dentes após o pequeno-almoço. No que se refere à escovagem após o almoço, 35,5% dos portugueses tinham este hábito, enquanto que a maioria dos holandeses (68,7%) “nunca” o fazia. Acrescentamos ainda que nenhum dos estudantes holandeses respondeu que tem como hábito escovar os dentes “sempre” a seguir ao almoço. Após o jantar, 75,1% dos estudantes holandeses

“nunca” escovavam os dentes, porque maioritariamente o faziam antes de deitar (92,2%). Quanto à escovagem antes de deitar, a maioria de ambas as amostras (79,3% dos portugueses e 92,2% dos holandeses) relatou efetuá-la “sempre” e somente 4,9% e 2,1%, respectivamente, referiram que “nunca” o faziam.

Quanto à duração da escovagem, 65,5% da amostra portuguesa e 84,7% da holandesa realizavam-na durante “2-5 minutos” e 30,0% e 12,5%, respectivamente, “<2 minutos”.

No que respeita à forma como realizavam a higiene oral, a maioria de ambas as amostras (55,2% da portuguesa e 54,1% da holandesa) afirmava escovar “os dentes, as gengivas e a língua” e somente 3,4% e 6,8%, respectivamente, efetuavam a “escovagem apenas dos dentes”. Na amostra holandesa, encontramos uma percentagem superior de estudantes que não realizava a escovagem da língua (36,3%), quando comparado com a amostra portuguesa (15,3%). A maioria dos estudantes portugueses (78,8%) escovava a língua, com o auxílio de uma escova, enquanto que os estudantes holandeses o faziam numa percentagem inferior (32,7%).

Em relação ao tipo de escova, a maioria dos estudantes portugueses (91,1%) usava “escova manual”, enquanto que na amostra holandesa, a maioria (53,7%) utilizava “escova eléctrica”. Dos estudantes que usavam escova manual, 63,8% dos portugueses utilizavam escovas de “dureza média” e 51,5% dos holandeses escovas “macias/suaves”, sendo que apenas 4,3% e 0,8%, respectivamente, usavam escovas “duras”.

Quanto aos movimentos realizados na escovagem, 85,7% dos portugueses executavam-nos de forma “circular” e 79,0% dos holandeses horizontalmente.

No que concerne à frequência de substituição da escova, 51,2% dos portugueses e 41,3% dos holandeses efetuavam a troca de “3 em 3 meses”. Enquanto que, 7,4% da amostra portuguesa indicaram que substituíam a escova “quando as cerdas começavam a ficar gastas”, na amostra holandesa, encontramos uma percentagem superior (24,2%).

Os critérios usados na escolha da escova que mais foram referenciados, quer pelos estudantes portugueses, quer pelos holandeses foram a “dureza” (68,5% e 46,6%, respectivamente) e o “tipo da escova” (47,3% e 43,8%, respectivamente).

Quadro 4 - Caracterização dos hábitos de higiene oral (escovagem).

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Frequência da escovagem						
≥ 3 vezes dia	120	59,1	5	1,8	125	25,8
2 vezes dia	77	37,9	251	89,3	328	67,8
1 vezes dia	6	3,0	25	8,9	31	6,4
Quando realiza a escovagem						
<u>Antes do pequeno-almoço</u>						
Sempre	46	22,7	43	15,3	89	18,4
Muitas vezes	10	4,9	33	11,7	43	8,9
Poucas vezes	31	15,3	34	12,1	65	13,4
Nunca	116	57,1	171	60,9	287	59,3
<u>Após o pequeno-almoço</u>						
Sempre	127	62,6	145	51,6	272	56,2
Muitas vezes	32	15,8	57	20,3	89	18,4
Poucas vezes	20	9,9	33	11,7	53	11,0
Nunca	24	11,8	46	16,4	70	14,5
<u>Almoço</u>						
Sempre	72	35,5	0	0,0	72	14,9
Muitas vezes	65	32,0	12	4,3	77	15,9
Poucas vezes	38	18,7	76	27,0	114	23,6
Nunca	28	13,8	193	68,7	221	45,7
<u>Jantar</u>						
Sempre	68	33,5	3	1,1	71	14,7
Muitas vezes	38	18,7	4	1,4	42	8,7
Poucas vezes	34	16,7	63	22,4	97	20,0
Nunca	63	31,0	211	75,1	274	56,6
<u>À noite antes de deitar</u>						
Sempre	161	79,3	259	92,2	420	86,8
Muitas vezes	19	9,4	14	5,0	33	6,8
Poucas vezes	13	6,4	2	0,7	15	3,1
Nunca	10	4,9	6	2,1	16	3,3
Duração da escovagem						
< 2 minutos	61	30,0	35	12,5	96	19,8
2-5 minutos	133	65,5	238	84,7	371	76,7
> 5 minutos	9	4,4	8	2,8	17	3,5
Como realiza a higiene oral						
Escovagem apenas dos dentes	7	3,4	19	6,8	26	5,4
Escovagem dos dentes e das gengivas	24	11,8	83	29,5	107	22,1
Escovagem dos dentes e da língua	60	29,6	27	9,6	87	18,0
Escovagem dos dentes, gengivas e língua	112	55,2	152	54,1	264	54,5
Escovagem da língua						
Não	31	15,3	102	36,3	133	27,5
Escova	160	78,8	92	32,7	252	52,1
Raspador lingual	12	5,9	64	22,8	76	15,7
Escova e raspador lingual	0	0,0	23	8,2	23	4,8

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de escova						
Manual	185	91,1	88	31,3	273	56,4
Eléctrica	18	8,9	151	53,7	169	34,9
Manual e eléctrica	0	0,0	42	14,9	42	8,7
Dureza da escova						
Macia/suave	47	25,4	67	51,5	114	36,2
Média	118	63,8	53	40,8	171	54,3
Dura	8	4,3	1	0,8	9	2,9
Qualquer uma	4	2,2	1	0,8	5	1,6
Não sei	8	4,3	8	6,2	16	5,1
Movimentos realizados na escovagem						
Horizontais	111	54,7	222	79,0	333	68,8
Verticais	96	47,3	106	37,7	202	41,7
Circulares	174	85,7	139	49,5	313	64,7
Frequência de substituição da escova						
Todos os meses	23	11,3	9	3,2	32	6,6
3-3 meses	104	51,2	116	41,3	220	45,5
6-6 meses	42	20,7	55	19,6	97	20,0
1-1 ano	5	2,5	4	1,4	9	1,9
> 1 ano	1	0,5	4	1,4	5	1,0
Não sei	13	6,4	25	8,9	38	7,9
Só quando as cerdas começam a ficar gastas	15	7,4	68	24,2	83	17,1
Critérios na escolha da escova						
Tipo da escova	96	47,3	123	43,8	219	45,2
Dureza da escova	139	68,5	131	46,6	270	55,8
Preço	74	36,5	80	28,5	154	31,8
Marca	36	17,7	68	24,2	104	21,5
Sem uma razão específica	20	9,9	66	23,5	86	17,8

A totalidade da amostra afirmou usar pasta dentífrica na escovagem.

O critério usado na escolha da pasta dentífrica que mais foi referenciado pelos dois grupos de estudantes foi o facto de “*conter flúor*” (66,5% e 89,0%, respectivamente). Seguidamente, os estudantes portugueses apontaram a “*marca*” e a “*ação branqueadora*”, ambos com igual percentagem (41,4%). Para os holandeses, o “*sabor*” (50,5%) e o “*preço*” (41,6%) foram, respectivamente, o segundo e terceiro critérios na escolha da pasta (quadro 5).

Quadro 5 - Caracterização dos hábitos de higiene oral (pasta dentífrica).

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Critérios na escolha da pasta						
<i>Conter flúor</i>	135	66,5	250	89,0	385	79,5
<i>Preço</i>	72	35,5	117	41,6	189	39,0
<i>Marca</i>	84	41,4	96	34,2	180	37,2
<i>Sabor</i>	73	36,0	142	50,5	215	44,4
<i>Publicidade</i>	1	0,5	5	1,8	6	1,2
<i>Ação branqueadora</i>	84	41,4	16	5,7	100	20,7
<i>Dessensibilizante</i>	48	23,6	40	14,2	88	18,2
<i>Facilmente disponível no mercado</i>	19	9,4	39	13,9	58	12,0
<i>Indicação do médico dentista</i>	39	19,2	32	11,4	71	14,7
<i>Ação anti-tártaro</i>	53	26,1	5	1,8	58	12,0
<i>Sem uma razão específica</i>	3	1,5	6	2,1	9	1,9

Os estudantes portugueses usavam maioritariamente (71,4%) o fio dentário como coadjuvante na higiene oral. Contrariamente, a maioria da amostra holandesa (53,4%) não usava. Dos estudantes que usavam fio dentário, 39,3% (portugueses) e 33,6% (holandeses) faziam-no apenas “1 vez por dia”. A maioria (69,7% da amostra portuguesa e 56,5% da holandesa) passava o fio dentário “após escovar os dentes” e 19,3% e 26,0%, respectivamente, faziam-no “à noite antes de dormir” (quadro 6).

Quadro 6 - Caracterização dos hábitos de higiene oral (fio dentário).

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Uso do fio dentário						
<i>Sim</i>	145	71,4	131	46,6	276	57,0
<i>Não</i>	58	28,6	150	53,4	208	43,0
Frequência						
<i>≥ 2 vezes dia</i>	22	15,2	3	2,3	25	9,1
<i>1 vez por dia</i>	57	39,3	44	33,6	101	36,6
<i>Às vezes</i>	59	40,7	69	52,7	128	46,4
<i>Raramente</i>	7	4,8	15	11,5	22	8,0
Quando passa o fio dentário						
<i>Antes de escovar os dentes</i>	37	25,5	29	22,1	66	23,9
<i>Após escovar os dentes</i>	101	69,7	74	56,5	175	63,4
<i>Quando não escova os dentes</i>	0	0,0	13	9,9	13	4,7
<i>À noite antes de dormir</i>	28	19,3	34	26,0	62	22,5

No que se refere ao uso do colutório, através da análise do quadro 7, verificamos que a maioria da amostra portuguesa (67,5%) tinha este hábito, contrariamente à amostra holandesa em que a maioria (77,2%) não o fazia. Em relação aos que responderam afirmativamente, 50,4% dos portugueses e 48,4% dos holandeses faziam-no “às vezes”.

