

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**Estudo sobre os hábitos, conhecimentos e  
atitudes em saúde oral de uma população  
adolescente.**

**Madalena Barreto Spratley**

Dissertação  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2013



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**Estudo sobre os hábitos, conhecimentos e  
atitudes em saúde oral de uma população  
adolescente.**

**Madalena Barreto Spratley**

**Dissertação orientada**

**Pelo Prof. Doutor Mário Bernardo**

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2013



*As you set out on the way to Ithaca, hope that the road is a long one,  
filled with adventures, filled with understanding.(...)  
The Laestrygonians and the Cyclopes, savage Poseidon;  
you'll not encounter them unless you carry them within your soul,  
unless your soul sets them up before you.*

*Hope that the road is a long one.(...)  
To many Egyptian cities may you go so you may learn,  
and go on learning, from their sages.*

*Always keep Ithaca in your mind; to reach her is your destiny.  
But do not rush your journey in the least.  
Better that it last for many years; that you drop anchor at the island an old man,  
rich with all you've gotten on the way, not expecting Ithaca to make you rich.*

*Ithaca gave to you the beautiful journey;  
without her you'd not have set upon the road.  
But she has nothing left to give you any more.*

*And if you find her poor, Ithaca did not deceive you.  
As wise as you'll have become, with so much experience,  
you'll have understood, by then, what these Ithacas mean.*

*Ithaca, CP Cavafy*



## ÍNDICE

ÍNDICE .....	iii
AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO .....	v
ABSTRACT .....	ix
INTRODUÇÃO .....	1
OBJETIVOS.....	3
MATERIAIS E MÉTODOS.....	4
Tipo de estudo .....	4
População.....	4
Recolha de dados.....	4
Descrição das variáveis .....	7
Tratamento e análise de dados .....	12
Questões éticas .....	12
RESULTADOS .....	13
Caracterização da amostra .....	13
Hábitos alimentares .....	14
Acesso a consultas de saúde oral .....	14
Hábitos de higiene oral.....	15
Estado de saúde oral.....	16
Relação entre o estado de saúde oral e as restantes variáveis.....	18

---

Atitudes em saúde oral .....	19
DISCUSSÃO .....	22
Caracterização da amostra .....	22
Hábitos alimentares .....	22
Acesso a consultas de saúde oral .....	23
Hábitos de higiene oral .....	24
Estado de saúde oral .....	25
Atitudes em saúde oral .....	26
CONCLUSÕES .....	29
BIBLIOGRAFIA .....	31
ANEXOS .....	35
Anexo I - Segunda parte do questionário utilizado .....	37
Anexo II - Ficha de observação intraoral .....	41
Anexo III - Carta à Direção do Centro Social Paroquial do Campo Grande .....	43
Anexo IV - Carta ao Administrador do Centro Social do Campo Grande .....	45
Anexo V - Carta aos pais .....	47
Anexo VI - Consentimento Informado .....	49
Anexo VII - Assentimento Informado .....	51

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de mais, ao Prof. Doutor Mário Bernardo, por toda a disponibilidade e ajuda, e sobretudo por ter aceite empreender este trabalho comigo.

A todas as pessoas associadas à Paróquia do Campo Grande que não só me permitiram realizar este estudo, mas também que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal, social e espiritual ao longo da minha adolescência e sempre.

A todos os meus professores de sempre, pela formação, os desafios, e o encorajamento.

À Cidália, à Margarida, à Susana, e à Eliza, pelo amparo e pela exigência.

Aos meus colegas da FMDUL, por terem partilhado este caminho com alegria.

À Rita, por ter estado desde o primeiro dia, à Maria por ter estado tão perto, e à Sara, pela cumplicidade e pela ajuda.

Aos meus amigos, por estarem antes, durante, e depois.

À mãe, pela força e por me acordar quando o despertador não tocava. Ao pai, por acreditar em mim sempre. À minha irmã, não tenho outra companheira assim. À minha família, por festejarem as vitórias e me encorajarem nas derrotas.

Ao Francisco, por me fazer feliz.



**RESUMO**

A adolescência é entendida como o período dos 10 aos 19 anos em que o indivíduo faz a transição da idade infantil para a idade adulta. Constitui uma altura de risco e de oportunidade para a sua saúde oral, dadas as características específicas dos jovens durante esta fase.

Neste contexto, o presente estudo visou avaliar o estado da saúde oral e os hábitos, comportamentos e atitudes em saúde oral de uma população adolescente de Lisboa, com idades entre os 13 e os 19 anos. Fez-se recurso a um questionário e um exame intraoral. O primeiro permitiu a recolha de dados sociodemográficos, e dados relativos aos hábitos alimentares, aos hábitos e métodos de higiene oral, e ao acesso a consultas de saúde oral. Além disso, foi possível recolher informação acerca das atitudes em saúde oral dos participantes. Com o exame intraoral foram obtidos o CPOD, o IPC, e a prevalência de cárie. Foi realizada a análise descritiva e inferencial das variáveis através do programa IBM-SPSS® (21.0).

A amostra obtida compôs-se de setenta adolescentes, maioritariamente raparigas, com idade média de 16 anos e nível socioeconómico elevado. Os hábitos de saúde oral foram bons, visto a maioria dos participantes escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, com escova e pasta de dentes fluoretada, e ter ido a uma consulta de saúde oral no último ano. No entanto, foi observada uma alta frequência de consumo de alimentos cariogénicos, e um uso de fio dentário minoritário. Quanto às atitudes em saúde oral avaliadas, obtiveram-se resultados positivos. Em termos do estado da saúde oral, o CPOD da amostra foi de  $2,07 \pm 2,67$ , e a prevalência de cárie foi de 62,3%. O valor do IPC foi de  $1,44 \pm 0,77$ . Foram encontradas algumas relações estatisticamente significativas, destacando aspetos mais relevantes que poderão merecer uma atenção redobrada.

**Palavras-chave:** adolescentes, saúde oral, hábitos, comportamentos, atitudes



**ABSTRACT**

Adolescence is regarded as the period between 10 and 19 years old in which the individual transitions from childhood into adulthood. This is a risk period, but also one of opportunity, given the specific characteristics of young people during this phase.

In view of this context, this study aimed to evaluate the oral health status, and the oral health habits, behaviors and attitudes of an adolescent population from Lisbon, aged 13 to 19. A questionnaire and an intraoral exam were applied. The former allowed the collection of information concerning socio-demographics, diet habits, oral hygiene habits and methods, and access to oral health services, in addition to participants' oral health attitudes. Caries prevalence and DMFT and Community Periodontal Index (CPI) scores were obtained with the latter. A descriptive and inferential statistical analysis of the variables was conducted using the IBM-SPSS® (21.0) software.

The sample consisted of seventy adolescents, mainly girls, with an age average of 16 years, and high socioeconomic level. Oral health habits were favorable, since the majority of participants brushed their teeth at least twice a day, using a toothbrush and fluoride-containing toothpaste, and attended an oral health consult in the last year. Nevertheless, high frequency of cariogenic-food ingestion and low use of dental floss were observed. The results regarding oral health attitudes were positive. As for oral health status, DMFT score was  $2,07 \pm 2,67$ , and caries prevalence was 62,3%. CPI value was  $1,44 \pm 0,77$ . A number of statistically significant relationships were found, highlighting relevant aspects that could be focused on.

**Keywords:** adolescence, oral health, habits, behaviors, attitudes



## INTRODUÇÃO

De acordo com dados das Nações Unidas, existem mais de 1,2 bilhões de adolescentes no mundo (UNFPA, 2013). Em Portugal, os dados do censo de 2011 indicam que a percentagem da população residente com 10 a 19 anos equivale a cerca de 11% da população nacional e 10% da população de Lisboa (INE, 2011).

A adolescência poder ser definida, temporalmente, pelo período de vida entre os 10 e os 18/19 anos (AAPD, 2010; WHO, 2013). Trata-se de uma etapa complexa de transição entre a infância e a idade adulta, em que o indivíduo é confrontado com diversas alterações físicas, emocionais, psicológicas, ambientais (Carvalho *et al.*, 2011; Currie *et al.*, 2002; Garbín *et al.*, 2009; Mafla, 2008; Martínez *et al.*, 2013; WHO, 1999). É, então, um período de emoções contraditórias: carência e rebeldia, insegurança e independência, maturidade e imaturidade (Carvalho *et al.*, 2011; Garbín *et al.*, 2009; Mafla, 2008; Martínez *et al.*, 2013). Com o aumento da autonomia, os jovens tornam-se cada vez mais responsáveis pelos seus comportamentos, opções e, especificamente, pelo cuidado da sua saúde (Currie *et al.*, 2012; Garbín *et al.*, 2009).

Devido às características específicas da adolescência, mencionadas atrás, trata-se de um período de risco para a saúde oral (Garbín *et al.*, 2009; Mafla, 2008; Martínez *et al.*, 2013; Stokes *et al.*, 2006; WHO, 2003), mas também de potencialidade, pois neste período formam-se hábitos vitalícios, positivos ou negativos, com um significativo impacto futuro no estado de saúde oral e na qualidade de vida do indivíduo (Östberg *et al.*, 2002; Stokes *et al.*, 2006; WHO, 1999; WHO, 2003).

A *American Association of Pediatric Dentistry* (AAPD, 2010) definiu as características que tornam esta fase da vida especial no que diz respeito à saúde oral, nomeadamente, potencial alta prevalência de cárie, aumento do risco de trauma e de doença periodontal, tendência para uma alimentação incorreta e para desordens do foro alimentar, aumento da importância da estética, “fobia dentária”, uso de tabaco, álcool e outras substâncias, certas necessidades sociais e psicológicas.

A promoção da saúde oral das crianças e adolescentes é uma área prioritária para a Organização Mundial de Saúde (2007) e para a AAPD (2010), devendo ser integrada

nos programas de saúde nacionais, sendo da responsabilidade das entidades de saúde e educação. De facto, foram estabelecidas metas para a saúde oral pela Federação Dentária Internacional, pela *International Association for Dental Research* e pela Organização Mundial de Saúde, com vista a reduzir, entre outros, a prevalência de cárie e de doença periodontal, e os valores de CPOD nesta população até ao ano de 2020 (Hobdell *et al.*, 2003).

Em Portugal, foi introduzido, em 2005, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) pelo Ministério da Saúde e pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2005). Este programa consiste em múltiplas orientações e estratégias de intervenção junto das crianças e dos adolescentes até aos 16 anos, as quais foram revistas a partir de documentos e planos anteriores. Os objetivos definidos são a “promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar”, a “prevenção das doenças orais”, e o “diagnóstico precoce e tratamento dentário”.

A verdade é que o panorama da saúde oral dos adolescentes portugueses tem vindo a melhorar ao longo dos anos, facto evidenciado pelos estudos da DGS nos anos 2000 e 2005 (DGS, 2000; DGS, 2008). Com efeito, a percentagem de indivíduos livres de cárie aos 15 anos era, em 2000, de 18,9% (DGS, 2000), tendo passado para 28% em 2005. Da mesma forma, o índice de CPOD evoluiu favoravelmente de 4,72 (DGS, 2000) para 3,04 (DGS, 2008).

