

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**



**“CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS MATERNOS
EM SAÚDE ORAL DE UMA POPULAÇÃO RURAL DE SÃO TOMÉ E
PRÍNCIPE”**

Mafalda Castro Monteiro de Barros

MESTRADO INTEGRADO

2011

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA**



**“CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS MATERNOS
EM SAÚDE ORAL DE UMA POPULAÇÃO RURAL DE SÃO TOMÉ E
PRÍNCIPE”**

Mafalda Castro Monteiro de Barros

Dissertação orientada por
Prof. Doutor Mário Bernardo

MESTRADO INTEGRADO

2011

Agradecimentos

A tese é mais do que um simples trabalho, é um espelho, um testemunho...

Espelho de 5 anos de educação, aprendizagem, compromisso e empenho que muitas vezes foram postos à prova. Nesses momentos, houve sempre “um” alguém pronto a não me deixar cair e desistir.

Testemunho de 5 anos de curso. Um curso que foi um enorme desafio, um caminho cheio de altos e baixos, uma passagem cheia de ganhos e perdas.

Um caminho não se faz sozinho, “o outro” é indispensável na conquista dos obstáculos. Se não tivesse feito este caminho lado a lado com a Mãe, Pedro, família e amigos, sejam eles do mundo da faculdade ou fora dele, hoje não estaria pronta para realizar esta última prova.

Quero agradecer ao meu orientador, Prof. Doutor Mário Bernardo toda a disponibilidade demonstrada na realização desta tese, desde que entrei na sua sala até ao dia de finalização da mesma. A sua dedicação, perseverança e competência foram fundamentais em todas as etapas da realização deste estudo.

Agradeço também à ONGD *WACT* e seus voluntários que me permitiram e ajudaram na recolha dos dados para este estudo.

Mais uma vez, realço a importância que a minha Mãe e irmão Pedro tiveram em todo esta jornada deixando aqui um muito obrigado tal como às minhas Amigas da faculdade que tanto lutaram para eu nunca abandonar este percurso.

ÍNDICE

Resumo	v
Abstract	vi
1 - INTRODUÇÃO	
1.1. São Tomé e Príncipe – enquadramento histórico e caracterização sociopolítica	1
1.2. Caracterização da saúde geral em São Tomé e Príncipe	3
1.3. Caracterização da saúde oral em São Tomé e Príncipe	6
1.4. Contextualização e justificação do estudo	7
2 – OBJECTIVOS	
2.1. Objectivo geral	8
2.2. Objectivos específicos	8
3 - MATERIAIS E MÉTODOS	
3.1. Tipo de estudo	9
3.2. População	9
3.3. Recolha de dados	
3.3.1. Elaboração do questionário	9
3.3.2. Descrição das variáveis do estudo	10
3.4. Métodos de análise de dados	12
4 - RESULTADOS	
4.1. Caracterização da amostra	13
4.2. Conhecimentos em saúde oral	15
4.3. Atitudes e comportamentos face à higiene oral e à alimentação	17
4.4. Acesso aos cuidados de saúde oral	20
4.5. Análise Inferencial	21

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
5.1. Caracterização da amostra	22
5.2. Conhecimentos em saúde oral	23
5.3. Atitudes e comportamentos face à higiene oral e à alimentação	25
5.4. Acesso aos cuidados de saúde oral	27
6 – CONCLUSÕES	29
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
8 - ANEXO	35

RESUMO

Os pais são peças fundamentais no desenvolvimento e maturação dos seus filhos; são transmitidos conhecimentos e tomadas posturas que irão ter reflexo na conduta e vida dos mesmos.

Pretendeu-se, com este estudo, avaliar os conhecimentos, comportamentos e atitudes maternas em relação à sua saúde oral e à dos seus filhos. O meio de recolha de dados foi um questionário feito a cinquenta mães de uma população rural em São Tomé e Príncipe. Este estudo debruçou-se sobre os factores prejudiciais e benévolos para a saúde oral, sinais de cárie dentária, escovagem dentária diária tanto das mães como dos filhos, alimentação dos filhos e a acessibilidade aos cuidados de saúde oral.

Foi demonstrado que as mães têm bons conhecimentos e comportamentos de saúde oral, havendo uma tentativa de transmissão da escovagem bi-diária para os filhos. Porém, esta não atinge um total sucesso, já que 82% das mães lavam os dentes pelo menos duas vezes por dia enquanto que apenas 56% dos filhos têm o mesmo comportamento. Apesar das mães saberem que o açúcar é nocivo para a saúde dentária é de realçar o pouco controlo que há na alimentação das crianças nomeadamente na ingestão de sumos açucarados e doces. A débil situação financeira reflecte-se na pouca assiduidade às consultas de medicina dentária. É necessário criarem-se estratégias de intervenção e prevenção, sendo esta última imprescindível em países numa situação económica semelhante à de São Tomé e Príncipe

Palavras-chave: saúde oral, países em desenvolvimento, impacto das mães nos seus filhos, comportamentos maternos, atitudes maternas, conhecimentos maternos.

ABSTRACT

Parents are proponents in the development and growth of their children; their knowledge and conduct will be reflected in their children's behaviour throughout their lives. This paper will evaluate the mothers' knowledge, awareness of and behaviour towards their oral health and of their children. Data was collected using a survey of fifty mothers living in the rural population of San Tome and Principe. This study focused on the factors both harmful and beneficial to oral health; signs of tooth decay, daily tooth brushing habits of both mothers and their children, children's eating habits and accessibility to dental appointments. It was demonstrated that mothers have good knowledge and oral health behaviours, and attempt to pass on a bi-daily tooth brushing practice to their children. However, this is not completely successful, since 82% of the mothers brush their teeth at least twice a day while only 56% of their children have the same behaviour. Despite the mothers' awareness that sugar is detrimental to dental health, they not always exercise control over the eating habits of their children, including limiting the intake of sugary juices and sweets. Strategic intervention and prevention should be implemented, the latter being essential in countries in an economic situation similar to that of San Tome and Principe

Keywords: dental health, developing countries, mothers impact on their children, maternal behaviours, maternal attitudes, maternal knowledge.

1 - INTRODUÇÃO

1.1. São Tomé e Príncipe – enquadramento histórico e caracterização sociopolítica

São Tomé e Príncipe, o mais pequeno país de expressão portuguesa, com apenas 1001 km² de superfície total, é formado por duas ilhas vulcânicas – Ilha de São Tomé, a sul, e Ilha do Príncipe, a norte – e, ainda, por alguns ilhéus. Encontra-se situado na região equatorial da África Ocidental, e está organizado em sete distritos: Água Grande, Cantagalo, Caué, Mé-Zóchi, Lembá, Lobata e Pagué (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento [IPAD], 2011).

Esta antiga colónia portuguesa obteve a sua independência em 12 de Julho de 1975, passando a ser designada oficialmente como República Democrática de São Tomé e Príncipe. Nos anos subsequentes, seguindo o modelo dos países socialistas, instalou-se um regime político de partido único, o qual perdurou até finais dos anos 80. Contudo, em 1990, o governo realizou reformas democráticas, aprovando uma nova Constituição, a qual permitiu a adopção de um sistema político multipartidário. Porém, a instabilidade vivida no relacionamento institucional e político tem vindo a reflectir-se numa alternância política ao nível do governo central. Em 16 anos, o país experimentou 11 governos diferentes.

Após a independência, a República Democrática de São Tomé e Príncipe viveu um longo período de desequilíbrios macroeconómicos. Os conflitos políticos e os problemas institucionais decorrentes agravaram as dificuldades económicas, provocando a descida do rendimento *per capita*, a subida da taxa de inflação, o aumento da dívida pública externa e a queda acentuada das exportações de cacau, principal fonte de receitas do país (IPAD, 2008).

A totalidade do território é ocupado por cerca de 160 mil habitantes, dos quais 59,7% vivem no meio urbano e 40,3% vivem num meio rural. Existem apenas 212 km de vias pavimentadas. A costa nordeste atrai cada vez mais população devido às condições físicas que proporcionam condições de instalação e povoamento: declive suave, rios ou mar próximo, abrigado dos ventos húmidos do sul e clima mais ameno do que em outras zonas da ilha (Costa *et al.*, 2009).

A zona urbana é concentrada maioritariamente na cidade de São Tomé que tem vindo a sofrer um drástico crescimento demográfico. A maioria dos aglomerados nos

distritos resultaram da constituição de grandes propriedades agrícolas denominadas roças, que albergam 17% da população. O resto da população divide-se pelos *luchan* (aldeias pequenas), bairros e pequenas cidades (Costa *et al.*, 2009).

Segundo o estudo sobre o "Perfil da Pobreza em S. Tomé e Príncipe" (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], 2001) o processo de êxodo rural e a consequente urbanização têm vindo a acelerar. A população urbana estimada em 44% da população total em 1992, passou a 54,5% em 2001 (Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe, 2004).

O mesmo estudo (PNUD, 2001), indica-nos que cerca de um terço das famílias santomenses são dirigidas por mulheres. As famílias de quatro a sete pessoas perfazem 57% da população total enquanto as maiores (com oito ou mais pessoas) totalizam 26,7% do cômputo geral.

São Tomé e Príncipe, apresenta um elevado nível de pobreza e uma forte dependência de ajuda externa, sendo classificado internacionalmente como “Estado Frágil e País Menos Avançado” (PMA). A pobreza afecta 53,8% da população total do país e a extrema pobreza atinge os 15,1% (PNUD, 2001).

Observando o balanço analítico, no documento da Estratégia Nacional da Redução Nacional (Ministério de Plano e Finanças, 2002), sobre a pobreza em São Tomé e Príncipe, são identificados como factores determinantes: o desajustamento das instituições democráticas e o seu fraco poder de decisão, a gestão deficiente dos bens políticos, o sistema descentralizado inadequado, a fraca capacidade da administração pública e a pouca participação da sociedade civil.