A maioria da amostra portuguesa (71,4%) não utilizava “nenhum” utensílio coadjuvante da escovagem e 20,7% usava o “escovilhão”. Relativamente à amostra holandesa, a maioria (52,7%) utilizava o “palito”, contrastando com apenas 6,9% na amostra portuguesa. Acrescentamos que, 12,8% da amostra holandesa usava o “escovilhão”.

Quadro 7 - Caracterização dos hábitos de higiene oral (colutório e utensílios).

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Uso do colutório						
<i>Sim</i>	137	67,5	64	22,8	201	41,5
<i>Não</i>	66	32,5	217	77,2	283	58,5
Frequência						
<i>≥ 1 vezes dia</i>	53	38,7	12	18,8	65	32,3
<i>Às vezes</i>	69	50,4	31	48,4	100	49,8
<i>Raramente</i>	15	10,9	21	32,8	36	17,9
Uso de utensílios						
<i>Escovilhão</i>	42	20,7	36	12,8	78	16,1
<i>Palito</i>	14	6,9	148	52,7	162	33,5
<i>Escovilhão e palito</i>	2	1,0	27	9,6	29	6,0
<i>Nenhum</i>	145	71,4	70	24,9	215	44,4

3 - Caracterização da ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas

Em relação à frequência de ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas, a maioria da amostra portuguesa (53,7%) consumia “às vezes” e a maioria da amostra holandesa (70,8%) consumia “*todos os dias*”. A minoria de ambas as amostras (3,4% portuguesa e 0,4% holandesa) mencionou que “*nunca*” consumia alimentos ou bebidas açucaradas. A maioria (57,1% da amostra portuguesa e 87,1% da holandesa) consumia alimentos ou bebidas açucaradas “*entre as refeições*” e apenas 1,5% e 5,0%, respectivamente, “*à noite antes de deitar*” (quadro 8).

Quadro 8 - Caracterização da ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas.

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Frequência do consumo de alimentos e/ou bebidas açucaradas						
<i>Todos os dias</i>	72	35,5	199	70,8	271	56,0
<i>Às vezes</i>	109	53,7	68	24,2	177	36,6
<i>Raramente</i>	15	7,4	13	4,6	28	5,8
<i>Nunca</i>	7	3,4	1	0,4	8	1,7
Quando consome de alimentos e/ou bebidas açucaradas						
<i>Após as refeições</i>	82	41,8	39	13,9	121	25,4
<i>Antes das refeições</i>	10	5,1	10	3,6	20	4,2
<i>Entre as refeições</i>	112	57,1	244	87,1	356	74,8
<i>À noite antes de deitar</i>	3	1,5	14	5,0	17	3,6

4 - Caracterização dos dados clínicos de saúde oral

Relativamente à dor de dentes nos últimos 12 meses, pela observação do quadro 9, constatamos que 51,2% dos estudantes portugueses e 66,5% dos holandeses referiram que “*nunca*” tinham tido.

No que respeita à dor ou à hemorragia nas gengivas nos últimos 12 meses, 36,0% dos portugueses e 48,4% dos holandeses responderam negativamente.

Em relação à inflamação das gengivas nos últimos 12 meses, 37,4% dos estudantes portugueses e 54,4% dos holandeses mencionaram que não apresentaram esta condição.

Quadro 9 - Caracterização dos dados clínicos de SO.

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Dor de dentes nos últimos 12 meses						
<i>Nunca</i>	104	51,2	187	66,5	191	60,1
<i>Raramente</i>	72	35,5	67	23,8	139	28,7
<i>Às vezes</i>	26	12,8	25	8,9	51	10,5
<i>Frequentemente</i>	1	0,5	1	0,4	2	0,4
<i>Muito Frequentemente</i>	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Dor ou hemorragia nas gengivas						
<i>Nunca</i>	73	36,0	136	48,4	209	43,2
<i>Raramente</i>	71	35,0	111	39,5	182	37,6
<i>Às vezes</i>	48	23,6	31	11,0	79	16,3
<i>Frequentemente</i>	11	5,4	2	0,7	13	2,7
<i>Muito Frequentemente</i>	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Gengivas inflamadas						
<i>Nunca</i>	76	37,4	153	54,4	229	47,3
<i>Raramente</i>	72	35,5	109	38,8	181	37,4
<i>Às vezes</i>	46	22,7	16	5,7	62	12,8
<i>Frequentemente</i>	7	3,4	2	0,7	9	1,9
<i>Muito Frequentemente</i>	2	1,0	1	0,4	3	0,6

5 - Caracterização da vigilância da saúde oral

O quadro 10 refere-se à caracterização da vigilância da SO. Relativamente à data da última consulta, na amostra portuguesa, 38,4% consultaram o médico dentista no último mês ou entre “1-6 meses”. Quanto ao motivo dessa consulta, 29,1% dos estudantes consultou o médico dentista por motivos de “rotina/check-up/prevenção” e 24,1% para realizarem uma “destarização”. Acrescentamos que, 17,7% tiveram consultas de “ortodontia” e unicamente 5,4% foram ao médico devido a apresentarem “dor”.

Na amostra holandesa, a maioria (58,7%) consultou o médico dentista entre “1-6 meses”, maioritariamente (86,8%) com o propósito de efetuar uma consulta de “rotina/check-up/prevenção” e somente 0,7% devido por “dor”.

Quando foram questionados acerca da frequência com que iam ao médico dentista, 38,4% da amostra portuguesa e 56,9% da holandesa iam de “6-6 meses”, enquanto que 1,5% e 0,4%, respectivamente, consultavam o médico dentista “só quando tinham dor”.

Em relação à frequência das consultas de rotina/check-up, a maioria em ambas as amostras (50,2% na portuguesa e 55,9% na holandesa) consultava o médico dentista de

“6-6 meses”. Por outro lado, a minoria em ambas as amostras (4,4% na portuguesa e 1,4% na holandesa) “nunca” o fizeram.

Quadro 10 - Caracterização da vigilância da SO.

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Última consulta no médico dentista						
< 1 mês	78	38,4	49	17,4	127	26,2
1-6 meses	78	38,4	165	58,7	243	50,2
6 meses - 1 ano	31	15,3	54	19,2	85	17,6
1-2 anos	9	4,4	10	3,6	19	3,9
2-5 anos	2	1,0	3	1,1	5	1,0
> 5 anos	2	1,0	0	0,0	2	0,4
Não sei/não me lembro	3	1,5	0	0,0	3	0,6
Motivo dessa última consulta						
Dor	11	5,4	2	0,7	13	2,7
Extração	15	7,4	6	2,1	21	4,3
Ortodontia	36	17,7	4	1,4	40	8,3
Destartarização	49	24,1	5	1,8	54	11,2
Restauração	24	11,8	19	6,8	43	8,9
Endodontia	5	2,5	1	0,4	6	1,2
Rotina/check-up/prevenção	59	29,1	244	86,8	303	62,6
Não sei/não me lembro	4	2,0	0	0,0	4	0,8
Frequência de consulta no médico dentista						
Todos os meses	28	13,8	0	0,0	28	5,8
3-3 meses	23	11,3	3	1,1	26	5,4
6-6 meses	78	38,4	160	56,9	238	49,2
1-1 ano	41	20,2	112	39,9	153	31,6
Só quando tenho dor	3	1,5	1	0,4	4	0,8
Só quando é necessário	30	14,8	5	1,8	35	7,2
Frequência de consultas de rotina/check-up						
6-6 meses	102	50,2	157	55,9	259	53,5
1-1 ano	71	35,0	108	38,4	179	37,0
Raramente	21	10,3	12	4,3	33	6,8
Nunca	9	4,4	4	1,4	13	2,7

6 - Caracterização da auto-percepção em saúde oral

O quadro 11 mostra-nos que 72,4% dos estudantes portugueses e 51,2% dos holandeses se preocupavam com a SO, tanto como qualquer outra parte do corpo e 21,7% e 20,3%, respectivamente, afirmaram “importar-se mais”. Apenas na amostra holandesa encontramos estudantes que referiram não se importarem com a SO (18,9%).

Quanto à avaliação da SO e da higiene oral, 42,4% e 43,3% dos estudantes portugueses e 47,3% e 50,9% dos holandeses, respectivamente, mencionaram ser “ *muito boa*”. Em relação à avaliação da aparência dos dentes, 46,3% dos portugueses e 47,3% dos holandeses referiam que era “*boa*”.

No que diz respeito à autoavaliação da estética do próprio sorriso, 49,3% da amostra portuguesa e 46,6% da holandesa consideraram que este era “*bonito*” e apenas 3,9% e 2,1%, respectivamente afirmaram que era “*feio*”.

Da amostra total, a maioria (98,8%) considerava que era importante para a autoimagem ter dentes saudáveis e bonitos.

Constatámos que 80,8% dos estudantes portugueses e 86,1% dos consideraram que os pais insistiram o suficiente na higiene oral durante a infância e a adolescência.

Na questão “considera que o seu atual curso influenciou a tomada de decisões no que concerne à sua higiene, SO e tratamentos dentários?”, a maioria (70,4% dos portugueses e 76,2% dos holandeses) respondeu positivamente, sendo o “*1º ano*” o mais apontado relativamente ao despoletar dessa influencia (47,6% e 89,7%, respectivamente).

Quadro 11 - Caracterização da auto-percepção em SO.