No entanto, estes valores continuam a revelar uma gravidade moderada de cárie. Assim, devem continuar a ser feitos todos os esforços para combater a progressão das doenças orais nesta fase de risco. Para a concretização destes objectivos torna-se fundamental obter informação sobre todo o período da adolescência e identificar os determinantes psicológicos, comportamentais e sociais das doenças orais.

Com o presente trabalho pretendeu-se contribuir para o conhecimento da saúde oral deste grupo relativamente pouco estudado.

## **OBJETIVOS**

No presente estudo procurou-se atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar o estado de saúde oral de uma população de adolescentes, através do índice de CPOD, do Índice Periodontal Comunitário, e da prevalência de cárie.
- Descrever hábitos e comportamentos relacionados com a saúde oral, nomeadamente hábitos alimentares e de higiene oral, além de aspetos sociodemográficos e de acesso a consultas de saúde oral.
- Avaliar as atitudes demonstradas face à saúde oral.
- Relacionar o estado de saúde oral com as atitudes, os hábitos e os comportamentos de saúde oral.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Tipo de estudo**

O presente trabalho consiste num estudo epidemiológico descritivo transversal.

### **População**

A população do estudo foi formada pelos adolescentes que frequentavam os Grupos de Jovens Fraternos do Campo Grande (GJFCG) no início do ano letivo de 2012-2013.

Os GJFCG funcionam em Lisboa, através de reuniões semanais. Os jovens distribuem-se em grupos de idades geralmente próximas. A presença é gratuita e voluntária, destinada a jovens a partir dos 13 anos até aos anos de faculdade.

Os critérios de inclusão no estudo consistiram em ter idade compreendida entre os 13 e os 19 anos e estar inscrito nos GJFCG no período mencionado. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que cumpriam os critérios de inclusão e para os quais foi obtido consentimento informado.

### **Recolha de dados**

A recolha dos dados foi levada a cabo durante os meses de Abril e Maio de 2013, através do preenchimento de um questionário pelos participantes, seguido de um exame intraoral.

#### ▪ Questionário

O questionário utilizado compôs-se de duas partes. A primeira consistiu no questionário “Atitudes em saúde oral” traduzido e validado para português por Luís e colaboradores (2009) a partir do original desenvolvido por Garcia e colaboradores

(2001). A segunda parte (Anexo I) constou de um conjunto de perguntas fechadas e semifechadas elaboradas pela investigadora.

O questionário “Atitudes em saúde oral” é formado por 28 perguntas individuais que se encontram agrupadas em 5 dimensões, ou fatores, definidas pelos seus autores:

- 1º. “Medo dentário” (9 perguntas)
- 2º. “Estética e higiene oral” (6 perguntas)
- 3º. “Preocupação com a saúde oral” (4 perguntas)
- 4º. “Prevenção dos problemas bucodentários” (6 perguntas)
- 5º. “Saúde oral e saúde geral” (3 perguntas).

Os autores recorreram a uma escala do tipo Lickert com as hipóteses de resposta “Concordo totalmente”, “Concordo”, “Nem concordo nem discordo”, “Discordo”, “Discordo totalmente”.

O questionário foi preenchido pelos próprios participantes antes do exame intraoral.

A segunda parte do questionário incluiu questões para caracterização demográfica, avaliação dos hábitos alimentares, dos hábitos de higiene oral e do acesso a consultas de saúde oral.

#### ▪ Exame intraoral

A observação oral foi realizada por uma examinadora (a investigadora), calibrada por uma docente de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da FMDUL com experiência na aplicação dos índices utilizados.

A ficha de registo da observação oral (Anexo II) foi elaborada pela investigadora com base na ficha proposta pela Organização Mundial da Saúde (1997).

O exame intraoral foi levado a cabo numa sala disponibilizada para o efeito pelo Centro Social e Paroquial do Campo Grande. Os participantes encontravam-se sentados numa cadeira de frente para o candeeiro do teto e a examinadora mantinha-se de pé. Além da luz artificial referida, fez-se recurso a uma fonte de luz frontal. Foram respeitados todos os cuidados de prevenção da infeção cruzada, com utilização de bata, máscara e luvas, trocadas para cada observação. Os instrumentos utilizados foram um espelho intraoral nº 5 e uma sonda IPC/OMS, cuja extremidade é esférica com 0,5mm e

tem uma banda preta entre os 3,5mm e os 5,5mm, e anéis aos 8,5mm e 11,5mm a partir da extremidade.

No exame intraoral foram avaliadas a saúde periodontal e a experiência de cárie dentária.

*Saúde periodontal: Índice Periodontal Comunitário (IPC)*

O IPC avalia o estado de saúde periodontal de um indivíduo detetando a presença ou ausência de três indicadores de doença periodontal: hemorragia, cálculo subgingival e bolsas. De acordo com as recomendações da OMS (1997), nos indivíduos com idade inferior a 20 anos a medição é feita em seis dentes índice, um por sextante: 16, 11, 26, 36, 31, 46. Os códigos utilizados encontram-se descritos na Tabela 1.

<b>Tabela 1 - Codificação para o IPC</b>	
<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
0	Saudável
1	Hemorragia após sondagem
2	Cálculo subgingival
3	Bolsa 4-5 mm
4	Bolsa 6mm ou superior
X	Sextante excluído
9	Não registado

A OMS (1997) recomenda a exclusão da medição de bolsas em indivíduos com menos de 15 anos, sendo registados apenas a hemorragia e o cálculo subgingival. No presente estudo, devido ao grande número de participantes com estas idades, foram seguidas estas indicações em todos os casos, a fim de uniformizar a recolha de dados. No caso de utilização de aparelho ortodôntico os dentes com bandas ortodônticas foram anotados com o código “9 – não registado” – devido à dificuldade em sondar corretamente o sulco em torno da banda.

*Experiência de cárie: Índice CPOD*

O índice CPOD é utilizado para avaliar a presença e a gravidade de cárie, através da medição do número de dentes permanentes cariados (C), perdidos por cárie (P) e obturados devido a cárie (O). Os critérios utilizados para o diagnóstico de cárie foram os da OMS (1997), e encontram-se resumidos na Tabela 2.

<b>Tabela 2 – Códigos do Índice CPOD</b>	
<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
0	Saudável
1	Cariado
2	Restaurado e cariado
3	Restaurado não cariado
4	Extraído por cárie
5	Extraído por outra razão que não cárie
6	Selante de fissuras
7	Pilar de prótese fixa
8	Não erupcionado
T	Trauma
9	Não registado

Considera-se a presença de cárie quando existe uma cavidade óbvia na superfície dentária, esmalte não suportado, ou consistência mole (código 1), e quando estas condições surgem num dente restaurado definitivamente, quer seja uma lesão de cárie primária ou secundária (código 2). Dentes com restaurações temporárias ou selante com cárie também são codificados “cariado”. Situações de alteração de cor, lesões brancas, sulcos pigmentados, lesões de abrasão, superfície dura, ou casos em que haja dúvida não são incluídos no componente “C”.

Para o cálculo de cada um dos componentes do CPOD são incluídos os dentes com os seguintes códigos:

- Componente “C”: 1 (cariado) e 2 (restaurado e cariado)
- Componente “P”: 4 (extraído por cárie)
- Componente “O”: 3 (restaurado não-cariado)

## **Descrição das variáveis**

As variáveis do estudo são descritas em seguida.

### **1. Variáveis de caracterização demográfica**

#### **1.1. Idade**

Esta variável numérica compreende valores entre os 13 e os 19, correspondendo às idades definidas como limite da adolescência.

### 1.2. Sexo

Esta variável nominal dicotômica é definida como “Feminino” e “Masculino”.

### 1.3. Nível de educação dos pais

Existem múltiplos indicadores socioeconômicos. Neste estudo optou-se por utilizar um medidor indireto, o nível de educação dos pais. Nesta variável ordinal foi apenas requisitado o grau de educação mais avançado de qualquer dos pais, com a seguinte divisão: “Ensino básico”, “Ensino secundário”, “Ensino universitário”, “Ensino pós-graduado (mestrado, doutoramento)”. As duas últimas opções foram agregadas para tratamento dos dados, formando uma divisão única, “Ensino superior”.

## **2. Variáveis relacionadas com os hábitos alimentares**

As duas variáveis seguintes dizem respeito aos hábitos alimentares, especificamente o consumo de alimentos açucarados ou ricos em hidratos de carbono, visto serem os que possuem maior potencial cariogénico, ao promoverem a desmineralização dentária.

### 2.1. Frequência de ingestão

Variável ordinal classificada com as seguintes categorias: “Todos os dias”, “Várias vezes por semana”, “Menos de uma vez por semana”, “Muito raramente”.

### 2.2. Ingestão entre as refeições

Esta variável nominal foi dividida em “Sim” e “Não”

## **3. Variáveis relacionadas com os hábitos de higiene oral**

### 3.1. Frequência de escovagem

Esta variável ordinal foi classificada como: “Não escova”, “Menos de uma vez por dia”, “Uma vez por dia”, e “Duas ou mais vezes por dia”.

### 3.2. Meios de higiene oral

Foram originalmente criadas as seguintes variáveis nominais dicotômicas, com as categorias “Sim” e “Não”: “Escova e pasta de dentes”, “Fio dentário”, “Bochecho com elixir”, “Palitos”, “Nada”.

Verificou-se que muitos dos participantes referiram utilizar escovilhão interdentário. Por essa razão foi criada a variável nominal “Escovilhões”, com a mesma divisão que as anteriores. Foi ainda adicionada a variável nominal “Irrigação mecânica”.

### 3.3. Altura de escovagem

Foram criadas as variáveis nominais que se seguem, classificadas em “Sim” e “Não”: “De manhã antes do pequeno-almoço”, “De manhã depois do pequeno-almoço”, “Depois do almoço”, “Antes de deitar”, “Noutra altura”.

### 3.4. Presença de flúor no dentífrico

Esta variável nominal dicotómica foi classificada como “Sim” e “Não”.

### 3.5. Suplementos de flúor

Esta variável nominal teve as divisões “Sim”, “Não”, e “Não sei”.

## **4. Variáveis relacionadas com o acesso a consultas de saúde oral**

### 4.1. Consulta de saúde oral no último ano

Foi averiguada a ida a qualquer consulta relacionada com cuidados de saúde oral (médico dentista ou higienista) através desta variável nominal dicotómica com as seguintes hipóteses de resposta: “Sim” e “Não”.

### 4.2. Motivo da consulta

No caso de resposta positiva à pergunta anterior, foi questionado o motivo da consulta. Esta variável nominal teve as categorias “Revisão, consulta de rotina”, “Urgência”, “Para fazer um tratamento”, “Para arrancar um dente”, e “Outro”.

Houve um grande número de respostas relacionadas com tratamentos ortodônticos, pelo que foi incorporada a hipótese “Consulta de ortodontia”.

### 4.3. Motivo de não-consulta

Caso os participantes não tivessem ido a uma consulta no último ano, foi inquirido o motivo para tal. Esta variável nominal foi dividida em: “Custo da consulta”, “Acesso difícil (longe de casa, não conheço nenhum...)”, “Não precisei”, “Não quis”, “Outro (qual?)”.

## **5. Variáveis relacionadas com as atitudes em saúde oral**

Este conjunto de variáveis foi utilizado para avaliar as atitudes em saúde oral dos jovens através da primeira parte do questionário. Foram constituídas cinco variáveis correspondentes às cinco dimensões avaliadas. Estas variáveis são numéricas e o seu valor (1 a 5) corresponde à média das respostas de cada uma das dimensões.