No que diz respeito às condições básicas de vida (acesso à educação, saúde, água potável, saneamento do meio e habitação), o Recenseamento Geral da População e da Habitação de 2001 (Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe, 2004) concluiu, que, cerca de 12% da população nunca frequentou a escola e que o analfabetismo aumenta consoante o grau de pobreza, atingindo cerca de 10% da população não pobre, 13% dos pobres e 16% dos extremamente pobres. Apenas 19,6% da população beneficia do acesso a água canalizada e somente 16% dispunha de uma fossa séptica ou estava ligada à rede de esgotos pública.

Actualmente, São Tomé e Príncipe, está classificado na 127ª posição em 169 países no ranking mundial de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2010).

O modesto crescimento económico deve-se, maioritariamente, à sua reduzida dimensão e situação de país insular, bem como à falta de factores sólidos de

crescimento, como sejam os recursos humanos e os equipamentos. A economia é pouco variada e assenta sobretudo na produção e exportação de cacau, que representa 95% das receitas de exportação. A indústria manufactureira é praticamente inexistente e a agricultura é rudimentar e pouco desenvolvida. São Tomé e Príncipe enfrenta neste momento o grande desafio da extracção e exportação do petróleo bruto para que a sua economia não dependa unicamente da exportação do cacau.

Uma das grandes prioridades do Governo tem sido criar condições sustentáveis para a progressiva e efectiva diminuição do défice de infra-estruturas que o país apresenta ao nível dos serviços básicos de saúde, educação, abastecimento de água, esgotos e fornecimento de energia.

1.2. Caracterização da saúde geral em São Tomé e Príncipe

Nos países africanos a preponderância da doença (transmissível, crónica e mental) afecta directamente a capacidade de produzir e gerar saúde pois os desafios criados são enormes e o sistema de cuidados de saúde nem sempre está capacitado para proporcionar qualquer tipo de melhoramento ou salto qualitativo nesta área. Esta incapacidade não só é consequência da instabilidade política, económica e social mas também, porque não há acções que promovam a alteração dos determinantes sócio-ambientais relativos à saúde.

As desigualdades na área da saúde, não estão só dependentes das características e comportamentos pessoais e factores psicossociais e biológicos, mas também das injustiças relativas à saúde como os aspectos ambientais, o meio social, o apoio social, proximidade dos serviços, condições de trabalho e acesso aos cuidados de saúde (Costa *et al.*, 2009)

A saúde pública e a doença são uma das maiores preocupações nos países em desenvolvimento, sendo dada especial ênfase ao acesso aos cuidados de saúde que é um factor imprescindível para assegurar a manutenção de uma população saudável.

Os programas de cuidados de saúde primários têm resultado em alguma melhoria nos indicadores de base, apesar da implementação de programas de reajustamento estrutural e da fraca capacidade de gestão dos recursos (WHO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que a assistência ao nível dos cuidados de saúde apresenta inúmeras deficiências, pois o país não dispõe de um sistema operacional centralizado de recolha de informação e vigilância epidemiológica

e sanitária, não havendo um plano de abastecimento de água e saneamento, levando a que a população de São Tomé e Príncipe sofra, frequentemente, de doenças que poderiam ser, à partida, prevenidas tais como a cólera, diarreia e doenças respiratórias.

Cerca de 70% da população tem acesso a uma unidade sanitária a menos de uma hora. Mas existe uma relativa inacessibilidade geográfica e financeira aos cuidados especializados, particularmente para as populações de distritos mais longínquos, tais como Príncipe, Lembá e Caué.

Predominam as doenças transmissíveis, muitas vezes relacionadas com um meio ambiente insalubre e com comportamentos pouco saudáveis.

Comportamentos deletérios, como o uso e o abuso do álcool, do tabaco, de substâncias psicoactivas, relações sexuais sem protecção, hábitos alimentares inadequados constituem factores de risco para o aumento da morbilidade e da mortalidade (WHO, 2005). Para além dos grandes problemas de saúde como a tuberculose, VIH/SIDA, as infecções respiratórias agudas, as disenterias e a malnutrição, começam também a surgir problemas como a diabetes e a hipertensão (IPAD, 2008).

No que diz respeito às doenças não transmissíveis, os registos não as evidenciam como um problema de saúde pública. É provável que existam mais casos do que os registados. É de referir que o corpo clínico hospitalar não dispõe de especialistas suficientes para melhorar a informação relativa às doenças não transmissíveis e emergentes.

Depois da independência manteve-se a estrutura colonial, com hospitais nas roças, combinados com programas preventivos assegurados pelo Estado. Este modelo persistiu até aos anos 90, tendo sido finalizado com as privatizações dos estados agrícolas, que levaram ao desaparecimento dos respectivos hospitais. Esta transformação culminou com a redução dos gastos sociais como consequência da aplicação do Programa de Adaptação Estrutural imposto pelo Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, levando a uma enorme deterioração no sistema de saúde.

O sistema de saúde em São Tomé e Príncipe é quase exclusivamente assegurado por estruturas públicas que estão dispostas em dois níveis: ao nível central, que é da responsabilidade do governo, proporcionado pelo Hospital Ayres de Menezes (Hospital Central) que fornece tratamentos gerais e especializados; e ao nível distrital, que depende da divisão administrativa do território, apoiada nos cuidados de saúde

primários. Ao nível distrital, encontram-se seis Centros de Saúde Distritais, vinte e oito Centros de Saúde Locais e dezassete Centros de Saúde Comunitários. O sector privado praticamente não existe, com excepção de um reduzido número de clínicas na capital como, por exemplo, o Centro Policlínico que tem o apoio da Associação da Cooperação Internacional de Taiwan. A relação entre São Tomé e Príncipe e Taiwan existe há mais de uma década através de acordos de cooperação e de desenvolvimento. Esta ligação tem trazido vários investimentos monetários havendo melhorias relativas à saúde e a variadas áreas como a agricultura e energias limpas, proporcionando a existência de acções de formação, bem como acções interventivas e preventivas.

No conjunto dos parceiros mais importantes que actuam na área da saúde destacam-se: na cooperação bilateral, Portugal, França, Brasil, Estados Unidos da América, Cuba, Espanha, Taiwan e Japão; na cooperação multilateral, PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), UNFPA (United Nations Population Fund), GAVI (The Global Alliance for Vaccines and Immunisation), Fundo Global e Organizações Não Governamentais (ONG's), como o Instituto Marquês de Valle Flôr, com o projecto “Saúde para Todos”, e a Cruz Vermelha. As principais intervenções dos parceiros podem ser resumidas nas seguintes onze categorias: formação e luta contra o paludismo, VIH/SIDA, tuberculose e outras endemias; assistência técnica na área preventiva e interventiva; boa governação e gestão; coordenação e financiamento das organizações não governamentais; saúde sexual e reprodutiva e questões relativas ao género; suporte alimentar a seropositivos e às cantinas escolares; água, saneamento e luta contra as doenças de origem hídrica; introdução de novas vacinas; desenvolvimento de infra-estruturas; sistema de informação sanitária e comunicação para mudança de comportamento (WHO, 2009)

O Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF) iniciou a sua acção neste país, tentando abranger todo o sistema de saúde, focando-se principalmente nos cuidados primários nos níveis distritais e centros de saúde locais. Assim, desde 1995, o IMVF tem ajudado na prevenção de doenças com a melhoria da qualidade da água e dos acessos à água potável para uma mais abrangente fracção populacional. O saneamento também tem sido alvo de melhorias através da ligação de tanques sépticos para sistema de tratamento de resíduos e construção de latrinas.

Em 2008, o IMVF prestou serviços a toda a população de todos os distritos, excepto Água Grande onde o Hospital Ayres Menezes e o Centro Policlínico estão

localizados e nos quais há apoio da Associação da Cooperação Internacional de Taiwan. Nas áreas rurais e periféricas as unidades de saúde do IMVF são o único contacto que a população possui com os serviços de saúde para compensar a falta de acessos geográficos aos cuidados de saúde (as más ligações das estradas e falta de transportes públicos) proporcionando cuidados preventivos primários (vacinação, testes de diagnóstico, aconselhamento), acompanhamento pré e pós-natal e recomendações de medicamentos (Costa *et al.*, 2009)

1.3. Caracterização da saúde oral em São Tomé e Príncipe

São poucos os serviços de saúde oral em São Tomé e Príncipe, estando maioritariamente concentrados na capital do país. A OMS indica-nos, em 2004, o número oficial de onze dentistas em São Tomé e Príncipe (WHO, 2006).

Na capital, São Tomé, os serviços de saúde oral são prestados nos departamentos de estomatologia do Hospital Ayres de Menezes (Hospital Central), do Centro Policlínico e num consultório em Trindade. Os serviços dependem de infra-estruturas pobres, do abastecimento de água e de electricidade que são irregulares e são não só controlados por médicos dentistas como também por técnicos estomatologistas detentores de uma graduação de apenas três anos, não tendo a formação profissional adequada para a execução de tratamentos dentários.

No Hospital Ayres de Menezes, os serviços são prestados por um médico estomatologista, um cirurgião maxilofacial, formado em Cuba, e por duas técnicas de estomatologia e prótese, que se formaram em Luanda e Cuba, respectivamente. Os principais tratamentos realizados são exodontias e endodontias também relatados, num estudo epidemiológico realizado na Nigéria, como sendo os mais necessários devido a uma grande percentagem de cáries oclusais (Adegbembo *et al.*, 1995).

No hospital são atendidos diariamente, só da parte da manhã, entre dez e doze doentes sem marcação. Existe apenas um equipamento funcional e duas outras cadeiras sem qualquer tipo de equipamento, servindo apenas para efectuar exodontias.