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Preocupação com a SO em relação à saúde de outra parte do corpo						
<i>Não me preocupo</i>	0	0,0	53	18,9	53	11,0
<i>Preocupo-me menos</i>	12	5,9	27	9,6	39	8,1
<i>Preocupo-me de igual forma</i>	147	72,4	144	51,2	291	60,1
<i>Preocupo-me mais</i>	44	21,7	57	20,3	101	20,9
Avaliação da SO						
<i>Péssima</i>	0	0,0	1	0,4	1	0,2
<i>Razoável</i>	17	8,4	6	2,1	23	4,8
<i>Boa</i>	76	37,4	92	32,7	168	34,7
<i>Muito boa</i>	86	42,4	133	47,3	219	45,2
<i>Excelente</i>	24	11,8	49	17,4	73	15,1
Avaliação da higiene oral						
<i>Má</i>	0	0,0	1	0,4	1	0,2
<i>Razoável</i>	13	6,4	9	3,2	22	4,5
<i>Boa</i>	83	40,9	94	33,5	177	36,6
<i>Muito boa</i>	88	43,3	143	50,9	231	47,7
<i>Excelente</i>	19	9,4	34	12,1	53	11,0

	Portugal (n=203; 41,9%)		Holanda (n=281; 58,1%)		Total (n=484)	
	N	%	N	%	N	%
Avaliação da aparência dos dentes						
Má	4	2,0	2	0,7	6	1,2
Razoável	31	15,3	16	5,7	47	9,7
Boa	94	46,3	133	47,3	227	46,9
Muito boa	64	31,5	101	35,9	165	34,1
Excelente	10	4,9	29	10,3	39	8,1
Avaliação do próprio sorriso						
Bonito	100	49,3	131	46,6	231	47,7
Feio	8	3,9	6	2,1	14	2,9
Normal	95	46,8	144	51,2	239	49,4
Dentes saudáveis e bonitos para a autoimagem						
Sim	200	98,5	278	98,9	478	98,8
Não	3	1,5	3	1,1	6	1,2
Insistência dos pais na higiene oral durante a infância e adolescência						
Sim	164	80,8	242	86,1	406	83,9
Não	22	10,8	22	7,8	44	9,1
Não sei	17	8,4	17	6,0	34	7,0
Influência do curso na tomada de decisões na higiene, SO e tratamentos dentários						
Não	60	29,6	67	23,8	127	26,2
Sim	143	70,4	214	76,2	357	73,8
Ano em que começou a influência						
1º ano	68	47,6	192	89,7	260	72,8
2º ano	53	37,1	16	7,5	69	19,3
3º ano	21	14,7	5	2,3	26	7,3
4º ano	0	0,0	1	0,5	1	0,3
5º ano	1	0,7	0	0,0	1	0,3

Apresentados os resultados referentes aos hábitos tabágicos, aos hábitos de higiene oral, à ingestão de alimentos ou bebidas açucaradas, às características clínicas de SO, à vigilância da SO e à auto-percepção em SO, passaremos a responder às questões de investigação que formulámos e que foram anteriormente apresentadas.

7 - Avaliação das atitudes e dos comportamentos de saúde oral em estudantes portugueses

Quais são as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses?

Quanto às atitudes e aos comportamentos de SO, a média de *scores* do HUDBI obtida pela amostra portuguesa foi de 7,8 (DP=1,5), sendo a pontuação mínima de 3 e a máxima de 11.

Para determinar a prevalência das atitudes e dos comportamentos de SO, dicotimizámos esta variável, tendo por base o ponto de corte da mediana. Através do quadro 12, verificamos que 69,5% dos estudantes portugueses adotaram atitudes e comportamentos de SO pouco adequados.

Quadro 12 - Prevalência das atitudes e dos comportamentos de SO dos estudantes portugueses.

	Masculino (n=63)		Feminino (n=140)		Total (n=203)	
	N	%	N	%	N	%
<i>Atitudes e comportamentos pouco adequados</i>	48	76,2	93	66,4	141	69,5
<i>Atitudes e comportamentos adequados</i>	15	23,8	47	33,6	62	30,5

Em que medida as variáveis sociodemográficas (sexo, ano do curso, grupo profissional dos pais) influenciam as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses?

Para efetuarmos o estudo entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os comportamentos de SO, utilizámos o teste U de Mann-Whitney, exceto na variável relativa ao ano do curso, na qual recorremos ao teste ANOVA (quadro 13).

Relativamente ao sexo, constatámos que as estudantes apresentaram médias ordenadas mais altas do que os estudantes. Contudo, as diferenças não foram estatisticamente significativas, o que traduz uma relação de independência entre as variáveis em estudo.

No que respeita ao ano do curso, quanto mais elevado este era, melhores eram as atitudes e os comportamentos de SO, sendo as diferenças estatisticamente significativas (ANOVA=4,820; p=0,001). Pelo cálculo da variabilidade, verificámos que o ano do curso é responsável por 8,87% da variação nas atitudes e nos comportamentos de SO. De seguida realizámos testes para comparação múltipla de médias (Tukey), com a finalidade

de localizar as diferenças estatísticas. Estas situaram-se entre os estudantes do 1º e 4º anos ($p=0,006$) e do 1º e 5º anos ($p=0,005$).

Em relação ao grupo profissional dos pais, apurámos que os estudantes cujos pais exerciam profissões na área da saúde apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO comparativamente aos restantes, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas. Assim, deduzimos que a atividade profissional não estabelece relação com a variável dependente.

Quadro 13 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses.

Variáveis Sociodemográficas	N	\bar{X} (DP)/Mean Rank	Teste	p
Sexo				
<i>Masculino</i>	63	95,6	Mann-Whitney	0,282
<i>Feminino</i>	140	104,9		
Ano do curso				
<i>1º ano</i>	44	7,2 (1,35)	ANOVA	0,001
<i>2º ano</i>	48	7,5 (1,49)		
<i>3º ano</i>	29	7,7 (1,67)		
<i>4º ano</i>	40	8,3 (1,22)		
<i>5º ano</i>	42	8,3 (1,30)		
Grupo profissional dos pais				
<i>Profissionais de saúde</i>	29	118,1	Mann-Whitney	0,102
<i>Outras profissões</i>	174	99,3		

Em que medida os hábitos tabágicos influenciam as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses?

A propósito de sabermos se os hábitos tabágicos dos estudantes portugueses eram determinantes nas atitudes e nos comportamentos de SO, efetuámos o teste de Kruskal-Wallis (quadro 14). Os resultados revelaram que foram os fumadores que apresentaram médias ordenadas mais elevadas, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas. Deste modo, inferimos que esta variável não influencia as atitudes e os comportamentos de SO.

Quadro 14 - Relação entre os hábitos tabágicos e as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes portugueses.

Hábitos tabágicos	N	Mean Rank	Teste	p
<i>Não fumador</i>	159	100,6	Kruskal-Wallis	0,781
<i>Ex-fumador</i>	9	104,1		
<i>Fumador</i>	35	108,0		

8 - Avaliação das atitudes e dos comportamentos de saúde oral em estudantes holandeses

Quais são as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses?

A amostra holandesa registou uma média de *scores* do HUDBI de 8,0 (DP=1,2), sendo a pontuação mínima de 4 e a máxima de 11.

Quanto à prevalência das atitudes e dos comportamentos de SO, tratámos esta questão de investigação como a anterior. Em conformidade com o quadro 15, verificamos que 63,3% dos estudantes holandeses adotaram atitudes e comportamentos de SO pouco adequados.

Quadro 15 - Prevalência das atitudes e dos comportamentos de SO dos estudantes holandeses.

	Masculino (n=87)		Feminino (n=194)		Total (n=203)	
	N	%	N	%	N	%
<i>Atitudes e comportamentos pouco adequados</i>	55	63,2	123	63,4	178	63,3
<i>Atitudes e comportamentos adequados</i>	32	36,8	71	36,6	103	36,7

Em que medida as variáveis sociodemográficas (sexo, ano do curso, grupo profissional dos pais) influenciam as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses?

De modo a efetuarmos o estudo entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os comportamentos de SO, recorreremos ao teste U de Mann-Whitney, exceto na variável relativa ao ano do curso na qual realizámos o teste ANOVA (quadro 16).

Relativamente ao sexo, ao ano do curso e ao grupo profissional dos pais constatámos que:

- as estudantes apresentaram médias ordenadas mais altas do que os estudantes;

- os estudantes do 2º ano registaram melhores atitudes e comportamentos de SO, contudo as diferenças observados entre os diferentes anos do curso foram bastante discretas;
- os estudantes cujos pais eram profissionais de saúde apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO comparativamente aos restantes.

Todavia, não confirmámos a influência das variáveis sociodemográficas nas atitudes e nos comportamentos de SO, já que as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 16 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses.

Variáveis Sociodemográficas	N	\bar{X} (DP)/Mean Rank	Teste	p
Sexo				
<i>Masculino</i>	87	140,8	Mann-Whitney	0,978
<i>Feminino</i>	194	141,1		
Ano do curso				
<i>1º ano</i>	53	7,9 (1,28)	ANOVA	0,726
<i>2º ano</i>	54	8,2 (1,43)		
<i>3º ano</i>	48	8,0 (1,12)		
<i>4º ano</i>	55	8,0 (1,19)		
<i>5º ano</i>	71	8,1 (1,14)		
Grupo profissional dos pais				
<i>Profissionais de saúde</i>	81	149,6	Mann-Whitney	0,243
<i>Outras profissões</i>	200	137,5		

Em que medida os hábitos tabágicos influenciam as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses?

A fim de sabermos se os hábitos tabágicos dos estudantes holandeses eram determinantes nas atitudes e nos comportamentos de SO, realizámos o teste de Kruskal-Wallis (quadro 17). Os resultados evidenciaram que foram os ex-fumadores que registaram médias ordenadas mais elevadas, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas. Desta forma, concluímos que esta variável não influencia as atitudes e os comportamentos de SO.

Quadro 17 - Relação entre os hábitos tabágicos e as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes holandeses.

Hábitos tabágicos	N	Mean Rank	Teste	p
<i>Não fumador</i>	264	139,9	Kruskal-Wallis	0,636
<i>Ex-fumador</i>	6	159,8		
<i>Fumador</i>	11	157,9		

9 - Comparação entre as atitudes e os comportamentos de saúde oral dos estudantes portugueses e holandeses

Haverá diferenças entre as atitudes e os comportamentos de SO entre os estudantes portugueses e os holandeses?

Através da análise do quadro 18, verificamos que a amostra holandesa registou uma média de *scores* ligeiramente superior à amostra portuguesa.

Com a finalidade de averiguarmos se haveriam diferenças relativamente às atitudes e aos comportamentos de SO, efetuámos o teste t student. Através deste teste, concluímos que os estudantes holandeses tinham melhores atitudes e comportamentos de SO que os portugueses, sendo este resultado estatisticamente significativo.

Quadro 18 - Comparação das atitudes e dos comportamentos de SO entre os estudantes portugueses e os holandeses.

	Portugal		Holanda		t student	p
	N	\bar{X} (DP)	N	\bar{X} (DP)		
<i>Atitudes e comportamentos</i>	203	7,8 (1,45)	281	8,0 (1,23)	-2,014	0,045

Para sabermos se o sexo dos estudantes era determinante nas atitudes e nos comportamentos de SO, realizámos o teste t student. Os resultados evidenciaram que os estudantes holandeses, de ambos os sexos tinham melhores atitudes e comportamentos de SO, quando comparados com os portugueses, mas não são estatisticamente significativos (quadro 19).