### **5.1. Dimensão 1: Medo dentário**

A ida a uma consulta de medicina dentária está frequentemente associada a uma ansiedade significativa por parte dos doentes. Nesta dimensão foi avaliado o medo inspirado pelas consultas de medicina dentária e pelos problemas buco-dentários. Quanto maior a pontuação obtida menor é o medo dentário.

### **5.2. Dimensão 2: “Estética e higiene oral”**

Uma boa higiene oral tem um efeito significativo na aparência, sendo esta uma preocupação característica da adolescência. Esta variável foi elaborada para averiguar a relação entre a preocupação com a estética e a preocupação com o cuidado da cavidade oral – manifestada através da higiene. Também foi avaliada a importância dada à aparência dos dentes. O resultado é interpretado da mesma forma que para a variável anterior: quanto maior o valor obtido, melhor o resultado.

### **5.3. Dimensão 3: “Preocupação com a saúde oral”**

A preocupação com a saúde oral é manifestada através da importância dada aos cuidados e conselhos do médico dentista, e ainda à manutenção de uma boa higiene oral do indivíduo e daqueles que o rodeiam. Esta é uma variável em que quanto mais elevado o seu valor, menor é o nível de preocupação com a saúde oral.

### **5.4. Dimensão 4: “Prevenção dos problemas buco-dentários”**

Uma boa saúde oral começa por uma atitude preventiva, com visitas anuais ao dentista e a procura de cuidados em estádios iniciais de doença. Esta variável versa sobre as atitudes preventivas que os jovens poderão ter para evitar o aparecimento e agravamento de patologias orais. Um resultado mais elevado revelará pior atitude preventiva em relação aos problemas da cavidade oral.

### 5.5. Dimensão 5: “Saúde oral e saúde geral”

A saúde oral e a saúde em geral estão intimamente relacionadas. As perguntas que constituem a quinta dimensão do questionário exploram a percepção dos participantes acerca da interação entre uma boa saúde oral e a saúde de todo o organismo ou uma sensação de bem-estar. Neste caso, um resultado mais elevado significa uma melhor percepção da relação entre a saúde oral e a saúde geral, isto é, quanto mais elevado o resultado, pior.

## **6. Variáveis relacionadas com o estado de saúde oral**

### 6.1. Saúde periodontal

#### 6.1.1. IPC - Pior resultado

Esta variável ordinal corresponde ao pior resultado obtido nos vários sextantes de cada indivíduo, podendo ser classificada como “Saudável”, “Hemorragia” ou “Cálculo subgingival”.

### 6.2. Experiência de cárie

#### 6.2.1. CPOD

Variável numérica que corresponde ao valor do índice CPOD de cada indivíduo.

#### 6.2.2. Prevalência de cárie

A prevalência de cárie corresponde à quantificação da presença ou história de cárie. Trata-se de uma variável nominal, dicotômica, dividida em “Sim” e “Não”, sendo classificados na primeira categoria os indivíduos com um valor do Índice CPOD superior a 0.

#### 6.2.3. Presença de selantes

Para esta variável nominal dicotômica foi avaliada a presença de selantes de fissuras, em um ou mais dentes. Foi usada a divisão “Sim” no caso de pelo menos um dente apresentar selante, e “Não” no caso de ausência de selantes.

## **Tratamento e análise de dados**

Os dados obtidos foram inseridos numa base de dados no programa IBM-SPSS® (versão 21.0).

A análise estatística consistiu primeiramente na análise descritiva dos dados, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas, bem com os valores de tendência central e dispersão, adequados a cada tipo de variável.

Em seguida, procedeu-se a análise inferencial, com recurso aos testes do qui-quadrado, Mann-Whitney, e Kruskal-Wallis, conforme as características das variáveis analisadas. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

## **Questões éticas**

A Direção do Centro Social Paroquial do Campo Grande e o Administrador Paroquial do Campo Grande foram contactados através de carta (Anexos III e IV) com vista a obter autorização para a utilização das instalações do centro e para a participação dos jovens. Após resposta positiva, foi obtida a lista dos jovens inscritos nos Grupos de Jovens no início do ano letivo de 2012-2013.

Foram elaborados uma carta aos pais e um consentimento informado (Anexo V e VI), que foram entregues a cada jovem para obtenção da autorização por parte do(s) seu(s) responsável(is) de educação. Os jovens com idade igual ou superior a 18 anos na data da entrega receberam um Consentimento Informado (CI) alternativo que os próprios assinariam caso concordassem em participar no estudo (Anexo VII). Apenas os jovens presentes nas reuniões no período de tempo referido receberam os envelopes, tendo sido registado o número de CI entregues. Sendo a presença nas reuniões livre e voluntária, é possível que algum jovem não tenha sido incluído pela sua desistência desde o início do ano letivo até ao início do estudo, ou pela sua ausência das reuniões no mês de Abril.

A recolha de dados – o preenchimento do questionário e a observação intraoral – foi precedida pela assinatura de um assentimento informado (Anexo VII) pelos jovens com idade inferior a 18 anos.

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra

A entrega dos CI foi feita desde metade de Março de 2013 até ao fim de Abril do mesmo ano. A sua recolha durou até à última semana de Maio de 2013. Foram entregues 182 CI, e devolvidos 84. Destes, 81 encontravam-se devidamente preenchidos e com autorização. A resposta foi negativa em dois casos, e um CI foi devolvido com erros de preenchimento.

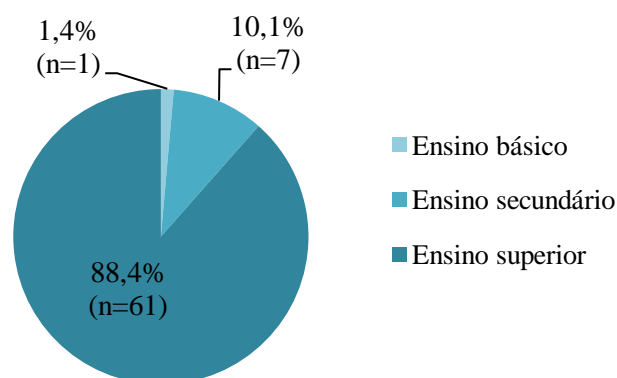
A recolha de dados foi feita em 70 jovens que constituíram a amostra do estudo.

A maioria da amostra foi formada por pessoas do sexo feminino – 74,3% - enquanto o sexo masculino representou 25,7% (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo	
Sexo	Distribuição
Feminino	74,3% (n = 52)
Masculino	25,7% (n = 18)
<b>TOTAL</b>	<b>100% (n = 70)</b>

As idades variaram entre o mínimo de 13 anos e o máximo de 19 anos, com uma média de  $16,13 \pm 1,47$  anos. A média de idades foi semelhante em ambos os sexos.

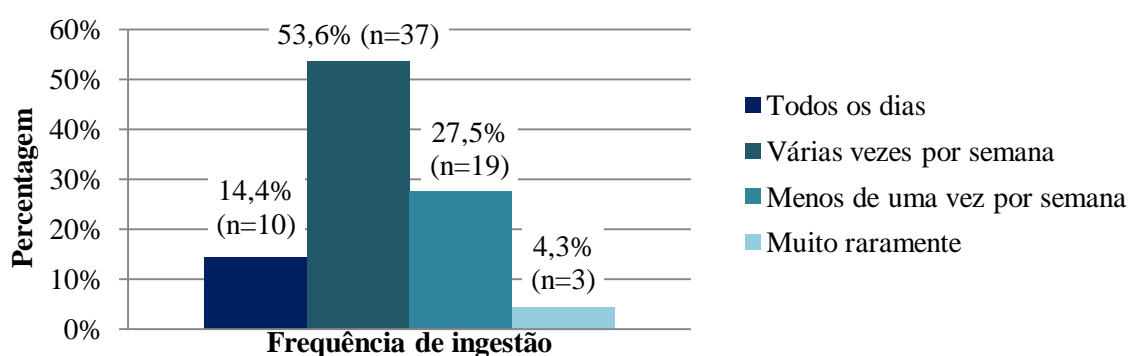
Relativamente ao grau de educação mais elevado dos pais, a maioria dos jovens assinalou o ensino superior (ensino universitário ou pós-graduado) como o nível de formação académica mais avançado entre os pais (Figura 1).



**Figura 1** - Distribuição da amostra por nível de educação dos pais

## Hábitos alimentares

A frequência de ingestão de alimentos açucarados obteve a distribuição ilustrada na Figura 2. Mais de metade dos participantes afirmou comer doces várias vezes por semana, e 14,7% todos os dias, enquanto apenas uma pequena percentagem dos jovens o faz muito raramente.

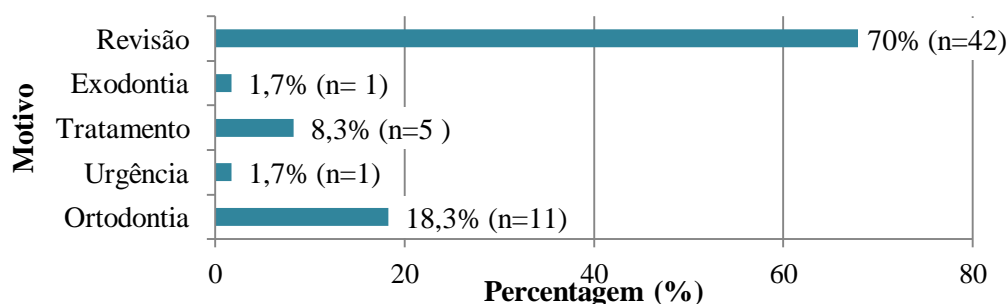


**Figura 2** - Distribuição da amostra por frequência de ingestão de alimentos cariogênicos

Acerca da ingestão destes alimentos entre as refeições, 78,3% (n=54) dos participantes respondeu “Sim”, por oposição aos 21,7% (n=15) que responderam “Não”.

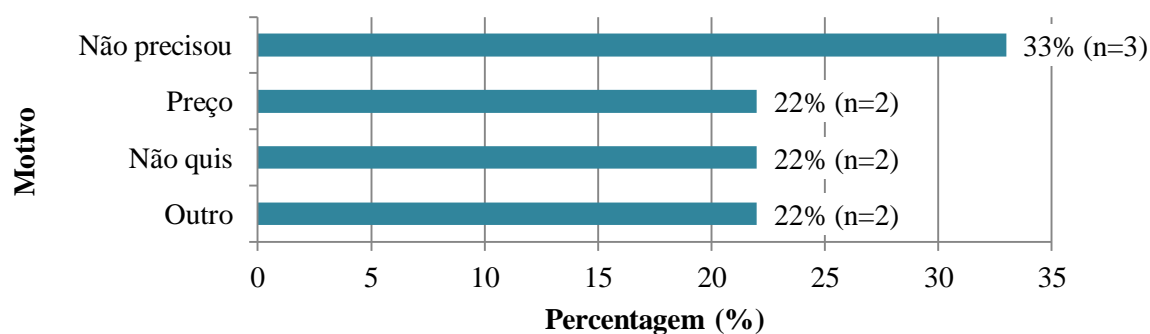
## Acesso a consultas de saúde oral

No último ano, 87% dos inquiridos foram a uma consulta de saúde oral. Destes, mais de dois terços afirmaram ter ido ao dentista para uma consulta de revisão. É de notar que 18,3% (n=11) dos jovens realizaram consultas de Ortodontia (Figura 3).