No Centro Policlínico os serviços são prestados, de igual modo, só da parte da manhã por dois departamentos independentes. Um, pertencente a três técnicos de estomatologia (com formação em Cuba e Moçambique) e o outro, controlado pelos taiwaneses, que têm tido um trabalho incessante oferecendo serviços de estomatologia e prótese. Segundo informações obtidas no local por uma técnica, tem havido uma

melhoria da saúde oral e a população está cada vez mais consciente da importância de cuidar dos dentes. A técnica crê que o seu local de trabalho não tem más condições, existindo, no entanto, carência de material de trabalho tal como de formação (livros, artigos, etc). Também informou que foram iniciados programas de educação e de promoção da saúde oral nas escolas mas por falta de apoio não tiveram continuidade, havendo apenas a implementação dos projectos realizados pela Associação da Cooperação Taiwanesa.

1.4. Contextualização e justificação do estudo

Na primeira viagem e estada em São Tomé e Príncipe, em 2009, com a Organização Não Governamental para o Desenvolvimento portuguesa WACT (*We Are Changing Together*) deparei-me com uma realidade relativa à saúde oral, muito distinta da de Portugal. Diferenças tanto ao nível de serviços, como de formação dos profissionais de saúde, como de atitudes e comportamentos da população, realçando a assimetria da saúde oral entre países desenvolvidos e em desenvolvimento que há tanto tempo é alvo de estudo (Petersen e Esheng, 1998). Não havendo, à data, nenhum estudo epidemiológico elaborado em São Tomé e Príncipe, achei interessante, no ano seguinte, ocupar algum do meu tempo livre a fazer uma pesquisa sobre saúde oral na população das roças, onde trabalharia novamente.

Para realizar este estudo foi importante ter presente que a saúde oral não depende apenas de um factor mas a etnia, educação, idade, assistência dentária e variáveis sócio-demográficas e económicas são todas causas relevantes que influenciam a saúde oral (Kwan e Williams, 1995; Williams *et al.*, 2002).

2 - OBJECTIVOS

2.1. Objectivo geral

Este estudo teve como objectivo geral avaliar os conhecimentos, atitudes e comportamentos maternos relativos à saúde oral numa população rural em São Tomé e Príncipe.

2.2. Objectivos específicos

Os objectivos específicos deste estudo foram:

1. Avaliar os conhecimentos maternos em saúde oral.
2. Avaliar as atitudes e comportamentos das mães face à sua higiene oral, à dos seus filhos e à alimentação dos mesmos.
3. Caracterizar o acesso e as barreiras aos serviços de saúde oral.
4. Determinar a associação entre os conhecimentos, atitudes e comportamentos em saúde oral com as características sócio-demográficas.
5. Estabelecer a relação entre os conhecimentos maternos e os seus comportamentos e atitudes.

3 - MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Para alcançar os objectivos propostos foi efectuado um inquérito epidemiológico descritivo transversal, com uma componente analítica.

3.2. População

A amostra do estudo foi obtida em duas roças – Agostinho Neto e Canavial – e consistiu em mães com pelo menos um filho entre os 3 e os 12 anos de idade.

As duas roças pertencem ao Distrito de Lobata mas o seu desenvolvimento e localização tornam-nas muito distintas. Não se sabe ao certo qual a população total de cada uma pois não há estudos nem controlos recentes.

A Roça Agostinho Neto é uma das principais de São Tomé e Príncipe pela sua dimensão, organização e importância que teve no passado. Era uma verdadeira empresa com composição urbanística da sede central e das dependências, normalmente de carácter rural. A sede central consistia normalmente do edifício principal ou Administração, edifícios diferenciados de serviços (escola, hospital, cantina, capela), de dependências técnicas (armazéns, oficinas, secadores) e habitações dos trabalhadores também chamadas "sanzala". Depois dos hospitais serem obrigados a encerrar, a população desta roça ficou dependente do Centro de Saúde de Guadalupe (20 minutos a pé) ou do Hospital (20 minutos de carro).

Pelo contrário, a Roça do Canavial é mais pequena e com piores condições de vida. As crianças estão entre 40 a 60 minutos da escola e a população a 40 minutos a pé do Centro de Saúde de Guadalupe.

3.3. Recolha de dados

3.3.1. Elaboração do questionário

O instrumento de recolha de dados foi um questionário preenchido por entrevista (ANEXO). A elaboração do questionário teve por base a análise de questionários já realizados em estudos semelhantes (Melgão, 2006) e a experiência de campo da investigadora.

Dessa análise e tendo em conta os objectivos propostos, obtiveram-se as seguintes directrizes:

- Caracterização sócio-demográfica da amostra
- Avaliação dos conhecimentos maternos
- Avaliação das atitudes e dos comportamentos maternos e dos seus filhos
- Avaliação da acessibilidade aos cuidados de saúde oral

A cada uma das questões centrais foram conferidas várias possibilidades de resposta. Assim, cada mãe poderia seleccionar uma ou várias opções para cada pergunta, de acordo com a indicação no enunciado da questão. Ou seja, algumas obrigavam a escolher apenas uma resposta, outras permitiam mais do que uma resposta e por fim, havia, ainda, questões que tinham um último item, que pretendia que fosse completado com uma resposta descritiva.

3.3.2. Descrição das variáveis do estudo

1) Para caracterizar a amostra foram avaliadas as seguintes variáveis sócio-demográficas:

1.1) Idade – número de anos completos até ao dia da entrevista. Variável distribuída em classes: [18,24[, [25,34[, [35,44[, [45,55[e ≥ 55 (Pergunta 1.)

1.2) Ocupação – actividade pessoal. Foi feita uma subdivisão em categorias profissionais, tendo em conta a avaliação total das profissões obtidas e a relevância de cada uma delas para a análise dos objectivos propostos: doméstica; agricultora, pescadora, pastora; comerciante, tesoureiro foram consideradas como profissão indiferenciada (Pergunta 2.)

1.3) Nível de escolaridade – corresponde ao último ano completo frequentado pela entrevistada. Variável agrupado em classes: 1º Ciclo, 2º+3º Ciclo, Secundário + Superior (Pergunta 3.)

1.4) Estado civil – situação de uma pessoa em relação ao matrimónio ou à sociedade conjugal (Pergunta 4.)

1.5) Residência – local onde a mãe mora com os filhos. Foram disponibilizadas duas hipóteses rurais: Roça Agostinho Neto e Roça do Canavial (Pergunta 5.)

1.6) Número de filhos – número de filhos entre os 3 e os 12 anos até à data de recolha dos dados (Pergunta 6.).

2) Para avaliar os conhecimentos que as mães têm em saúde oral, realizaram-se seguintes questões:

- 2.1) Factores que prejudicam a saúde dos dentes (Pergunta 7.)
- 2.2) Sinais e sintomas da existência de cárie (Pergunta 8.)
- 2.3) Manutenção diária da saúde dos dentes (Pergunta 9.)
- 2.4) Fonte de conhecimentos sobre saúde oral (Pergunta 10.)

Para cada questão foram disponibilizadas várias hipóteses de resposta. Para cada hipótese a entrevistada respondia “sim” ou “não” conforme os seus conhecimentos.

Algumas perguntas tinham a hipótese de resposta aberta em “*Outros*”.

3) Para avaliar as atitudes e os comportamentos maternos face à saúde oral e alimentação foram colocadas questões sobre:

- 3.1) Escovagem materna (Pergunta 11.)
- 3.2) Escovagem dos filhos (Pergunta 12.)
- 3.3) Medidas de auxílio na escovagem dos filhos (Pergunta 13.)
- 3.4) Momento em que as mães deixam os filhos comer doces (Pergunta 14.)
- 3.5) Frequência da ingestão de doces/bebidas açucaradas dos filhos (Pergunta 15.)
- 3.6) Momento do dia em que os filhos ingerem doces ou bebidas açucaradas (Pergunta 16.)

Para cada questão foram disponibilizadas várias hipóteses de resposta, sendo possível escolher apenas uma.

4) A avaliação da acessibilidade aos cuidados de saúde oral, de modo a identificar as respectivas resistências, debruçou-se nas seguintes questões:

- 4.1) Situações em que levam o filho a um profissional de saúde oral (Pergunta 17.)
- 4.2) Razões que podem dificultar ou impedir a ida ao Médico Dentista (Pergunta 18.).

Para cada questão foram disponibilizadas várias hipóteses de resposta, sendo possível escolher apenas uma. Nestas duas perguntas, havia a hipótese de resposta descritiva assinalado em “*Outras*”.

3.4. Métodos de análise de dados

Os dados foram introduzidos e analisados com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows* versão 19.0 (SPSS Inc., an IBM Company). Assim, foi criada uma base de dados na qual foram introduzidas todos os dados respeitantes a cada entrevistada.

Inicialmente foi feito uma análise descritiva, tendo sido calculadas frequências com apresentação de tabelas e gráficos para uma melhor visualização dos resultados. As frequências foram obtidas por número de indivíduos (n) e em termos percentuais (%). Para a variável idade calculou-se a média e o desvio padrão.

Posteriormente recorreu-se a uma análise inferencial para determinar a existência de associações entre as variáveis. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado com um nível de significância de 95%.

4 – RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

Participaram no estudo 50 mães com filhos entre os 3 e os 12 anos, residentes em duas roças de São Tomé e Príncipe.

A idade das participantes situou-se entre os 19 e os 47 anos de idade (Figura 1), sendo a média de 32,46 anos ($dp= 11,779$).

