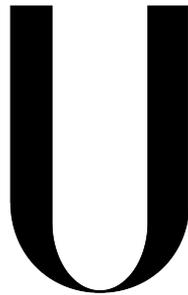


Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**Atitudes, comportamentos e estado de saúde oral dos
estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina
Dentária da Universidade de Lisboa**

Sandrine de Jesus Nogueira Almeida

Orientadores:

Professora Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes Borralho

Professora Doutora Teresa Maria Beatriz Ramos Esteves Gonçalves dos Santos Albuquerque

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2020

Agradecimentos

À Professora Doutora Sónia Mendes, orientadora deste trabalho, no verdadeiro sentido da palavra! Um sincero obrigada por toda a sua dedicação, disponibilidade, apoio, amabilidade e preocupação que teve para comigo durante todo este projeto. Foi um privilégio ter tido a oportunidade de realizar este trabalho consigo!

À Professora Doutora Teresa Albuquerque, coorientadora do trabalho, pela ajuda e disponibilidade durante este trabalho e pela autorização na utilização da tradução para a língua portuguesa do instrumento HUDBI.

Ao Professor Doutor João Aquino Marques, como Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da FMDUL, pela autorização para a realização do estudo.

Ao Professor Doutor Luís Pires Lopes, Diretor da FMDUL, pela autorização para a realização do estudo nas instalações da faculdade.

À Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, enquanto instituição de ensino, e ao seu conjunto de professores e funcionários por terem contribuído para a minha formação pessoal e profissional ao longo destes anos.

A todos os meus colegas pela disponibilidade e contribuição para a realização deste estudo. Desejo-vos o melhor para o futuro!

Às minhas amigas, Daniela Peixoto, Joana Sousa, Mónica Chantre, Mónica Marinho, Patrícia Reis e Vitalina Shestopalova, pela amizade que levo para a vida, por todo o amor e carinho que me dão, por estarem sempre prontas a dar uma palavra de conforto, assim como por todas as aventuras e gargalhadas que já mais serão esquecidas. Sem vocês, a faculdade não teria sido a mesma coisa!

Um obrigada especial à Ana Margarida Rios, ao Gonçalo Pechirra e à Quirina Ferro por se terem cruzado no meu caminho e por me terem dado a mão quando cheguei à Lisboa. Estou-vos eternamente grata!

À Ana Cristina Marques e à Dinora Marques por me terem recebido de mãos abertas e deixado entrar nas suas vidas ao longo destes últimos cinco anos, assim como pelo carinho, apoio e preocupação para comigo. A minha sincera gratidão!

Aos meus pais, Ana e Carlos, pela inspiração que são, por todos os sacrifícios, não só ao longo destes cinco anos, mas ao longo de toda a minha vida e por me apoiarem incondicionalmente quando tomei a decisão de estudar em Portugal para prosseguir os meus sonhos. Ensinaram-me que esforçar-me e lutar é a única maneira de atingir os meus sonhos e deram-me todas as ferramentas para construir o meu futuro. A eles, a quem devo tudo, obrigada por estarem sempre presentes e por acreditarem sempre em mim. Esta vitória também é vossa!

À minha irmã, Cathy, pelo carinho e paciência que teve para comigo durante este percurso e por partilhar a minha felicidade como se da dela se tratasse.

A todos, o meu sincero obrigada!

Resumo

Este estudo pretendeu: 1) Conhecer as atitudes e comportamentos de saúde oral dos estudantes do último ano do curso de Medicina Dentária; 2) Estudar o estado de saúde oral e sua autoperceção da saúde oral na mesma população; 3) Relacionar as atitudes e comportamentos com o estado de saúde oral e 4) Identificar as crenças sobre as atitudes e comportamentos de saúde oral.

A população-alvo foi constituída pelos estudantes do 5º ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Os dados foram recolhidos por um questionário sobre as atitudes e comportamentos de saúde oral, incluindo o Hiroshima University Dental Behavioural Inventory (HUDBI) e por um exame intraoral para o estudo de cárie (ICCMS), do nível de higiene oral (ID-S) e da inflamação gengival (IPC modificado). Foi realizada a estatística descritiva e utilizados os testes Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman ($\alpha=0,05$).

O valor médio de HUDBI foi 9,20 ($dp=1,34$). Quase todos os estudantes (97,8%) escovavam os dentes bidariamente, mas apenas 23,9% utilizavam o fio dentário diariamente. A prevalência de cárie foi 100%, sendo o $C_{A-6}POD$ médio 10,4 ($dp=4,2$). O nível de higiene oral foi excelente em 43,5% dos estudantes. A frequência de inflamação gengival foi de 100%, sendo o IPC modificado médio 0,37 ($dp=0,2$). Apenas se verificou uma associação positiva entre o consumo de alimentos açucaradas e o $C_{3-6}POD$ ($p=0,03$). Os estudantes referiram que a importância de comportamentos saudáveis foi influenciada pelo conhecimento das doenças orais adquirido no curso e que a dificuldade do uso diário do fio dentário é explicada devido à técnica difícil, ao tempo exigido, cansaço e preguiça.

Os estudantes apresentaram atitudes e comportamentos positivos e bons indicadores de higiene oral e inflamação gengival, contudo, a prevalência de cárie foi elevada.

Abstract

This study aimed to: 1) Analyze oral health attitudes and behaviors of dental students in the last year of the course; 2) Study oral health and oral health self-perception of the same population; 3) Relate attitudes and behaviors with oral health condition and 4) Identify beliefs about oral health attitudes and behaviors.

The study population was students of the 5th year of the Master Degree in Dental Medicine of “Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa”. Data were collected using a questionnaire on oral health attitudes and behaviors, including the Hiroshima University Dental Behavioral Inventory (HUDBI) and an intraoral examination for study dental caries (ICCMS), oral hygiene level (DI-S) and gingival inflammation (CPI modified). Descriptive statistic was performed and the used the Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Spearman correlation tests ($\alpha=0,05$).

Mean HUDBI was 9,20 (sd=1,34). Almost all students (97,8%) brushed their teeth twice a day, but only 23.9% used dental floss daily. Caries prevalence was 100% and mean $D_{A-6}MFT$ 10,4 (sd=4,2). Oral hygiene level was excellent in 43,5% of the students. The frequency of gingival inflammation was 100% and mean CPI modified was 0,37 (sd=0,2). A positive association was found between the consumption of sugary foods and $D_{3-6}MFT$ ($p=0,03$). Students reported that the importance of healthy behaviors was influenced by knowledge of oral diseases acquired during the course and that difficulty of daily flossing can be explained due to the difficult technique, the time required, tiredness and laziness.

The students showed positive attitudes and behaviors and good indicators of oral hygiene and gingival inflammation, however, the prevalence of caries was high.

Palavras-chave

Atitudes

Comportamentos

Estudantes de Medicina Dentária

Higiene oral

Saúde Oral

Keywords

Attitude

Behavior

Dental Students

Oral Hygiene

Oral Health

Índice

Índice de tabelas e figuras	xi
Lista de abreviaturas	xiii
I. Introdução	1
1. Os determinantes da saúde oral e a prevenção das doenças orais	1
2. Avaliação dos comportamentos, atitudes e estado de saúde oral	3
3. A saúde oral dos profissionais e estudantes das áreas da saúde oral	4
II. Objetivos	5
III. Materiais e Métodos	6
1. População-alvo e amostra	6
2. Recolha dos dados	6
2.1. Questionário: aplicação e variáveis recolhidas	6
2.2. Observação intraoral: procedimento e variáveis recolhidas	7
2.2.1. <i>Prevalência e gravidade de cárie</i>	8
2.2.2. <i>Nível de higiene oral</i>	9
2.2.3. <i>Presença de inflamação gengival</i>	9
2.3. <i>Focus de grupo</i>	9
3. Variáveis do estudo	9
4. Análise estatística	11
5. Considerações éticas	11

IV. Resultados	12
1. Caracterização sociodemográfica da amostra	12
2. HUDBI	12
3. Comportamentos relacionados com a saúde oral	13
4. Estado de saúde oral e Autoperceção da saúde oral	15
5. Relações entre o HUDBI e comportamentos com o estado de saúde oral	17
6. Crenças que contribuem para os comportamentos e atitudes de saúde oral (<i>Focus de grupo</i>)	17
V. Discussão	21
VI. Conclusão	29
Referências bibliográficas	31
Apêndices e Anexos	39
Apêndice 1 – Questionário do estudo	40
Apêndice 2 – Consentimento informado	44
Apêndice 3 – Ficha de registo do exame intraoral	46
Apêndice 4 – Guião do <i>Focus de grupo</i>	47

Índices de Tabelas e Figuras

Tabelas

Tabela 1: Variáveis do estudo	10
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra	12
Tabela 3: Frequência dos itens do HUDBI	13
Tabela 4: Distribuição dos comportamentos relacionados com a saúde oral	14
Tabela 5: Indicadores do estado de saúde oral	15
Tabela 6: Autopercepção e classificação da saúde oral	16
Tabela 7: Relação entre o HUDBI, CPOD, ID-S e IPC modificado	16
Tabela 8: Relação entre os comportamentos de saúde oral e o CPOD, o ID-S e o IPC modificado	17

Figuras

Figura 1: Distribuição dos componentes C, P e O	15
Figura 2: Nível de higiene oral (ID-S)	15

Lista de abreviaturas

COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CPOD	Dentes cariados perdidos e obturados por dente na dentição permanente
DGS	Direção-Geral da Saúde
EGOHID	European Global Oral Health Indicators Development
FDI	World Dental Federation
FMDUL	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
HUDBI	Hiroshima University Dental Behavioural Inventory
IC-S	Índice de Cálculo Simplificado
ID-S	Índice de Detritos Simplificado
IHO-S	Índice de Higiene Oral Simplificado
IPC modificado	Índice Periodontal Comunitário modificado
ICCMS	International Caries Classification and Management System
ICDAS II	International Caries Detection and Assessment System
OMS	Organização Mundial de Saúde
SO	Saúde Oral
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

I. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. A Saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio ambiente.⁽¹⁾ Por outro lado, a *World Dental Federation* (FDI) define a Saúde Oral (SO) como sendo “multifacetada e inclui, mas não se limita, à capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um variado número de emoções através de expressões faciais, com confiança e sem dor nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial”.⁽²⁾ Estes conceitos de saúde e de SO, indicam que a SO não se focaliza apenas na cavidade oral, mas sim no indivíduo como um todo e também no modo como as doenças, ou alterações orais, afetam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida^(3,4,5), evidenciando que também está intimamente relacionada com a saúde geral. Efetivamente os problemas de SO têm um impacto negativo no bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos.^(6,7) A evidência científica reforça essa relação entre a saúde oral e a saúde geral, dado que os fatores etiológicos e de risco ambientais e comportamentais das doenças orais são comuns a várias outras doenças crônicas, como são o caso das doenças cardiovasculares, oncológicas e metabólicas.⁽⁷⁻⁹⁾ Portanto sem uma boa SO, não existe saúde⁽¹⁰⁾, sendo uma boa SO fundamental para a saúde geral, o bem-estar e a qualidade de vida e é importante que a população se consciencialize sobre este facto.^(7,11)

1. Os determinantes da saúde oral e a prevenção das doenças orais

São vários os determinantes da saúde oral descritos na literatura, nomeadamente os relacionados com as atitudes e comportamentos, relacionados com as doenças orais mais prevalentes, a cárie e a doença periodontal. Estas doenças relacionam-se com a presença e patogenicidade do biofilme oral, ao intervir nos fatores comportamentais tais como a escovagem, a higiene interproximal, os hábitos alimentares, a utilização de produtos fluoretados e visitas de controlo periódicas aos profissionais de saúde são fatores importantes a considerar na sua prevenção.⁽¹²⁾ Estes comportamentos podem afetar positiva ou negativamente a saúde oral⁽¹³⁾, sendo os comportamentos positivos aqueles que são efetuados pelo indivíduo com o intuito de promover a saúde, prevenir o desenvolvimento de doenças e detetar patologias precocemente. Contrariamente, os comportamentos negativos consistem em práticas que aumentam o risco de desenvolver doença.^(13,14) Daqui se pode perceber a importância de um controlo individual e pessoal sobre o desenvolvimento da saúde ou da doença.^(15,16) Os comportamentos são considerados como fatores de risco modificáveis, uma vez que o indivíduo

pode alterar os seus comportamentos no sentido de proporcionar saúde.^(17, 18) No entanto, a mudança de comportamento exige estabelecer novos hábitos e simultaneamente eliminar comportamentos inadequados, o que é difícil de concretizar.⁽¹⁹⁾ Para que a alteração de comportamento seja bem-sucedida, é importante compreender o que influencia o comportamento e a mudança de comportamento.⁽²⁰⁾ Os comportamentos das pessoas são determinados pelos conhecimentos, atitudes, valores, crenças e capacidades e influenciados pelo meio ambiente sociocultural.⁽²¹⁻²⁴⁾ Assim, fornecer conhecimentos sobre a saúde, as doenças e as suas prevenções são indispensáveis, mas insuficientes para a alteração de comportamentos de saúde^(23,25), pois as crenças e atitudes são os mais importantes determinantes do comportamento.^(16,25)

A atitude é descrita como sendo uma postura em relação a uma temática. Ou seja, reflete a conjunção de crenças, pensamentos, sentimentos, e experiências individuais assim como de valores culturais e interações sociais.^(19,22) A perceção do controlo que um indivíduo pode exercer sobre o seu comportamento e sobre o seu estado de saúde, como a confiança sobre suas capacidades são determinantes das suas atitudes referentes à saúde, visto que induz a procurar informações, tomar decisões e adotar comportamentos.^(16,26,27) A atitude pode ser considerada como um intermediário entre a forma de pensar e de agir dos indivíduos.⁽²⁴⁾ Assim, na promoção de mudanças comportamentais, além de se fornecer os conhecimentos aos pacientes sobre como mudar, é também importante fornecer as razões, o que permite estabelecer as atitudes e por consequência essas atitudes determinarem os comportamentos positivos.^(16,23) Um profissional de saúde que alerta para as questões psicológicas, sociais e culturais terá melhores probabilidades de observar a conversão de hábitos desfavoráveis para hábitos saudáveis nos seus pacientes.^(16,20,21)