Relativamente ao ano do curso, para o 1º, 2º e 4º anos procedemos ao teste t student e para os restantes anos efetuámos o teste U de Mann-Whitney. Os estudantes holandeses dos três primeiros anos apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO, tal como os estudantes portugueses do 4º e 5º anos. Todavia, apenas os resultados referentes ao 1º e 2º anos são estatisticamente significativos.

Quanto ao grupo profissional dos pais, executámos dois testes diferentes: o teste U de Mann-Whitney para os estudantes cujos pais eram profissionais de saúde e o teste t student para os restantes. Os estudantes portugueses cujos pais exerciam profissões na área da saúde apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO em relação aos holandeses. Relativamente aos restantes estudantes, observámos o inverso, isto é, os estudantes holandeses cujos pais não eram profissionais de saúde apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO, comparativamente aos portugueses. Acrescentamos que, apenas este último resultado é estatisticamente significativo.

Quadro 19 - Comparação das atitudes e dos comportamentos de SO entre os estudantes portugueses e holandeses quanto à variáveis sociodemográficas.

Variáveis Sociodemográficas	Portugal		Holanda		Teste	p
	N	\bar{X} (DP)/Mean Rank	N	\bar{X} (DP)/Mean Rank		
Sexo						
<i>Masculino</i>	63	7,68 (1,44)	87	8,07 (1,23)	t student	0,078
<i>Feminino</i>	140	7,86 (1,46)	194	8,06 (1,23)		0,194
Ano do curso						
<i>1º ano</i>	44	7,25 (1,35)	53	7,92 (1,28)	t student	0,013
<i>2º ano</i>	48	7,54 (1,49)	54	8,24 (1,43)	t student	0,017
<i>3º ano</i>	29	36,21	48	40,69	Mann-Whitney	0,382
<i>4º ano</i>	40	8,3 (1,22)	55	8,0 (1,19)	t student	0,233
<i>5º ano</i>	42	60,20	71	55,11	Mann-Whitney	0,409
Grupo profissional dos pais						
<i>Profissionais de saúde</i>	29	56,52	81	55,14	Mann-Whitney	0,837
<i>Outras profissões</i>	174	7,74 (1,40)	200	8,0 (1,19)	t student	0,048

Em relação aos hábitos tabágicos, utilizámos o teste U de Mann-Whitney e constatámos que foram os estudantes holandeses que demonstraram melhores atitudes e comportamentos de SO, sendo o resultado referente aos não fumadores estatisticamente significativo (quadro 20).

Quadro 20 - Comparação das atitudes e dos comportamentos de SO entre os estudantes portugueses e holandeses quanto aos hábitos tabágicos.

Hábitos tabágicos	Portugal		Holanda		Mann-Whitney	p
	N	Mean Rank	N	Mean Rank		
<i>Não fumador</i>	159	197,2	264	220,9	18639,0	0,047
<i>Ex-fumador</i>	9	7,11	6	9,33	19,0	0,388
<i>Fumador</i>	35	22,69	11	26,09	164,0	0,476

V - DISCUSSÃO

Neste capítulo, incidiremos sobre a discussão dos resultados, que será efetuada segundo a ordem sequencial da apresentação das questões de investigação, e sobre as limitações.

1 - Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados, a fase que se segue é a sua discussão, permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica. Desta forma, pretendemos contribuir para a compreensão das múltiplas variáveis que interferem nas atitudes e nos comportamentos de SO.

Prevalência das atitudes e dos comportamentos de SO

Estudos interculturais conduzidos entre estudantes de Medicina Dentária mostraram que as atitudes e os comportamentos de SO eram diferentes consoante o país.^{102, 103}

No nosso estudo, a média de *scores* do HUDBI da amostra holandesa foi de 8,0 (DP=1,23) e da portuguesa de 7,8 (DP=1,45), sendo ambas superiores às encontradas noutros países, tais como o Japão¹⁶ (7,4; DP=2,55), o Reino Unido¹⁰⁴ (7,3), a Grécia^{15, 16} (6,9; DP=1,83), a Croácia²¹ (6,6; DP=1,54), a Turquia¹⁹ (6,5; DP=1,99), a Índia¹⁰⁵ (6,1; DP=1,71), a Jordânia¹⁷ (6,0; DP=1,54) e a China¹⁰⁴ (5,1).

A prevalência das atitudes e dos comportamentos de SO dos estudantes holandeses foi superior à dos portugueses (36,7% vs. 30,5%). O diferente *background* social e cultural, factores socioeconómicos e educacionais podem explicar esta diferença.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes e os comportamentos de SO

Em relação ao sexo, em alguns estudos, as estudantes apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO, comparativamente ao sexo oposto.^{15, 17, 20, 94, 106-109} Isto pode ser explicado pelo facto de que as mulheres são habitualmente mais preocupadas com a sua saúde e aparência e em caso de problemas procuram precocemente ajuda médica para os solucionar. As solicitações de carácter social e profissional poderão ser outra justificação para adotarem melhores atitudes e comportamentos de SO.²⁰ No

entanto, existem outros estudos que demonstraram não haver relação entre o sexo e as atitudes e os comportamentos de SO, podendo dever-se ao diferentes *backgrounds* sociais e culturais.^{16, 21, 105}

Espectávamos que o sexo influenciasse as atitudes e os comportamentos de SO. Contudo, os nossos resultados não o demonstraram. Porém, as estudantes de ambas as amostras apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO.

No que respeita ao ano do curso, concluímos que, na amostra portuguesa, este influenciava positivamente a variável dependente, ou seja, há medida que avançava a formação académica, melhoravam as atitudes e os comportamentos de SO.

Deste modo, o *score* do HUDBI do 1º ano foi de 7,2 (DP=1,35; p=0,001) e do 4º e 5º anos foi de 8,3 (DP=1,22 e 1,30, respectivamente; p=0,001), sendo esta diferença estatisticamente significativa, tal como no estudo de Polychronopoulou *et al.*¹⁵ Estes resultados estão de acordo com alguns estudos que apontam a provável influência da exposição e da aquisição de conhecimentos relativos a atitudes e comportamentos de SO veiculados em disciplinas, tais como, Medicina Dentária Preventiva e Periodontologia ao longo da formação académica e da vivência clínica.¹⁴⁻²¹ Há medida que os estudantes progredem no curso, ficam mais cientes e mais atentos à sua SO. Consequentemente, estes adotam melhores atitudes e comportamentos preventivos. Contrariamente, outros estudos reportam não haver influência do ano do curso nas atitudes e nos comportamentos de SO, podendo dever-se a factores sociopsicológicos e ao diferente *background* cultural dos estudantes.¹⁰⁵ Para além disso, um aumento dos conhecimentos não resulta necessariamente em atitudes mais positivas e atitudes positivas adquiridas nem sempre influenciam os comportamentos individuais.

Na amostra holandesa, o ano do curso não influenciava as atitudes e os comportamentos de SO. Todavia, os estudantes do 2º ano apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO, comparativamente aos restantes. Isto pode dever-se ao facto de ser precisamente no 2º ano que os estudantes têm aulas teóricas, cujos conteúdos programáticos incidem na prevenção para a SO. Além disso, estes estudantes dão os seus primeiros passos na clínica, efetuando consultas de *check-up*, através das quais transmitem aos seus pacientes informações de higiene oral. Tal resultado também foi encontrado no estudo de Kim *et al.*, aplicado a estudantes do curso de Higiene Oral.¹¹⁰

As diferenças culturais entre as sociedades desempenham um papel nas atitudes e nos comportamentos de SO dos estudantes.^{21, 102} Estas podem ser melhor analisadas comparando os estudantes do primeiro ano de ambas as amostras, porque como estes estão a começar a sua formação académica, o curso ainda não tem influência nas suas atitudes e comportamentos de SO. A comprová-lo estão os dados do nosso estudo em

que os estudantes holandeses do 1º ano apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO do que os portugueses, sendo a diferença estatisticamente significativa. Consideramos que este resultado pode advir da experiência prévia dos estudantes, da sua educação pré-universitária e da herança cultural.^{20, 21}

Na nossa investigação não houve resultados estatisticamente significativos relativamente à influência do grupo profissional dos pais nas atitudes e nos comportamentos de SO. Contudo, da análise dos resultados verificámos que os estudantes portugueses e holandeses cujos pais eram profissionais de saúde (médicos dentistas, médicos e/ou enfermeiros) apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO. A questão da profissão dos pais não é comum vir referida como tendo influencia nas atitudes e nos comportamentos de SO. Porém, da nossa experiência e à luz dos conhecimentos que rodeiam esta temática, parece-nos consensual que os pais sirvam de exemplos a seguir pelos seus filhos, inclusive nas questões de SO. Assim, a aprendizagem não é independente do desenvolvimento humano e os comportamentos podem ser determinados pelos seus conhecimentos, mas também por factores externos presentes no meio ambiente no qual os estudantes estão inseridos. As atitudes e os comportamentos dos estudantes devem-se a uma diversidade de factores que ocorrem dentro e fora das salas de aula, tendo a influência familiar um grande contributo, sobretudo se os pais forem profissionais de saúde.

Relação entre hábitos tabágicos e as atitudes e os comportamentos de SO

Em ambas as amostras, inferimos que os hábitos tabágicos não influenciaram as atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes, tal como no estudo de Alomari *et al.*⁸⁷ Contudo, os estudantes portugueses fumadores registaram melhores atitudes e comportamentos de SO. O estudo de Yildiz *et al.* está em concordância com este resultado, referindo que os estudantes fumadores apresentaram algumas atitudes e comportamentos de SO mais adequadas que os não fumadores, possivelmente devido a preocupações, como por exemplo, a pigmentação dentária e o cheiro causado pelo tabaco. Assim, estes tomaram atitudes para tentar compensar este facto.¹⁹

Os estudantes holandeses ex-fumadores foram os que apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO. Este facto pode ficar a dever-se às razões que os levaram a abandonar o hábito do tabaco, nomeadamente, ganhos em saúde o que se traduz também na sua SO.

2 - Limitações do estudo

Desde o início da conceptualização do estudo, uma das nossas preocupações fundamentais foi desenvolver um trabalho metodológico, rigoroso e científico. Apesar desse cuidado estamos conscientes das limitações do nosso estudo que incidem essencialmente em três áreas: no desenho de investigação, na amostra e nos instrumentos de medida.

O estudo elaborado, sendo transversal, apenas avalia as atitudes e os comportamentos de SO num único momento. Como tal, o seu alcance é limitado. Assim, afigura-se-nos que as fragilidades inerentes ao estudo transversal seriam ultrapassadas se tivéssemos optado por um estudo longitudinal. Este permitir-nos-ia uma recolha de dados de forma periódica e sistemática nos estudantes de Medicina Dentária que fariam uma avaliação mais completa das variáveis, em função do tempo. Todavia, tal não foi possível por limitações de tempo para a sua realização.