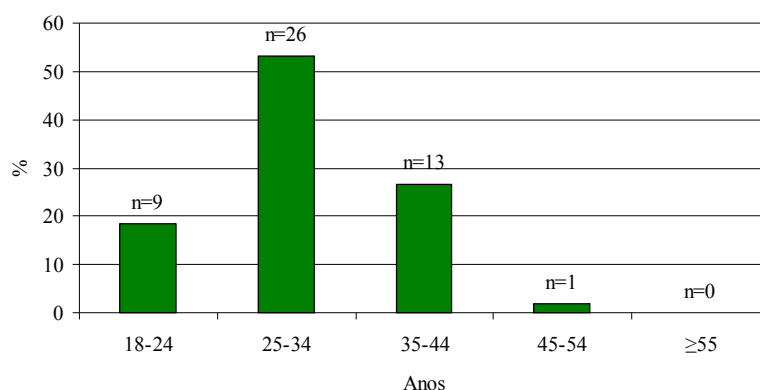


Figura 1 – Distribuição da amostra por grupos etários em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

A maioria das participantes são domésticas (68%) contra 18% de agricultoras, pescadoras ou pastoras e 14% que têm uma profissão diferenciada média (Figura 2).

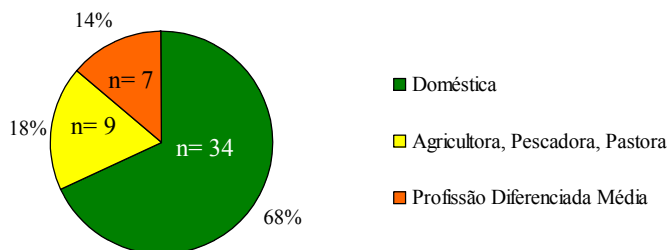


Figura 2 – Distribuição da amostra por ocupação em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

Relativamente ao nível de escolaridade, nenhuma mãe frequentou nem frequenta o ensino secundário ou superior, tendo sido maior a percentagem que frequentou o 1º ciclo relativamente ao 2º e 3º ciclo como se pode observar na Tabela 1. Não se obteve resposta de duas entrevistadas.

Escolaridade	%	n
1º Ciclo	62,5	30
2º + 3º Ciclo	37,5	18
Secundário + Superior	0,0	0
Total	100,0	48

Tabela 1 – Distribuição de nível de escolaridade em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

Da amostra, 27 mulheres são casadas ou vivem maritalmente, enquanto 22 encontram-se solteiras (Figura 3).

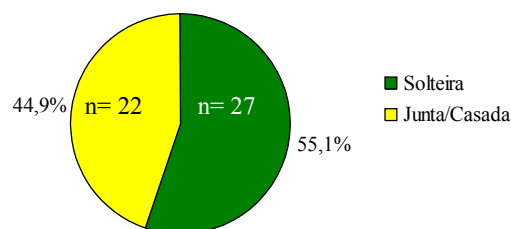


Figura 3 – Distribuição da amostra por estado civil em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

Quase três quartos da amostra vive na Roça Agostinho Neto, como se pode observar na Figura 4.

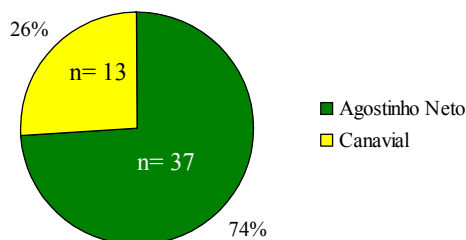


Figura 4 – Distribuição da amostra por residência em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

Metade das mães tem dois filhos entre os 3 e os 12 anos, seguindo-se, por ordem decrescente, as que têm 1, 3, 4 e 5 filhos (Figura 5).

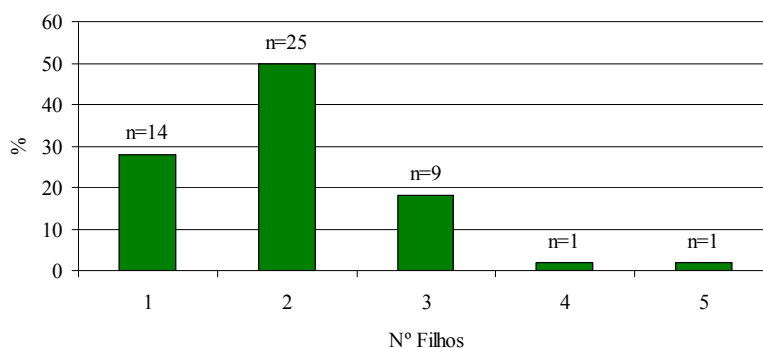


Figura 5 – Distribuição da amostra por número de filhos entre os 3 e os 12 anos em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

4.2. Conhecimentos em saúde oral

Os principais factores prejudiciais para a saúde dos dentes, indicados pelas participantes foram o não escovar os dentes e a ingestão de doces no intervalo e durante as refeições. Dois elementos da amostra também apontaram a gravidez e o fumar, referidos no gráfico como “Outros” (Figura 6).

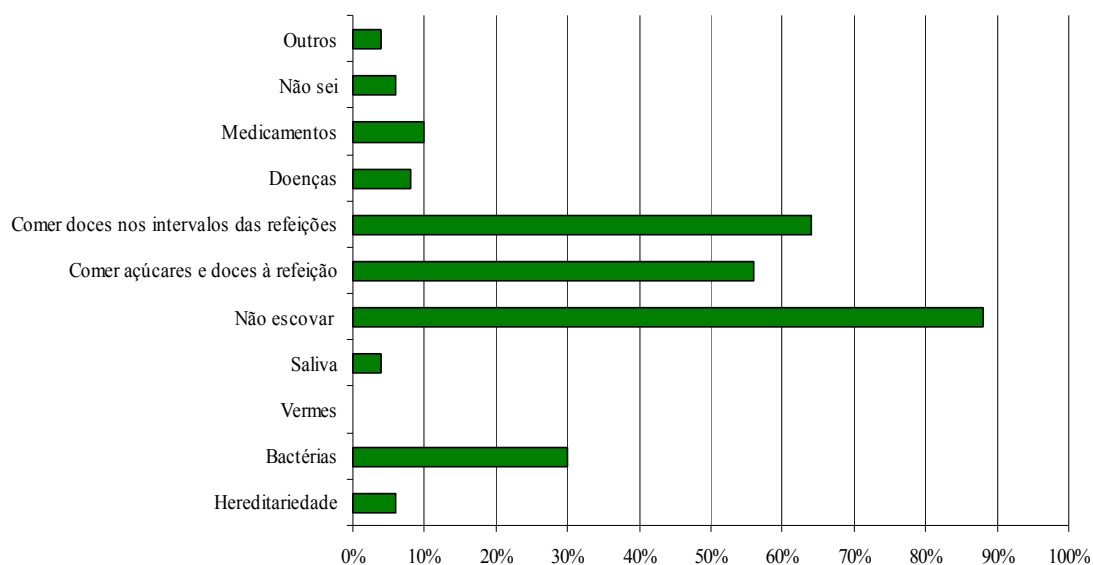


Figura 6 – Percentagens de respostas para os factores que prejudicam a saúde dos dentes

A “dor” (66%) e o “buraco” (60%) foram os sinais/sintomas de cárie dentária mais identificados pelas entrevistadas, em detrimento das outras opções que foram escolhidas por menos de metade da amostra, como se pode ver na Figura 7. Duas Mães optaram por responder “outras formas” explicando que um dos sinais também pode ser o aumento do volume facial (inflamação).

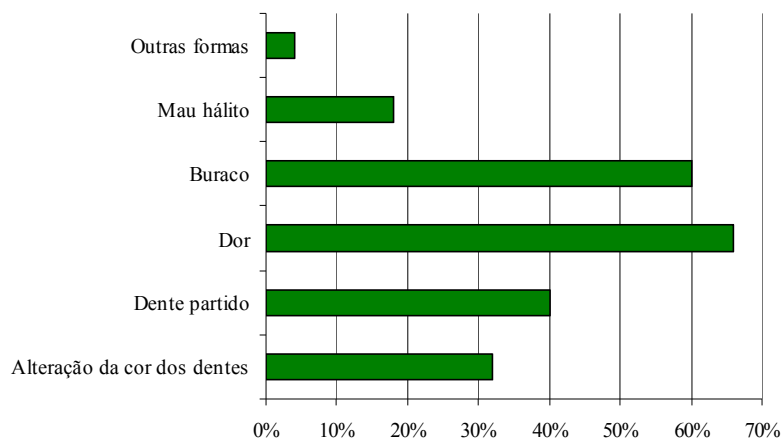


Figura 7 – Percentagens de respostas para sinais/sintomas de cárie dentária

Todas as mulheres acham a escovagem fundamental para a manutenção diária da saúde dos dentes. As outras opções de resposta tiveram entre os 6% (vitaminas e outros) e os 46% (visitas ao dentista) das respostas (Figura 8).

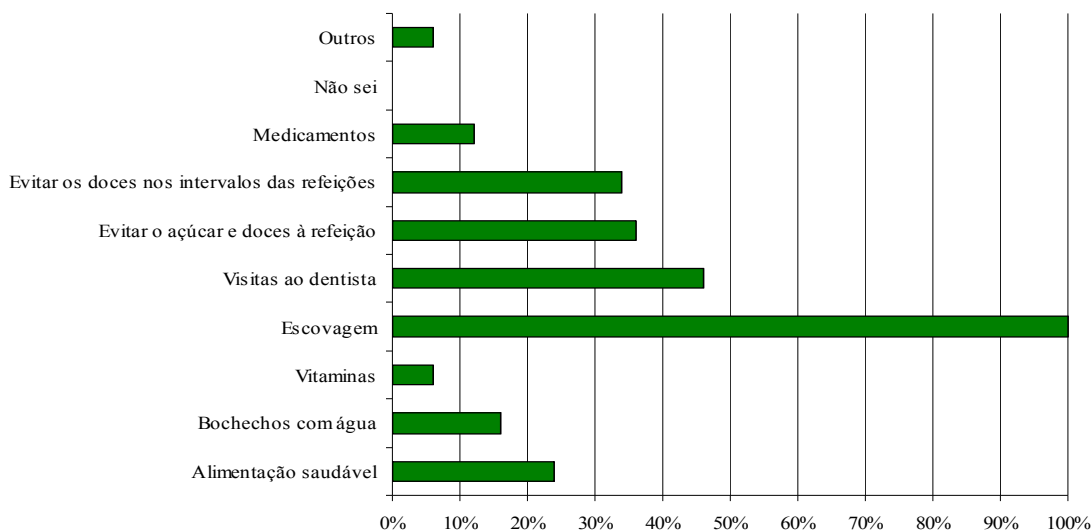


Figura 8 – Percentagens de resposta para factores importantes da manutenção diária da saúde dos dentes

Não houve nenhuma fonte de conhecimentos/informação relacionados com a saúde oral maioritariamente eleito. Próximo dos 30% apresenta-se o médico dentista, com cerca de 24% são consideradas como fontes os professores, o hospital e o centro de saúde. Os pais foram considerados por 20% das mulheres. As Associações Internacionais, amigos, comunicação social, agentes da comunidade, enfermeiros e médico foram os menos identificados como fontes de conhecimentos (Figura 9).