Relativamente às doenças orais, a escovagem dos dentes é um dos principais comportamentos necessários para a prevenção. A escovagem dos dentes constitui o principal meio mecânico de controlo de placa bacteriana, proporcionando a desagregação da mesma. Várias investigações demonstraram que apenas 50% a 60% da quantidade de placa bacteriana é reduzida com a escovagem devido a uma técnica incorreta.^(28,29) Por esta razão, a recomendação é que a escovagem seja realizada pelo menos duas vezes ao dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar, devido à diminuição da secreção salivar e dos movimentos orais ao dormir.^(28,30) Por outro lado, a eficácia de remoção de placa bacteriana está fortemente relacionada com o tempo de escovagem, sendo aconselhado ser entre 2 a 3 minutos.^(30,31)

Para além da escovagem dos dentes, a higiene dos espaços interproximais é considerada um complemento fundamental à escovagem dentária, permitindo a higienização dos espaços interdentários, que são de difícil acesso durante a escovagem.^(32,33) É recomendável a utilização diária de instrumentos de higiene interdentária tais como, o fio ou a fita dentária ou o escovilhão, de modo a prevenir o desenvolvimento de lesões de cárie nas faces interproximais dos dentes e de doença periodontal.^(34,35)

Os hábitos alimentares são também importantes na prevenção e no controlo das doenças orais. A frequência elevada do consumo de hidratos de carbono, conjuntamente com um contato prolongado nas superfícies dentárias são fatores de risco determinantes para o desenvolvimento da cárie dentária.⁽³⁶⁾ Por isso, é importante promover uma alimentação saudável, variada e equilibrada, rica em alimentos naturais e evitar o consumo frequente de alimentos refinados, industrializados e açucarados, especialmente no período entre as principais refeições.^(32,33,36)

As consultas de controlo de saúde oral são importantes, nomeadamente para o diagnóstico precoce das doenças orais e reforço da promoção da SO. A periodicidade destas consultas deve ser individualizada, dependendo das necessidades de cada indivíduo. No entanto, de um modo geral, são aconselhadas duas visitas por ano ao profissional de saúde, com um intervalo cerca de seis meses, tendo como objetivo o diagnóstico precoce das doenças orais, realização de tratamentos preventivos e promoção da SO.^(37,38)

2. Avaliação das atitudes, comportamentos e estado de saúde oral

Pelo exposto anteriormente, o estudo das atitudes e comportamentos é importante para o estudo da sua relação com a doença oral e conseqüentemente para a prevenção das doenças orais. Um dos instrumentos disponíveis na literatura, para avaliar as atitudes e comportamentos de saúde oral, é o *Hiroshima University Dental Behavioural Inventory* (HUDBI). A sua versão original foi desenvolvida em japonês por Kawamura, em 1988.⁽³⁹⁾ Mais tarde, em 2011, foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Albuquerque (Apêndice 1).⁽⁴⁰⁾ Este instrumento consiste num inventário de 21 questões dicotómicas (concordo/discordo).^(39,40) Foi estabelecida uma correlação do resultado do HUDBI com o estado de saúde dentário, periodontal e com o nível de higiene oral do indivíduo. Quanto melhores as atitudes e comportamentos de SO, melhores se verificam os níveis de saúde dentária, saúde gengival e higiene oral.^(41,42)

Para avaliar o estado de saúde oral, diversos instrumentos para o diagnóstico de cárie, avaliação da higiene oral e da saúde periodontal estão disponíveis. Para quantificar a experiência, gravidade e distribuição da cárie na população, o *International Caries Classification and Management System* (ICCMS), previamente referido como *International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS II), tem-se destacado, sendo recomendado pelo grupo *European Global Oral Health Indicators Development* (EGOHID).^(43,44) Estes critérios permitem a deteção e o estadiamento das lesões de cárie, não só na dentina, como os da OMS⁽⁴⁵⁾, mas também dos estádios iniciais da doença.^(46,47) Estes critérios de diagnóstico são considerados válidos e reprodutíveis e existe uma forte correlação entre estes critérios e as características histológicas dos estádios da doença.⁽⁴⁸⁻⁵²⁾ Portanto, o ICCMS é considerado adequado à aplicação epidemiológica, à prática clínica e ao ensino.^(47,53) Este sistema foi também o utilizado no *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís*⁽⁵⁴⁾, o último estudo da Direção-Geral da Saúde (DGS) realizado em Portugal.

Relativamente ao estudo do nível de higiene oral, o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar a acumulação de placa bacteriana. Este índice apresenta dois componentes, um componente de quantificação de depósitos moles de placa bacteriana, Índice de Detritos Simplificado (ID-S) e outro componente que quantifica os depósitos duros, Índice de Cálculo Simplificado (IC-S) e são registados os depósitos em seis superfícies de dentes índices.⁽⁵⁵⁾

Para avaliar o estado periodontal, o Índice Periodontal Comunitário modificado (IPC modificado) é o índice preconizado pela OMS. Neste índice, são avaliadas a presença de hemorragia gengival à sondagem e a presença de bolsas periodontais, em seis localizações (disto-vestibular, vestibular, mesio-vestibular, mesio-palatino/lingual, palatino/lingual e disto-palatino/lingual) de todos os dentes presentes, sendo registado o maior valor verificado para cada dente.⁽⁴⁵⁾

3. A saúde oral dos profissionais e estudantes das áreas da saúde oral

O médico dentista tem a responsabilidade de educar, promover e reforçar a longo prazo, o desenvolvimento de cuidados e medidas preventivas de SO.^(56,57) Uma relação dentista-paciente positiva permite um impacto favorável em vários comportamentos e resultados de SO.^(56,58) Adicionalmente, os autocuidados dos profissionais de saúde em relação à sua própria SO refletem o seu entendimento na importância da prevenção dos problemas orais.^(59,60) Consequentemente, as atitudes e comportamentos de SO dos profissionais podem influenciar a

capacidade de ensinar e de motivar os seus pacientes relativamente aos cuidados de saúde e por conseguinte na própria SO dos pacientes. Os profissionais de SO devem representar para os seus pacientes um exemplo de uma boa SO.⁽⁶¹⁻⁶³⁾ Neste sentido, também os estudantes de Medicina Dentária, como futuros médicos dentistas, desempenharão um papel importante na educação em SO e como modelos para a população em geral. Assim sendo, os futuros profissionais de SO devem adquirir durante a sua formação académica, conhecimentos, atitudes e comportamentos adequados em relação à SO e à prevenção de doenças orais, bem como competências de comunicação, interação e empatia com os seus pacientes.^(58,64,65)

Por esta razão, considerou-se interessante estudar as atitudes, os comportamentos e o estado de saúde oral de alunos finalistas do curso de Medicina Dentária, que serão, muito em breve, profissionais de saúde oral.

II. Objetivos

O presente estudo tem como finalidade conhecer as atitudes, os comportamentos e o estado de saúde oral dos estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, altura de término do seu percurso académico.

Os seus objetivos são:

- Estudar as atitudes e comportamentos relativamente à saúde oral, incluindo o HUDBI;
- Conhecer o estado de saúde oral, nomeadamente a prevalência e gravidade de cárie dentária, o nível de higiene oral, a presença de inflamação gengival e também a autoperceção do estado de saúde oral;
- Relacionar as atitudes e comportamentos com o estado de saúde oral;
- Contribuir para o conhecimento das crenças dos estudantes que contribuem para os resultados obtidos no HUDBI.

III. Materiais e Métodos

Para alcançar os objetivos propostos foi realizado um estudo observacional, analítico e transversal.

1. População-alvo e amostra

A população do estudo foi constituída pelos estudantes que frequentavam o 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) no ano letivo 2019/2020, perfazendo um total de 47 indivíduos. Para a identificação dos participantes foram utilizadas as listas fornecidas pelos serviços académicos da faculdade.

A amostra foi constituída por todos os estudantes que aceitaram participar voluntariamente e que assinaram o consentimento livre, informado e esclarecido.

2. Recolha dos dados

O trabalho de campo foi efetuado no segundo semestre do ano letivo 2019/2020, entre os meses de fevereiro e julho, de modo a recolher a informação o mais próximo possível do final do curso.

Os dados foram recolhidos através de um questionário, realizado por autopreenchimento, e de uma observação intraoral, realizada pela autora deste trabalho. Foi também realizada, em dois pequenos grupos, uma entrevista semiestruturada de grupo focal.

2.1. Questionário: aplicação e variáveis recolhidas

O questionário utilizado no presente estudo (Apêndice 1) foi uma adaptação de um questionário desenvolvido a partir dos estudos de Albuquerque e Borralho e já aplicado em trabalhos anteriores realizados em estudantes do 1º ano⁽⁶⁶⁾ e do 3º ano⁽⁶⁷⁾ da FMDUL.

A estrutura do questionário inclui questões demográficas e questões sobre atitudes e comportamentos relacionados com a saúde oral, as quais incluem a versão portuguesa do HUDBI.⁽⁴⁰⁾ A maioria das questões são fechadas e de resposta múltipla.

A avaliação das atitudes e comportamentos de saúde oral foi efetuado a partir das 21 respostas dicotómicas (concordo/discordo) do questionário HUDBI. Para calcular o valor final do questionário, é atribuído um ponto nas respostas “concordo” nos itens 4, 9, 11, 12, 16 e 19

e nas respostas “discordo” nos itens 2, 6, 8, 10, 14 e 15. Os restantes 9 itens são considerados “dummy” e não são considerados para o valor do somatório final do HUDBI. O somatório das 12 respostas revela uma estimativa quantitativa das atitudes e comportamentos em saúde oral, sendo a cotação máxima de 12 pontos, dada pelas 12 questões. Quanto mais elevada for a pontuação obtida, mais positivas são as atitudes e comportamentos relacionados com a saúde oral.^(39,40)

Numa primeira fase, a investigadora e autora do estudo deu a conhecer pormenorizadamente os objetivos e os procedimentos do estudo aos potenciais participantes. De seguida, foram entregues o questionário, juntamente com o consentimento livre, informado e esclarecido (Apêndice 2) e preenchidos pelos próprios alunos participantes que cumpriam os critérios de inclusão, antes do exame intraoral.

2.2. Observação intraoral: procedimento e variáveis recolhidas

Numa segunda fase, com o objetivo de estudar o estado de saúde oral, foi realizado a observação intraoral aos estudantes participantes. O exame intraoral incluiu o registo de lesões de cárie dentária, segundo os critérios ICCMS⁽⁴³⁾; da presença de placa bacteriana, utilizando o IHO-S⁽⁵⁵⁾; e de inflamação gengival, aplicando o IPC modificado⁽⁴⁵⁾.

A equipa de recolha de dados foi constituída por dois elementos, um observador e outro registador. O observador (autora do estudo) foi treinado e calibrado para os critérios e índices utilizados e realizou todas as observações intraorais. O registador procedeu ao registo dos dados na folha de registo (Apêndice 3).

Todas as medidas de controlo de infeção cruzada foram consideradas durante as observações intraorais. Para cada observação foram utilizados um espelho bucal e uma sonda periodontal metálica com terminação em forma de bola (como recomendado pela OMS) esterilizados, uma escova de dentes descartável, compressas, toalhetes desinfetantes, luvas e máscaras. Para iluminação foi utilizada uma lanterna frontal do tipo LED.

Durante a observação, o observador encontrava-se em pé, na posição das “10 horas” e o participante estava sentado numa cadeira, com a cabeça em hiperextensão. A observação foi sempre efetuada do primeiro para o quarto quadrante, sendo utilizada a seguinte sequência de recolha de dados: primeiro o registo do nível de higiene oral (componente de detritos moles do IHO-S); em segundo o registo da presença de inflamação gengival (IPC modificado); de seguida escovagem dos dentes efetuada pelo participante; secagem dos dentes com compressas

pelo observador; por último diagnóstico de cárie dentária. Após a observação o participante era informado sobre o seu estado de saúde oral.

Durante este procedimento a observadora tinha documentos com todos os índices e códigos para, na eventualidade de surgir alguma dúvida, poder consultar.

2.2.1. Prevalência e gravidade de cárie

O diagnóstico de cárie, tal como já referido, foi efetuado segundo os critérios do ICCMS.⁽⁴³⁾ O registo foi efetuado por dente, sendo observadas todas as superfícies dentárias e registado o valor mais elevado em cada dente.

Para o registo de lesões de cárie, o sistema ICCMS apresenta os códigos 1 e 2 referentes aos estádios de lesões iniciais.⁽⁴³⁾ No entanto, devido à realização do estudo em ambiente comunitário e a substituição do ar comprimido por compressa para a secagem dos dentes, estes dois códigos (1 e 2) não foram possíveis distinguir na maioria dos casos, sendo atribuída a letra “A” para o registo das lesões iniciais.⁽⁶⁸⁾

Para o cálculo da prevalência e da gravidade de cárie, recorreu-se ao índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados).^(44,45) Procedeu-se ao cálculo deste índice de duas maneiras, de modo a possibilitar a comparação dos dados com outros estudos onde são utilizados os critérios da OMS:

- $C_{A-6}POD$ – incluindo todos os dentes cariados, perdidos ou obturados e considerando os critérios de lesão de cárie do ICCMS de “A” a 6;
- $C_{3-6}POD$ - incluindo todos os dentes com lesões de cárie cavitadas, perdidos ou obturados, considerando os critérios de lesão de cárie apenas com os códigos de 3 a 6 do ICCMS.

Mediante aos dois resultados de CPOD descritos, os resultados de prevalência e gravidade de cárie também foram calculados de duas formas:

- “Prevalência de cárie” - percentagem de indivíduos com $C_{A-6}POD > 0$;
- “Prevalência de cárie cavitada” - percentagem de indivíduos com $C_{3-6}POD > 0$.

A gravidade de cárie dentária foi obtida pela média dos valores individuais de $C_{A-6}POD$ e $C_{3-6}POD$.

2.2.2. Nível de higiene oral

A utilização do IHO-S serviu para avaliar o nível de higiene oral dos participantes, através da presença de placa bacteriana, sendo utilizado o componente de “detritos moles” do ID-S.⁽⁵⁵⁾ O cálculo do ID-S de cada indivíduo foi efetuado somando todos os valores observados e dividindo pelo número de superfícies observadas. O valor médio da amostra foi calculado através da média aritmética dos valores de cada indivíduo.

2.2.3. Presença de inflamação gengival

Para avaliar a saúde periodontal foi utilizado IPC modificado, avaliando unicamente a presença de inflamação gengival uma vez que, segundo a literatura, a prevalência de bolsas periodontais em adultos jovens é bastante baixa⁽⁶⁹⁻⁷²⁾, sendo expectável ser ainda mais baixa na população em estudo.

Foram examinados todos os dentes presentes, inserindo a ponta da sonda periodontal entre a gengiva e o dente, e verificando a presença de hemorragia no sulco gengival.⁽⁴⁵⁾ Considerou-se haver inflamação gengival quando pelo menos um dos dentes apresentava hemorragia à sondagem. Foi calculada a média aritmética das hemorragias à sondagem observadas de cada indivíduo. Para a população do estudo foi calculada a prevalência de inflamação gengival da população e também o valor médio.