O tipo de amostragem - não probabilística por conveniência - interfere na representatividade da população, condicionando a inferência dos resultados. Teria interesse que a amostra fosse alargada e contemplasse estudantes de outras universidades que não apenas as duas seleccionadas. Assim, poderíamos atenuar as diferenças curriculares.

O estudo também apresenta limitações inerentes à utilização do questionário como método de recolha de dados. Apesar de este ser útil, de fácil aplicação e de baixo custo, não é considerado ideal, devido à fiabilidade dos resultados que se obtêm com a sua aplicação e à necessidade de recorrer à memória, o que poderá provocar viéses. Não procedemos à tradução do questionário para holandês, visto que os estudantes falam fluentemente inglês, língua universal, fazendo parte da sua formação. No entanto, pelo facto de não terem respondido na sua língua materna e termos traduzido o questionário para inglês poderá ter influenciado indiretamente os resultados.

Poderá ainda constituir uma limitação do estudo, o acesso a alguns dados sociodemográficos da amostra, nomeadamente o rendimento familiar dos holandeses.

Estamos cientes de que nesta investigação não foram estudados factores importantes como a condição clínica de SO, nomeadamente a cárie e a doença periodontal, pelo que sugerimos a sua abordagem em futuras pesquisas. De igual modo, o questionário poderia ter incluído questões acerca dos conhecimentos de SO, o que possibilitaria a averiguação de possíveis desfasamentos.

As limitações acima mencionadas constituem alguns pontos de partida para futuras investigações que preencham estas lacunas.

Apesar das limitações do estudo, consideramos que os resultados obtidos permitem-nos adquirir um conhecimento mais real acerca da temática em estudo.

VI - CONCLUSÃO

A análise dos resultados obtidos sugere que a temática das atitudes e dos comportamentos de SO é complexa e sujeita a múltiplas influências. Dadas as limitações do nosso estudo, os resultados devem ser interpretados com cuidado e as conclusões não podem ser generalizadas a outras populações. Estes reportam-se à totalidade da amostra em estudo. De forma sintética, podemos referir que:

- Os estudantes portugueses do 4º e 5º anos apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO em relação aos do 1º ano ($p=0,006$; $p=0,005$; respectivamente);
- 69,5% dos estudantes portugueses e 63,3% dos holandeses adotaram atitudes e comportamentos de SO pouco adequados. Os estudantes holandeses adotaram melhores atitudes e comportamentos de SO em comparação com os portugueses ($\bar{X}=8,0$ vs. $\bar{X}=7,8$; $p=0,045$);
- Os estudantes holandeses do 1º e 2º anos, cujos pais não eram profissionais de SO e eram não fumadores apresentaram melhores atitudes e comportamentos de SO em comparação com os portugueses ($p=0,013$; $p=0,017$; $p=0,048$; $p=0,047$; respectivamente).

Concluimos com algumas sugestões:

- É bastante importante mudar a forma como se faz educação para a SO. Os estudantes sabem quais são as atitudes e os comportamentos que devem adotar, mas, na verdade por vezes, não estão devidamente motivados para os levar a cabo. Desta forma, estes devem ser encorajados a dar um bom exemplo no que concerne às atitudes e aos comportamentos de SO aos seus pacientes, familiares e amigos. Assim, é importante reforçar as medidas preventivas e de educação para a SO e promovê-las o mais precocemente possível, a partir do 1º ano do curso;
- O planeamento de estratégias de ensino para mudanças de comportamentos em SO deve dar relevância ao ensino de técnicas de autocuidado, no sentido de alertar para a percepção dos factores de risco que estão na origem das doenças orais. Deste modo, seria relevante para a mudança de atitudes e comportamentos de SO dos estudantes, se estes tivessem no seu *curriculum* académico aulas práticas sobre higiene oral, propriamente dita, nomeadamente métodos de escovagem, duração e frequência, instrumentos coadjuvantes da

higiene oral e a importância da vigilância assídua em SO como método de prevenção;

- Tal como foi veiculado pelo Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a promoção pré-universitária da SO feita nas escolas deveria ser intensificada para levar a cabo mudanças positivas nas atitudes e nos comportamentos de SO dos estudantes. Assim, os estudantes de Medicina Dentária quando iniciam o curso teriam o *know-how* e as competências adequadas em termos de SO. Parece-nos importante a elaboração de políticas de SO mais alargadas, de forma a reduzir a carga das doenças orais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersen PE, Kwan S. The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community dental health*. 2010;27(1):129-36.
2. Locker D, Slade G. Concepts of oral health, disease and the quality of life. *Measuring oral health and quality of life*. 1997:11-24.
3. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community dental health*. 1988;5(1):3-18.
4. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(1):3-23.
5. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):711-8.
6. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):644.
7. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):81-92.
8. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano nacional de saúde 2011-2016: Estratégia de saúde oral em Portugal: Um conceito de transversalidade que urge implantar. Porto: DGS; 2010.
9. Kravitz A, Bullock A, Cowpe J. *Manual of Dental Practice 2015*. 5.1 ed. Wales, United Kingdom: Council of European Dentists; 2015.
10. Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. *Br Dent J*. 1999;187(1):15-8.
11. Özalp N, Dağ C, Ökte Z. Oral health knowledge among dental students. 2012;36(1):18-24.
12. Albuquerque TM. *Atitudes, comportamentos e condições de saúde oral de estudantes universitários ao longo da sua vivência académica*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina Dentária; 2013.
13. Kawamura M, Honkala E, Widstrom E, Komabayashi T. Cross-cultural differences of self-reported oral health behaviour in Japanese and Finnish dental students. *Int Dent J*. 2000;50(1):46-50.
14. Albuquerque T, Bernardo MF, Simão AM, Ferreira AS, Kawamura M, Okada M. *Reprodutibilidade da Versão Portuguesa Do Hiroshima University Dental*

- Behavioural Inventory (HUDBI - versão portuguesa). Diferenças nas atitudes e comportamentos entre estudantes do 1º e 3º ano do curso de Higiene Oral. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2011;52(3):125-32.
15. Polychronopoulou A, Kawamura M, Athanasouli T. Oral self-care behavior among dental school students in Greece. *J Oral Sci*. 2002;44(2):73-8.
 16. Polychronopoulou A, Kawamura M. Oral self-care behaviours: comparing Greek and Japanese dental students. *European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe*. 2005;9(4):164-70.
 17. Al-Wahadni AM, Al-Omiri MK, Kawamura M. Differences in self-reported oral health behavior between dental students and dental technology/dental hygiene students in Jordan. *Journal of Oral Science*. 2004;46(3):191-7.
 18. Barrieshi-Nusair K, Alomari Q, Said K. Dental health attitudes and behaviour among dental students in Jordan. *Community dental health*. 2006;23(3):147-51.
 19. Yildiz S, Dogan B. Self reported dental health attitudes and behaviour of dental students in Turkey. *European journal of dentistry*. 2011;5(3):253-9.
 20. Al-Omiri MK, Barghout NH, Shaweesh AI, Malkawi Z. Level of education and gender-specific self-reported oral health behavior among dental students. *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(1):29-35.
 21. Badovinac A, Bozic D, Vucinac I, Vesligaj J, Vrazic D, Plancak D. Oral health attitudes and behavior of dental students at the University of Zagreb, Croatia. *Journal of dental education*. 2013;77(9):1171-8.
 22. DGS. Estudo nacional de prevalência das doenças orais: Programa nacional de promoção da Saúde Oral. Lisboa: Ministério da Saúde, DGS; 2008.
 23. Constitution of the World Health Organization. *American journal of public health and the nation's health*. 1946;36(11):1315-23.
 24. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 1997;31(5):538-42.
 25. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(6):399-406.
 26. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med*. 1996;43(8):1213-22.
 27. Koop C. Oral Health 2000. Second National Consortium Advance Program. 1993;2.
 28. 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(4):319-29.
 29. Federação Dentária Internacional. FDI Visão 2020: Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. Hong Kong: 2010.

30. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2013;54(1):27-32.
31. Veiga N, Pereira C, Amaral O. Prevalence and determinants of dental caries in a sample of schoolchildren of Sátão, Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2014;55(4):214-9.
32. Veiga N, Pereira C, Amaral O. Prevalence and Determinants of Dental Caries in Portuguese Children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;171:995-1002.
33. Veiga NJ, Pereira CM, Ferreira PC, Correia IJ. Prevalence of dental caries and fissure sealants in a portuguese sample of adolescents. *PloS one*. 2015;10(3):1-12.
34. DGS. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Ministério da Saúde, DGS; 2005.
35. Ministério da Saúde. Portaria n.º 301/2009 de 24 de Março. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 58; 2009.
36. World Health Organization. *The health of young people: a challenge and a promise*. Geneva: WHO; 1993.
37. Silva AD. *A construção de carreira no ensino superior: Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia*; 2008.
38. Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. *Int Dent J*. 2002;52(1):1-9.
39. Céu AM, Cádima CF, Branco LR, Jordão M, Araújo MR, Calado R. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Plano B. 1ª ed. Lisboa: DGS; 2011.
40. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health--World Health Assembly 2007. *Int Dent J*. 2008;58(3):115-21.
41. Meng Y, Zhang HQ, Pan F, He ZD, Shao JL, Ding Y. Prevalence of dental caries and tooth wear in a Neolithic population (6700-5600 years BP) from northern China. *Arch Oral Biol*. 2011;56(11):1424-35.
42. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dental health*. 2005;22(2):71-4.
43. Melo P, Teixeira L, Domingues J. A importância do despiste precoce da cárie dentária. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2006;22(3):357-66.
44. Pereira A. *Cáries dentárias: etiologia, epidemiologia e prevenção*. Porto: Medisa; 1993.
45. Kidd E. *Essentials of Dental Caries*. 3rd ed: Oxford University Press; 2005.

46. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1997;25(1):5-12.
47. Reis J, Melo P. A cárie dentária, uma doença infecciosa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2003;21(1):35-40.
48. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet*. 2007;369(9555):51-9.
49. Featherstone J. The continuum of dental caries-evidence for a dynamic disease process. *Journal of Dental Research*. 2004;83(1):C39-C42.
50. Kidd E, Fejerskov O. What constitutes dental caries? Histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms. *Journal of Dental Research*. 2004;83(1):C35-C8.
51. Cate J. Contemporary perspective on the use of fluoride products in caries prevention. *British dental journal*. 2013;214(4):161-7.
52. Melo P, Azevedo A, Henriques M. Cárie dentária: a doença antes da cavidade. *Acta Pediatr Port*. 2008;39(6):253-9.
53. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*. 2003;53(5):285-8.
54. Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Bogaerts K, Declerck D. Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29(6):424-34.
55. Sgan-Cohen HD. Oral hygiene: past history and future recommendations. *Int J Dent Hyg*. 2005;3(2):54-8.
56. Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, Deery C, Walmsley AD, Robinson PG, et al. Powered versus manual toothbrushing for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(6):CD002281.
57. Fischman SL. The history of oral hygiene products: how far have we come in 6000 years? *Periodontology 2000*. 1997;15:7-14.
58. Niederman R. Manual versus powered toothbrushes: the Cochrane review. *The Journal of the American Dental Association*. 2003;134(9):1240-4.
59. Davies RM, Davies GM, Ellwood RP. Prevention. Part 4: Toothbrushing: what advice should be given to patients? *Br Dent J*. 2003;195(3):135-41.
60. Gallagher A, Sowinski J, Bowman J, Barrett K, Lowe S, Patel K, et al. The effect of brushing time and dentifrice on dental plaque removal in vivo. *J Dent Hyg*. 2009;83(3):111-6.
61. American Dental Association. Toothbrush care, cleaning and replacement. *J Am Dent Assoc*. 2006;137:415.
62. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(1).

63. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries research*. 2004;38(3):182-91.
64. Marinho VC. Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(3):183-91.
65. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD007868.
66. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. One topical fluoride (toothpastes, or mouthrinses, or gels, or varnishes) versus another for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(1).
67. Wong MC, Clarkson J, Glenny AM, Lo EC, Marinho VC, Tsang BW, et al. Cochrane reviews on the benefits/risks of fluoride toothpastes. *J Dent Res*. 2011;90(5):573-9.
68. União Europeia. Directiva 2009/129/CE da Comissão. *Jornal Oficial da União Europeia*. 2009:18-9.
69. Davies RM, Ellwood RP, Davies GM. The rational use of fluoride toothpaste. *Int J Dent Hyg*. 2003;1(1):3-8.
70. Duckworth R, Moore S. Salivary fluoride concentrations after overnight use of toothpastes. *Caries Res*. 2001;35(4):285.
71. Claydon NC. Current concepts in toothbrushing and interdental cleaning. *Periodontology 2000*. 2008;48:10-22.
72. Petersilka GJ, Ehmke B, Flemmig TF. Antimicrobial effects of mechanical debridement. *Periodontology 2000*. 2002;28:56-71.
73. Poklepovic T, Worthington HV, Johnson TM, Sambunjak D, Imai P, Clarkson JE, et al. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;12:CD009857.
74. Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T, Johnson TM, Imai P, Tugwell P, et al. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD008829.
75. Løe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International dental journal*. 2000;50(3):129-39.
76. Schüz B, Sniehotta FF, Schwarzer R. Stage-specific effects of an action control intervention on dental flossing. *Health Education Research*. 2007;22(3):332-41.
77. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(3).
78. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.

79. Nunes E. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016. Lisboa: DGS; 2013.
80. European Union. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and the Council of 3 April 2014. Official Journal of the European Union. 2014;1-38.
81. Ministério da Saúde. Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto. Diário da República, 1.^a série, n. 156; 2007.
82. Petersen PE. Improvement of global oral health--the leadership role of the World Health Organization. Community dental health. 2010;27(4):194-8.
83. Winn DM. Tobacco use and oral disease. Journal of dental education. 2001;65(4):306-12.
84. Reibel J. Tobacco or oral health. Bulletin of the World Health Organization. 2005;83(9):643-.
85. Beaglehole RH, Benzian HM, Petersen PE, Lopez CA, Brands A. Tobacco or oral health: an advocacy guide for oral health professionals. Lowestoft, United Kingdom: FDI, World Dental Press; 2005.
86. Petersen PE. Tobacco and oral health-the role of the World Health Organization. Oral Health and Preventive Dentistry. 2003;1(4):309-16.
87. Alomari Q, Barrieshi-Nusair K, Said K. Smoking prevalence and its effect on dental health attitudes and behavior among dental students. Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre. 2006;15(3):195-9.
88. Olive KE, Ballard JA. Attitudes of patients toward smoking by health professionals. Public Health Rep. 1992;107(3):335-9.
89. Touger-Decker R, Mobley CC, American Dietetic A. Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. J Am Diet Assoc. 2003;103(5):615-25.
90. Harris R, Gamboa A, Dailey Y, Ashcroft A. One-to-one dietary interventions undertaken in a dental setting to change dietary behaviour. Cochrane Database Syst Rev. 2012;3:CD006540.
91. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. Bulletin of the World Health Organization. 2005;83(9):694-9.
92. Woolfolk MW, Lang WP, Borgnakke WS, Taylor GW, Ronis DL, Nyquist LV. Determining dental checkup frequency. J Am Dent Assoc. 1999;130(5):715-23.
93. Riley P, Worthington HV, Clarkson JE, Beirne PV. Recall intervals for oral health in primary care patients. Cochrane Database Syst Rev. 2013;12:CD004346.

94. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2013;31(2):158-65.
95. Gil AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
96. Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas; 2010.
97. Fortin M-F, Côte J, Filion F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta; 2009.
98. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79(4):373-4.
99. Andorno R. The Oviedo Convention: a European legal framework at the intersection of human rights and health law. *Journal of International Biotechnology Law*. 2005;2(4):133-43.
100. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
101. Marôco J. *IBM análise estatística com a utilização do SPSS*. 6ª ed. Lisboa: Sílabo; 2010.
102. Kawamura M, Wright FA, Declerck D, Freire MC, Hu DY, Honkala E, et al. An exploratory study on cultural variations in oral health attitudes, behaviour and values of freshman (first-year) dental students. *Int Dent J*. 2005;55(4):205-11.
103. Komabayashi T, Kawamura M, Kim KJ, Wright FA, Declerck D, Goias Mdo C, et al. The hierarchical cluster analysis of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University--Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) among final year dental students in 17 countries. *Int Dent J*. 2006;56(5):310-6.
104. Komabayashi T, Kwan SY, Hu DY, Kajiwara K, Sasahara H, Kawamura M. A comparative study of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) between dental students in Britain and China. *J Oral Sci*. 2005;47(1):1-7.
105. Dagli RJ, Tadakamadla S, Dhanni C, Duraiswamy P, Kulkarni S. Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India. *J Oral Sci*. 2008;50(3):267-72.
106. Al-Batayneh OB, Owais AI, Khader YS. Oral Health Knowledge and Practices among Diverse University Students with Access to Free Dental Care: A Cross-Sectional Study. *Open Journal of Stomatology*. 2014;04(03):135-42.
107. Al-Omari QD, Hamasha AA. Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Jordan. *J Contemp Dent Pract*. 2005;6(1):107-14.

108. Veiga NJ, Carvalho P, Ribeiro O, Coelho I. Eficácia da promoção da saúde oral no controlo do biofilme bucal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2014;27(1):117-23.
109. Veiga NJ, Pereira CM, Ferreira PC, Correia IJ. Oral health behaviors in a sample of portuguese adolescents: an educational issue. *Health Promot Perspect*. 2014;4(1):35-45.
110. Kim KJ, Komabayashi T, Moon SE, Goo KM, Okada M, Kawamura M. Oral health attitudes/behavior and gingival self-care level of Korean dental hygiene students. *J Oral Sci*. 2001;43(1):49-53.

ANEXOS

Anexo I - Aplicação do questionário (versão portuguesa e inglesa)



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

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo na Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras, em Viseu

No âmbito do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, a estudante do 5º ano, Ana Rita de Sousa Saraiva Dias está a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Comportamentos de Saúde Oral em estudantes de Medicina Dentária em Portugal e na Holanda - um estudo comparativo", sob a orientação do Mestre Nélio Veiga, Assistente Convidado da Universidade Católica Portuguesa.

Trata-se de um estudo analítico correlacional, com uma abordagem quantitativa e transversal. Tem como objectivos: (1) caracterizar os comportamentos de saúde oral nos estudantes e (2) comparar as atitudes e os comportamentos de saúde oral entre os estudantes do 1º e do 5º ano do curso e entre os estudantes portugueses e holandeses.

Quanto à população alvo do estudo, esta será constituída pelos estudantes matriculados do 1º ao 5º ano, no presente ano lectivo (2014/2015), no curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa e da Universidade Radboud Nijmegen.

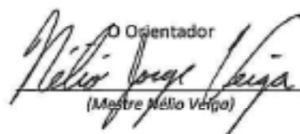
De forma a assegurar a participação dos estudantes no referido estudo, será solicitado o consentimento informado, após uma prévia apresentação da finalidade do estudo e garantida a confidencialidade dos dados assim obtidos.

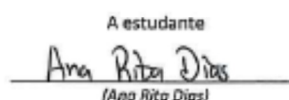
Neste contexto, venho, por este meio, solicitar a V. Ex.ª que autorize a realização da recolha de dados/informação, no período compreendido entre novembro de 2014 e junho de 2015, anexando, para os devidos efeitos, um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

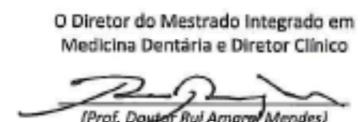
Os resultados obtidos com este estudo serão disponibilizados, caso considere que os mesmos são relevantes para a Instituição que dirige. Mais informamos que Ana Rita de Sousa Saraiva Dias estará disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do email rita.dias858@gmail.com.

Agradeço, desde já, uma resposta tão breve quanto possível, de forma a cumprir com os prazos académicos.

Sem outro assunto, e certo de que a presente solicitação merecerá a sua melhor atenção e aquiescência, subscrevo-me, com os melhores cumprimentos.

O Orientador

(Mestre Nélio Veiga)

A estudante

(Ana Rita Dias)

O Diretor do Mestrado Integrado em
Medicina Dentária e Diretor Clínico

(Prof. Doutor Rui Amaral Mendes)

Viseu, 22/11/2014



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

Subject: Request for authorization to carry out a research at the Radboud University Nijmegen, the Netherlands

Under the MSc in Dental Medicine, Department of Health Sciences of the Portuguese Catholic University of Viseu, Portugal, the student from the 5th grade, Ana Rita de Sousa Saraiva Dias is developing a research about "Oral Health Attitudes and Behaviours among Portuguese and Dutch Dentistry Students - a comparative study", under the guidance of Master Nélio Velga, Guest Assistant of the Portuguese Catholic University.