**Figura 3** - Distribuição da população por motivo de ida à consulta

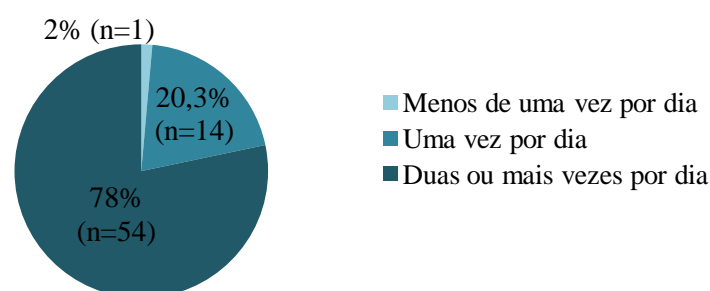
Por outro lado, 9 inquiridos (13%) não foram a qualquer consulta. Num terço dos casos o motivo apresentado foi a falta de necessidade (Figura 4).



**Figura 4** – Distribuição da razão de não ida à consulta de saúde oral no último ano

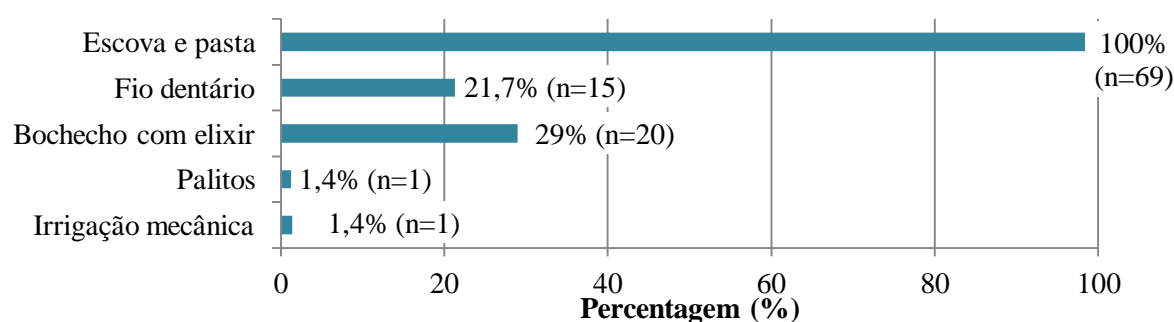
### Hábitos de higiene oral

Mais de três quartos dos jovens escovam os dentes duas ou mais vezes por dia e apenas um jovem afirmou fazê-lo menos de uma vez por dia (Figura 5).



**Figura 5** - Distribuição da amostra por frequência de escovagem

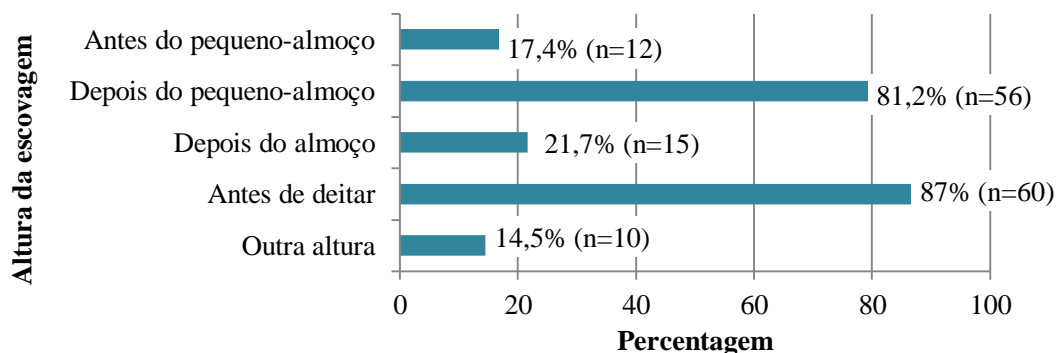
Todos os participantes utilizam escova e pasta de dentes na sua higiene oral. Além disso, quase um terço bochecha com elixir e 21,7% utiliza fio dentário (Figura 6).



**Figura 6** - Distribuição do uso de métodos de higiene oral

No que diz respeito à altura da escovagem, esta é feita preferencialmente antes de deitar, sendo que após o pequeno-almoço é quase tão frequente (Figura 7). Outras

alturas de escovagem que não as mencionadas são, por exemplo, antes de ir ao dentista, ou antes de sair de casa.



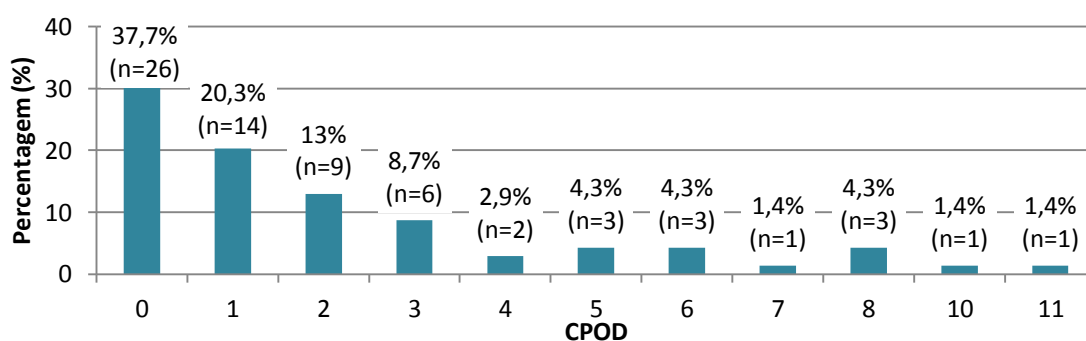
**Figura 7** – Distribuição da amostra de acordo com a altura de escovagem

O uso de dentífrico fluoretado verifica-se na totalidade da amostra. Quanto à história de toma de suplementos de flúor, 23 jovens não sabiam responder. Dos 47 remanescentes, a maioria (61,7%) afirmou não ter tomado suplementos em criança.

### Estado de saúde oral

O estado da saúde oral foi avaliado através da prevalência de cárie, da gravidade da cárie medida com o CPOD, e do estado de saúde periodontal determinado pelo IPC.

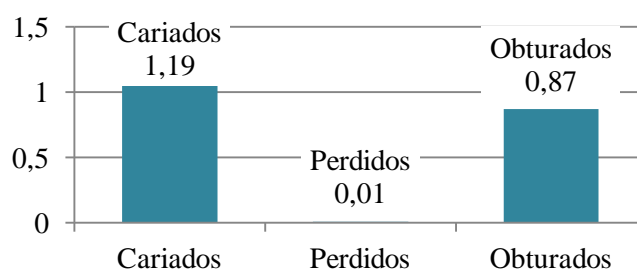
A média do CPOD da amostra foi  $2,07 \pm 2,67$ , sendo que os valores individuais encontram-se num intervalo entre um mínimo de 0 e um máximo de 11, tal como se demonstra na Figura 9.



**Figura 9** - Distribuição da amostra por valor de CPOD

A média de CPOD para o sexo feminino foi de  $2,24 \pm 2,57$ , e para o sexo masculino foi de  $1,73 \pm 2,41$ .

Ao calcular a média dos componentes C, P, e O, obteve-se a distribuição demonstrada na Figura 10. O componente C foi o mais preponderante, com um intervalo de valores entre 0 e os 11, e uma média de  $1,19 \pm 2,12$ . Foi encontrado apenas um caso de dente perdido por cárie, em média  $0,01 \pm 0,12$ . Os dentes obturados somaram de 0 a 6, com uma média de  $0,87 \pm 1,42$ .

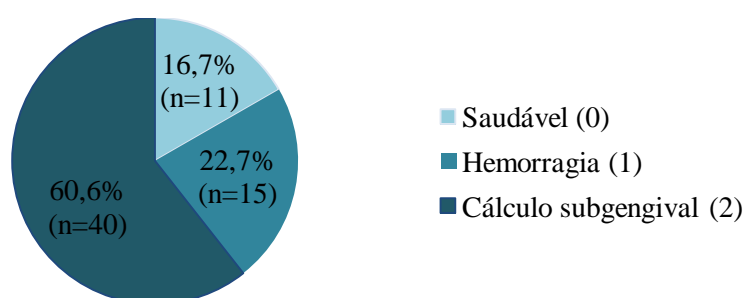


**Figura 10** - Média dos componentes de CPO

A prevalência global de cárie encontrada foi de 62,3% (n=43). Para os participantes do sexo feminino este valor foi de 64,7%, superior aos 55,6% relativos ao sexo masculino.

No que diz respeito à saúde periodontal, os resultados foram expressos através do IPC (pior sextante). O valor médio para este índice  $1,44 \pm 0,77$ . Para o sexo feminino este valor foi de  $1,30 \pm 0,81$ , e no sexo masculino obteve-se uma média superior de  $1,73 \pm 0,65$ . A diferença entre os dois não foi estatisticamente significativa.

A distribuição dos vários valores do IPC encontra-se na Figura 11.



**Figura 11** - Distribuição do pior resultado do IPC

Em simultâneo, foi possível calcular a média do número de sextantes saudáveis, com hemorragia, e com cálculo subgingival, tendo sido obtidos os valores ilustrados na Figura 12.

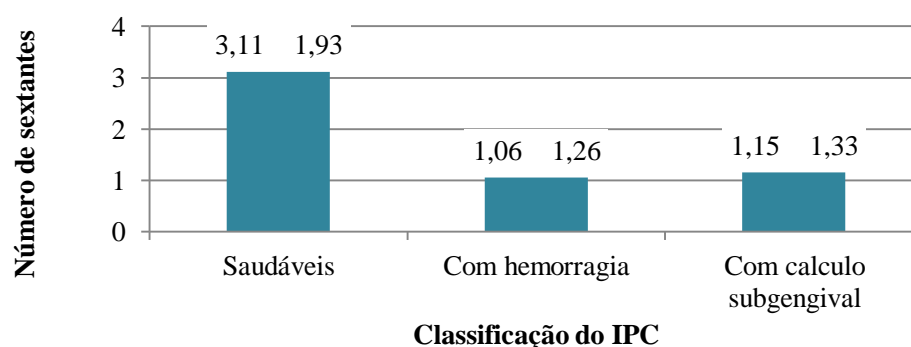


Figura 12 - Média de sextantes saudáveis, com hemorragia e com cálculo subgingival

### Relação entre o estado de saúde oral e as restantes variáveis

Os valores encontrados para os indicadores de cárie e de saúde periodontal, e a sua relação com as outras variáveis avaliadas, estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4 – Relação entre o estado de saúde oral e outras variáveis