2.3. *Focus de grupo*

Foi construído um guião para realizar entrevistas semiestruturadas de grupo focal, com base nos resultados do HUDBI dos participantes e dos seus componentes (Apêndice 4). O grupo focal foi conduzido pela autora do estudo. No início de cada sessão foi realizada uma breve apresentação do estudo e dos seus objetivos, indicada a confidencialidade dos dados e obtida a autorização para a gravação em vídeo. De seguida foi dado seguimento à discussão do grupo focal. Foram realizadas entrevistas a dois grupos distintos, um com os melhores e outro com os piores resultados do HUDBI, cada um constituído por quatro estudantes. Após as sessões, as entrevistas foram transcritas e efetuada uma análise de conteúdo, que consistiu em comparar a informação e identificar as semelhanças e as divergências entre os grupos.

3. Variáveis do estudo

As variáveis do estudo apresentam-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1: Variáveis do estudo.

	Designação	Descrição e categorias	Tipo de variável
Identificação e caracterização sociodemográfica	Idade	[20-25 anos], [25-30 anos], [30-35 anos], > 35	Quantitativa ordinal
	Género	"Feminino", "Masculino"	Qualitativa nominal
	Nacionalidade	"Portugal", "Outro país"	Qualitativa nominal
Atitudes e Comportamentos relacionados com a Saúde Oral	21 itens do HUDBI	Descrição dos itens no Apêndice 1. "Concordo", "Discordo"	Qualitativa nominal
	Score do HUDBI	Somatório dos pontos: 1 ponto nas respostas "Concordo" (itens 4, 9, 11, 12, 16 e 19) e 1 ponto nas respostas "Discordo" (itens 2, 6, 8, 10, 14 e 15).	Quantitativa discreta, de razão
	Frequência de escovagem	"Menos de uma vez por dia", "Uma vez por dia", "Duas ou mais vezes por dia"	Qualitativa ordinal
	Momento de escovagem	"De manhã, antes do pequeno-almoço", "De manhã, depois do pequeno-almoço", "Após o almoço", "Após o jantar", "Antes de ir dormir"	Qualitativa nominal
	Uso de dentífrico fluoretado	"Sim", "Não"	Qualitativa nominal
	Uso do fio dentário	"Não", "Sim, às vezes", "Sim, todos os dias"	Qualitativa ordinal
	Uso do fio dentário diariamente	"Sim", "Não"	Qualitativa nominal
	Consumo de bebidas ou alimentos açucarados	"Nunca", "Ocasionalmente", "A maioria dos dias", "Todos os dias"	Qualitativa ordinal
	Consumo frequente de bebidas ou alimentos açucarados	Todos os dias ou a maioria dos dias. "Sim", "Não"	Qualitativa nominal
	Momento do consumo de alimentos açucarados	"Logo após refeições", "Entre refeições", "À noite, antes de ir para a cama"	Qualitativa nominal
	Aumento do consumo de alimentos açucarado durante o estudo	"Sim", "Não"	Qualitativa nominal
	Frequência de consulta de saúde oral	"Nunca fui ao dentista", "Só vou quando tenho dores ou alguma queixa", "Regularmente mesmo sem queixas"	Qualitativa ordinal
	Consulta de saúde oral no último ano	"Sim", "Não"	Qualitativa nominal
	Motivo da última consulta de saúde oral	"Não fui ao dentista no último ano", "Dores de dentes ou abcesso", "Extraír ou tratar um dente", "Consulta anual de prevenção", "Fazer limpeza ou fazer selantes", "Estética", "Ortodôntica"	Qualitativa nominal
Informação sobre cuidados de Saúde Oral	Principal fonte sobre cuidados de saúde oral	"Familiar", "Médico Dentista", "Higienista Oral", "Médico Assistente/Enfermeiro", "Durante a minha formação na faculdade"	Qualitativa nominal
Prevalência e Gravidade da cárie	Prevalência de cárie	Proporção de indivíduos com $C_{A-6}POD \neq 0$	Quantitativa discreta, de razão
	Prevalência de cárie cavitada	Proporção de indivíduos com $C_{3-6}POD \neq 0$	Quantitativa discreta, de razão
	Gravidade de cárie $C_{A-6}POD$	Valor do índice CPOD, incluindo os códigos de cárie de A a 6 do ICCMS	Quantitativa discreta, de razão
	Gravidade de cárie $C_{3-6}POD$	Valor do índice CPOD, incluindo os códigos de cárie de 3 a 6 do ICCMS	Quantitativa discreta, de razão
Nível de higiene oral e Presença de inflamação gengival	ID-S	Valor do componente de depósitos moles do IHOS - Média dos seis valores dos dentes índice	Quantitativa contínua, de razão
	Nível de higiene oral	Excelente - 0, Bom [0,1 - 0,6], Razoável [0,7 - 1,8], Mau >1,8	Qualitativa ordinal
	Inflamação gengival	Hemorragia em pelo menos um dente. "Sim", "Não"	Qualitativa nominal
	IPC modificado	Valor do IPC (componente hemorragia)	Quantitativa contínua, de razão
Autoperceção da Saúde Oral	Melhoria da saúde oral	Melhoria da Saúde Oral ao longo do curso "Sim", "Não"	Qualitativa nominal
	Classificação da saúde oral	"Muito má", "Má", "Razoável", "Boa", "Muito Boa"	Qualitativa ordinal

4. Análise estatística

A análise foi efetuada no programa informático *SPSS - Statistical Package for Social Sciences*, versão 26 (IBM Corp., 2019). Todos os dados recolhidos através do questionário e exame intraoral foram manualmente introduzidos pela autora do presente estudo.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas. Nas questões em que foi possível escolher mais do que uma hipótese de resposta, o valor do número de indivíduos pode ser superior ao da amostra. Para as variáveis numéricas foram também calculadas as medidas de localização central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e máximo).

Para testar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. A relação entre variáveis foi estudada utilizando testes não paramétricos, nomeadamente a Correlação de Spearman, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis ($\alpha = 0,05$).

5. Considerações éticas

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho de Ética para a Saúde da FMDUL e pela direção da mesma instituição.

A todos os participantes do estudo foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo e recolhido o consentimento livre, informado e esclarecido (Apêndice 3).

Após a observação da cavidade oral cada participante foi informado do seu estado de saúde oral.

IV. Resultados

1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra foi constituída por 46 indivíduos, correspondendo a uma taxa de participação de 98%, apenas um estudante não quis participar no estudo. A média de idade dos participantes foi de 24,4 anos (dp=2,9). Dos 46 participantes todos responderam ao questionário, mas apenas em 27 foi realizada a observação intraoral. A Tabela 2 descreve a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra (n=46).		
	n	(%)
Género		
Feminino	40	87,0
Masculino	6	13,0
Idade		
[20-25 anos]	38	82,6
]25-30 anos]	5	10,9
]30-35 anos]	2	4,3
> 35 anos	1	2,2
Naturalidade		
Portugal	40	87,0
Outro país	6	13,0

2. HUDBI

O valor médio de HUDBI encontrado foi de 9,20 (dp=1,34), sendo o valor mínimo 6 e o máximo 12.

As frequências de cada um dos itens que compõem o HUDBI encontram-se descritas na Tabela 3. De realçar que uma expressiva maioria dos estudantes referiram preocupar-se com o mau hálito (97,8%), com a cor da gengiva (97,8%) e com a cor dos dentes (95,7%). Relativamente aos comportamentos também uma grande maioria afirmou escovar cada um dos seus dentes cuidadosamente (95,7%), utilizar fio dentário pelo menos uma vez por semana (82,6%) e encontrar sempre tempo para escovar os dentes (78,3%). Nenhum dos participantes referiu utilizar uma escova de pêlos duros e escovar os dentes com movimentos rápidos e fortes. No entanto, alguns estudantes responderam que só vão ao dentista quando têm dor de dentes (6,5%). Relativamente às atitudes e crenças, 21,7% dos estudantes consideraram que conseguem limpar bem os dentes mesmo sem dentífrico, 4,3% referiram que apesar de escovarem os dentes, estes estão a piorar e 2,2% julgaram que vão ter de usar uma prótese dentária quando forem idosos.

Tabela 3: Frequência dos itens do HUDBI (n=46).

Item	Concordo	
	n	%
1. Eu não me preocupo em visitar regularmente o dentista.	5	10,9
2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes.	2	4,3
3. Preocupo-me com a cor dos meus dentes.	44	95,7
4. Já reparei nalguns depósitos brancos e pegajosos nos meus dentes.	15	32,6
5. Costumo usar uma escova de dentes para crianças.	4	8,7
6. Eu penso que vou ter de usar dentadura quando for velho.	1	2,2
7. Eu importo-me com a cor da minha gengiva.	45	97,8
8. Mesmo escovando os dentes diariamente, tenho a impressão que eles estão a piorar.	2	4,3
9. Escovo cada um dos meus dentes cuidadosamente.	44	95,7
10. Nunca recebi orientação profissional de como escovar os dentes.	11	23,9
11. Eu acho que consigo limpar bem os dentes, mesmo sem usar dentífrico.	10	21,7
12. Depois de escovar os dentes verifico no espelho se os lavei bem.	41	89,1
13. Preocupo-me com o mau hálito.	45	97,8
14. É impossível evitar problemas na gengiva só com escovagem.	21	45,7
15. Só vou ao dentista quando tenho dor de dentes.	3	6,5
16. Já usei um “corante” para ver se os meus dentes estavam limpos.	41	89,1
17. Uso uma escova com pelos duros.	0	0,0
18. Só sinto que lavei bem os dentes se os escovar com movimentos rápidos e fortes.	0	0,0
19. Tenho sempre tempo para lavar os dentes.	36	78,3
20. O dentista já me elogiou a forma como lavo os dentes.	24	52,2
21. Eu utilizo fio dentário pelo menos uma vez por semana.	38	82,6

3. Comportamentos relacionados com a saúde oral

Relativamente aos comportamentos de higiene oral a grande maioria dos estudantes (97,8%) referiu escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, com dentífrico fluoretado (100%), sendo os momentos do dia mais frequentes desta escovagem “antes de ir dormir” (89,1%) e “de manhã, após o pequeno-almoço” (78,3%). Apenas 23,9% dos alunos referiu utilizar o fio dentário diariamente (Tabela 4).

O consumo de bebidas ou alimentos açucarados “todos os dias” ou “a maioria dos dias” foi referido por 54,3% dos estudantes, sendo os momentos de consumo mais frequentes após as refeições (60,0%) e entre as refeições (51,1%). Uma grande percentagem dos alunos (63%) referiu ainda aumentar o consumo deste tipo de alimentos durante os períodos de estudo (Tabela 4).

Uma grande maioria dos participantes (91,3%) referiu realizar consultas regulares ao profissional de saúde, mesmo sem queixas, e afirmaram tê-lo feito no último ano (Tabela 4).

A maioria dos estudantes referiu que a principal fonte de informação sobre cuidados de SO foi adquirida durante o curso (80,4%).

Tabela 4: Distribuição dos comportamentos relacionados com a saúde oral.

	n	%
Frequência de escovagem (n=46)		
Menos de 1 vez por dia	0	0,0
1 vez por dia	1	2,2
Pelo menos 2 vezes por dia	45	97,8
Momento de escovagem (n=46)		
De manhã, antes do pequeno-almoço	10	21,7
De manhã, depois do pequeno-almoço	36	78,3
Após o almoço	3	6,5
Após o jantar	5	10,9
Antes de ir dormir	41	89,1
Uso de dentífrico fluoretado (n=46)		
Sim	46	100,0
Não	0	0,0
Uso do fio dentário (n=46)		
Não	4	8,7
Sim, ocasionalmente	31	67,4
Sim, todos os dias	11	23,9
Consumo de bebidas ou alimentos açucarados (n=46)		
Todos os dias	14	30,4
A maioria dos dias	11	23,9
Ocasionalmente	20	43,5
Nunca	1	2,2
Momento de consumo de alimentos açucarados (n=45)		
Após as refeições	27	60,0
Entre as refeições	23	51,1
Antes de dormir	1	2,2
Aumento do consumo de alimentos açucarados durante o estudo (n=46)		
Sim	29	63,0
Não	17	37,0
Frequência de consultas de saúde oral (n=46)		
Nunca visitou o dentista	0	0,0
Regularmente, mesmo sem queixas	42	91,3
Quando existe dor ou queixas	4	8,7
Consulta de saúde oral no último ano (n=46)		
Sim	42	91,3
Não	4	8,7
Motivo da última consulta de saúde oral (n=42)		
Situações de urgência (dor ou abscesso)	1	2,4
Realização de tratamentos (dentisteria, exodontia, endodontia)	5	11,9
Rotina (consulta anual de prevenção, destartarização, selantes)	26	61,9
Estética	5	11,9
Ortodontia	5	11,9
Principal fonte sobre cuidados de saúde oral (n=46)		
Durante o curso	37	80,4
Familiar	7	15,2
Médico Dentista	1	2,2
Higienista Oral	1	2,2

4. Estado de saúde oral e Autopercepção da saúde oral

Na Tabela 5 são apresentados os resultados do estado de saúde oral. A prevalência de cárie foi de 100% e desceu para 92,6% quando se considerou somente as lesões cavitadas.

O componente que mais contribuiu para o $C_{A-6}POD$ foi o cariado (75,3%) enquanto que para o $C_{3-6}POD$ foi o obturado (81,1%) (Figura 1).

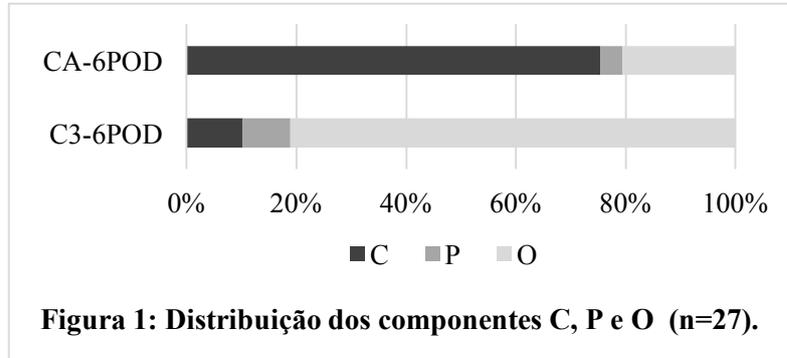


Figura 1: Distribuição dos componentes C, P e O (n=27).