It is a correlational analytical study with a quantitative and transversal approach. Its objectives are: (1) characterize oral health attitudes and behaviours of the students and (2) compare oral health attitudes and behaviours among students of the 1st and the final grade of the course and among Portuguese and Dutch students.

As for the target population of the research, it will consist by students enrolled from 1st to final grade, in this academic year (2014/2015), in the course of MSc in Dental Medicine of Portuguese Catholic University and Radboud University Nijmegen.

To ensure the participation of the students in this research, informed consent statement will be required after a prior presentation of the research purpose and guaranteed the data confidentiality.

In this context, I come, hereby request Your Excellency to authorize the completion of data collection in the period between February 2015 and April 2015, attaching, for all intents and purposes a copy of the Instrument of Data Collection.

The results obtained with this research will be available to you, if you consider that they are relevant to the institution that you lead. We also inform that Ana Rita de Sousa Saraiva Dias will be available to provide any additional information through the e-mail rita.dias858@gmail.com.

We thank already an answer, as soon as possible, in order to meet academic deadlines.

Without other subject, and assured that this request will deserve your best attention and acquiescence, we subscribe ourselves with best regards.

O Orientador

(Mestre Nélio Velga)

The Student

(Ana Rita Dias)

Dentistry Course and Erasmus Coordinator

(Prof. Doutor Nico H.J. Creegers)

Nijmegen, 27/2/2015

Anexo II - Questionário (versão portuguesa e inglesa)

QUESTIONÁRIO

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1 - Idade: _____ anos

2 - Sexo: Masculino Feminino

3 - Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a)/União de facto Divorciado(a)/Separado(a) Viúvo(a)

4 - Residência: Aldeia Vila Cidade

5 - Ano do curso que frequenta: 1º 2º 3º 4º 5º

6 - Rendimento familiar mensal:

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

7 - Habilitações literárias dos pais:

	Pai	Mãe
<4º ano		
5º-6º ano		
7º-9º ano		
10º-12º ano		
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

8 - Profissão: do Pai da Mãe

PARTE II - HÁBITOS TABÁGICOS

1 - Atualmente fuma? Não, nunca fumei
 Não, mas já fumei. Deixei de fumar à _____ anos
 Sim, em média fumo _____ cigarros/dia

PARTE III - HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

1 - Com que frequência escova os dentes?

- 3 vezes ou mais por dia
- 2 vezes por dia
- 1 vez por dia
- Menos de 1 vez por dia
- Nunca (*Se responder "nunca", avance para a questão n°10*)

2 - Quando escova os dentes?

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
2.1 - Antes do pequeno-almoço				
2.2 - Após o pequeno-almoço				
2.3 - Almoço				
2.4 - Jantar				
2.5 - À noite antes de deitar				

3 - Quanto tempo demora a escovar os dentes? Menos de 2 minutos 2-5 minutos Mais do que 5 minutos

4 - Como realiza a sua higiene oral?

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

4.1 - Como escova a língua?

- Não escovo a língua
 Escova
 Raspador lingual
 Outro(s). Qual(ais)? _____

5 - Que tipo de escova utiliza? Manual Eléctrica *(Se responder “eléctrica”, avance para a questão nº6)*

5.1 - Se usa escova manual, qual a dureza?

- Macia/suave
 Média
 Dura
 Qualquer uma
 Não sei

6 - Que movimentos realiza quando está a escovar os dentes? *(Pode assinalar mais do que uma resposta)*

- Horizontais
 Verticais
 Circulares
 Outros. Qual(ais)? _____

7 - Com que regularidade substitui a escova?

<input type="checkbox"/> Todos os meses	<input type="checkbox"/> De ano a ano
<input type="checkbox"/> De 3 em 3 meses	<input type="checkbox"/> Mais do que 1 ano
<input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses	<input type="checkbox"/> Só quando as cerdas (pelos) começam a ficar gastas
<input type="checkbox"/> Não sei	

8 - Que critério(s) usa na escolha da escova? *(Pode assinalar mais do que uma resposta)*

<input type="checkbox"/> Tipo de escova	<input type="checkbox"/> Marca
<input type="checkbox"/> Dureza da escova	<input type="checkbox"/> Sem uma razão específica
<input type="checkbox"/> Preço	<input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(ais)? _____

9 - Usa pasta dentífrica na escovagem dos dentes? Sim Não *(Se responder “não”, avance para a questão nº10)*

9.1 - Que critério(s) usa na escolha da pasta dentífrica? *(Pode assinalar mais do que uma resposta)*

<input type="checkbox"/> Conter flúor	<input type="checkbox"/> Dessensibilizante (para a sensibilidade dentária)
<input type="checkbox"/> Preço	<input type="checkbox"/> Facilmente disponível no mercado
<input type="checkbox"/> Marca	<input type="checkbox"/> Indicação do médico dentista
<input type="checkbox"/> Sabor	<input type="checkbox"/> Ação anti-tártaro
<input type="checkbox"/> Publicidade	<input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(ais)? _____
<input type="checkbox"/> Ação branqueadora	

10 - Utiliza fio dentário? Sim Não *(Se responder “não”, avance para a questão nº11)*

10.1 - Com que frequência passa o fio dentário?

- 2 vezes ou mais por dia
 1 vez por dia
 Às vezes
 Raramente

10.2 - Quando passa o fio dentário? *(Pode assinalar mais do que uma resposta)*

- Antes de escovar os dentes
 Após escovar os dentes
 Quando não escovo os dentes
 À noite antes de dormir
 Outro(s). Qual(ais)? _____

11 - Bochecha com um elixir/colutório? Sim Não *(Se responder “não”, avance para a questão nº12)*

11.1 - Com que frequência bochecha com elixir/colutório? 1 vez ou mais por dia Às vezes Raramente

12 - Para além dos mencionados anteriormente (escova, pasta, fio dentário e elixir/colutório), utiliza algum destes utensílios? *(Pode assinalar mais do que uma resposta)*

- Escovilhão
 Palito
 Nenhum
 Outro(s). Qual(ais)? _____

PARTE IV - INGESTÃO DE ALIMENTOS OU BEBIDAS AÇUCARADAS

1 - Com que frequência come alimentos ou bebidas açucaradas?

- Todos os dias
 Às vezes
 Raramente
 Nunca (*Se responder "nunca", avance para a questão nº14*)

1.1 - Quando costuma comer esses alimentos ou bebidas açucaradas?

- Antes das refeições
 Após as refeições
 Entre as refeições
 À noite antes de deitar

PARTE V - DADOS CLÍNICOS DE SAÚDE ORAL

1 - Nos últimos 12 meses:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1.1 - teve dor de dentes?					
1.2 - as gengivas sangraram ou doeram durante a escovagem dos dentes?					
1.3 - alguma vez teve as gengivas inflamadas (avermelhadas)?					

PARTE VI - VIGILÂNCIA DA SAÚDE ORAL

1 - Quando foi a última vez que consultou o médico dentista?

<input type="checkbox"/> Menos de 1 mês	<input type="checkbox"/> 2-5 anos
<input type="checkbox"/> 1-6 meses	<input type="checkbox"/> Há mais de 5 anos
<input type="checkbox"/> 6 meses-1 ano	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
<input type="checkbox"/> 1-2 anos	<input type="checkbox"/> Nunca consultei (<i>Avance para a questão nº18</i>)

1.1 - Qual o motivo dessa última consulta?

<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Endodontia (desvitalização)
<input type="checkbox"/> Extração	<input type="checkbox"/> Rotina/check-up/prevenção
<input type="checkbox"/> Ortodontia	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
<input type="checkbox"/> Destartarização (limpeza)	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Restauração (tratamento de cárie)	

2 - Com que regularidade costuma ir ao médico dentista?

<input type="checkbox"/> Todos os meses	<input type="checkbox"/> De ano a ano
<input type="checkbox"/> De 3 em 3 meses	<input type="checkbox"/> Só quando tenho dor
<input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses	<input type="checkbox"/> Só quando necessário

3 - Com que frequência costuma ir ao médico dentista para fazer uma consulta de rotina/check-up?

- De 6 em 6 meses
 De ano a ano
 Raramente
 Nunca

PARTE VII - AUTO-PERCEPÇÃO EM SAÚDE ORAL

1 - Preocupa-se com a saúde dos seus dentes tanto como a saúde de outra parte do seu corpo?

- Não me preocupo
 Preocupo-me menos
 Preocupo-me de igual forma
 Preocupo-me mais

2 - Como considera:	Péssima	Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa	Excelente
2.1 - a sua saúde oral?							
2.2 - a sua higiene oral?							
2.3 - a aparência dos seus dentes?							

- 3 - Como avalia o seu sorriso? Bonito Feio Normal
- 4 - Considera importante para a sua imagem ter dentes saudáveis e bonitos? Sim Não
- 5 - Considera que os seus pais insistiram o suficiente na sua higiene oral durante a sua infância e adolescência?
 Sim Não Não sei
- 6 - Considera que o seu atual curso influenciou a tomada de decisões no que concerne à sua higiene, saúde e oral e tratamentos dentários?
 Não
 Sim, em que ano do curso começou a influência? 1° 2° 3° 4° 5°

PARTE VIII - ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL

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

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

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

Obrigado pela sua colaboração!

QUESTIONNAIRE

PART I - SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERIZATION

1 - Age: _____ years

2 - Gender: Male Female

3 - Marital status: Single Married/ Living in common law Divorced/Separated Widowed

4 - Residence: Village City

5 - Year: 1° 2° 3° 4° 5° 6°

6 - Monthly household income (parents, before tax):

- <1 minimum wage (MW) (1495€)
 1-2 MW (1496€ - 2990€)
 2-3 MW (2991€ - 4485€)
 3-4 MW (4486€ - 5980€)
 4-5 MW (5981€ - 7475€)
 >5 MW (7476€)

7 - Parents' educational level	Father	Mother
Primary school		
5-6 years of education		
7-9 years of education		
10-12 years of education (secondary school)		
University		
Master's degree		
Doctor's degree (PhD)		

8 - Profession:

Father	_____
--------	-------

Mother	_____
--------	-------

PART II - SMOKING HABITS

- 1 - Do you currently smoke? No, I never smoked
 No, but I already smoked. I quit smoking _____ years ago
 Yes, on average I smoke _____ cigarettes/day

PART III - ORAL HYGIENE HABITS

1 - How many times do you brush your teeth?