	Prevalência de cárie % (n)		CPOD média (dp)		IPC média (dp)	
<b>Total</b>	62,3 (43)		2,07 (2,67)		1,44 (0,76)	
<b>Sexo</b>						
Feminino	64,7 (33)	p=0,49*	2,33 (2,84)	p=0,23**	1,30 (0,81)	p=0,11**
Masculino	55,6 (10)		1,23 (2,00)		1,73 (0,65)	
<b>Grau de educação dos pais</b>						
Ensino básico	100 (1)	p=0,31*	10,0 (-)	p=0,06***	2,00 (-)	p=0,24***
Ensino secundário	85,7 (5)		4,14 (4,22)		1,86 (0,38)	
Ensino superior	60,0 (36)		1,72 (2,20)		1,39 (0,80)	
<b>Frequência de ingestão de alimentos cariogénicos</b>						
Todos os dias	60,0 (6)	p=0,72*	2,00 (2,31)	p=0,87***	0,86 (0,90)	p=0,25***
Várias vezes por semana	64,9 (24)		2,09 (2,70)		1,52 (0,73)	
Menos de uma vez por semana	66,7 (12)		2,55 (2,62)		1,55 (0,69)	
Muito raramente	33,3 (1)		1,00 (1,73)		1,33 (1,15)	
<b>Ingestão de alimentos cariogénicos entre as refeições</b>						
Sim	53,3 (8)	p=0,37*	1,88 (2,33)	p=0,80**	1,50 (0,75)	p=0,34**
Não	66,0 (35)		2,90 (3,07)		1,10 (0,88)	
<b>Frequência de escovagem</b>						
Não escovo	0 (0)	p=0,29*	0 (0)	p=0,28***	0 (0)	p=0,15***
Menos de uma vez por dia	100 (1)		8 (0)		2 (0)	
Uma vez por dia	78,6 (11)		2,18 (2,82)		1,73 (0,47)	
Duas ou mais vezes por dia	58,5 (31)		2,09 (2,45)		1,30 (0,85)	

	Prevalência de cárie % (n)		CPOD média (dp)		IPC média (dp)	
<b>Meios de higiene oral</b>						
<b>- Fio dentário</b>						
Não	67,9 (36)	p=0,13*	2,19 (2,61)	p=0,36**	1,49 (0,77)	<b>p=0,008**</b>
Sim	46,7 (7)		1,71 (2,06)		1,00 (0,82)	
<b>- Bochecho com elixir</b>						
Não	62,5 (30)	p=0,85*	1,85 (2,35)	p=0,65**	1,61 (0,70)	<b>p=0,002**</b>
Sim	65 (13)		2,91 (2,95)		0,82 (0,75)	
<b>Altura da escovagem – antes de deitar</b>						
Não	77,8 (7)	p=0,33*	2,83 (3,60)	p=0,59**	1,83 (0,41)	p=0,06**
Sim	61 (36)		2,00 (2,35)		1,34 (0,82)	
<b>Consulta de saúde oral no último ano</b>						
Não	77,8 (7)	p=0,33*	2,50 (1,98)	p=0,86**	1,67 (0,52)	p=0,68**
Sim	61,0 (36)		2,05 (2,61)		1,37 (0,82)	

\* Teste do Qui-quadrado. \*\* Teste de Mann-Whitney. \*\*\* Teste de Kruskal-Wallis

Nota: os resultados apresentados em itálico correspondem a valores de *n* reduzidos (frequentemente *n*=1).

Como se pode verificar, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na relação entre os valores do IPC e o uso de fio dentário e o bochecho com elixir. Os valores de IPC foram mais baixos para os adolescentes que recorrem a estes métodos de higiene oral.

Apesar de mais nenhuma relação apresentar relevância estatística, observa-se uma tendência para uma menor prevalência de cárie, valores mais baixos de CPOD e de IPC, nos níveis mais altos de educação dos pais, na maior frequência de escovagem, no uso de fio dentário, na escovagem antes de deitar, na história de uso de suplementos de flúor, e na ida a uma consulta de saúde oral no último ano

### Atitudes em saúde oral

As atitudes em saúde oral foram avaliadas através do questionário aplicado, no qual as perguntas estão agrupadas em 5 dimensões correspondentes a diferentes atitudes em relação à saúde oral: o medo do dentista, a relação entre a saúde oral e a estética, a preocupação com a saúde oral, a prevenção dos problemas buco-dentários, e a integração da saúde oral na saúde em geral. A Tabela 5 apresenta a média e os valores máximo e mínimo obtidos para cada atitude.

**Tabela 5** – Intervalo dos resultados obtidos para as dimensões avaliadas no questionário

DIMENSÕES:	Resultados		
	Pior	Melhor	Média (dp)
Medo dentário (+)	1,78	5,00	3,94 (0,54)
Estética e saúde oral (+)	3,67	5,00	4,64 (0,35)
Preocupação com a saúde (-)	3,25	1,00	1,69 (0,51)
Prevenção dos problemas buco-dentários (-)	2,67	1,00	1,72 (0,46)
Saúde oral e saúde geral (-)	4,00	1,00	1,70 (0,36)

(+) Dimensões de cariz positivo: valores mais elevados representam melhores atitudes

(-) Dimensões de cariz negativo: valores mais elevados representam piores atitudes

No geral, os resultados foram positivos. O medo dentário parece ser a atitude com a pior média, com mais de um valor de diferença do melhor resultado. A dimensão “Estética e saúde oral”, pelo contrário, obteve o valor mais elevado.

A relação entre os valores obtidos para cada atitude e os das variáveis de caracterização e dos hábitos de saúde oral encontram-se dispostos na Tabela 6. São apenas apresentadas os resultados relativo a variáveis para as quais foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito ao medo dentário, foram encontrados melhores resultados em caso de nível de educação dos pais mais avançado, maior frequência de escovagem, escovagem antes de deitar e ida a uma consulta no último ano. Portanto, estas situações estão associadas a menos medo por parte dos participantes.

Quanto à dimensão da estética, o sexo feminino, um nível de educação dos pais mais avançado e uma maior frequência de escovagem estão associados a valores mais elevados, isto é, a uma maior importância da estética na saúde oral.

A preocupação com a saúde oral também demonstrou ser mais elevada nos casos de maior frequência de escovagem e quando era efetuada a escovagem antes de deitar.

Finalmente, a escovagem antes de deitar obteve resultados estatisticamente significativos quando associada à dimensão “Prevenção dos problemas buco-dentários”: os indivíduos que têm este hábito apresentam uma maior atitude preventiva.

Por último, foi feita uma análise de correlação (Coeficiente de correlação de Spearman) entre as atitudes e as variáveis numéricas (CPOD, IPC e idade). Foi encontrada apenas uma correlação estatisticamente significativa ( $p=0,246$ ;  $p=0,041$ ) entre a dimensão “Medo dentário” e a variável idade. Verificou-se que com o aumento da idade, as atitudes tornam-se mais positivas (menos medo).

**Tabela 6 – Relação entre as atitudes em saúde oral e os hábitos de higiene oral**

	Medo dentário (+) média (dp)	Estética e saúde oral (+) média (dp)	Preocupação com a saúde oral (-) média (dp)	Prevenção dos problemas buco-dentários (-) média (dp)	Saúde oral e saúde geral (-) média (dp)
<b>Sexo</b>					
Feminino	4,00 (0,62)	4,77 (0,25)	1,61 (0,48)	1,71 (0,45)	1,56 (0,46)
Masculino	4,04 (0,36)	4,47 (0,41)	1,75 (0,58)	1,70 (0,36)	1,94 (0,90)
	p=0,60**	p<0,01**	p=0,39**	p=0,34**	p=0,25**
<b>Grau de educação dos pais</b>					
Ensino básico	4,33 (0)	5,00 (0)	1,50 (0)	2,33 (0)	2,33 (0)
Ensino secundário	3,18 (0,86)	4,40 (0,40)	1,80 (0,41)	1,87 (0,40)	1,80 (0,51)
Ensino superior	4,11 (0,43)	4,72 (0,30)	1,63 (0,52)	1,67 (0,42)	1,61 (0,61)
	p<0,01***	p=0,02***	p=0,19***	p=0,13***	p=0,05***
<b>Frequência de escovagem</b>					
Não escovo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Menos de uma vez por dia	3,33 (0)	3,67 (0)	2,75 (0)	2,50 (0)	3,00 (0)
Uma vez por dia	3,61 (0,69)	4,55 (0,42)	2,07 (0,68)	1,82 (0,51)	1,88 (0,87)
Duas ou mais vezes por dia	4,14 (0,46)	4,74 (0,27)	1,51 (0,34)	1,67 (0,39)	1,58 (0,49)
	p=0,01***	p=0,02***	p<0,01***	p=0,06***	p=0,12***
<b>Altura da escovagem - Antes de deitar</b>					
Não	3,44 (0,88)	4,56 (0,52)	2,29 (0,70)	2,06 (0,46)	2,11 (1,09)
Sim	4,10 (0,45)	4,71 (0,28)	1,55 (0,39)	1,65 (0,40)	1,58 (0,49)
	p=0,01**	p=0,10**	p=0,02**	p=0,02**	p=0,06**
<b>Consulta de saúde oral no último ano</b>					
Não	3,33 (0,90)	4,64 (0,40)	2,17 (0,72)	1,97 (0,54)	1,56 (0,40)
Sim	4,12 (0,42)	4,70 (0,31)	1,57 (0,42)	1,67 (0,40)	1,67 (0,64)
	p=0,02**	p=0,35**	p=0,09**	p=0,09**	p=0,62**

\*\*Teste de Mann-Whitney. \*\*\*Teste de Kruskal-Wallis

Nota: os resultados apresentados em itálico correspondem a valores de *n* reduzidos (frequentemente 1)

## DISCUSSÃO

A amostra utilizada no presente estudo não foi de natureza probabilística. Tratou-se de uma amostra de conveniência em que a participação era voluntária. Este aspeto compromete a validade externa do estudo, isto é, a possibilidade de extrapolação para a população em geral. Mesmo assim, os resultados obtidos são valiosos para aprofundar os conhecimentos sobre um grupo etário que é pouco estudado. Finalmente, a dimensão reduzida da amostra (n=70) condiciona os resultados encontrados e a potência estatística do estudo. Apesar disso, foi possível observar algumas associações, e diferenças estatisticamente significativas.

### Caracterização da amostra

Uma grande percentagem da amostra possuía pelo menos um dos pais com educação ao nível do ensino superior - 88,4% (n=61). Em comparação, os dados de 2008 da Direção Geral de Saúde (DGS) descrevem que, a nível nacional e em relação aos jovens com 15 anos, apenas uma pequena percentagem dos pais tinha completado um curso médio ou superior. O mesmo se passa no relatório do estudo *Health Behaviour for School-aged Children* (HBSC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2010/2011 (Currie *et al.*, 2012).

Tornou-se evidente que os pais dos participante neste estudo possuíam um nível de formação académica superior, e, provavelmente, um nível socioeconómico geral elevado. No entanto, existe um pequeno número de adolescentes (n=8) cujos pais têm um menor nível de educação. A existência destas duas situações permite uma comparação. Estudos demonstram uma associação entre o estado socioeconómico do indivíduo a sua saúde em geral ou saúde oral (Currie *et al.*, 2002).

### Hábitos alimentares

No presente estudo a maioria dos adolescentes (53,6%) afirmou comer alimentos cariogénicos várias vezes por semana, e 14,4% fazem-no todos os dias. Foram encontrados valores semelhantes em vários estudos na população portuguesa (Currie *et*

*al.*, 2012; DGS, 2008; Matos *et al.*, 2011). No relatório Special Eurobarometer 330: Oral Health (Eurobarometer, 2010) a faixa etária dos 15 aos 24 anos foi classificada como a de maior frequência de ingestão de açúcares ao longo do dia.