Tabela 5: Indicadores do estado de saúde oral.					
		Cárie - $C_{A-6}POD$ (n=27)	Cárie cavitada $C_{3-6}POD$ (n=27)	Nível de Higiene Oral - ID-S (n=23)	Inflamação Gengival - IPC modificado (n=25)
Prevalência % (n)		100 (27)	92,6 (25)	–	100 (25)
Gravidade	Média (dp)	10,2 (4,2)	4,7 (4,0)	0,30 (0,4)	0,37 (0,2)
	Mediana	10	4	0,17	0,43
	Moda	7	1	0	0,70
	Mínimo	4	0	0	0,04
	Máximo	20	14	1	0,76

A média de ID-S da amostra foi 0,30 (dp=0,4), tendo sido registrado um mínimo de 0 e um máximo de 1 (Tabela 5). Em relação ao nível de higiene oral 43,5% dos estudantes apresentaram uma higiene oral excelente (Figura 2).

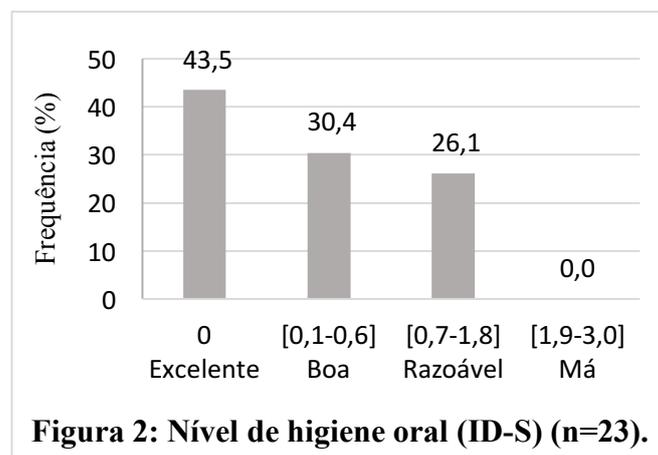


Figura 2: Nível de higiene oral (ID-S) (n=23).

A frequência de inflamação gengival foi de 100% e a média de IPC modificado foi 0,37 (dp=0,2), tendo sido registado um mínimo de 0,04 e um máximo de 0,76 (Tabela 5).

Em relação à autoperceção e classificação da SO, 84,8% dos participantes afirmaram que houve uma melhoria da sua SO no decorrer da formação universitária e 73,3% considerou ter uma boa SO (Tabela 6).

Tabela 6: Autoperceção e classificação da saúde oral (n=46).		
	n	%
Melhoria da saúde oral		
Sim	39	84,8
Não	7	15,2
Classificação da saúde oral		
Muito Boa	4	8,7
Boa	36	78,3
Razoável	6	13,0
Má/ Muito má	0	0,0

5. Relação entre o HUDBI e comportamentos com o estado de saúde oral

Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o HUDBI e o C_{A-6}POD ($\rho=-0,28$; $p=0,16$), nem com o C₃₋₆POD ($\rho=-0,20$; $p=0,36$), nem com o ID-S ($\rho=0,24$; $p=0,27$) e com o IPC modificado ($\rho=0,28$; $p=0,18$) (Tabela 7).

Tabela 7: Relação entre o HUDBI, CPOD, ID-S e IPC modificado.								
	C_{A-6}POD (n=27)		C₃₋₆POD (n=27)		ID-S (n=23)		IPC modificado (n=25)	
HUDBI ρ	$\rho=-0,28$	$p=0,16$	$\rho=-0,20$	$p=0,36$	$\rho=0,24$	$p=0,27$	$\rho=0,28$	$p=0,18$

Correlação de Spearman.

A análise da relação do estado de saúde oral com os comportamentos encontra-se descrita na Tabela 8. Não se verificaram diferenças significativas quando analisada a frequência de utilização do fio dentário e o estado de SO. Os estudantes que consumiam frequentemente bebidas ou alimentos açucarados e que aumentavam o seu consumo durante os períodos de estudos apresentaram maiores valores do C₃₋₆POD. Não se verificaram diferenças significativas entre a autoperceção e classificação da SO e o estado de SO.

Tabela 8: Relação entre os comportamentos de saúde oral e o CPOD, o ID-S e o IPC modificado.

	C_{A-6}POD (n=27) Média (dp)	C₃₋₆POD (n=27) Média (dp)	ID-S (n=23) Média (dp)	IPC modificado (n=25) Média (dp)
Uso do fio dentário diariamente				
Sim	11,3 (4,3)	6,0 (6,3)	0,2 (0,3)	0,4 (0,2)
Não	10,0 (4,3) p=0,62*	4,5 (3,6) p=0,87*	0,3 (0,4) p=0,46*	0,4 (0,2) p=0,54*
Consumo frequente de bebidas ou alimentos açucarados (Todos os dias ou a maioria dos dias)				
Sim	10,7 (4,3)	5,8 (3,3)	0,4 (0,4)	0,4 (0,2)
Não	9,7 (4,3) p=0,46*	3,5 (4,4) p=0,03*	0,2 (0,2) p=0,31*	0,3 (0,2) p=0,37*
Aumento do consumo de alimentos açucarados durante o estudo				
Sim	11,0 (4,5)	6,0 (4,3)	0,3 (0,3)	0,4 (0,2)
Não	8,9 (3,5) p=0,26*	2,6 (2,2) p=0,04*	0,4 (0,4) p=0,45*	0,4 (0,1) p=0,63*
Classificação da sua saúde oral				
Muito Boa	7,5 (2,1)	2,0 (1,4)	0,1 (0,1)	0,4 (0,5)
Boa	10,3 (4,0) p=0,56**	4,8 (4,0) p=0,59**	0,3 (0,3) p=0,70**	0,4 (0,2) p=0,98**
Razoável	11,7 (7,2)	5,7 (5,0)	0,5 (0,7)	0,4 (0,1)

*U de Mann-Whitney; ** Kruskal-Wallis.

6. Crenças que contribuem para os comportamentos e atitudes de saúde oral (*Focus de grupo*)

Todos os participantes relataram possuir uma maior consciência das adequadas atitudes e comportamentos de SO devido ao acesso a informação adquirida durante o curso. A maioria declarou também nunca ter recebido qualquer explicação sobre cuidados de SO antes de entrar para a faculdade. Podem destacar-se os seguintes comentários dos participantes:

“Como estamos dentro do curso, de repente temos conhecimentos de tudo o que existe e então começamos a prestar mais atenção às coisas.”

“Grande parte da minha higiene oral, hoje em dia, é fruto dos ensinamentos que tive na faculdade.”

“Na escola, não havia a preocupação de ensinar o porquê de lavar os dentes ou o como lavar os dentes e na faculdade é que realmente aprendi. E mesmo o dentista, também nunca teve, no meu caso, cuidado de me ensinar ou explicar o como. Eu simplesmente tinha a ideia que, se comia, tinha de lavar os dentes a seguir.”

Para a maioria dos participantes, as principais alterações nos cuidados de SO ao longo do curso foram a introdução do fio dentário, a correção da técnica de escovagem (escovagem cuidadosa de cada dente, inclinação da escova, movimentos e força de escovagem e tipo de escova) e a periodicidade das visitas a um profissional de SO.

Um dos principais motivos para a modificação dos comportamentos de SO, citado por parte dos participantes, foi o conhecimento das consequências de uma má higiene oral (doenças orais, perda dentária) e conseqüentemente dos tratamentos necessários. Esta temática pode ser percebida através das seguintes citações:

“...Comecei a dar muito mais atenção porque comecei a entender todas as formas de patologia dentária ... algum problema de que poderia surgir caso eu não tivesse atenção a higiene oral.”

“Eu também acho que, o que faz também muitos de nós mudarmos os comportamentos, é termos a noção de que tratamento é que é necessário fazer...”

A própria atividade clínica foi também mencionada como uma das razões para alteração e aperfeiçoamento dos comportamentos de SO, em especial porque nos anos clínicos é possível observar as consequências de uma má SO.

“Trabalhando um bocadinho [na clínica] e já vendo as consequências, mais assim de perto ... [pensas]: “Se calhar, tenho de começar aqui a pormenorizar me porque não quero que isto aconteça.”

Adicionalmente, muitos participantes referiram que sentiram uma obrigação moral perante os seus pacientes no sentido de representar um exemplo de uma boa SO.

“Eu sinto... sentido de responsabilidade. [...] E que é um bocado pouco ético não o fazeres e depois transmitir aos outros a forma melhor de realmente o fazer”.

Os estudantes debateram a forma como os seus comportamentos podiam influenciar a capacidade de ensinar e motivar os seus pacientes relativamente aos cuidados de saúde – a maioria afirmou haver uma relação positiva, no entanto uma minoria discordava.

“Eu quis fazer melhor para poder ensinar melhor, mas também para saber o quanto difícil era adaptar-me às coisas no papel do doente.”

“É muito fácil uma pessoa não inculcar os hábitos e explicá-los.”

Alguns dos estudantes atribuíram mais valor à sua SO após a vivência de uma doença oral e uma participante referiu o desenvolvimento da responsabilidade dos cuidados de SO com a idade como explicações para a mudança de comportamentos.

Apesar de todos os estudantes se sentirem, de um modo geral, satisfeitos com os seus comportamentos de SO, muitos referiram que gostariam de usar o fio dentário mais

regularmente e de escovar os dentes cuidadosamente de uma forma consistente. Segundo os participantes, a dificuldade de tornar o uso do fio dentário como hábito deve-se ao facto de ter sido introduzido numa idade mais adulta e de ser um procedimento que pede dedicação, tempo e paciência e conseqüentemente encontra como impasse o cansaço, o sono, a preguiça, mas também a falta de tempo.

“Como foi um conhecimento [o uso do fio dentário] que foi acrescentado quando eu já era maior de idade é muito mais difícil.”

“É uma coisa [o uso de fio dentário] que a pessoa tem de parar e dedicar o tempo e atenção para fazer. E de manhã, não dá, de forma alguma, aí é que estou mesmo à pressa. Mas mesmo à noite, entre a parte do cansaço e do sono, e estar a pôr ao barulho um processo extra que tem vários passos, que é moroso, tem vários utensílios, não é fácil... Portanto às vezes sou capaz de fazer isso todos os dias e outras vezes sou capaz de não passar, dependendo se estou super ocupada com testes ou não.”

Um participante explica ainda que devido à sensibilidade dentária, encontra dificuldade em usar o fio dentário e conseqüentemente, com a acumulação de tártaro, já não sente o benefício de usar o fio dentário.

Também a falta de dedicação na escovagem é explicada igualmente pelo cansaço, sono, preguiça e falta de tempo. Um participante indicou também a falta de sensação de sujidade para essa diminuição de cuidado com a escovagem.

Alguns participantes afirmaram que o facto de estudarem fora da sua casa, ou seja longe da sua família, influenciava negativamente o seu desempenho relativo aos cuidados de saúde oral, pois leva a que se tenham muitas outras mais responsabilidades.

“É mais como tu fazes tudo, e não tens ninguém para te acordar e não tens ninguém para confirmar se estás acordada, às vezes há coisas que é mais a pressa”.

Apesar de terem o conhecimento da importância das consultas de rotinas de SO e tentar incutir esse comportamento, alguns participantes explicaram que não foram a uma consulta de SO no último ano, devido ao alto custo, mas também por não ter tido dores de dentes ou não conhecer um médico dentista de confiança.

“Eu não fui [a uma consulta] pelos dois motivos que os portugueses não vão: não tenho dores e não tenho dinheiro.”

“Não sabes se o dentista é bom; também é uma preocupação minha.”

Relativamente às crenças, um dos participantes explicou ter a sensação de que os dentes estão a piorar apesar de os escovar diariamente, indicando as várias restaurações dentárias para o motivo disso acontecer.

Apesar de todos os entrevistados terem noção que a parte mecânica da escovagem é responsável pela remoção da placa bacteriana, alguns referiram que se não usassem dentífrico, não ficariam com a sensação de terem lavado de forma adequado os dentes devido a ausência de hálito fresco.

“Aquele sensação [de hálito fresco], pessoalmente, não é uma coisa que consigo substituir, mesmo que, tecnicamente na minha cabeça, eu saiba: “Não, se eu fizer os movimentos de escovagem, estou à mesma a remover a placa”, eu nunca vou ficar com a sensação de que lavei bem os dentes se não estiver a colocar lá a pasta.”

Em respeito à doença periodontal, todos consideraram que se podiam evitar só com escovagem pelo facto de serem doenças multifatoriais e que depende da suscetibilidade de cada organismo. No entanto, alguns reforçaram a importância do fio dentário.

“Uma pessoa que não tenha predisposição para doença periodontal e que tenha uma escovagem boa e que nunca toca em fio, pode nunca vir a ter uma gengivite sequer.”

“Agora, claro que uma higiene correta das gengivas, inclui a higiene do sulco que é com o fio ou com o escovilhão.”

Verificou-se também que existe a crença que os médicos dentistas não realizam regularmente consultas de rotina para cuidar da sua SO.

“... até se descuida mais por ser dentista a meu ver. Tinha colegas [profissionais de SO], que achavam ridículo pedir para sair mais cedo ou uma tarde para ir ao dentista.”

V. Discussão

O estudo das atitudes, comportamentos e doenças orais dos estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária é importante, pois poderá permitir identificar o impacto da formação académica na aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos de SO positivos. Idealmente, a obtenção desses conhecimentos e atitudes de SO, deve alterar os autocuidados destes estudantes em relação a sua própria SO, mas principalmente, como futuros médicos dentistas, poderá também influenciar a sua capacidade de ensinar e de motivar os seus pacientes para a aquisição de cuidados de SO positivos e por conseguinte na própria SO dos pacientes, desempenhando assim um papel importante na educação em SO e como modelo para a sociedade.⁽⁷²⁻⁷⁴⁾ As atitudes e comportamentos de SO, bem como o estado de SO dos estudantes do último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária são escassamente estudadas em Portugal, daí pretender-se contribuir para esse conhecimento, bem como das crenças e da influência dos conhecimentos e vivências académicas, destes estudantes, relativamente as suas atitudes e comportamentos em SO.