- 3 or more times a day
 Twice a day
 Once a day
 Less than once a day
 Never (*Go to question n° 10*)

2 - When do you brush your teeth?

	Always	Often	Rarely	Never
2.1 - Before breakfast				
2.2 - After breakfast				
2.3 - Lunch				
2.4 - Dinner				
2.5 - At night before going to bed				

3 - How many minutes does, in average, your toothbrushing last?

- Less than 2 minutes 2-5 minutes More than 5 minutes

4 - How do you do your oral hygiene?

- I only brush my teeth
 I brush my teeth and gums
 I brush my teeth and tongue
 I brush my teeth, gums and tongue

4.1 - How do you brush your tongue?

- I don't brush my tongue
- Toothbrush
- Tongue cleaner/scraper
- Other(s). Which? _____

5 - What kind of toothbrush do you use? Manual Electric (*If you answer "electric", go to question n°6*)

5.1 - If you use a manual toothbrush, which is its hardness?

- Soft
- Medium
- Hard
- Anyone
- I don't know

6 - What movements do you perform when you are brushing your teeth? (*You can choose more than one answer*)

- Horizontal
- Vertical
- Circular
- Other(s). Which? _____

7 - How often do you change your toothbrush for a new one?

<input type="checkbox"/> Every months	<input type="checkbox"/> Once a year
<input type="checkbox"/> Every 3 months	<input type="checkbox"/> More than 1 year
<input type="checkbox"/> Every 6 months	<input type="checkbox"/> Only when toothbrush bristles start getting worn
<input type="checkbox"/> I don't know	

8 - What criteria do you use in the choice of the toothbrush? (*You can choose more than one answer*)

<input type="checkbox"/> Type of toothbrush	<input type="checkbox"/> Brand
<input type="checkbox"/> Toothbrush hardness	<input type="checkbox"/> No specific reason
<input type="checkbox"/> Price	<input type="checkbox"/> Other(s). Which? _____

9 - Do you use toothpaste while toothbrushing? Yes No (*If you answer "no", go to question n°10*)

9.1 - What criteria do you use in the choice of the toothpaste? (*You can choose more than one answer*)

<input type="checkbox"/> Containing fluoride	<input type="checkbox"/> Desensitizing (for sensitive teeth)
<input type="checkbox"/> Price	<input type="checkbox"/> Easily available in the market
<input type="checkbox"/> Brand	<input type="checkbox"/> Dentist's indication
<input type="checkbox"/> Flavour	<input type="checkbox"/> Anti-tartar action
<input type="checkbox"/> Publicity	<input type="checkbox"/> Other(s). Which? _____
<input type="checkbox"/> Bleaching action	

10 - Do you use dental floss? Yes No (*If you answer "no", go to question n°11*)

10.1 - How often do you use the dental floss?

- Twice or more a day
- Once a day
- Sometimes
- Rarely

10.2 - When do you use the dental floss? (*You can choose more than one answer*)

- Before toothbrushing
- After toothbrushing
- When I don't brush my teeth
- At night before going to bed
- Other(s). Which? _____

11 - Do you rinse with a mouthwash? Yes No (*If you answer "no", go to question n°12*)

11.1 - How often do you rinse with a mouthwash? Once or more a day Sometimes Rarely

12 - Besides the previously mentioned (toothbrush, toothpaste, dental floss and mouthwash), do you use any of these tools? (*You can choose more than one answer*)

- Interdental brush
- Toothpick
- None
- Other(s). Which? _____

PARTE IV - INTAKE OF SUGARY FOOD OR DRINKS

1 - How often do you eat sugary food or drinks?

- Everyday
- Sometimes
- Rarely
- Never (*Go to question n° 14*)

1.1 - When do you usually eat those sugary food or drinks?

- Before meals
- After meals
- Between meals
- At night before going to bed

PARTE V - ORAL HEALTH CLINICAL DATA

1 - In the last 12 months:

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very often
1.1 - did you have toothache?					
1.2 - did your gums bleed or hurt during toothbrushing?					
1.3 - did you ever have gum inflammation (red gums)?					

PART VI - ORAL HEALTH MONITORING

1 - When was the last time that you had a dental appointment?

<input type="checkbox"/> Less than 1 month	<input type="checkbox"/> 2-5 years
<input type="checkbox"/> 1-6 months	<input type="checkbox"/> More than 5 years
<input type="checkbox"/> 6 months -1 year	<input type="checkbox"/> I don't know/I don't remember
<input type="checkbox"/> 1-2 years	<input type="checkbox"/> Never went (<i>If you answer "never went", go to question n°18</i>)

1.1 - What was the reason of that last dental appointment?

<input type="checkbox"/> Pain	<input type="checkbox"/> Filling (treatment of caries - dental restoration)
<input type="checkbox"/> Extraction	<input type="checkbox"/> Root canal treatment (endodontic treatment)
<input type="checkbox"/> Orthodontics	<input type="checkbox"/> I don't know/I don't remember
<input type="checkbox"/> Scaling	<input type="checkbox"/> Other(s). Which? _____
<input type="checkbox"/> Routine/check-up/prevention	

2 - How often do you visit the dentist?

<input type="checkbox"/> Every months	<input type="checkbox"/> Once a year
<input type="checkbox"/> Every 3 months	<input type="checkbox"/> Only when I have pain
<input type="checkbox"/> Every 6 months	<input type="checkbox"/> Only when is necessary

3 - How often do you go to the dentist to make a routine appointment/check-up?

- Every 6 months
- Once a year
- Rarely
- Never

PARTE VII - SELF-PERCEPTION OF ORAL HEALTH

1 - Are you concerned about your oral health as much as the health of any other part of your body?

- I don't worry
- I worry less
- I worry equally
- I worry more

2 - How do you value your:

	Poor	Very bad	Bad	Reasonable	Good	Very good	Excellent
2.1 - oral health?							
2.2 - oral hygiene?							
2.3 - teeth appearance?							

3 - How do you classify your smile? Pretty Ugly Normal

4 - Do you think it is important for your image to have healthy and beautiful teeth? Yes No

5 - Do you think that your parents cared enough about your oral hygiene during your childhood and adolescence?
 Yes No I don't know

6 - Do you think that your current course influenced the decisions you have taken for your own hygiene, oral health and dental treatments?
 No
 Yes, in that year of the course began that influence? 1° 2° 3° 4° 5° 6°

PART VIII - ORAL HEALTH ATTITUDES AND BEHAVIORS

1 - Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HUDBI) (Kawamura, 1988)

Relatively to your usual behaviours and attitudes, tick whether you agree or disagree with each one of the inventory sentences.

	Agree	Disagree
1. I don't worry much about visiting the dentist.		
2. My gums tend to bleed when I brush my teeth.		
3. I worry about the colour of my teeth.		
4. I have noticed some white sticky deposits on my teeth.		
5. I use a child sized toothbrush.		
6. I think that I cannot help having false teeth when I am old.		
7. I am bothered by the colour of my gums.		
8. I think my teeth are getting worse despite my daily brushing.		
9. I brush each of my teeth carefully.		
10. I have never been professionally taught how to brush.		
11. I think I can clean my teeth well without using toothpaste.		
12. I often check my teeth in a mirror after brushing.		
13. I worry about having bad breath.		
14. It is impossible to prevent gum disease with toothbrushing alone.		
15. I put off going to the dentist until I have a toothache.		
16. I have used a dye to see how clean my teeth are.		
17. I use a toothbrush which has hard bristles.		
18. I don't feel I've brushed well unless I brush with strong strokes.		
19. I always have time to brush my teeth.		
20. I have had my dentist tell me that I brush very well.		
21. I use dental floss at least once a week.		

Thank you for your cooperation!

Anexo III - Consentimento informado (versão portuguesa e inglesa)

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

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

Título do estudo: Comportamentos de Saúde Oral em estudantes de Medicina Dentária em Portugal e na Holanda - um estudo comparativo

Enquadramento: Investigação de âmbito académico a efetuar na Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras (Viseu), tendo como responsável o Mestre Nélio Veiga, docente da Universidade Católica Portuguesa, e a aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Ana Rita de Sousa Saraiva Dias.

Explicação do estudo: O estudo a realizar envolve a recolha de dados através do preenchimento de um questionário autoaplicado.

Condições: Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis e com total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar pode efetuar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento ou facultar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo.

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

Assinatura/s dos responsáveis pelo projeto:

A Aluna: _____

O Docente/Orientador _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Viseu, ___ / ___ / _____

**INFORMED CONSENT STATEMENT TO PARTICIPATION IN RESEARCH
according to the Declaration of Helsinki and the Oviedo Convention**

Please, read carefully the following information. If you think that something is wrong or is not clear, do not hesitate to request more information. If you agree with the proposal that was made to you, please sign this document.

Title of study: Oral Health Attitudes and Behaviours among Portuguese and Dutch Dentistry Students - a comparative study

Background: Academic research to be performed in the Radboud University Nijmegen, taking in charge by Master Nélío Veiga, professor at the Portuguese Catholic University, and the student of the 5th grade of the MSc in Dental Medicine, Ana Rita de Sousa Saraiva Dias.

Explanation of study: The study to be undertaken involves data collection through filling a self-administered questionnaire.

Conditions: This study does not involve procedures that do not fit in the normal clinical practice neither wants to test new products or drugs.

The participation in this study is completely voluntary, not leading to any costs. You can remove your consent at any stage of the study, without the need to provide explanations to researchers and with total absence of assistance losses or others, if you do not want to participate.

When you decide to participate, you can make all the questions that you consider necessary for your clarification or provide information to the responsible of the study at any stage of it.

Confidentiality and anonymity: The data collected for the present study are for the exclusive use of the researcher and treated to ensure your confidentiality. The information collected will be treated with the maximum confidentiality promoting your anonymity. The analysis of the data collected will be carried out in an environment that ensures their privacy and they will be used exclusively by the researchers involved in the project.

Signature/s of the project researchers:

The Student: _____

O Professor/Supervisor _____

I declare that I have read and understood this document, as well as the verbal information given to me by the person who signs above. It was guaranteed to me the possibility, at any time, to refuse to participate in this study without any consequences. Thus, I agree to participate in this study and allow the use of the data that I voluntary provide, trusting that it will be only used in this research and the guarantees of confidentiality and anonymity that are given to me by the researchers.

Name: _____

Signature: _____

Nijmegen, ____ / ____ / ____