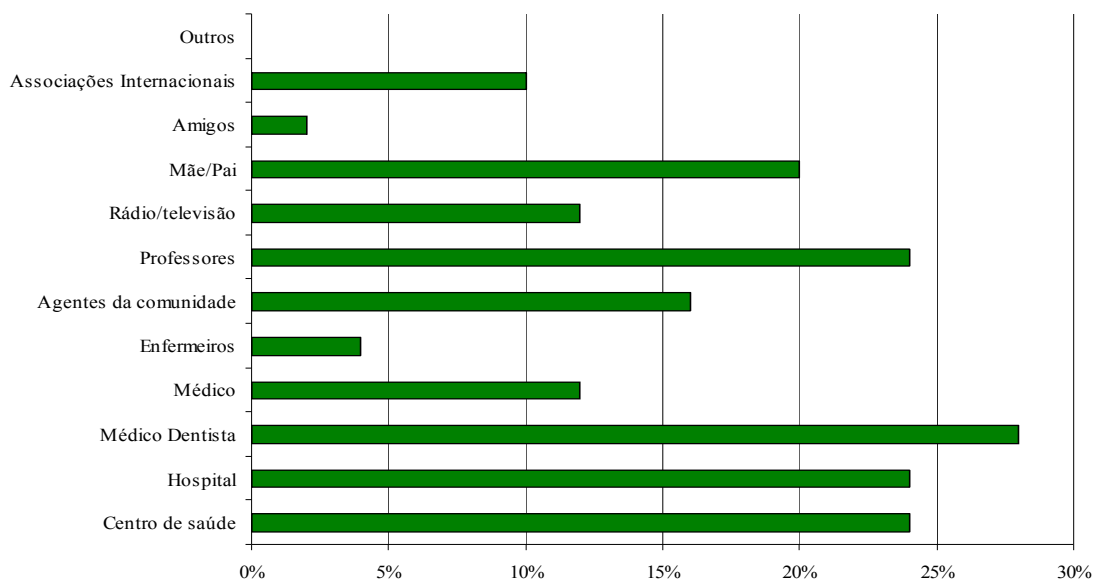


Figura 9 – Percentagens de resposta para fontes de informação/conhecimentos relacionados com a saúde oral

4.3. Atitudes e comportamentos face à higiene oral e à alimentação

A maioria das participantes lava os dentes duas ou mais vezes por dia, havendo uma percentagem mínima que diz que só os lava às vezes. Não se encontrou nenhuma entrevistada que não tivesse dentes ou que nunca escovasse os dentes (Figura 10).

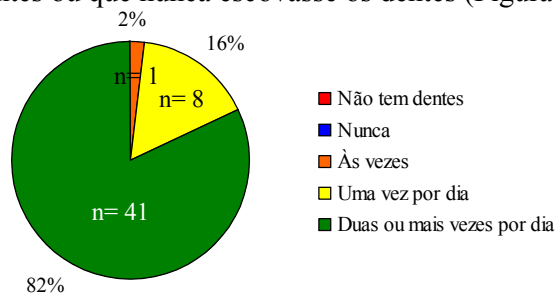


Figura 10 – Distribuição da amostra por frequência de lavagem da escovagem em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

Todas as mães afirmaram que os seus filhos escovam os dentes, sendo que 29 (58%) declararam que os escovam mais do que uma vez por dia, decrescendo para 18 (36%) mulheres que disseram que os filhos apenas escovam uma vez por dia e unicamente 3 (6%) indicaram que os filhos lavam às vezes os dentes (Tabela 2).

	%	n
Nunca	0,0	0
Às vezes	6,0	3
Uma vez por dia	36,0	18
Mais do que uma vez por dia	58,0	29
Total	100,0	50

Tabela 2 – Distribuição de frequência de escovagem dos filhos em percentagem (%) e frequência (n)

Vinte e cinco mães escovam os dentes dos seus filhos, sendo que as outras 25 estão divididas da seguinte forma: 9 verificam se os dentes ficaram bem lavados, outras 9 simplesmente não ajudam, 6 dão instruções e 1 ajuda às vezes (Figura 11).

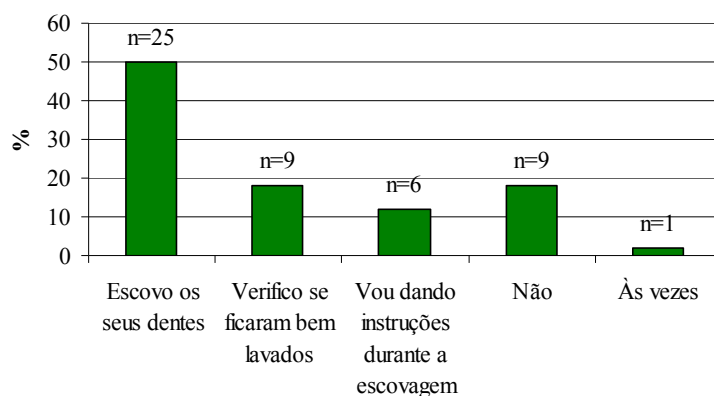


Figura 11 – Distribuição da amostra por formas de auxílio na escovagem dos dentes das crianças em percentagem (%) e frequência (n)

A maioria das mães (n=34) deixa os seus filhos comer doces sempre que pedem, enquanto 15 afirmaram que só deixam quando aqueles se portam bem e somente uma permite o seu consumo entre as refeições. Não houve mãe que respondesse: antes de dormir, quando chora, imediatamente após as refeições e nunca (Figura 12).

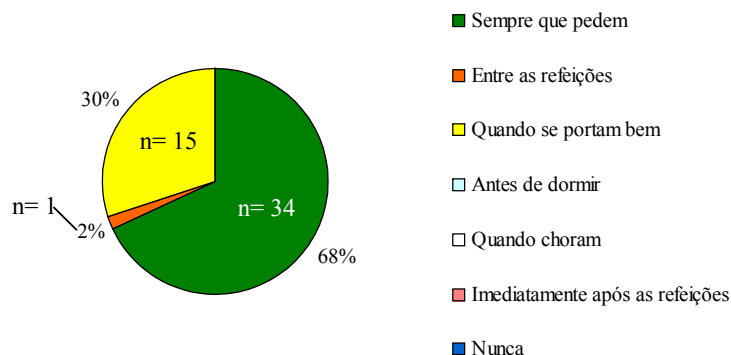


Figura 12 – Distribuição das respostas para a pergunta “Quando deixa os seus filho comer doces?” em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

A maioria das mães (n=30) afirmou que os filhos ingerem doces ou bebidas açucaradas várias vezes ao dia (Figura 13).

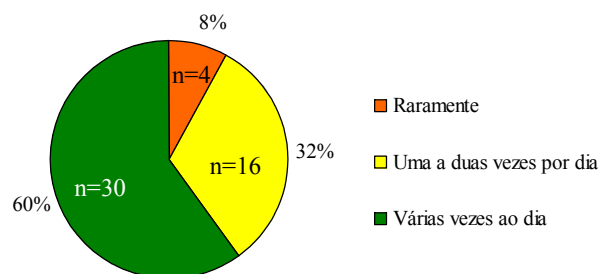


Figura 13 – Distribuição da amostra por frequência da ingestão de doces/bebidas açucaradas pelos filhos em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

Relativamente ao momento do dia em que as crianças ingerem doces e bebidas açucaradas a resposta com maior percentagem (63,3%) foi: “sempre que lhes apetece”. A única opção não mencionada foi: “antes de dormir” (Figura 14).

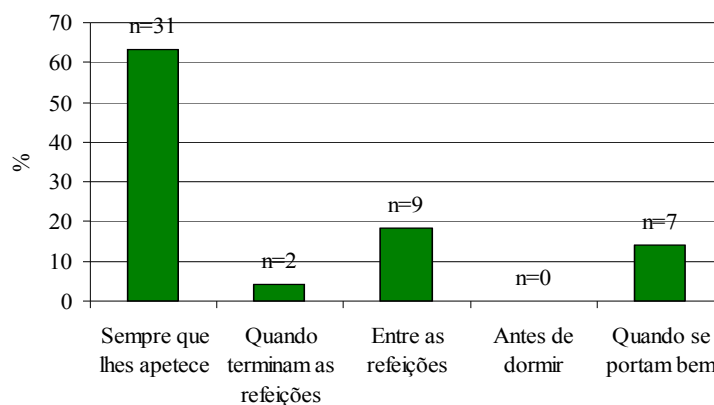


Figura 14 – Distribuição da amostra por momento do dia em que os filhos ingerem doces e bebiias açucaradas em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

4.4. Acesso aos cuidados de saúde oral

A maioria das mães nunca foi ao Médico Dentista com os filhos, chegando este número aos 74%. Das restantes, apenas 2 levam os seus filhos em regime de visitas regulares, 6 só levam em situações de dor ou desconforto e, por fim, 5 dão outras razões que incluem observações realizadas na própria roça, consulta de higienização e o facto dos filhos “nunca terem precisado” (Figura 15). As dificuldades apontadas pelas mães são o preço elevado das consultas (65%), a dificuldade de deslocação (25%) e a pouca flexibilidade de horário/ dificuldade dos pais em faltar ao trabalho (10%) (Figura 16).