O estudo apresentou uma taxa de participação bastante elevada (98%). No entanto, devido à pandemia COVID-19, só foi possível realizar a observação intraoral a 58,7% dos participantes. No entanto, os estudantes que não realizaram a observação intraoral não devem diferir muito dos observados e assim sendo, pelas características da amostra, pode considerar-se que as conclusões do estudo serão aplicáveis à população do estudo e a populações com características semelhantes. Ainda relativamente à amostra do estudo, esta apresentou uma média de idades perto dos 24 anos (24,4 anos), sendo a expectável, visto que a maioria dos participantes corresponderam a estudantes que frequentaram o ensino superior há 5 anos e cuja maioria entrou no 1º ano do ensino superior com 18 anos. O número de indivíduos do género feminino foi de 6,6 vezes superior ao do género masculino, sendo esta, uma distribuição habitualmente encontrada nos cursos de saúde.^(12,57,73-77)

No presente estudo, o valor médio do HUDBI foi de 9,20, sendo superior ao encontrado noutra estudo realizado numa população de estudantes finalistas portugueses de Medicina Dentária da Universidade Católica (8,3).⁽⁷⁸⁾ Observando a pontuação média do HUDBI, os nossos estudantes portugueses refletiram também melhores atitudes e comportamentos de SO do que seus congéneres de outros países Europeus, bem como do Médio Oriente e da Ásia,

cujos valores médios do HUDBI variaram entre 6,24 e 9,11.^(77,79-83) Pode também constatar-se um aumento do valor do HUDBI nos estudantes do 5º ano (presente estudo), relativamente aos do 3º ano e 1º ano da mesma instituição, no qual o valor médio do HUDBI foi de 8,8 e 7,3 respectivamente.^(66,67) Estes achados, tendem a corroborar um aperfeiçoamento das atitudes e comportamentos de SO ao longo do curso. Segundo a literatura encontrada em populações similares, verifica-se, no decorrer da formação académica, a existência de diferenças significativas do valor médio do HUDBI, confirmando que a progressão académica e consequentemente o provável aumento de conhecimentos sobre a saúde oral estão associados à melhoria das atitudes e dos comportamentos.^(57,73,74,79-82,84-88) Portanto, à medida que os estudantes avançam na sua formação, estes tornam-se mais conscientes da sua SO e adotam melhores atitudes e comportamentos de SO. Da mesma forma, segundo outros estudos que comparam estudantes dos anos pré-clínicos e clínicos, estes revelaram que os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos estudantes dos anos clínicos são melhores do que os dos anos pré-clínicos, podendo esta ser decorrente da crescente experiência dos estudantes com os pacientes, em ambiente clínico, e da sua consciencialização como modelos para seus pacientes.^(77,79,81,82,86-93)

Ao analisar itens específicos do HUDBI, os relacionados com a parte estética e social da SO (cor dos dentes, das gengivas e halitose) mostraram ser uma maior preocupação para os estudantes portugueses do que para populações semelhantes de outras nacionalidades.^(57,59,65,73,77,80,82-88,94) Da mesma forma, os estudantes da FMDUL mostraram referir uma escovagem mais cuidada, com referência maior à moderação da força de escovagem e uso de escovas de dentes mais adequadas para a realização da sua higiene oral, comparando com estudantes de outros países.^(57,59,65,73,77,79,80,82-84,86-88,94) A pequena percentagem de estudantes que concordou com a inevitabilidade de vir a necessitar de reabilitação protética (2,2%) pode demonstrar que estes se tornaram mais atentos aos seus dentes naturais e mais conscientes das limitações e do impacto da perda dentária na função estomatognática e estética.^(57,59,65,79,80,82,86-88,94) No entanto, em alguns itens do questionário os resultados não foram tão positivos, revelando que a aquisição de atitudes positivas nem sempre é influenciável pelo maior conhecimento e vivências académicas. Assim, a percentagem de estudantes do 5ºano que responderam acreditar ser impossível prevenir doenças gengivais apenas com a escovagem permanece alta (78,3%). Também é interessante constatar que 6,5% dos participantes reconheceram visitar o dentista apenas em caso de dor. Esses achados mostram não apenas os obstáculos, mas também a necessidade de superar preconceitos profundamente

enraizados que impedem os estudantes pré-graduados de se tornarem mais atentos à sua SO. Além disso, sabe-se que as características sociopsicológicas podem afetar a relação entre o conhecimento adquirido e as atitudes e comportamentos de SO adotados. Um estudo mostrou que melhores atitudes e comportamentos de SO eram significativamente associadas a níveis mais elevados de traço de personalidade de tipo consciencioso.⁽⁹⁵⁾ A baixa percentagem de respostas concordantes no item 4 (32%) pode ser devido à interpretação errada desta questão sobre se os seus dentes estavam limpos ou não, em vez de estarem cientes da placa bacteriana. Adicionalmente, 23,9% dos estudantes ainda declararam nunca ter sido ensinados a escovar os dentes por um profissional. Muito provavelmente, estes participantes interpretaram essa questão como nunca tendo sido ensinados durante a suas consultas por profissionais de SO, visto que todos tiveram, durante a sua formação académica, aulas e prática sobre hábitos de higiene oral e autocuidado. A percentagem de indivíduos com falta de preocupação em visitar regularmente um profissional de SO (10,9%) pode ser explicada devido à possibilidade de realizar exames de SO regulares durante os semestres clínicos, através dos seus colegas ou docentes, daí não sentirem tanta necessidade de recorrer ao profissional de saúde oral.

A grande maioria dos estudantes (97,8%) referiu escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, resultado este em consonância com os estudos de Queirós (100%)⁽⁹⁶⁾ e Dias (97%)⁽⁷⁸⁾ realizados em populações similares. Quando comparada esta frequência com estudos realizados em estudantes do 1º⁽⁶⁶⁾ e 3º ano⁽⁶⁷⁾ dos 3 cursos da FMDUL, esta foi semelhante ao do 3º ano (98%) mas superior ao do 1º ano (89,7). No entanto, a frequência de escovagem do presente estudo foi bastante mais elevada relativamente a população portuguesa em geral, cujo valor é de 60,1%, segundo o Barómetro de Saúde Oral de 2019.⁽⁹⁷⁾ Da mesma forma, a população portuguesa na faixa etária 16-24 anos apresentou valor inferior (83,9%)⁽⁹⁸⁾, assim como, num estudo realizado por Sousa numa população de estudantes do ensino superior em áreas não relacionadas com a SO (80,5%).⁽⁹⁹⁾ A excelente integração da escovagem bidirária na amostra do estudo pode ser explicada pelo facto destes estudantes terem obtidos conhecimentos de SO durante aos 5 anos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, sabendo por isso que a escovagem bidirária é um dos comportamentos mais importantes para a prevenção das principais doenças orais.^(28,29)

No entanto, relativamente ao uso do fio dentário, 8,7% dos participantes confirmaram não usar este meio auxiliar de remoção de placa bacteriana, valor esse similar ao estudo de Ferreira (8,8%)⁽⁶⁷⁾ mas inferior ao de Fortes (40,5%)⁽⁶⁶⁾ e aos valores dos estudos de Queirós (28,7%)⁽⁹⁶⁾

e de Dias (28,6%).⁽⁷⁸⁾ Da mesma forma, esta frequência foi melhor do que a da população portuguesa geral (60,1%)⁽⁹⁷⁾, da população portuguesa da faixa etária 16-24 anos (67,8%)⁽⁹⁸⁾ e dos estudantes do ensino superior (48,4%).⁽⁹⁹⁾ Mais uma vez, estes resultados podem indicar que os conhecimentos adquiridos ao longo da frequência académica levaram os estudantes a reconhecerem a importância da utilização deste comportamento de higiene oral, adotando-o mais frequentemente. Contudo o uso diário do fio dentário não se encontra bem implementado, pois foi utilizado diariamente apenas por 23,9% dos participantes, sendo este valor inferior aos estudos de Queirós (55,1%)⁽⁹⁶⁾ e de Dias (54,5%)⁽⁷⁸⁾, mas similar e superior aos estudos de Ferreira (20,6%)⁽⁶⁷⁾ e Fortes (7,8%)⁽⁶⁶⁾, respetivamente. À semelhança dos resultados anteriores esta frequência também foi superior às encontradas na população geral (8,3%)⁽⁹⁷⁾ e nos estudantes do ensino superior que não frequentavam um curso de SO (7,8%).⁽⁹⁹⁾ Apesar de melhor do que na população em geral, verificando-se um hábito menos frequente do que o recomendado, seria fundamental reforçar, durante o ensino académico, este comportamento de forma a prevenir o desenvolvimento de doenças orais.^(34,35)

Em relação à frequência de ingestão de bebidas ou alimentos açucarados, 54,3% afirmaram realizar este consumo todos os dias ou a maioria dos dias, sendo que, este valor torna-se ainda mais insatisfatório quando se verifica que o consumo é maioritariamente (51,1%) entre as refeições. Estes resultados foram semelhantes aos estudos de Fortes⁽⁶⁶⁾, Ferreira⁽⁶⁷⁾ e Sousa.⁽⁹⁹⁾ Esses achados mostram que estes hábitos alimentares estão profundamente enraizados nos estudantes, sendo mais difícil de alterar estes comportamentos e adotar hábitos alimentares mais saudáveis. De facto, estudos consideram que os hábitos alimentares incorporados na infância e na adolescência influenciam os comportamentos saudáveis na idade adulta, sendo que estes são difíceis de alterar quando bem implementados.^(100,101) Adicionalmente, 63,0% dos participantes referiu aumentar o consumo de hidratos de carbono durante o estudo, valor também semelhante aos estudantes do 1º e 3º ano da FMDUL e aos estudantes que não cursam na área da SO.^(66,67,99) Uma vez que os estudantes do ensino superior se encontram em situação de maior stress, particularmente durante épocas de estudo, este comportamento pode ser explicado pela associação estabelecida entre o stress e o maior consumo de alimentos açucarados como chocolate, bolachas e biscoitos.⁽¹⁰²⁻¹⁰⁴⁾ As consequências de uma alimentação rica em hidratos de carbonos deve também ser um tópico discutido de forma mais relevante durante a formação académica.

Quanto às visitas ao profissional de SO, no presente estudo, 91,3% afirmaram ter realizado consultas regulares, sendo que 8,7% referiram ir somente em situações de urgência ou queixa.

Estes achados foram mais satisfatórios relativamente aos estudantes do 1º (76,6% e 23,3%) e 3º ano (84,3% e 15,7%) da FMDUL^(66,67), aos estudantes do ensino superior (53,9% e 44,9%)⁽⁹⁹⁾, aos indivíduos entre 16-24 anos (63,0% e 28,7%)⁽⁹⁸⁾ e à população portuguesa geral (58,5% e 24,8%).⁽⁹⁷⁾ Os resultados podem ser explicados pelo facto que estes estudantes têm um acesso facilitado à realização de exames de rotina de SO pelos seus colegas e consideram a visita ao médico dentista apenas em situação de verdadeira necessidade. Para mais, dos 91,3% que visitaram um profissional de SO no último ano, 61,9% dos participantes referiram ter realizado uma consulta de rotina, valor superior ao estudo de Dias (53,2%)⁽⁷⁸⁾, de Sousa (46,8%)⁽⁹⁹⁾ e ao Barómetro de Saúde Oral (41,5%).⁽⁹⁷⁾ No entanto, os estudos de Fortes e Ferreira apresentaram valores mais elevados com 78,8% e 73,5% respetivamente.^(66,67) Esta discrepância pode estar relacionada com a inclusão de consulta de ortodontia e até estética como consultas de rotina. É também interessante, verificar que somente 2,4% referiram que a razão da última consulta foi devida a situações de urgência, valor inferior quando comparado com os outros estudos referidos anteriormente.^(66,67,97-99)

O perfil do comportamento de SO dos estudantes do último ano do nosso estudo foi mais favorável relativamente aos relatados pelos estudantes de vários outros países^(73,74,84-87,105-110), sendo no entanto muito semelhantes aos dos países da Europa.^(77,111-113)

Relativamente à perceção da SO, a maioria dos estudantes considerava ter uma boa ou muito boa SO. Estes resultados aproximam-se dos valores dos estudos realizados com estudantes em Medicina Dentária por Albuquerque⁽¹²⁾ e Dias⁽⁷⁸⁾. Estes resultados são positivos, uma vez que a perceção de um indivíduo sobre a sua saúde oral é determinada pelas suas condições clínicas e pelo impacto da saúde na sua vida diária.⁽¹¹⁴⁾ Comparando com estudantes de cursos não relacionados com a SO, esses valores são mais satisfatórios à custa da baixa percentagem de indivíduos que classificam a sua SO razoável ou má.⁽⁹⁹⁾ Ademais, 84,4 % declararam ter aperfeiçoado a sua SO ao longo do curso, resultado semelhante ao de Dias (70,4%).⁽⁷⁸⁾

No que toca ao estado de SO dos participantes, a experiência de cárie encontrada foi de 100%, semelhante ao valor mundial descrito pela OMS para os indivíduos adultos⁽¹¹⁵⁾, mas superior aos encontrados no *III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Oraís*⁽⁵⁴⁾, nos indivíduos de 18 anos e noutros estudos nacionais.^(12,66) Quando excluído as lesões de cárie iniciais, esta desce de 7,4%, discrepância essa, semelhante a encontrada no estudo da DGS de 2015.⁽⁵⁴⁾ Esta diferença poderá ser explicada pela maior idade dos participantes do presente

estudo. Analisando os componentes do índice CPO isoladamente, é interessante observar que quando se considera apenas as lesões de cárie cavitadas, a percentagem do componente C desce de 75,3% para 10,2%. A utilização do ICCMS permite detectar lesões de cárie iniciais que poderão beneficiar de tratamentos preventivos, de modo a que estas não evoluam para a dentina e muitas das lesões observadas necessitam apenas de controlo pois são lesões de cárie iniciais e inativas. Relativamente à gravidade de cárie, a média do $C_{A-6}POD$ e $C_{3-6}POD$ foi 10,2 e 4,7 respetivamente, gravidade essa superior às encontradas em estudos semelhantes nacionais.^(12,66,67) Estes resultados podem novamente ser explicados pelo facto da amostra do presente estudo apresentar uma idade superior à dos estudos anteriormente referidos. De facto, o índice CPO é irreversível, uma vez que descreve a experiência de cárie, ou seja, história presente mas também passada da doença, incluindo, para além dos dentes cariados e não tratados, os dentes perdidos e obturados por cárie. Porém, a média do $C_{3-6}POD$ foi bastante semelhante à dos indivíduos de 18 anos do *III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais* (4,4).⁽⁵⁴⁾

A maioria dos estudantes do 5º ano do curso de Medicina Dentária apresentaram uma higiene oral excelente com uma média do ID-S de 0,30. Este resultado evidenciou um aperfeiçoamento do nível de higiene oral em comparação com os estudantes do 1º e 3º ano do mesmo curso em que a maioria dos participantes apresentava, respetivamente, um nível de higiene oral razoável e boa.^(66,67) Esta diminuição está de acordo com vários estudos^(94,109,110,113,116), evidenciando que esta melhoria pode estar relacionada ao aumento do conhecimento e da experiência de prática clínica.