A ingestão de açúcares em maior quantidade e frequência está associada a um aumento da prevalência e da gravidade de cárie e da doença periodontal (Moynihan e Petersen, 2004), nomeadamente quando o consumo é feito entre as refeições (Mobley *et al.*, 2009; Moynihan e Petersen, 2004), o que acontece com 78,3% dos jovens neste estudo. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas neste campo, os menores valores de prevalência de cárie e CPOD dos jovens que assinalaram a hipóteses “Muito raramente” destacam-se daqueles obtidos nos outros graus de frequência de ingestão, sugerindo uma possível associação.

Múltiplas entidades reguladoras preconizam a redução do consumo de açúcares como medida de promoção da saúde, para prevenção de doenças orais e sistémicas (DGS, 2005; DGS, 2008; Mobley *et al.*, 2009; WHO, 2003; WHO, 2008). O aconselhamento dietético e a chamada de atenção para as consequências de uma dieta inadequada devem fazer parte da intervenção dos médicos dentistas junto dos jovens (AAPD 2011; Mobley *et al.*, 2009), pois muitos adolescentes não associam a alimentação e a saúde oral (Garbín *et al.*, 2009; Östberg *et al.*, 2002).

### **Acesso a consultas de saúde oral**

A *American Association of Pediatric Dentistry* (2010) recomenda a ida regular a consultas de medicina dentária. Dos jovens inquiridos, 87% foi a uma consulta de saúde oral no último ano. Valores muito semelhantes foram encontrados noutros estudos (DGS, 2008). Contrariamente, outros estudos publicaram valores bastante inferiores (Barata *et al.*, 2012; Eurobarometer, 2010).

Um número elevado de participantes afirmou ter ido à consulta para revisão (70%), valor superior aos encontrados noutros estudos, nos quais os tratamentos foram bastante mais frequentes (DGS, 2008; Eurobarometer, 2010). Apesar de muitos jovens ainda atribuírem a responsabilidade da sua saúde oral aos pais (Stokes *et al.*, 2006), a instituição precoce deste hábito poderá contribuir para uma atitude preventiva duradoura nestes indivíduos.

Por outro lado, a segunda razão de ida a consulta apresentada neste estudo foi a realização de procedimentos ortodônticos (18,3%). Empiricamente, estes valores são concordantes não só com o nível socioeconómico da amostra, mas também com os valores elevados obtidos na dimensão “Estética e saúde oral” e a preocupação com a imagem que caracteriza a adolescência.

No Special Eurobarometer de 2010 para a saúde oral, o custo das consultas foi apresentado por 22% dos jovens dos 15 aos 24 anos como sendo a razão de não ir a uma consulta no último ano (Eurobarometer, 2010). No presente trabalho, apenas 9% dos participantes referiram esta razão. Estes valores poderão mais uma vez fazer alusão ao nível socioeconómico mais elevado da amostra.

### **Hábitos de higiene oral**

Neste estudo, 78% da amostra escovava os dentes duas ou mais vezes por dia. Estes dados estão de acordo com os de outros estudos nacionais (Barata *et al.*, 2012; Bica *et al.*, 2010; Currie *et al.*, 2012; DGS, 2008; Matos *et al.*, 2010). Como o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO – DGS, 2005) e a AAPD (2010) advogam a escovagem dentária duas vezes por dia, estes dados são promissores, mostrando que este comportamento já integra, no geral, os hábitos de higiene oral destas idades. Apesar desta situação, cerca de 20% a 30% dos jovens escova os dentes uma vez por dia, de acordo com os dados deste estudo e dos restantes acima mencionados. Esta frequência de escovagem é insuficiente, sobretudo se não for realizada antes de deitar (Bica *et al.*, 2010; DGS, 2008; Matos *et al.*, 2010).

Com efeito, a altura da escovagem é igualmente importante na prevenção das doenças orais. Uma das escovagens deve ser sempre realizada antes de deitar (AAPD, 2010; DGS, 2005). Dos jovens questionados, 87% escovavam os dentes nesta altura. Estes resultados são bastante superiores relativamente a outros estudos realizados em Portugal, em que apenas 40% a 50% dos jovens tinham este hábito (Bica *et al.*, 2010; DGS, 2008). A escovagem depois do pequeno-almoço foi igualmente frequente, em 81,2% dos jovens. Este hábito pode ser justificado pela sensação de “mau sabor” na boca de manhã (Stokes *et al.*, 2006), ou por uma questão estética, pois antecede o contacto social do dia.

Abordando os métodos utilizados para realizar a higiene oral, o uso de escova e pasta de dentes foi de 100%, como já acontece nos países desenvolvidos em geral. No entanto, apenas 21,7% dos participantes afirmaram utilizar fio dentário.

Estes valores ficam aquém dos objetivos do PNPSO: uma vez por dia, à noite, a partir dos 8 anos de idade, se houver destreza manual (DGS, 2005). A AAPD (2010) considera o uso de fio dentário como parte da higiene oral básica de um adolescente e apesar de alguns jovens saberem que faz parte dos comportamentos saudáveis a ter em saúde oral, poucos são os que o fazem (Stokes *et al.*, 2006). Com efeito, em 2008 apenas 20% dos jovens portugueses usavam fio, e na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) este valor desce para metade (DGS, 2008).

Garbín e colaboradores (2009) defendem que esta baixa prevalência se deve à curva de aprendizagem e à necessidade de habilidade inerente ao uso de fio. Mas com o hábito estas barreiras são ultrapassadas. Cabe aos pais e ao médico dentista incorporar o uso de fio na rotina da criança, para que esta tenha uma higiene oral completa.

### **Estado de saúde oral**

A prevalência de cárie no trabalho presente foi relativamente elevada, correspondendo a 62,3% dos participantes. Este valor equivale a uma percentagem de participantes isentos de cárie aparente de 37,7%. Os dados da DGS para os jovens de 15 anos livres de cárie foram, em 2005 (DGS, 2008), 28% para o país, e 48,5% na região de LVT. No estudo anterior da DGS, os valores tinham sido inferiores (DGS, 2000).

A prevalência de cárie nos países desenvolvidos está em decréscimo, mas os valores mais elevados ocorrem durante a adolescência. Por essa razão, esta é uma altura crítica de intervenção do médico dentista, para impedir o aparecimento e a progressão da doença (AAPD, 2013).

Na amostra estudada a gravidade de cárie foi ligeira, com um índice de CPOD de  $2,07 \pm 2,67$ , com preponderância do componente C ( $1,19 \pm 2,2$ ). Mesmo assim, estes resultados são superiores aos dados da DGS (2008) referentes aos jovens de 15 anos da região de LVT: CPOD de 1,80 e média de dentes cariados de 0,97. No entanto, são inferiores à média nacional: 3,04 para o CPOD e 1,56 para o componente C (DGS, 2008). Outros estudos realizados em Portugal obtiveram valores de CPOD superiores ao deste trabalho (Barata *et al.*, 2012; Bica *et al.*, 2010).

O estado da saúde periodontal foi revelado através do IPC. Observaram-se 16,7% de sextantes saudáveis, 22,7% com hemorragia, e 60,6% com cálculo subgengival. Noutro estudo obtiveram-se piores resultados para os sextantes saudáveis e com hemorragia, mas melhores para os sextantes com cálculo subgengival (DGS, 2008). Estes dados confirmam a evidência de que, durante a adolescência, existe uma elevada prevalência de gengivite, além de uma desvalorização por parte do indivíduo da saúde periodontal (AAPD, 2004; AAPD, 2010; Mafla, 2008; Östberg *et al.*, 2002).

Finalmente, foi avaliada a presença de selantes de fissuras, verificando-se em 66,7% dos participantes. A sua aplicação foi recomendada em Portugal desde 1990 até 2005 como estratégia de prevenção do aparecimento de cárie (DGS, 2005).

### **Atitudes em saúde oral**

Como já foi mencionado, os resultados relativos às atitudes em saúde oral sugeriram atitudes positivas por parte dos adolescentes avaliados.

A escala utilizada na recolha de dados é uma escala recente (Chivas-Garcia F *et al.*, 2001), e foi adaptada há pouco tempo para português (Luis H. *et al.*, 2010). Por este motivo, não existem ainda muitos estudos que a tenham utilizado. Procurou comparar-se os resultados obtidos com outras escalas que medem as mesmas atitudes.

#### **1. Estética e saúde oral**

Os adolescentes dão muita importância à imagem e à aceitação social (Mafla, 2008; Stokes *et al.*, 2006). Por esta razão, a saúde oral é frequentemente vista na medida da sua contribuição para a estética, sendo esta muitas vezes o objetivo principal da higiene e cuidado dentários (Garbín *et al.*, 2009; Östberg *et al.*, 2002; Stokes *et al.*, 2006). Os resultados desta investigação confirmam esta ideia, no sentido em que esta dimensão obteve uma média de 4,64 (0,35), num máximo de 5.

Adicionalmente, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino (4,77, dp=0,25) e o sexo masculino (4,47, dp=0,47), com  $p < 0,01$ . Esta disparidade é explicada pelo peso significativamente maior que a imagem tem para as raparigas, na sua autopercepção e nas suas relações sociais.

O nível de educação dos pais e a frequência de escovagem foram outros campos com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,02$  para ambos). Contraditoriamente, outro estudo não encontrou relação entre o estado socioeconómico familiar e a satisfação de crianças com a sua aparência dentária (Deli *et al.*, 2012), mas a vontade de “manter os dentes limpos” poderá motivar uma maior frequência de escovagem.

## 2. Medo dentário

Esta dimensão avalia outro aspeto da saúde oral bastante debatido – o medo e a ansiedade experimentados face às consultas e ao médico dentista. O valor médio obtido foi de 3,94 ( $dp=0,54$ ). Outros trabalhos encontraram dados semelhantes, como Benigeri e colaboradores (2002), que verificaram que três quartos dos adolescentes observados (com 13 e 14 anos) sentiam *stress* e desconforto face aos cuidados dentários em geral, ou um estudo europeu em que 13% dos jovens afirmaram sentir medo (Eurobarometer, 2010). Noutro estudo, realizado em Inglaterra, a atitude face ao dentista foi mais controversa, mas mesmo assim o medo surgiu frequentemente (Stokes *et al.*, 2006).

Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o medo dentário e várias variáveis, nomeadamente, a ida a uma consulta de saúde oral no último ano. Os indivíduos que não foram à consulta mostraram uma atitude mais negativa (valor mais baixo). Outros estudos afirmam que maiores níveis de medo causam a falta de assiduidade e o cancelamento de consultas de medicina dentária (Schuller *et al.*, 2003; Skaret *et al.*, 1999).

Adicionalmente houve significância estatística na associação do medo com a frequência de escovagem, e com a escovagem antes de deitar. Uma maior frequência e a escovagem feita antes de deitar equivaleram a melhores resultados em termos desta atitude. Noutro estudo foi observada uma associação semelhante (Schuller *et al.*, 2003).

Por fim, a relação entre o medo dentário e o nível de educação dos pais obteve um valor de significância inferior a 5%, com a atitude mais positiva associada ao ensino superior. Este resultado poderá ser explicado pela clarificação de mitos associados à medicina dentária e à saúde ao longo da formação académica.

## 3. Preocupação com a saúde oral

Esta dimensão obteve resultados bastante positivos no total, que concordam com os dados relativos à higiene oral obtidos nesta amostra. Foram encontradas diferenças

estatisticamente significativas entre a preocupação com a saúde oral e a frequência de escovagem, e ainda a escovagem antes de deitar.