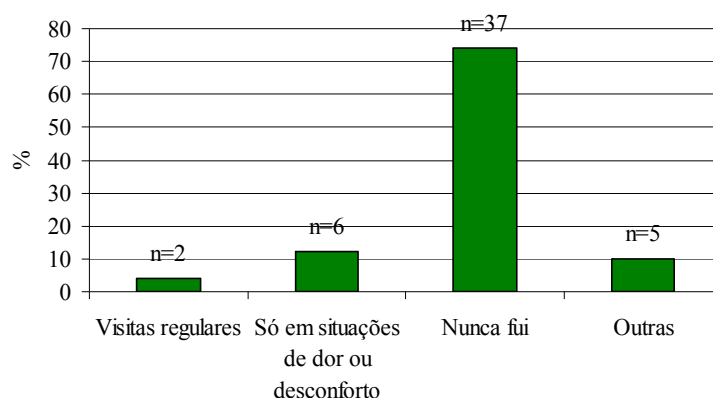


Figura 15 – Distribuição das respostas à pergunta: “Quando e em que situações vai ao Médico Dentista com o seu filho?” em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

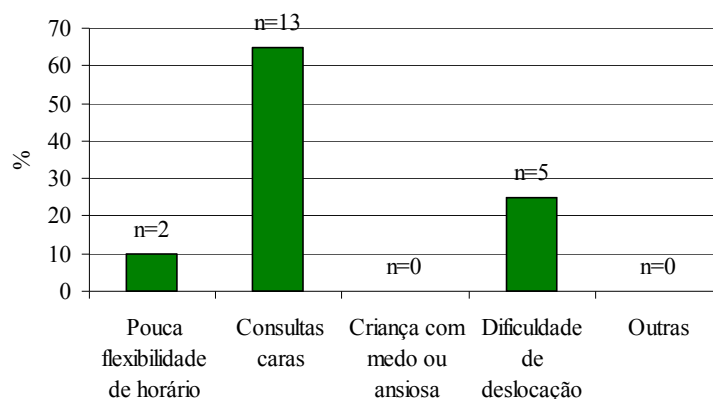


Figura 16 – Distribuição da amostra por razões que podem dificultar ou impedir a ida ao Médico Dentista com os filhos em percentagem (%) e número de indivíduos (n)

4.5. Análise Inferencial

Foram procuradas associações entre as variáveis sócio-demográficas – grupo etário, ocupação, nível de escolaridade, roça – com a frequência de escovagem dos dentes dos filhos, tipo de auxílio na escovagem, quando deixam os seus filhos comerem doces/bebidas açucaradas, o momento do dia e frequência dessa mesma ingestão, quando e em que situações leva o filho ao médico dentista, o que dificulta ou impede a ida ao médico dentista,

No entanto, não se encontraram associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre quaisquer das variáveis.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Caracterização da amostra

A idade, variável fundamental na análise dos fenómenos demográficos, constituiu uma das informações mais difíceis de obter de maneira precisa, uma vez que o registo escrito dos acontecimentos ainda não está ancorado nos hábitos de toda a população de São Tomé e Príncipe.

A amostra do estudo caracteriza-se por um maior número de mães (n=26) com idades entre os 25 e os 34, o que é explicado pela existência de uma população jovem e pelo pré-requisito para a realização do questionário – ter filhos entre os 3 e os 12 anos.

Como seria de esperar, grande parte da amostra é constituída por domésticas, explicado culturalmente pelo papel fundamental e imprescindível da mulher em casa. Muitas vezes (18%), o trabalho de casa tem de ser coordenado com o trabalho de campo e pesca. Apenas sete entrevistadas têm uma profissão diferenciada média como tesoureira e vendedora.

A instrução da população, e sobretudo das mulheres, constitui um elemento importante para melhorar as condições de vida das famílias. Entre outras, o nível de instrução dos membros do agregado familiar tem influência sobre o comportamento reprodutivo, o recurso à contraceção moderna, o comportamento em matéria de saúde, a escolarização dos outros membros do agregado familiar, assim como sobre os hábitos de higiene e de nutrição. Apenas, 30 das 48 mulheres que responderam à pergunta sobre a escolaridade, frequentaram o 1º ciclo, sendo que somente 18 estiveram no 2º ou 3º ciclo e nenhuma frequentou o secundário e faculdade. O que está em conformidade com o papel da mulher, desde muito nova, nos trabalhos domésticos, ficando sem disponibilidade para dar continuidade aos estudos.

As respostas sobre o estado civil estiveram equilibradas, mas é importante notar que a maior parte das uniões em São Tomé e Príncipe são uniões consensuais (de facto) (Inquérito Demográfico e Sanitário, 2010).

Quase três quartos da amostra residem na Roça Agostinho Neto, onde há uma maior abertura e disponibilidade das mulheres para falarem com desconhecidos. Agostinho Neto, tendo uma maior população, proporcionou uma maior probabilidade de encontrar mães, pelo contrário, no Canavial, a pesquisa foi dificultada pelo trabalho das mulheres no campo.

Metade da amostra tem dois filhos entre os 3 e os 12 anos, seguem-se catorze mães que têm um filho nesse intervalo, nove mães que têm 3 filhos, uma mãe com 4 filhos, e, por fim, uma outra com 5 filhos. Isto pode ser explicado pelo facto dos agregados familiares em São Tomé e Príncipe serem de pequenas dimensões, com uma média de 3,8 pessoas (Inquérito Demográfico e Sanitário, 2010)

5.2 Conhecimentos em saúde oral

Os cuidados e a manutenção da saúde oral são influenciados pelos conhecimentos e crenças dos pais, o que afecta a higiene oral e os hábitos alimentares saudáveis. Os primeiros anos envolvem a primeira socialização, durante a qual, as rotinas e os hábitos, como a dieta, são adquiridos e os comportamentos saudáveis estabelecidos (Suresh *et al.*, 2010; Okada *et al.*, 2001).

Relativamente à saúde oral, a questão relacionada com os factores que prejudicam a saúde dos dentes teve como principais respostas: o não escovar e a ingestão de doces à refeição e nos intervalos das mesmas. Os factores mais práticos e essenciais (escovar e açúcar) foram prontamente respondidos, concluindo que, apesar das deficiências na educação e prevenção, a população, no geral, tem consciência dos principais factores de risco da cárie. Os outros factores obtiveram, como seria de esperar, menores percentagens, já que requerem um nível de conhecimentos mais específico.

Num estudo semelhante, realizado no Alentejo (Portugal) as maiores percentagens também vão para a escovagem inadequada e comer guloseimas no intervalo das refeições, com mais de 90% das respostas (Melgão, 2006). Neste estudo, foi dada bastante importância às bactérias com 84,3%, enquanto que em São Tomé e Príncipe, apenas foram apontadas por 30% das entrevistadas, havendo uma nítida diferença de conhecimentos mais específicos entre os países. Esta diferença é reforçada por outros três estudos. Na Dinamarca (Petersen, 1992), na Roménia (Petersen *et al.*, 1995) e na China (Petersen e Esheng, 1998) os valores maiores convergem para o açúcar, bactérias e escovagem inadequada. Nestes cinco estudos é de referir o pouco reconhecimento dado à hereditariedade e à saliva.

A população santomense considerou, tal como a alentejana, como principais sinais/sintomas de cárie, a sensibilidade, que foi transmitida como sensação de dor, e a existência de “buraco”. Devido à falta de tratamentos, a população só tem noção que

tem cárie quando esta causa dor e quando é notada a existência de uma cavidade nos dentes. A sensação de mau hálito, dente partido e alteração da cor dos dentes são factores considerados por uma menor percentagem, já que não alteram significativamente o seu normal funcionamento, nem alteram tanto a estética como um dente cavitado.

As principais condições necessárias à manutenção diária da saúde dos dentes consideradas pelas entrevistadas são a “escovagem” e “evitar doces”. Respostas esperadas, tendo em conta as opções escolhidas nos efeitos nocivos para a saúde dos dentes. A visita ao dentista também alcançou quase metade das respostas, o que indica, que, apesar das dificuldades em ir a uma consulta, a população sabe da existência de um médico desta especialidade e da sua importância. Já os bochechos com água são considerados importantes para 16% das mulheres, o que nos indica a existência de mitos e saberes enraizados nesta população que têm origem na experiência empírica dos seus antepassados.

Não houve nenhuma fonte de conhecimentos/informação relacionados com a saúde oral maioritariamente eleita. O médico dentista foi descrito como principal fonte, tal como nos estudos feitos no Alentejo (Melgão, 2006), na Bielorrússia (Elena e Petr, 2004) e na Roménia (Petersen *et al.*, 1995). Em São Tomé e Príncipe, a comunicação social não apresenta uma vertente tão informativa como na China (Zhu *et al.*, 2005; Petersen, 1998). Nestes estudos, os professores são pouco referidos, o que revela a falta de programas preventivos nas escolas. Estes programas têm que ser sensíveis aos aspectos culturais, pois estes são feitos de uma colecção de convicções, percepções e ideias sobre a sanidade e a doença, o que sustenta todo o comportamento relacionado com a saúde (Kwan e Holmes, 1999).