Em relação a inflamação gengival, todos os participantes apresentaram pelo menos um dente com hemorragia gengival, prevalência essa que é perto do dobro da encontrada nos indivíduos de 18 anos do *III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais* (57,8%).⁽⁵⁴⁾ Apesar deste resultado menos satisfatório, o mesmo não se verifica com a média do IPC modificado do presente estudo (0,37) que foi bastante inferior ao dos estudantes do 1º ano (3,6)⁽⁶⁶⁾, mas que é superior aos do 3º ano do curso de Medicina Dentária (0,15).⁽⁶⁷⁾ No entanto, nos estudos de Fortes⁽⁶⁶⁾ e Ferreira⁽⁶⁷⁾, a presença de inflamação gengival não foi examinado em todos os dentes presentes, mas sim somente nos dentes índice do IPC o que pode justificar estas discrepâncias. Se o IPC modificado tivesse sido aplicado em todos os dentes, os valores encontrados nestes dois estudos estariam, muito provavelmente, superiores ao valor encontrado no presente estudo.

Não foram observadas correlações entre o HUDBI e a cárie dentária, como concluído nos estudos de Albuquerque⁽¹²⁾ e Fortes.⁽⁶⁶⁾ No entanto, estes resultados não estão em concordância com outros estudos, onde se constatou que baixos valores de CPO se correlacionaram com altos valores de HUDBI.^(67,117) Este achado pode ser atribuído à conversão dos estudantes para atitudes e comportamentos de SO positivas durante a sua formação acadêmica, enquanto que o índice de CPO, sendo irreversível, não diminui. De igual forma, não foram encontradas qualquer associações entre o HUDBI e o nível de higiene oral e de inflamação gengival, resultados análogos aos estudos de Albuquerque⁽¹²⁾, Fortes⁽⁶⁶⁾ e Ferreira.⁽⁶⁷⁾ Contudo, vários estudos indicaram que à medida que as atitudes e os comportamentos em SO melhoram, menor é a presença de placa bacterina e de hemorragia gengival.^(94,117,118)

No que diz respeito às relações entre os comportamentos de SO e o estado de SO, apenas foi encontrada uma relação significativa entre o consumo frequente de hidratos de carbono e o C₃₋₆POD, tal como alguns estudos concluíram.⁽¹¹⁹⁾ O consumo frequente de bebidas ou alimentos açucarados está associado a um maior desenvolvimento de cárie devido à maior frequência de ciclos de desmineralização da estrutura dentária.⁽³⁶⁾ Apesar de não existirem relações entre outros comportamentos de SO e estado de saúde oral no presente estudo, vários outros estudos demonstraram uma correlação inversa entre a frequência de escovagem e o uso de fio dentário com a experiência de cárie dentária, o nível de higiene oral e de inflamação gengival.^(110,119,120)

Por fim e relativamente às crenças e à influência dos conhecimentos e vivências académicas sobre as atitudes e comportamentos de SO, os testemunhos destes estudantes estão em consonância com as conclusões de Albuquerque.⁽¹²⁾ Constatou-se que a principal fonte de informação sobre cuidados de SO foi adquirida ao longo do percurso académico. No entanto, para a mudança de comportamentos ligados à saúde, é preciso fornecer às pessoas não só os meios para o fazer, mas também as razões para mudar esses comportamentos.⁽¹⁶⁾ Quando interrogados sobre as razões das alterações de comportamentos em SO, os estudantes admitem ter aderido a comportamentos mais saudáveis por se terem apercebido da sua susceptibilidade às doenças orais e por receio das consequências bem demonstradas na prática clínica. Esta conclusão encontra-se em concordância com o “Modelo de Crenças na Saúde” que sugere que os comportamentos saudáveis são determinados pela percepção da vulnerabilidade dos indivíduos às ameaças à sua saúde.⁽¹²¹⁾ Estes estudantes parecem também ter-se apercebido da importância dos conhecimentos teóricos que lhes foram transmitidos com a observação dos

seus pacientes. De facto, a aprendizagem por experiências vividas e observação do comportamento de terceiros, leva um indivíduo a refletir sobre as suas atitudes e, conseqüentemente, comportamentos.^(122,123) Os resultados indicaram igualmente um aumento da consciência dos estudantes em relação ao sentido de responsabilidade para com a comunidade e à necessidade de cuidar da mesma. Isto pode refletir que as expectativas sociais da comunidade onde estes jovens adultos estão inseridos, têm uma influência sobre as percepções e sobre os comportamentos de SO.⁽¹²⁴⁻¹²⁶⁾ No entanto, alguns estudantes discordaram com o facto das atitudes e comportamentos de SO dos profissionais poderem influenciar a capacidade de ensinar e de motivar os seus pacientes, pensamento este, em desacordo com a literatura, uma vez que os autocuidados dos profissionais de saúde em relação a sua própria SO refletem o seu entendimento na importância da prevenção das doenças orais.⁽⁵⁹⁻⁶³⁾

Apesar de bem informados e com intenção de agirem, muitos estudantes referiram algumas falhas na adoção e manutenção de alguns comportamentos de SO, nomeadamente o uso diário do fio dentário. De facto, a descontinuidade entre a vontade e o comportamento é particularmente nítido nos autocuidados de saúde oral diários.⁽¹²⁷⁾ Isto sugere que um aumento dos conhecimentos não resulta sempre em atitudes mais positivas e que atitudes positivas nem sempre influenciam os comportamentos.^(128,129) Diversos estudos verificaram que a resistência à utilização do fio dentário, pelos jovens, se deve às dificuldades e habilidades necessárias para o seu uso e ao tempo exigido.⁽¹³⁰⁻¹³²⁾ Além disso a introdução deste comportamento numa idade adulta torna-se mais difícil, uma vez que tendem a apresentar maior resistência, sendo assim importante a sua introdução durante a infância de forma a perdurar ao longo da vida.^(133,134) Em relação as consultas de rotinas de SO, apesar do conhecimento sobre a sua importância, alguns participantes não foram a uma consulta de SO devido ao alto custo das consultas e por não ter tido dores de dentes. Esta explicação encontra-se em concordância com a população portuguesa⁽⁹⁷⁾, o que mostra que alguns preconceitos estão profundamente enraizados e conseqüentemente podem impedir a adoção de comportamentos mais saudáveis.

VI. Conclusão

Considerando os objetivos no presente estudo e a partir dos resultados obtidos, podem ser tiradas as seguintes conclusões:

Relativamente as atitudes e comportamentos de SO, o valor de HUDBI obtido foi bastante satisfatório. Porém, para melhores resultados alguns aspectos poderiam ser melhorados, nomeadamente o uso de fio dentário e a realização de consultas de SO regulares.

A escovagem dos dentes bidária revelou-se ser um comportamento bem implementado. O mesmo não se verificou com o uso diário do fio dentário, bem como com o consumo de bebidas ou alimentos açucarados, sendo estes mais insatisfatórios. Constata-se então, a importância de dar mais ênfase a estes temas no currículo académico do curso de Medicina Dentária, de modo a melhorar estes comportamentos.

A prevalência e a gravidade de cárie foram bastante elevadas. No entanto, ao analisar cada componente do índice CPO separadamente, a frequência de lesões de cárie cavitadas e com necessidade de tratamento foi baixa. O nível de higiene oral da população foi bastante satisfatório, sendo que cerca de metade dos estudantes apresentou um nível excelente. Apesar de todos os participantes apresentarem pelo menos um dente com hemorragia gengival, a gravidade da inflamação gengival pode ser considerada baixa, revelando um número de dentes baixo onde a hemorragia é verificada. Relativamente à percepção da SO, a maioria dos estudantes consideraram ter uma SO “Boa” ou “Muito Boa”.

Não foi encontrada qualquer associação entre o HUDBI e o estado de saúde oral. No entanto, nas relações com os comportamentos de SO, verificou-se que quanto maior a frequência de consumo de bebidas ou alimentos açucarados, maior a gravidade de cárie cavitada.

Os estudantes consideram ter adquirido conhecimento sobre as causas de doenças orais e suas consequências ao longo do curso, conhecimento esse que os influenciou a adotar comportamentos saudáveis para prevenirem o seu aparecimento. Acrescentaram também ter tido maior consciência da importância de comportamento saudáveis, através da interação com os pacientes a quem prestaram cuidados. As principais alterações nos cuidados de SO foram a introdução do fio dentário, a correção da técnica de escovagem e a periodicidade das visitas a um profissional de SO. Apesar de considerarem que o uso diário do fio dentário era importante, foram apontadas inúmeras dificuldades para a sua implementação diária, tal como recomendado, nomeadamente a técnica difícil de executar, o tempo exigido, o cansaço, o sono

e a preguiça. Explicaram também que as razões de não realizarem consultas regulares de SO eram o alto custo dessas consultas, mas também por não terem tido dores de dentes ou ainda não conhecer um médico dentista de confiança.

As atitudes e os comportamentos de SO dos estudantes do último ano do curso de Medicina Dentária podem ser considerados, de modo geral positivos, indicando a possível influência dos conhecimentos adquiridos e da prática clínica durante a formação académica. No entanto, as atitudes e os comportamentos de SO destes participantes podem ser ainda mais positivos, sendo assim, necessário reforçar alguns temas, nomeadamente o uso diário de fio dentário, a diminuição do consumo de hidratos de carbono e a realização de consultas regulares, para a prevenção de doenças e o desenvolvimento de uma boa SO.

É importante que os futuros profissionais tenham bons conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação à SO e à prevenção das doenças orais. É também importante que percebam a importância e do reflexo das suas vivências e dos seus comportamentos pessoais nos dos seus pacientes, uma vez que os profissionais de SO representam um exemplo de boa SO para os seus pacientes.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). The health of young people: A challenge and a promise. Geneva: World Health Organization, 1993.
2. FDI - Vision 2020 Think Tank A new definition for oral health. 2016:1-4.
3. Locker D, Slade G. Concepts of oral health, disease and the quality of life. Measuring oral health and quality of life. 1997:11-24.
4. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Intl Dent J. 2004 Dec;54(6 Suppl 1):329-343.
5. World Health Organization (WHO). World Congress on Preventive Dentistry. 11th ed. New Delhi: World Health Organization, 2007.
6. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. 2005 Sep;83(9):644.
7. Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Plano nacional de saúde 2011-2016: Estratégia de saúde oral em Portugal: Um conceito de transversalidade que urge implantar. Porto; 2010.
8. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2000 Dec;28(6):399-406.
9. World Health Organization (WHO). The World Oral Health Report Continuous improvement of oral health in the 21st century – The approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneve: World Health Organization, 2003.
10. Koop C. Oral Health 2000. Second National Consortium Advance Program. 1993;2.
11. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. Soc Sci Med. 1996 Oct;43(8):1213-22.
12. Albuquerque T. Atitudes, Comportamentos e Condições de Saúde Oral de Estudantes Universitários ao longo da sua Vivência Académica [Tese]. Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2013.
13. Ogden J. Health psychology: A textbook. 3rd ed. Maidenhead: Open University Press; 2004.
14. Steptoe A, Wardle J. The european health and behaviour survey the development of an international study in health psychology. Psychol Health. 1996;11(1):49-73.
15. Hansen E, Easthope G. Lifestyle in Medicine. Critical Studies in Health and Society. 1st ed. London: Routledge; 2006.
16. Souza GA, Silva AMM, Galvão R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. Pesq Odontol Bras. 2002 Jan/Mar;16(1):57-62.
17. Lawton J. Colonising the future: temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult life course. Sociol Health Illn. 2002 Oct;24(6):714–33.
18. World Dental Federation (FDI). World Oral Health Day. 5th ed. 2017.
19. Matos APS, Sousa-Albuquerque CM. Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. Int J Clin Health Psychol. 2006;6:647-63.
20. Yevlahova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. Aust Dent J. 2009 Sep;54(3):190-197.

21. Inglehart M, Tedesco LA. Behavioral research related to oral hygiene practices: a new century model of oral health promotion. *Periodontol* 2000. 1995 Jun;8:15-23.
22. Brown G, Manogue M, Rohlin M. Assessing attitudes in dental education: Is it worthwhile?. *Br Dent J*. 2002 Dec 21;193(12):703-707.
23. Park K. *Park's Textbook of Preventive and Social Medicine*. 23rd ed. Jabalpu: Bhanot; 2015.
24. Ajzen I. *Attitudes, Personality and Behaviour*. 2nd ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.
25. Renz A, Ide M, Newton T, Robinson PG, Smith D. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr;18(2):CD005097.
26. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev*. 1977 Mar;84(2):191-215.
27. Almeida JP, Pereira MG. Locus de controlo na saúde: conceito e validação de uma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2006;7(2):221-238.
28. Kinane D. The role of interdental cleaning in effective plaque control: need for interdental cleaning in primary and secondary prevention. In: Lang NP, Attstrom R, Loe H, editors. *Proceedings of the European workshop on mechanical plaque control*. Chicago: Quintessence. 1998;156-168.
29. Van der Weijden GA, Hioe KP. A systematic review of the effectiveness of self performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J Clin Periodontol*. 2005;32(Suppl 6):214-228.
30. DGS. *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa: Ministério da Saúde, DGS; 2005.
31. 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):111-116.
32. Al-Hussaini R, Al-kandar M, Hamadi T, Al-Mutawa A, Honkala S, Memon A. Dental Health Knowledge, Attitudes and Behaviour among Students at the Kuwait University Health Sciences Centre. *Med Princ Pract*. 2003 Oct-Dec;12(4):260-265.
33. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev Port Sau Pub*. 2013;31(2):145-152.
34. Loe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International dental journal*. 2000 Jun;50(3):129-139.
35. 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 Dec 18;12(12):CD009857.
36. Touger-Decker R, Loveren CV. Sugars and dental caries. *Am J Clin Nutr*. 2003;78(suppl):881-892.
37. Woolfolk MW, Lang WP, Borgnakke WS, Taylor GW, Ronis DL, Nyquist LV. Determining dental checkup frequency. *J Am Dent Assoc*. 1999 May;130(5):715-723.
38. Riley P, Worthington HV, Clarkson JE, Beirne PV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 19;12(12):CD004346.