No entanto, a saúde oral não se limita à higiene oral, e é necessário educar a população adolescente para que conheça as várias vertentes nas quais pode e deve atuar para prevenir as doenças orais, e se comporte em concordância com este conhecimento. Por exemplo, com uma menor redução de ingestão diária de açúcares.

#### **4. Prevenção dos problemas buco-dentários**

A média obtida para esta dimensão foi 1,72 ( $dp=0,46$ ), e indica uma atitude positiva nesta área. As razões que motivam os jovens na prevenção das doenças orais são, por exemplo, a dor, a estética, os custos futuros do tratamento (Stokes *et al.*, 2006). Segundo Benigeri e colaboradores (2006), a grande maioria dos adolescentes pensa ter um papel preventivo importante. No entanto, muitos adolescentes ainda remetem esse dever para outros, como os pais (Stokes *et al.*, 2006). Os pais devem, então, continuar a ser educadores ao longo deste período, responsabilizando e ensinando os jovens a cuidar de si próprios e a saber as consequências do que fazem, e do que deixam por fazer em termos da sua saúde. Este é o período em que pode surgir uma atitude preventiva autónoma que influenciará a saúde oral futura (Stokes *et al.*, 2006).

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre esta atitude e a escovagem antes de deitar. No entanto, deve ser ensinada e encorajada uma atitude preventiva mais abrangente, que inclua outros hábitos de saúde oral (como o uso de fio dentário) e cuidados alimentares.

#### **5. Saúde oral e saúde geral**

Nesta última atitude, o total foi de 1,70 ( $dp=0,36$ ). Esta média revela uma boa atitude da amostra, apesar de ter sido neste campo que se obteve o pior valor limite (4). Noutro estudo os jovens mostraram associar dentes com bom aspeto e boa saúde geral ou cuidado próprio (Stokes *et al.*, 2006). Ainda assim, a cárie, gengivite, etc, não equivalem a doença para muitos adolescentes (Garbín *et al.*, 2009). Os resultados obtidos, ainda que relativos a uma amostra de pequenas dimensões, são encorajadores. Gradualmente, a saúde oral poderá estar a conquistar um lugar no conceito de saúde dos jovens, em vez de permanecer uma entidade à parte e desconectada.

## CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos no presente estudo foi possível obter as seguintes conclusões

O nível de gravidade de cárie da amostra foi ligeiro, com um CPOD de 2,07 (dp 2,67). No entanto, a prevalência de cárie foi elevada (62,3%), e apenas cerca de um terço dos jovens (37,7%) se encontravam livres de cárie.

A avaliação do estado de saúde gengival revelou uma percentagem muito reduzida de indivíduos com o periodonto saudável - 16,7% (n=11). O índice IPC revelou uma média de 1,44 (dp=0,76), e na maioria dos jovens foi detetado cálculo subgengival em pelo menos um dos dentes índice. Estes dados confirmam a evidência de que é necessário alertar os jovens para as doenças do periodonto e instruir as medidas corretas para as combater.

Os participantes possuem bons hábitos de higiene oral, mas foram encontrados alguns aspectos insatisfatórios. Verificou-se uma frequência bastante elevada de escovagem duas ou mais vezes por dia (78,4%) com escova e pasta de dentes fluoretada (100%), sendo uma dessas vezes antes de deitar em quase todos os casos (87%, n=60).

Por outro lado, o uso de fio dentário foi insuficiente (21,7%). Aliás, os jovens que não recorriam a este método de higiene oral apresentaram pior saúde periodontal, com valores de IPC mais elevados de forma estatisticamente significativa.

Os hábitos alimentares dos participantes também foram insatisfatórios, com a ingestão bastante frequente de alimentos cariogénicos, inclusive entre as refeições (78%).

Quase todos os jovens foram a uma consulta de saúde oral no último ano, maioritariamente com o objetivo de fazer uma revisão.

As atitudes em saúde oral avaliadas obtiveram classificações elevadas, encontrando-se algumas associações estatisticamente significativas com o estado e os hábitos de saúde oral.

Os resultados obtidos poderão contribuir para a promoção da saúde oral através da implementação de comportamentos e atitudes adequadas de saúde oral, os quais, uma vez estabelecidos, perdurem pela vida do indivíduo.



## **BIBLIOGRAFIA**

American Academy of Pediatric Dentistry. Periodontal Diseases of Children and Adolescents. Reference Manual. 2004; 34(6): 304-311

American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Adolescent Oral Health Care. Reference Manual. 2010 Oct; 34(2): 129-137

American Academy of Pediatric dentistry. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. Reference Manual. 2013; 36(6): 118-125

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Dietary Recommendations for Infants, Children, and Adolescents. Reference Manual. 2012; 34(6): 56-58

Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes no concelho de Mangualde. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2013; 54(1): 27-32

Benigeri M, Brodeur JM, Olivier M, Bedos C. Connaissances et perceptions des adolescentes face à la santé dentaire. Revue canadienne de santé publique. 2002 Jan-Fev; 93(1): 54-58

Bica I, Marinho C, Cordinha P, Cunha M, Rodrigues V, Reis-santos M. Indicadores de Saúde Oral em Adolescentes. Millenium. 2012 Dez-Jun; 43: 95-105

Carvalho RWF, Santos CAN, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ, Novais SMA, Pereira MAS. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. *Ciência & Saúde Colectiva*.2011; 16(Supl.1): 1621-1628.

Chiva Garcia F, Ballesteros Perez AM, Garcia Ballesta C, Minguez Vallejos R. Construccion y validación de un instrumento para conocer la actitud hacia la salud dental. *EJDR* [Internet]. 2001[citado 2013 Jun 29];6:27p. Disponível em: <http://www.uv.es/pascuala/ejdr/>

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, Looze M, Roberts C *et al.*, eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012

Deli R, Oliva B, Macrì LA, Clementini M, De Vito E, Nicolotti N *et al.* The impact of social context on the perception of dental appearance in 8-9 years old children. *Italian Journal of Public health*. 2009; year 7 - 6(2): 172-176

Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie na População Escolarizada. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2000

Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2005

Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2008

Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Revista de Saúde Colectiva* 2009; 19(1): 227-238

Hobdell M, Peterson PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*. 2003; 53: 285-288

Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de estatística; 2012.

Luis HPS, Assunção VA, Luis LFS. Tradução e validação para português de um questionário de hábitos, conhecimentos e atitude de saúde oral dos adolescentes. *Adolesc. Saúde*. 2012 Jan-Mar. 9 (1): 7-11

Mafla AC. Adolescencia: cambio bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica*. 2008; 39(1): 41-57

Martínez BOH, Zulueta SV, Ramírez MCC, Gonsalves CC. Salud bucal en la adolescencia. *MEDISAN*. 2013; 17(1): 117-125

Matos MG, Equipa Aventura Social. Health Behavior in School-aged Children, Dados Nacionais 2010 – Abril 2011, Problemas emergentes e contextos sociais. Lisboa, Aventura Social, 2011

Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The Contribution of Dietary Factors to Dental Caries and Disparities in Caries. *Acad Pediatr*. 2009; 9(6): 410-414

Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutrition*. 2004; 7 (1A): 201-226

Östberg A, Jarkman K, Lindblad U, Halling A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 167-173

Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31: 116-121

Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci.* 1999; 107: 422-428

Special Eurobarometer 330: Oral Health [Internet]. 2010 [citado 2012 Ago 14]; EB72.3. Disponível em: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm)

Stokes E, Ashcroft A, Platt MJ. Determining Liverpool' adolescents beliefs and attitudes in relation to oral health. *Health Education Research* 2006; 21(2): 192-205

United Nations Population Fund. Adolescent and Youth Fact Sheets - Adolescent and youth demographics: a brief overview. [Internet]. [citado 2013 Set 25]. Disponível em: <http://www.unfpa.org/public/home/adolescents>

World Health Organization. Oral Health Surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997

World Health Organization. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No.6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization; 1999

World Health Organization. The World Oral Health Report: Continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva. World Health Organization; 2003

World Health Organization. Global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal* 2008; 58: 115-121

World Health Organization. Health topics Adolescent health [Internet]. Geneva: World Health Organization; [atualizado 2013 Maio 1; aceso 2013 Maio 30]. Disponível em: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)

## **ANEXOS**

- **Anexo I** – Segunda parte do questionário utilizado
- **Anexo II** – Ficha de observação intraoral
- **Anexo III** – Carta à Direção do Centro Social Paroquial do Campo Grande
- **Anexo IV** – Carta ao Administrador do Centro Social do Campo Grande
- **Anexo V** – Carta aos pais
- **Anexo VI** – Consentimento Informado
- **Anexo VII** – Assentimento Informado



## **Anexo I**

**Segunda parte do questionário utilizado**

## PARTE 2

Para cada pergunta seguinte podes dar, caso se justifique, mais do que uma resposta. Marca com um X a(s) tua(s) escolha(s).

### 1. Quantas vezes escovas os dentes?

- Não escovo
- Menos de uma vez por dia
- Uma vez por dia
- Duas ou mais vezes por dia

### 2. O que usas para lavar os dentes (podes assinalar mais que uma resposta)?

- Escova e pasta de dentes
- Fio dentário
- Bochecho com elixir
- Palitos
- Outros (o quê?) \_\_\_\_\_
- Nada

### 3. Quando escovas os dentes (podes assinalar mais que uma resposta)?

- De manhã antes do pequeno-almoço
- De manhã depois do pequeno-almoço
- Depois do almoço
- Antes de deitar
- Noutra altura (qual?) \_\_\_\_\_
- Não escovo os dentes

### 4. Caso uses pasta de dentes, essa pasta contém flúor?

- Sim
- Não

### 5. Quando eras mais novo alguma vez tomaste comprimidos ou gotas de flúor?

- Sim
- Não
- Não sei / não me lembro

### 6. a) No último ano foste a alguma consulta com um dentista ou outro profissional de saúde oral (ex: higienista oral)?