Um aumento da prevalência da cárie tem sido encontrado em alguns países em desenvolvimento, especialmente nos países onde não foram estabelecidos programas preventivos, pelo contrário muitos países industrializados têm experienciado, nas últimas décadas, uma diminuição na prevalência da cárie nas crianças. Os conceitos de prevenção assentes no conhecimento científico têm vindo a aumentar, tendo sido criadas estratégias de prevenção e redução de doenças orais. Esta redução pode ser atribuída a vários factores sendo os mais importantes os relacionados com as condições de melhoria da higiene oral, uma abordagem sensível ao consumo do açúcar, uso de flúor e programas escolares preventivos. Em paralelo a esta mudança, o padrão da doença oral, os cuidados com a saúde oral, os conhecimentos em saúde oral e a atitude

positiva do público em geral têm aumentado (Schou e Wight, 1994; Petersen *et al.*, 1995; Petersen, 1998; Kay e Locker, 1998; Bondarik e Leous, 2004; Zhu *et al.*, 2005).

É essencial analisar os comportamentos em saúde oral da população, para a especificação de mensagens e para o desenvolvimento de estratégias de mudanças de hábitos e comportamentos (Zhu *et al.*, 2005). Para se levarem avante estas estratégias não só tem de haver melhoria na educação como também se tem de ir a um nível mais profundo, nomeadamente nas actividades legislativas e reguladoras, no desenvolvimento comunitário e nas mudanças ou reorientações organizadas ao nível dos serviços de saúde (Kay e Locker, 1998)

5.3. Atitudes face à higiene oral e à alimentação

Não foram encontradas mães que respondessem que nunca lavam os dentes e a lavagem pelo menos duas vezes por dia alcançou 82%, considerando-se que o conceito de higiene oral é apreendido pela população. Grande parte da amostra lava os dentes pelo menos duas vezes por dia, tal como a população portuguesa (Inquérito Nacional de Saúde, 2009).

Na Roménia a mesma variável diminui para os 52%, e 22% lavam às vezes ou nunca os dentes (Petersen *et al.*, 1995). Contrariamente, na China, cerca de metade da amostra só lava os dentes uma vez por dia, havendo uma percentagem significativa que não lava os dentes (Zhu *et al.*, 2005).

Em vários estudos, como o de Dye *et al.* (2011), é demonstrado que os comportamentos maternos estão relacionados com a saúde oral das suas crianças, sendo que os hábitos de escovagem das mães estão directamente associados com os dos seus filhos. Porém, a percentagem das mães santomenses que afirmam que os seus filhos lavam mais do que uma vez os dentes por dia (56%) está muito aquém da percentagem atingida pelas mães que lavam os dentes pelo menos duas vezes por dia (82%). Apesar, desta grande diferença, este estudo ajuda a concluir que a escovagem bi-diária é uma medida universal. Grande parte das crianças (69%) lavam os dentes pelos menos duas vezes por dia na Jordânia (Al-Omiri *et al.*, 2006), o mesmo acontece na Bielorrússia (Bondarik e Petr, 2004) e Dinamarca (Petersen, 1992) em crianças de 6 anos, com valores que variam entre os 45% e os 65%. Em Portugal, no Alentejo, 71% das mães referem que os seus filhos lavam uma ou mais vezes os dentes por dia (Melgão, 2006).

São diversas as medidas de auxílio a dar às crianças durante a escovagem dos dentes. Em 50% dos casos, as mães ajudam na escovagem, 18% verifica se os dentes ficaram bem lavados, 12% dá instruções, 2% ajuda às vezes. Em detrimento destas medidas, 18% das mães deixam os seus filhos totalmente autónomos neste processo. Comparando com o estudo feito no Alentejo (Melgão, 2006), apenas 14% das mães escovam os dentes aos seus filhos, sendo que a maioria dá instruções e verifica se ficaram bem lavados, havendo ainda, 2,3% das mães que se preocupam em insistir no prolongamento da duração da lavagem.

Na Jordânia, Al-Omiri *et al.* (2006), admitiu que o papel dos pais nos cuidados orais diários está maioritariamente relacionado com o aconselhamento sobre a importância da escovagem (59%). Apenas 26% das crianças recebem indicações e são controlados pelos pais durante a escovagem e aproximadamente 15% indica que os seus pais nunca observam a sua técnica de escovagem ou dão conselhos.

Já na Finlândia, 62% das crianças com 5 anos lavam os dentes assistidos pelo pai ou mãe, em 30% dos casos um dos pais escova os dentes e apenas 8% lavam os dentes sozinhos (Matilla *et al.*, 2000).

Na Bielorrússia (Bondarik e Petr, 2004) e na Dinamarca (Petersen, 1992) é maior o número de pais que verifica se os dentes ficaram bem lavados do que os que lavam os dentes às crianças. Na Dinamarca (Petersen, 1992), 30% dos pais falam diariamente com as crianças sobre como escovar os dentes e sua importância.

Escovar os dentes menos do que duas vezes por dia e consumir alimentos açucarados entre as refeições têm sido identificados como a chave dos comportamentos na explicação da existência de dentes cariados em crianças. A forte relação entre o consumo do açúcar, não só a quantidade mas a frequência com que é consumido, e o índice de cárie tem sido alvo de estudos desde há vários anos (Campus *et al.*, 2001; Adair *et al.*, 2004).

A maior parte das mães santomenses deixa os seus filhos comerem doces sempre que pedem. Assim, as crianças ingerem várias vezes ao dia doces ou bebidas açucaradas apesar dos conhecimentos maternos acerca das consequências do consumo de açúcar na saúde oral. As crianças andam dispersas pela roça durante o dia desde muito pequenas, não havendo total controlo das mães na sua alimentação, daí a percentagem elevada de mães que afirmam que os filhos comem doces e bebidas açucaradas sempre que lhes apetece.

As respostas foram diversas relativamente ao momento do dia em que ingerem açúcares, mas não houve nenhuma mãe que respondesse que deixava comer antes de ir dormir, havendo a noção que a última coisa a fazer antes de dormir é lavar os dentes.

No estudo de Melgão (2006), a maior parte das crianças comem doces e/ou sumos açucarados uma a duas vezes por dia, principalmente quando terminam as refeições. Naquele estudo é estabelecida uma diferença entre o meio rural com níveis de instrução mais baixos onde é maior o número de mães que deixa as crianças ingerirem doces várias vezes ao dia, quando se portam bem, sempre que lhe apetece e antes de dormir e o meio urbano onde é mais comum a ingestão dos mesmos uma a duas vezes por dia.

Em países desenvolvidos como os Estados Unidos da América (Vann *et al.*, 2010) os números são bastantes distintos. Assim, temos para a frequência da ingestão de sumo: mais do que uma vez por dia – 28%, nunca – 27,3%, uma vez por dia – 23,8% e ocasionalmente – 20,9%; para a frequência de consumo de doces: nunca – 41,6%, ocasionalmente – 38%, uma vez por dia – 12,9%, mais do que uma vez por dia – 7,5%.

Na Dinamarca (Petersen, 1992), foi encontrada uma solução para o problema da frequente ingestão de doces, pois 45% das crianças têm um dia especial para comerem guloseimas. No estudo de Melgão (2006) apenas 0,45% das crianças comem doces apenas ao fim-de-semana.

Matilla *et al.*, em 2000, concluíram que crianças com cáries comem mais frequentemente alimentos entre as refeições do que as crianças sem cáries, provavelmente resultado da condescendência dos seus cuidadores quando pedem doces. Este comportamento pode ser determinado culturalmente e vários esforços têm sido direccionados para alterar os comportamentos relativos ao consumo de alimentos cariogénicos entre as refeições.

5.4. Acesso aos cuidados de saúde oral

O acesso aos cuidados de saúde oral, tanto em São Tomé e Príncipe como em todos os outros países, depende de três aspectos: os políticos, os geográficos e os económicos. O estudo do acesso aos cuidados e serviços de saúde é necessário, já que a acessibilidade é uma das componentes mais importantes dos sistemas de saúde e tem um impacto directo na saúde dos indivíduos, tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento.

Adgebembo *et al.* (1995), num estudo sobre a saúde oral na Nigéria, considerou de extrema importância perceber quem deve providenciar os cuidados de saúde oral, que tipos de serviços devem ser prestados em cada local, que tipo de equipamento deve ser usado e que mecanismos existem e deveriam existir a nível periférico, de modo a assegurar um acesso íntegro aos cuidados de saúde oral.

Sabendo que as visitas regulares ao médico dentista promovem a oportunidade dos profissionais diagnosticarem as doenças orais, administrarem os cuidados de prevenção primários e tratar as doenças presentes, é preocupante o facto de quase três quartos da amostra nunca ter ido com os filhos ao médico dentista. A Academia Americana de Dentisteria Pediátrica (AAPD) recomenda a ida ao médico dentista no aparecimento dos primeiros dentes ou antes da criança fazer um ano de vida, sendo recomendadas duas visitas por ano ao médico dentista para uma boa saúde oral em detrimento dos que vão apenas em emergências (Macek *et al.*, 2005).

Apesar das mães saberem a importância do médico dentista, há 6 mães que considerarem que só é necessário ir a uma consulta em situações de dor e de desconforto.

Em São Tomé e Príncipe são vários os obstáculos para obter uma consulta de medicina dentária, tais como, o custo (65%), as dificuldades na deslocação (25%) e a pouca flexibilidade de horário e dificuldade dos pais faltarem ao trabalho (10%). É de realçar o facto de não existirem consultas de medicina dentária junto à área de residência das participantes.

Durante anos o nível socioeconómico foi considerado, por várias agências internacionais, como um factor *major* nas desigualdades na saúde oral, sendo evidente em várias doenças e no combate a estas (Kallestal e Wall, 2002).

Na Jordânia, a dor como motivo de ida ao dentista tem a maior percentagem e cerca de 20% da população nunca foi a um profissional de saúde oral, sendo a principal razão o medo, seguindo-se o elevado custo das consultas e tratamentos (Al-Omiri *et al.*, 2006).

Comparando com a região alentejana (Melgão, 2006), deparamo-nos com uma situação mais desenvolvida, em que a maioria das mães refere as visitas regulares como circunstância mais frequente da ida ao dentista (67,42%) em detrimento da dor que constitui apenas 16,29% da amostra. Neste estudo, são declarados como obstáculos, principalmente, o facto das consultas serem demasiado caras e a pouca flexibilidade de horário.