39. Kawamura M. Dental behavioural science. The relationship between perceptions of oral health and oral status in adults. *Journal Hiroshima University Dental Soc.* 1988 Dec;20(2):273-286.
40. 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.
41. Kawamura M, Iwamoto Y, Wright FAC. A comparison of self-reported dental health attitudes and behavior between selected Japanese and Australian students. *J Dent Educ.* 1997 Apr;61(4):354-360.
42. Kawamura M, Sasahara S, Iwamoto Y. Testing the validity of the Oral Rating Index as a measurement of periodontal health level. *Pediatric Dent J.* 1998;8:161-162.
43. Pitts NB, Ismail AI, Martignon S, Ekstrand K, Douglas GVA, Longbottom C. ICCMS™ Guide for Practitioners and Educators. ICADS Foundtion International Caries Detection and Assessment System. 2014.
44. University Lyon and European Union. European Global Oral Health Indicators Development Programme. Health Surveillance in Europe. Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Guidelines. A Comprehensive Instrument for the Collection of Oral Health Surveys. Bourgeois D, Llodra JC; Christensen LB; Pitts NB, Ottolenghi L, Senekola E (editors). Lyon: University Lyon; 2008.
45. World Health Organization (WHO). Oral Health Surveys Basic Methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
46. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Amaya A, Sen A, Hasson H, Pitts NB. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007 Jun;35(3):170-178
47. Topping GVA, Pitts NB. Clinical visual caries detection. *Monogr Oral Sci.* 2009;21:15-41.
48. Diniz MB, Rodrigues JA, Hug I, Cordeiro RCL, Lussi A. Reproducibility and accuracy of the ICDAS-II for occlusal caries detection. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009 Oct;37(5):399-404.
49. Dikmen B. ICDAS II criteria (International Caries Detection and Assessment system). *J Istanbul Univ Fac Dent.* 2015;49(3):63-72.
50. Ekstrand KR, Gimenez T, Ferreira FR, Mendes FM, Braga MM. The International Caris Detection and Assessment System – IDAS: A systematic review. *Caries Res.* 2018;52:406-419.
51. Bakhshandeh A, Ekstrand KR, Qvist V. Measurement of Histological and Radiographic Depth and Width of Occlusal Caries Lesions: A Methodological Study. *Caries Res,* 2011;45(6):547-555.
52. Neuhaus KW, Rodrigues JA, Hug I, Stich H, Lussi A. Performance of laser fluorescence devices, visual and radiographic examination for the detection of occlusal caries in primary molars. *Clin Oral Invest.* 2011 Oct;15(5):635-641.
53. Pitts NB, Ekstrand KR. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) – methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. *Community Dent Oral*

- Epidemiol. 2013 Feb;41(1):e41–e52.
54. Direção Geral de Saúde (DGS). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais; 2015.
 55. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc.* 1964 Jan;68:7-13.
 56. Öhrn K, Hakeberg M, Abrahamsson KH S, Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. In *J Dent Hygiene.* 2008 Aug;6(3):205-213.
 57. 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. *J Dent Educ.* 2013 Sep;77(9):1171-1178.
 58. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of Changes in Empathy during Dental School. *J Dent Educ.* 2005 Mar;69(3):338-345.
 59. 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. *J Oral Sci.* 2004 Sep;46(3):191-197.
 60. Nusair KB, Alomari Q, Said K. Dental health attitudes and behaviour among dental students in Jordan. *Community Dent Health.* 2006 Sep;23(3):147-151.
 61. Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. *Br Dent J.* 1999 Jul 10;187(1):15-18.
 62. Uitenbroek DG, Schaub RMH, Tromp JAH, Kant JH. Dental hygienists' influence on the patients' knowledge, motivation, self-care, and perception of change. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989 Apr;17(2):87-90.
 63. Brown LF. A comparison of patients attending general dental practices employing or not employing dental hygienists. *Aust Dent J.* 1996 Feb;41(1):47-52.
 64. Sharda AJ, Shetty S. A comparative study of oral health knowledge, attitude and behaviour of first and final year dental students of Udaipur city, Rajasthan, India. *Int J Dent Hygiene,* 2008 Nov;6(4):347-353.
 65. 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 Feb;50(1):46-50.
 66. Fortes C, Mendes S, Albuquerque T, Bernardo M. Atitudes, comportamentos e estado de saúde oral dos alunos do 1º ano da Faculdade de Medicina Dentária de Universidade de Lisboa. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2016;57(4):236-246.
 67. Ferreira S, Albuquerque T, Bernardo M, Mendes S. Comportamentos, atitudes e estado de saúde oral dos alunos do 3º ano da Faculdade de Medicina Dentária de Universidade de Lisboa. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2018;59(4):205-214.
 68. Pitts NB. Detection, Assessment, Diagnosis and Monitoring of Caries: Introduction. *Monogr Oral Sci.* 2009;21:1-14.
 69. Hugson A, Jordan T. Frequency distribution of individuals aged 20-70 years according to severity of periodontal disease. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1982 Aug;10(4):187-192.
 70. Albandar JM, Tinoco EMB. Global epidemiology of periodontal diseases in children and

- young persons. *Periodontology* 2000. 2002;29:153-176.
71. Pilot T, Barmes DE, Leclercq MH, McCombie BJ, Sardo Infirri J. Periodontal conditions in adolescents, 15-19 years of age: na overview of CPITN data in the WHO Global Oral Data Bank. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987 Dec;15(6):336-338.
 72. Miyazaki H, Hanada N, Andoh MI, Yamashita Y, Saito T, Sogame A, Goto K, Shirahama R, Takehara T. Periodontal disease prevalence in different age groups in Japan as assessed according to the CPITN. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989 Apr;17(2):71-74.
 73. Muthu J, Priyadarshini G, Muthanandam S, Ravichndran S, Balu P. Evaluation of oral health attitude and behavior among a group of dental students in Puducherry, India: A preliminary cross-sectional study. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(6):683-686.
 74. Reddy BS, Dosho D, Kulkarni S, Karunakar P. Self-reported Oral Health Attitudes and Behaviour among Students in a Dental Institute in Hyderabad. *J Indian Assoc Public Health Dent.* 2011;9(18):485-490.
 75. Vangipuram S, Rekha R, Radha G, Pallavi SK. Assessment of oral health attitudes and behavior among undergraduate dental students using Hiroshima University Dental Behavioral Inventory HU-DBI. *J Indian Assoc Public Health Dent.* 2015;13(1):52-57.
 76. Al-Shiekh L, Muhammed ME, Muhammed AE, El-huda MA, Hashim NT. Evaluation of dental students' oral hygiene attitude and behavior using HU-DBI in Sudan. *Science Postprint.* 2015;1(2):e00040.
 77. Pacauskiene IM, Smailiene D, Sludikienė J, Savanevskyte J, Nedzelskien I. Self-reported oral health behavior and attitudes of dental and technology students in Lithuania. *Stomatologija.* 2014;16(2):65-71.
 78. Dias ARSS. Atitudes e Comportamentos de Saúde Oral em Estudantes de Medicina Dentária em Portugal e na Holanda – um estudo comparativo [Dissertação]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde; 2015.
 79. Al-Wesabi AA, Abdelgawad F, Sasahara H, EL Motayam K. Oral health knowledge, attitude and behaviour of dental students in a private university. *BDJ Open.* 2019 Oct 24; 5(1):16.
 80. Komabayashi T, Kwan SYL, 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 Mar;47(1):1-7.
 81. Polychronopoulou A, Kawamura M, Athanasouli T. Oral self-care behavior among dental school students in Greece. *J Oral Sci.* 2002 Jun;44(2):73-78.
 82. Polychronopoulou A, Kawamura M. Oral self-care behaviours/comparing Greek and Japanese dental students. *Eur J Dent Educ.* 2005 Nov;9(4):164-170.
 83. Dogan B. Differences in Oral Health Behavior and Attitudes Between Dental and Nursing Students. *MÜSBED.* 2013;3(1):34-40
 84. Neeraja R, Kayalvizhi G, Snggeetha P. Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Dental Students in Bangalore, India. *Eur J Dent.* 2011 Apr;5(2):163-167.
 85. Okoh M, Enabulele J. Influence of clinical experience on oral health attitude and behaviour of dental students attending a Nigerian university. *Odontostomatol.* 2014 Dec;37(148):25-31.

86. Peker I, Alkurt MT. Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Turkish Dental Students. *Eur J Dent*. 2009 Jan;3(1):24-31.
87. Rong WS, Wang WJ, Yip HK. Attitudes of dental and medical students in their first and final years of undergraduate study to oral health behavior. *Eur J Dent Educ*. 2006 Aug;10(3):178-184.
88. Sato M, Camino J, Oyakawa HR, Rodriguez L, Tong L, Ahn C, Bird WF, Komabayashi T. Effect of Dental Education on Peruvian Dental Students' Oral Health-Related Attitudes and Behavior. *J Dent Educ*. 2013 Sep;77(9):1179-1184.
89. Moheet IA Farooq I. Self-reported differences between oral health attitudes of pre-clinical and clinical students at a dental teaching institute in Saudi Arabia. *Saudi Dent J*. 2013 Oct;25(4):149-152.
90. Peker K, Uysal O, Bermek G. Dental Training and Changes in Oral Health Attitudes and Behaviors in Istanbul Dental Students. *J Dent Educ*. 2010 Sep;74(9):1017-1023.
91. Yildiz S, Dogan B. Self Reported Dental Health Attitudes and Behaviour of Dental Students in Turkey. *Eur J Dent*. 2011 Jul;5(3):253-259.
92. Dumitrescu AL, Kawamura M, Sasahara H. An assessment of oral self-care among Romanian dental students using the Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory. *Oral Health Prev Dent*. 2007;5(2):95-100.
93. Jampani Y. Self-reported oral health knowledge, Behavior and Attitude among students of a dental institution in a neo-capital region, Andhra Pradesh. *Clin Dent*. 2019 Oct;13(10):12-20.
94. Lalani A, Dasar PL, Sandesh N, Mishra P, Kumar S, Balsaraf S. Assessment of relationship between oral health behavior, oral hygiene and gingival status of dental students. *Indian J Dent Res*. 2015;26(6):592-597.
95. Al-Omiri MK, Alhijawi MM, Al-Shayyab MH, Kielbassa AM, Lynch E. Relationship Between Dental Students' Personality Profiles and Self-reported Oral Health Behaviour. *Oral Health Prev Dent*. 2019;17(2):125-129.
96. Queirós RFM. Atitudes e Comportamentos de Saúde Oral em Estudantes de Medicina Dentária do Instituto Universitário Ciências da Saúde (IUCS) [Dissertação]. Gandra: Instituto Universitário de Ciências da Saúde; 2017.
97. Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). *Barómetro da saúde oral*. 5ª edição. Portugal; 2019.
98. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J*. 2017 Jun;67(3):139-147.
99. Sousa VGRT. *Crenças, Atitudes, Literacia e Comportamentos de Saúde Oral em Estudantes Universitários* [Dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2017.
100. Guedes DP, Grondin LMV. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle de peso corporal. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2002 Set;24(1):23-45.
101. Aparício G. *Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância*. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. 2010:283-298.
102. Alzahem AM, van der Molan HT, Alaujan AH, Schmidt HG, Zamakhshary MH. Stress amongst dental students: a systematic review. *Eur J Dent Educ*. 2011 Feb;15(1):8-18.
103. Oliver G, Wardle J. Perceived Effects of Stress on Food Choice. *Physiol Behav*. 1999

- May;66(3):511-515.
104. Kim Y, Yang HY, Kim AJ, Lim Y. Academic stress levels were positively associated with sweet food consumption among Korean high-school students. *Nutrition*. 2013 Jan;29(1):213-218.
 105. Messer LB, Calache H. Oral health attitudes and behaviours of final-year dental students. *Eur J Dent Educ*. 2012 Aug;16(3):144-155.
 106. Khami MR, Virtanen JI, Jafarian M, Murtomaa H. Oral health behaviour and its determinants amongst Iranian dental students. *Eur J Dent Educ*. 2007 Feb;11(1):42-47.
 107. Folayan MO, Khami MR, Folaranmi N, Popoola BO, Sofola OO, Ligali TO, Esan AO, Orenuga OO. Determinants of preventive oral health behaviour among senior dental students in Nigeria. *BMC Oral Health*. 2013 Jun 18;13:28.
 108. Brusokaite J, Januleviciute I, Kukleris A, Zekonis G. Evaluation of Dental Health of Dental Students at Kaunas University of Medicine. *Stomatologija*. 2003;5:133-136.
 109. Shah R, Ghosh S, Chaudhary S, Shah S. Comparison of Oral Health Status between First and Final Year BDS Students - A Cross-Sectional Study. *Acta Sci Dent Sci*. 2018 Sep 9;2(9):83-89.
 110. Howat A, Trabelsi I, Bradnock. Oral hygiene levels and behaviour in pre-clinical and final-year dental students. *J Clin Periodontol*. 1979 Jun 1;6(3):177-185.
 111. Mekhemar M, Conrad J, Attia S, Dörfer C. Oral Health Attitudes among Preclinical and Clinical Dental Students in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun;17(12):4253.
 112. Cortes FJ, Nevot C, Ramon JM, Cuenca E. The Evolution of Dental Health in Dental Students at the University of Barcelona. *J Dent Educ*. 2002 Oct;66(10):1203-1208.
 113. Cavaillon JP, Conge M, Mirisch D, Nemeth T, Sitbon JM. Longitudinal study on oral health of dental students at Paris VII University. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1982 Jun;10(3):137-143.
 114. Jones, JA, Kressin NR, Spiro A, Randall CW, Miller DR, Hayes C, Kazis L, Garcia R I. Self-reported and clinical oral health in users of VA health care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Jan;56(1):M55-62.
 115. World Health Organization. Data and statistics [Internet]. World Health Organization; 2019 [cited 2019 May 21]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/data-and-statistics>
 116. Al-Raash EA, Qasim AA. Dental Health Knowledge, Attitude, and Behaviors regarding Oral Hygiene Status among University Students at Mosul City. *IJERMDC*. 2019 Jan;6(1):8-15.
 117. Sharda AJ, Shetty S. Relationship of Periodontal Status and Dental Caries Status with Oral Health Knowledge, Attitude and Behavior among Professional Students in India. *Int J Oral Sci*. 2009;1(4):196-206.
 118. Kawamura M, Sasahara H, Kawabata K, Iwamoto Y, Konishi K, Wright FA. Relationship between CPITN and oral health behaviour in Japanese adults. *Austr Dent J*. 1993;38(5):381-388.
 119. Kumar S, Motwani K, Dak N, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S. Dental health behaviour in relation to caries status among medical and dental undergraduate