- Sim
- Não

**6. b) Se sim, qual foi o motivo?**

- Revisão, consulta de rotina
- Urgência
- Para fazer um tratamento
- Para “arrancar” um dente
- Outro (qual?) \_\_\_\_\_

**6. b) Se não, qual foi o motivo?**

- Preço
- Acesso difícil (longe de casa, não conheço nenhum...)
- Não precisei
- Não quis
- Outro (qual?) \_\_\_\_\_

**7. a) Costumas comer alimentos açucarados? Por exemplo, bolos, bolachas, chocolates, gomas, cereais com açúcar, bebidas com açúcar (coca cola, sumos, ice teas, café ou chá com açúcar...), batatas fritas...**

- Sim
- Não

**7. b) Se sim, costumavas consumi-los entre as refeições?**

- Sim
- Não

**7. c) Com que frequência é que comes estes alimentos?**

- Todos os dias
- Várias vezes por semana
- Menos de uma vez por semana
- Muito raramente

**8. Qual é o grau de educação académica dos teus pais (o mais avançado dos dois)?**

- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino universitário
- Ensino pós-graduado (mestrado, doutoramento)

**Para terminar queremos saber alguma informação sobre ti, por favor indica:**

Sexo:  Masculino  Feminino Idade: \_\_\_\_\_ anos

**Obrigada por teres preenchido este questionário!**

Questionário original desenvolvido por Chivas Garcia *et al.* (2001). Tradução e validação para Portugal por Henrique Luis e Victor Assunção (2009) – contacto henrique.luis@fmd.ul.pt



## **Anexo II**

### **Ficha de observação intraoral**

## FICHA DE OBSERVAÇÃO ORAL

Nº ID ESTUDO: \_\_\_\_\_

DATA DA OBSERVAÇÃO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ IDADE: \_\_\_ SEXO: \_\_\_

### REGISTO DO IPC

16/17	11	26/27	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td>saudável</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>hemorragia</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>cálculos</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>bolsa de 4-5 mm</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>bolsa ≥ 6 mm</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">X</td><td>sexante excluído</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>não registado</td></tr> </table>	0	saudável	1	hemorragia	2	cálculos	3	bolsa de 4-5 mm	4	bolsa ≥ 6 mm	X	sexante excluído	9	não registado
0	saudável																
1	hemorragia																
2	cálculos																
3	bolsa de 4-5 mm																
4	bolsa ≥ 6 mm																
X	sexante excluído																
9	não registado																
46/47	31	36/37															

### REGISTO DE CÁRIE

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

São	0 ou A
Cariado	1 ou B
Restaurado e cariado	2 ou C
Restaurado sem cariado	3 ou D
Extraído por cárie	4 ou E
Extraído por outras razões	5
Selantes	6 ou F
Não Erupcionado	8
Traumatismo	T
Não registado	9

## **Anexo III**

**Carta à Direção do Centro Social Paroquial do Campo Grande**

Madalena Spratley  
Calçada Palma de Baixo, 4 – 11B  
1600-176 Lisboa

Exma. Senhora.  
Dra. Ana Balcão Reis  
Direção do Centro Social Paroquial do Campo  
Grande

Lisboa, 24 de Fevereiro de 2013

O meu nome é Madalena Barreto Spratley, fui animadora dos Grupos de Jovens Fraternos do Campo Grande e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Encontro-me actualmente a realizar uma dissertação de Mestrado que tem por objectivo estudar os comportamentos, conhecimentos e atitudes em saúde oral de jovens adolescentes (13 a 18 anos). Os participantes do estudo terão de preencher um curto questionário e será efectuado um exame intra-oral de rotina, simples, para averiguar a existência de dentes cariados, tratados e ausentes, bem como o estado de saúde gengival.

O contacto com os participantes e a observação oral decorrerá sempre nas instalações do Centro Social, antes ou após a reunião dos Grupos. Será obtida autorização dos pais/responsáveis legais e dos próprios jovens através de um consentimento e de um assentimento que junto em anexo.

Face ao exposto, solicito a autorização para propor aos jovens que frequentam os Grupos de Jovens Fraternos, a participação no estudo, e para realizar este nas instalações do Centro Social.

Coloco-me ao seu dispor para esclarecer quaisquer questões adicionais, através dos contactos abaixo.

Sem outro assunto, agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Madalena Spratley  
([madalena.spratley@gmail.com](mailto:madalena.spratley@gmail.com); Tlm: 918117399)

## **Anexo IV**

### **Carta ao Administrador do Centro Social do Campo Grande**

Madalena Spratley  
Calçada Palma de Baixo, 4 – 11B  
1600-176 Lisboa

Exmo. Senhor.  
Monsenhor Vítor Feytor Pinto  
Administrador Paroquial do Campo Grande

Lisboa, 05 de Março de 2013

O meu nome é Madalena Barreto Spratley, fui animadora dos Grupos de Jovens Fraternos do Campo Grande e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Encontro-me actualmente a realizar uma dissertação de Mestrado que tem por objectivo estudar os comportamentos, conhecimentos e atitudes em saúde oral de jovens adolescentes (13 a 18 anos). Os participantes do estudo terão de preencher um curto questionário e será efectuado um exame intra-oral de rotina, simples, para averiguar a existência de dentes cariados, tratados e ausentes, bem como o estado de saúde gengival.

O contacto com os participantes e a observação oral decorrerá sempre nas instalações do Centro Social, antes ou após a reunião dos Grupos. Será obtida autorização dos pais/responsáveis legais e dos próprios jovens através de um consentimento e de um assentimento que junto em anexo.

Face ao exposto, solicito a autorização para propor aos jovens que frequentam os Grupos de Jovens Fraternos, a participação no estudo, e para realizar este nas instalações do Centro Social.

Coloco-me ao seu dispor para esclarecer quaisquer questões adicionais, através dos contactos abaixo.

Sem outro assunto, agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Madalena Spratley  
([madalena.spratley@gmail.com](mailto:madalena.spratley@gmail.com); Tlm: 918117399)

## **Anexo V**

### **Carta aos pais**

Madalena Spratley  
Calçada Palma de Baixo 4 – 11B  
1600-176 Lisboa

Exmo.(a) Senhor(a)

Lisboa, 24 de Fevereiro de 2013

O meu nome é Madalena Barreto Spratley, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Fiz parte dos Grupos de Jovens Fraternos do Campo Grande desde os 16 anos, primeiro como animanda e, depois, como animadora.

Pretendo, através desta carta, solicitar a sua autorização para a participação do(a) seu/sua filho(a) num trabalho de investigação realizado no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Medicina Dentária.

O tema da dissertação será o estudo dos hábitos, conhecimentos e atitudes em saúde oral dos adolescentes (jovens dos 13 aos 18 anos). Os participantes do estudo deverão proceder ao preenchimento de um curto questionário e será efectuado um exame intra-oral de rotina, simples, para averiguar a existência de dentes cariados, tratados e ausentes, bem como o estado de saúde gengival. O contacto com os participantes e a observação oral decorrerá sempre nas instalações do Centro Social, antes ou após a reunião dos Grupos.

Agradeço que leia o consentimento que envio em anexo, que o preencha e assine em duplicado (mesmo que não autorize). Peço-lhe que guarde uma cópia para si e que envie a outra através do(a) seu/sua filho(a), dentro do envelope anexo, para me ser entregue na próxima reunião de Grupos.

Caso autorize, após a observação oral, enviarei informação sobre o estado de saúde oral do(a) seu/sua filho(a).

Coloco-me ao seu dispor para esclarecer quaisquer questões adicionais, através dos contactos abaixo.

Sem outro assunto, agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Madalena Spratley  
([madalena.spratley@gmail.com](mailto:madalena.spratley@gmail.com); Tlm: 918117399)

## **Anexo VI**

### **Consentimento Informado**



Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

**Estudo sobre os hábitos, conhecimentos e atitudes em saúde oral de uma população adolescente**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

**Investigadores:**

- Madalena Spratley, aluna do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (Tel.918117399; madalena.spratley@gmail.com).
- Doutor Mário Bernardo, professor de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária (Tel. 217804564, mario.bernardo@fmd.ul.pt).

**Descrição do estudo:**

O estudo sobre os hábitos, conhecimentos e atitudes em saúde oral dos adolescentes é realizado no âmbito de uma dissertação do Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

O seu objectivo principal é estudar os factores determinantes da saúde oral nos adolescentes, através do conhecimento dos seus hábitos, conhecimentos e atitudes relativos à saúde oral. Adicionalmente, pretende-se conhecer o estado de saúde oral da mesma população.

**Procedimentos do estudo:**

Os participantes do estudo deverão proceder ao preenchimento de um curto questionário. Também será efectuado um exame intra-oral para averiguar a existência de dentes cariados, tratados e ausentes, bem como o estado de saúde gengival.

**Riscos e aspectos desagradáveis:**

O preenchimento do questionário e o exame intra-oral serão realizados no Centro Social Paroquial do Campo Grande, em Lisboa. A sua duração total não deverá ultrapassar os 15 minutos. Não existem quaisquer riscos adicionais relativamente a um exame de rotina da cavidade oral.

**Benefícios:**

Será dado conhecimento aos participantes do seu estado de saúde oral.

**Informações adicionais:**

A participação neste estudo é completamente voluntária. A decisão de não participar no estudo não trará qualquer tipo de consequências. Os participantes poderão desistir do estudo em qualquer altura, sendo-lhes apenas pedido que informem um dos investigadores. Apesar dos resultados do estudo poderem ser apresentados em reuniões ou revistas científicas, o estudo é confidencial, sendo o nome dos participantes conhecido apenas pelos investigadores do estudo.

---

*O estudo descrito acima foi-me explicado e eu:*

- **NÃO AUTORIZO** a participação do(a) meu/minha filho/filha no mesmo.
- **AUTORIZO** a participação do(a) meu/minha filho/filha no mesmo. Foi-me dada a oportunidade de colocar questões. Sei que posso entrar em contacto com os investigadores para obter quaisquer esclarecimentos adicionais. Se mudar de ideias quanto à participação do(a) meu/minha filho/filha no estudo, sei que posso desistir bastando para isso informar um dos investigadores.

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

*(Responsável pelo participante)*

---

*(Investigador)*

(Assinado em duplicado – original para o participante, cópia para o investigador)

## **Anexo VI**

### **Assentimento Informado**



## Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

### Estudo sobre os hábitos, conhecimentos e atitudes em saúde oral de uma população adolescente

#### ASSENTIMENTO INFORMADO

##### **Investigadores:**

- Madalena Spratley, aluna do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (Tel.918117399; madalena.spratley@gmail.com).

- Doutor Mário Bernardo, professor de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária (Tel. 217804564, mario.bernardo@fmd.ul.pt).

##### **Descrição do estudo:**

O estudo sobre os hábitos, conhecimentos e atitudes em saúde oral dos adolescentes é realizado no âmbito de uma dissertação do Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

O seu objectivo principal é estudar os factores determinantes da saúde oral nos adolescentes, através do conhecimento dos seus hábitos, conhecimentos e atitudes relativos à saúde oral. Adicionalmente, pretende-se conhecer o estado de saúde oral da mesma população.

##### **Procedimentos do estudo:**

Os participantes do estudo deverão proceder ao preenchimento de um curto questionário. Também será efectuado um exame intra-oral para averiguar a existência de dentes cariados, tratados e ausentes, bem como o estado de saúde gengival.

##### **Riscos e aspectos desagradáveis:**

O preenchimento do questionário e o exame intra-oral serão realizados no Centro Social Paroquial do Campo Grande, em Lisboa. A sua duração total não deverá ultrapassar os 15 minutos. Não existem quaisquer riscos adicionais relativamente a um exame de rotina da cavidade oral.

##### **Benefícios:**

Será dado conhecimento aos participantes do seu estado de saúde oral.

##### **Informações adicionais:**

A participação neste estudo é completamente voluntária. A decisão de não participar no estudo não trará qualquer tipo de consequências. Os participantes poderão desistir do estudo em qualquer altura, sendo-lhes apenas pedido que informem um dos investigadores. Apesar dos resultados do estudo poderem ser apresentados em reuniões ou revistas científicas, o estudo é confidencial, sendo o nome dos participantes conhecido apenas pelos investigadores do estudo.

---

*O estudo descrito acima foi-me explicado e eu concordo em participar no mesmo. Foi-me dada a oportunidade de colocar questões. Sei que posso entrar em contacto com os investigadores para obter quaisquer esclarecimentos adicionais. Se mudar de ideias quanto à minha participação, sei que posso desistir bastando para isso informar um dos investigadores.*

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

(Participante)

---

(Investigador)

(Assinado em duplicado – original para o participante, cópia para o investigador)