6 – CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos neste estudo, retiram-se as seguintes conclusões:

1. As mães que participaram neste estudo têm conhecimentos adequados relativamente aos factores que favorecem e prejudicam a saúde oral, assim como os principais sinais e sintomas de cárie.

2. Apesar da grande maioria das mães (82%) escovarem pelo menos duas vezes os dentes por dia, uma percentagem proporcionalmente pequena dos seus filhos têm esse comportamento (56%).

3. Apesar de bons conhecimentos e comportamento maternos em saúde oral, os comportamentos alimentares inadequados das crianças não são controlados e rígidos como deveriam ser.

4. Pode concluir-se que o nível económico da população de São Tomé e Príncipe tem um impacto negativo no acesso aos cuidados de saúde oral. Apesar de reconhecerem a importância da ida a um médico dentista, muitas mães não conseguem levar os seus filhos a uma consulta devido ao seu custo.

É notória a falta de programas de promoção e educação na área da saúde oral de modo a colmatar todas as deficiências referentes a este assunto. Para além de programas preventivos também são necessárias melhorias nas estratégias interventivas e no apoio dos serviços de saúde oral em São Tomé e Príncipe.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adair P, Pine C, Burnside G, Nicoll A, Gillett A, Anwar S, Broukal Z, Chestnutt I, Declerck D, Ping F, Ferro R, Freeam R, Grant-Mills D, Gugushe T, Hunsrisakhun J, Irigoyen-Camacho M, Lo E, Moola M, Naidoo S, Nyandindi U, Poulsen V, Ramos-Gomez F, Razanamihaja N, Shahid S, Skeie M, Skur O, Splieth C, Soo T, Whelton H, Young D. Familial and cultural perceptions and beliefs on oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dental Health* 2004;21:102-111.

Adegbembo A.O, El-Nadeef M.A.I, Adeyinka A. National survey of dental caries status and treatment need in Nigeria. *International Dental Journal* 1995;45:35-44

Al-Omiri M, Al-Wahadni A, Saeed K. Oral health attitudes, knowledge and behaviour among school children in North Jordan. *Journal of Dental Education* 2006;70:179-187.

Bondarik E, Leous P. Oral Health and Children Attitudes Among Mothers and Schoolteachers in Belarus. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal* 2004;6:40-43.

Campus G, Lumbau A, Lai S, Solinas G, Castiglia P. Socio-economic and behavioural factors related to caries in twelve-year-old Sardinian children. *Caries Research* 2001;35:427-434.

Costa C, Santana P, Almendra R, Freitas P, Zaky A. And when is no information? The case of São Tomé and Príncipe. II International Conference on Sustainability Measurement and Modeling. Disponível em www.who.int/kms/initiatives/article_20091207_en.pdf.pdf. Acedido a 1 de Junho de 2011.

Dye B, Vargas C, Lee Jessica, Magder L, Tinanoff. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *The Journal of the American Dental Association* 2011;142:173-183.

Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde São Tomé e Príncipe. Inquérito Demográfico e Sanitário 2008-2009. Julho de 2010.

Instituto Nacional de Estatística (Statistics Portugal). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Ano de edição 2009.

Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento [IPAD] (2011). Disponível em http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=109. Acedido a 30 de Maio, 2011 de IPAD em www.ipad.mne.gov.pt.

Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento [IPAD]. Programa Indicativo de Cooperação Portugal/São Tomé e Príncipe – 2008/2011, 2008. Disponível em: http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=330&Itemid=277. Acedido a 30 de Maio de 2011.

Kallestal C, Wall S. Socio-economic effect on caries. Incidence data among Swedish 12-14 years old. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2002;30:108-114.

Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dental Health* 1998;15:132-144.

Kwan S, Holmes M. An exploration of oral health beliefs and attitudes of Chinese in West Yorkshire: a qualitative investigation. *Health Education Research Journal* 1999;14:453-460.

Kwan S, Williams S. Dental beliefs, knowledge and behaviour of Chinese people in the United Kingdom. *Community Dental Health Journal* 1999;16:33-39.

Macek D, Wagner M, Goodman H, Manz M, Marrazzo I. Dental visit and access to dental care among Maryland schoolchildren. *The Journal of the American Dental Association* 2005;136:524-433.

Matilla M.L, Rautava P, Sillanpaa M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *Journal of Dental Research* 2000;79:875-881.

Melgão AJ. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e comportamentos maternos em saúde oral – duas realidades diferentes. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, 2006.

Ministério de Plano e Finanças. Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, Republica Democrática de São Tomé e Príncipe, Dezembro de 2002.

National Statistics Institute – São Tomé and Príncipe. “Resultados Globais”, III Recenseamento Geral da População e da Habitação (RGPH-2001). Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe, Abril 2004.

Okada M, Kawamura M, Miura K. Influence of oral health attitude of mothers on the gingival health of their school age children. *Journal of Dentistry for Children* 2001;68:379-383.

Petersen PE, Danila I, Samoila A. Oral health behaviour, knowledge and attitudes of children, mothers and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontologica Scandinavica* 1995;53:363-368.

Petersen PE, Esheng Z. Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People’s Republic of China. *International Dental Journal* 1998;48:210-216.

Petersen PE. Oral health behaviour of 6-year-old Danish children. *Acta Odontologica Scandinavica* 1992;50:57-64.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD]. (2010). Índice de Desenvolvimento Humano de 2010. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/PR3-HDR10-HD1-PT.pdf>. Acedido a 30 de Maio de 2011.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD]. "Perfil da Pobreza em S. Tomé e Príncipe" (Novembro 2000 a Fevereiro 2001) realizado com o apoio técnico do BIT e financiamento do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e Banco Africano de Desenvolvimento – publicado em Maio de 2001.

Schou L, Wight C. Does dental health education affect inequalities in dental health. *Community Dental Health Journal* 1994;11:97-100.

28. Suresh BS, Ravishankar TL, Chaitra TR, Mohapatra AK, Gupta V. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2010;28:282-287.

Williams N, Wittle J, Gatrell A. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. *British Dental Journal* 2002;193:651-654.

World Health Organisation. Country Health System Fact Sheet 2006 Sao Tome and Príncipe. Disponível em:

www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1283&Itemid=2111. Acedido a 30 de Maio de 2011.

World Health Organization. Estratégia de Cooperação da OMS com a República Democrática de São Tomé e Príncipe 2006-2009, Regional Office for África, Brazzaville, 2005.

World Health Organisation. Resumo da Estratégia de Cooperação, 2009. Disponível em: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_stp_09_po.pdf. Acedido a 30 de Maio de 2011.

Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. *Journal of Dental Research* 2010;89:1395-1400.

Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Bogaerts K, Declerck D. Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2001;29:424-434.

Zhu L, Petersen PE, Wang HY, Bian JY, Zhang BX. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China. *International Dental Journal* 2005;55:231-241.

8 - ANEXO

Questionário para mães com filhos entre os 3 e os 12 anos

1. Idade

2. Ocupação _____

3. Escolaridade _____

4. Estado civil _____

5. Residência

Agostinho Neto Canavial

6. Nº de filhos _____

7. Factores que prejudicam a saúde dos dentes?

- Hereditariedade
- Bactérias
- Vermes
- Composição da saliva
- Não escovar
- Comer açúcares e doces às refeições
- Comer doces nos intervalos das refeições
- Doenças e infecções no geral
- Medicamentos
- Não sei
- Outros _____

8. Quais os sinais/sintomas indicativos de existência de cárie?

- Alteração da cor dos dentes
- Dente partido
- Sensibilidade/dor

- Buraco
- Mau hálito
- Outras formas _____

9. Factores importantes na manutenção diária da saúde dos dentes?

- Alimentação saudável
- Bochechos com água
- Vitaminas
- Escovagem
- Visitas ao dentista
- Evitar o açúcar e doces à refeição
- Evitar os doces nos intervalos das refeições
- Medicamentos
- Não sei
- Outros _____

10. Onde recebeu informações/conhecimentos sobre a saúde oral?

- Centro de saúde
- Hospital
- Médico dentista
- Médico
- Enfermeiros
- Agentes de comunidade
- Professores
- Rádio/televisão
- Mãe/Pai
- Amigos
- Associações internacionais
- Outros _____

11. Escova os dentes?

- Não tenho dentes
- Nunca
- Às vezes
- Uma vez por dia
- Duas vezes por dia ou mais

12. Com que frequência os seus filhos escovam os dentes?

- Nunca
- Às vezes
- Uma vez por dia
- Mais do que uma vez por dia

13. Ajuda os seus filhos a escovarem os dentes?

- Escovo os seus dentes
- Verifico se ficaram bem lavados
- Vou dando instruções durante a escovagem
- Não

14. Quando deixa os seus filho comer doces?

- Imediatamente após as refeições
- Entre as refeições
- Antes de dormir
- Quando choram
- Sempre que pedem
- Quando se portam bem
- Nunca

15. Com que frequência os seus filhos ingerem doces/bebidas açucaradas?

- Raramente
- Uma a duas vezes por dia
- Várias vezes ao dia

16. Em que momento do dias os seus filhos ingerem doces e bebidas açucaradas?

- Sempre que lhes apetece
- Quando terminam as refeições
- Entre as refeições
- Antes de dormir
- Quando se portam bem

17. Quando e em que situações vai ao m/d com o seu filho?

- Visitas regulares
- Só em situações de dor ou desconforto
- Nunca fui
- Outras _____

18. Que razões podem dificultar ou impedir a ida ao médico/dentista com os seus filhos?

- Pouca flexibilidade de horário/ dificuldade dos pais em faltar ao trabalho
- Consultas demasiado caras
- A criança tem medo ou fica ansiosa
- Dificuldade de deslocação
- Outras _____