- students of Udaipur district, India. *Int J Dent Hyg.* 2010 May;8(2):86-94.
120. Barenie JT, Lescke GS, Ripa LW. The effect of tooth brushing frequency on oral hygiene and gingival health in schoolchildren: reassessment after 21/2 years. *J Public Health Dent.* 1976;36(1):9-16.
121. Rosensstock IM. The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs.* 1974 Dec 1;2(4):354-386.
122. Neto F. *Psicologia social.* Vol. I. Lisboa: Universidade Aberta;1998.
123. Volkart EH. Motivation in small groups. The Philosophical, Behavioral and Professional Bases for Health Education. The Society of Public Health Education (SOPHE) Heritage. Collection of Health Education Monographs, 1. Oakland California: Third Party Publishing Company. 1982:96-109.
124. Hollister MC, Anema MG. Health behavior models and oral health: a review. *J Dent Hyg.* 2004;78(3):1-8.
125. Stokols D. Translating Social Ecological Theory into guidelines for community health promotion. *Am J Health Promot.* 1996;10(4):282-298.
126. Abdi N, Zarezadeh Y, Soleimanzadeh R. Students' viewpoints on a community-based dental education course in an Iranian faculty of dentistry - A conventional content analysis study. *Res Dev Med Educ.* 2020;9(1):10.
127. Renner B, Schwarzer R. Social-cognitive Factors in health behavior change. *Social Psychological Foundations of Health and Illness / In: Suls J and Wallston KA (eds).* Oxford: Blackwell. 2003;169-196.
128. Schou L. Active-involvement principle in dental health education. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1985;13:128-32.
129. Blinkhorn AS, Downer MC, Mackie IC, Bleasdale. Evaluation of a practice based preventive programme for adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1981;9(6):275-279.
130. Schüz B, Sniehotta FF, Schwarzer R. Stage-specific effects of an action control intervention on dental flossing. *Health Educ Res.* 2007;22(3):332-341.
131. Macgregor IDM, Balding JW, Regis D. Flossing behavior in English adolescents. *J Clin Periodontol.* 1998;25(4):291-296.
132. Trafimow D, Sheeran P, Conner M, Finlay KA. Evidence that perceived behavioural control is a multidimensional construct: Perceived control and perceived difficulty. *Br J Soc Psychol.* 2002 Mar;41(Pt1):101-121.
133. Souza CC, Silva JG, Oliveira MS, Bittencourt AS, Freire SD. Jogo patológico e motivação para mudança de comportamento. *Psicol Clin.* 2009 Jan;21(2):345-361.
134. Hickey T, Kalish RA. Young People's Perceptions of Adults. *J. Gerontol.* 1968 Apr;23(2):215-219.

Apêndices e Anexos

Apêndice 1 – Questionário do estudo



FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
“Atitudes, comportamentos e estado de saúde oral dos estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade de Lisboa”.

Agradeço a tua colaboração e peço que respondas com a maior sinceridade ao longo de todo o questionário. Não existem respostas certas ou erradas, o importante é que respondas segundo as tuas crenças e hábitos de Saúde Oral.

Se surgir qualquer dúvida não hesites em contactar-me.

Muito obrigada pela tua participação!

Nome: _____ Data de Nascimento: __/__/____

Sexo: F M Naturalidade: _____

Contacto: _____ E-mail: _____

Por favor, assinala com um **X** se Concordas ou Discordas com cada uma das frases de acordo com os teus **comportamentos e atitudes** relativamente à higiene oral:

	Concordo	Discordo
1. Eu não me preocupo em visitar regularmente o dentista.		
2. As minhas gengivas sangram quando escovo os dentes.		
3. Preocupo-me com a cor dos meus dentes.		
4. Já reparei nalguns 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.		

Por favor, assinala com um X a resposta que te parece mais adequada de acordo com os teus hábitos de higiene oral:

1. Quantas vezes por dia escovas os dentes?

- Menos de 1 vez por dia
- 1 vez por dia
- 2 vezes ou mais vezes por dia

2. Quando realizas a escovagem dos dentes? Nesta questão poderás escolher mais do que uma opção.

- De manhã, antes do pequeno-almoço
- De manhã, depois do pequeno-almoço
- Após o almoço
- Após o jantar
- Antes de ir dormir

3. Usas fio dentário?

- Não
- Sim, às vezes
- Sim, todos os dias

4. Utilizas uma pasta dentífrica com flúor?

- Sim
- Não

5. Com que regularidade vais ao dentista?

- Nunca fui ao dentista
- Regularmente mesmo sem queixas
- Só vou quando tenho dores ou alguma queixa

6. No último ano realizaste alguma consulta com o teu profissional de saúde oral (médico dentista ou higienista oral)?

- Sim
- Não

7. Que razão te levou a procurar o teu profissional de saúde oral no último ano? Se foste a várias consultas no último ano, refere-te à última consulta.

- Não fui ao dentista no último ano
- Dores de dentes ou abscesso
- Extrair ou tratar um dente
- Consulta anual de prevenção
- Fazer limpeza ou fazer selantes
- Estética
- Outros. Quais? _____

8. Qual foi a principal fonte de informação sobre os cuidados a ter com a saúde oral? Como aprendeste a escovar os dentes? Por favor responde APENAS a opção que corresponda à principal fonte (apenas uma opção).

- Familiar
- Médico Dentista
- Higienista Oral
- Médico Assistente/Enfermeiro
- Durante a minha formação na faculdade
- Outro. Qual? _____

9. Com que frequência costumavas consumir bebidas ou alimentos açucarados ou *snacks* (por ex. bolachas, bolos, chocolates, rebuçados)?

- Todos os dias
- A maioria dos dias
- Ocasionalmente
- Nunca

**10. Em que altura do dia ingeres com mais frequência os alimentos açucarados?
Nesta questão poderás escolher mais do que uma opção.**

- Logo após refeições (como sobremesa)
- Entre refeições
- À noite, antes de ir para a cama.

(Se assinalaste a última opção: Realizas a escovagem dos dentes após a ingestão desses alimentos? Sim Não)

11. Quando estás a estudar, costumavas aumentar o consumo de bebidas ou alimentos açucarados?

- Sim
- Não

12. Consideras que a tua saúde oral melhorou ao longo do curso de mestrado em medicina dentária?

- Sim
- Não

13. Como classificarias a tua saúde oral?

- Muito Boa
- Boa
- Razoável
- Má
- Muito má

Apêndice 2 – Consentimento informado



FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

“Atitudes, Comportamentos e estado de saúde oral dos estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade de Lisboa”.

Consentimento de participação no estudo

Investigadora principal:

Sandrine de Jesus Nogueira Almeida – Aluna do 5º ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Peço que leias com atenção este documento. Se não estiveres esclarecido, não hesites em contactar-me e esclarecer as tuas dúvidas.

Descrição e objetivo do estudo:

Estou a realizar um estudo sobre as atitudes, os comportamentos e o estado de saúde oral dos alunos do 5º ano de Medicina Dentária da FMDUL. Este estudo é realizado no âmbito da minha dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Este estudo tem como objetivo conhecer as atitudes, comportamentos e estado de saúde oral, dos alunos do 5º ano da FMDUL, e relacionar as atitudes e os comportamentos com o estado de saúde oral.

Procedimentos do estudo:

Se aceitares participar no estudo terás de responder a um questionário sobre as tuas atitudes e comportamentos relacionados com a saúde oral, cujo preenchimento demora cerca de 5 minutos a responder.

Numa segunda fase, ser-te-á realizado uma observação da tua cavidade oral, com um espelho e uma sonda periodontal, com o objetivo de avaliar a acumulação de placa bacteriana e a presença de lesões de cárie, e de hemorragia gengival. Estes procedimentos não apresentam qualquer risco ou aspeto desagradável para além dos habitualmente esperados no preenchimento de questionários e em observações da cavidade oral.

A tua participação neste estudo é confidencial e voluntária e poderás desistir do estudo a qualquer altura, sem quaisquer consequências. Contudo, nessas circunstâncias, deves avisar o investigador. Mesmo que as conclusões do estudo sejam divulgadas em momento alguma a identificação do participante será divulgada.

Caso aceites participar preenche o questionário e entrega-o à investigadora.
Deves também assinar o consentimento que está em anexo.

Qualquer dúvida não hesites em contactar-me.
Muito obrigada pela tua participação!!

Assinatura do consentimento

Declaro ter ficado esclarecido acerca do procedimento e objetivos do estudo que me foram explicados pelo investigador.

Sei que posso desistir da participação neste estudo, bastando para isso informar o investigador.

Foi-me dada a oportunidade de colocar qualquer questão sobre o assunto. Assim,

declaro que concordo e aceito participar neste estudo.

NOME: _____

(Assinatura do aluno participante)

_____/_____/_____
(Data)

(Assinatura do investigador)

_____/_____/_____
(Data)

Duplicado

Assinatura do consentimento

Declaro ter ficado esclarecido acerca do procedimento e objetivos do estudo que me foram explicados pelo investigador.

Sei que posso desistir da participação neste estudo, bastando para isso informar o investigador.

Foi-me dada a oportunidade de colocar qualquer questão sobre o assunto. Assim,

declaro que concordo e aceito participar neste estudo.

NOME: _____

(Assinatura do aluno participante)

_____/_____/_____
(Data)

(Assinatura do investigador)

_____/_____/_____
(Data)

Apêndice 3 – Ficha de registo do exame intraoral



FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

“Atitudes, comportamentos e estado de saúde oral dos estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade de Lisboa”.

Nome: _____ Idade: _____

Registo IHO-S (DI-S depósitos moles):

Dente	16/17 V	11/21 V	26/27V	36/37 L	31/41 V	46/47 L
Registo						

0	Não há depósitos nem manchas
1	Depósitos moles ou manchas extrínsecas que cobrem menos de 1/3 da superfície dentária exposta
2	Depósitos moles ou manchas extrínsecas que cobrem mais de 1/3 e menos e 2/3 da superfície dentária exposta
3	Depósitos moles ou manchas extrínsecas que cobrem mais de 2/3 da superfície dentária exposta

Registo doença periodontal (IPC modificado) – registo:

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

Estado gengival	
0	Ausência de Hemorragia
1	Presença de Hemorragia
9	Dente excluído
X	Dente ausente

Registo de deteção de cárie (ICDAS II):

- Registo da superfície mais afetada

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

Código Restauração/Selante	
0	Não restaurado ou selado
1	Selante parcial
2	Selante íntegro
3	Compósito
4	Amálgama
5	Coroa metálica
6	Coroa de cerâmica ou ouro
7	Rest. perdida ou fraturada
8	Rest. temporária
9	Dente ausente/outros

Código Lesão de cárie	
0	São
a	Mudança inicial visível no esmalte
3	Descontinuidade do esmalte
4	Sombra de escurecimento na dentina subjacente ao esmalte
5	Cavidade com dentina visível
6	Cavidade extensa com dentina visível

90	Implante colocado por razões que não a cárie dentária
91	Implante colocado devido a cárie
92	Pântico colocado por razões que não a cárie dentária
93	Pântico colocado devido a cárie
96	Superfície dentária não pode ser examinada
97	Perda dentária devido a cárie
98	Perda dentária devido a outras razões que não a cárie dentária
99	Dente incluso

Apêndice 4 – Guião do *Focus* de grupo

Introdução/Enquadramento

Bom dia / Boa tarde a todos,

Desde já quero agradecer vos pela vossa disponibilidade e contribuição para esta minha investigação.

Como muitos já sabem, para a elaboração dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, estou a realizar um estudo sobre as atitudes, os comportamentos e o estado de saúde oral dos alunos do 5ºano de Medicina Dentária, em que o objetivo consiste em estudar se os conhecimentos adquiridos ao longo do curso resultaram em atitudes e comportamentos de SO positivos, e consequentemente numa melhor SO.

Para tal, vamos agora realizar um *focus* de group, ou seja, uma discussão para perceber e entender quais são as vossas crenças/pensamentos em relação aos vossos comportamentos e atitudes de SO.

Peço vos que respondam com sinceridade e digam o que realmente pensam. O que se pretende é apenas analisar qual a vossa experiência e vivências.

Antes de começarmos, informo vos que esta conversa informal e confidencial. A conversa será gravada, com a vossa autorização, unicamente para efeitos da recolha e transcrição de alguns dados.

Peço vos também que não falem em simultâneo para que todos possamos compreender as ideias apresentadas com clareza.

Desenvolvimento/Questões

Influência do curso de Medicina Dentária sobre as atitudes e os comportamentos de SO

- Que impacto o curso em Medicina Dentária teve nos vossos comportamentos e atitudes de SO? / Ou seja, de que forma o curso em Medicina Dentária influenciou os vossos comportamentos e atitudes de SO?
- Quais foram os principais fatores que levaram a modificação dos vossos comportamentos e atitudes de SO?
- Quais foram os comportamentos e atitudes de SO que alteram ao longo do curso?
- Considera que essas modificações foram fáceis de se adquirir? Porquê?
- Em que momento do curso sentiram que os vossos comportamentos em SO mudaram?
- Os anos clínicos influenciaram os vossos comportamentos e atitudes de SO? Porquê?

Comportamentos de SO

- Quanto se sentem satisfeitos com os vossos comportamentos de SO?
- Sentem que há algum comportamento de SO que possam melhorar? Quais? Porquê?
- Reparei que alguns não usam o fio dentário todos os dias. Gostava de perceber o porquê? Quais são os obstáculos/dificuldades ou conceitos que pensam que os podem levar a não aderir a esse comportamento?

- Alguns não foram a uma consulta de medicina dentária este último ano. Quais são as razões que vos levaram a não realizar uma consulta com um profissional de SO?
- Para os que só visitam o médico dentista em situações de dor, gostava de perceber o que vos levar a ter essa atitude? *(só para grupo com menor score HUDBI)*

Crenças de SO

- Reparei que algumas pessoas consideram que não conseguem lavar bem os dentes sem usar dentífrico. Qual é a vossa opinião sobre esta constatação?
- Considera-se que se pode evitar problema de gengiva só com escovagem. Qual é a vossa opinião sobre esta afirmação?
- Notei que alguns consideram que apesar de escovar os dentes diariamente tem a impressão que os dentes estão a piorar. Gostava de saber o porquê deste pensamento? *(só para grupo com menor score HUDBI)*
- Reparei também que alguns de nos consideram não terem sempre tempo para lavar os dentes. Porque e quando é que acham que isso acontece? *(só para grupo com menor score HUDBI)*

Questão final

- Sentem que os vossos comportamentos e atitudes de SO podem influenciar os comportamentos e as atitudes dos vossos pacientes?

Agradecimento

Agradeço a todos os presentes pela vossa participação neste *focus* de group e pelo tempo que despenderam.