



Pedro André Ferreira Campos Lopes

Estilos de vida e prevenção primária na saúde oral em ambiente escolar

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada
à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

2012



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Pedro André Ferreira Campos Lopes

Estilos de vida e prevenção primária na saúde oral em ambiente escolar

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Professora Doutora Carlota Quintal

Coimbra, 2012

Agradecimentos

A todos aqueles que contribuíram para este trabalho,
com um especial agradecimento à Prof. Dra Carlota Quintal
pela dedicação, empenho, paciência e disponibilidade
nestes longos meses de trabalho.

Resumo

A relação entre estilos de vida e saúde está amplamente estudada. Em termos teóricos, esta relação tem sido explicada sobretudo com recurso ao modelo de Grossman. Deste modo, os indivíduos fazem as escolhas, nomeadamente sobre o que consomem e sobre o tempo que dedicam à promoção da saúde, que do seu ponto de vista, melhor representam os seus interesses.

A prevenção primária afigura-se cada vez mais como uma via privilegiada para obter ganhos em saúde e para garantir a própria sustentabilidade financeira dos serviços de saúde. A prevenção primária deve por isso ser fomentada, contudo, não chega informar; é necessário perceber quais são as motivações dos indivíduos e com base nelas estimular estilos de vida saudáveis. No caso particular da saúde oral, a prevenção é reconhecidamente eficaz sendo fundamental intervir na infância e adolescência. Assim, o objetivo do presente estudo é conhecer os comportamentos, atitudes e motivações de crianças e adolescentes relativamente à saúde oral.

Para atingir o objetivo proposto foi criado e administrado um questionário em três escolas do distrito de Viseu, tendo sido incluídas no estudo crianças dos três ciclos do ensino básico, abrangendo idades dos 8 aos 16 anos.

No total foram inquiridas 224 crianças e adolescentes, de ambos os sexos e maioritariamente residentes em zona rural.

Em termos de saúde oral autoavaliada, as respostas distribuem-se essencialmente pela categoria 'boa' (44.2%) e 'razoável' (40.6%). Praticamente todos já foram alguma vez ao dentista e nos últimos 12 meses o principal motivo para o fazerem foi a prevenção, mas 48.5% recorreu ao médico dentista para tratamentos ou devido a dor de dentes. Apenas 14.8% usou serviços públicos. Os alunos consideram-se informados sobre saúde oral, no entanto uma parcela significativa (46%) ignora o efeito da ingestão de alimentos sobre a saúde oral.

A escovagem dos dentes é feita diariamente por três quartos dos inquiridos e aprenderam a fazê-lo sobretudo na escola e em casa (mas 43.8% respondeu que sabia como escovar os dentes apenas 'razoavelmente'). Os resultados obtidos estão de acordo

com os resultados prévios da literatura, já que as raparigas apresentam melhores hábitos de higiene oral do que os rapazes. Nas motivações para a saúde oral, no geral foram todas consideradas importantes sendo de destacar o hálito fresco (que obteve a percentagem mais alta de respostas na alternativa ‘muito importante’). Pelo contrário, serem obrigados a lavar os dentes foi considerado menos importante. O acesso a guloseimas continua muito facilitado em ambiente escolar. A maior parte escolheria um pão em vez de um bolo para o lanche. Dos que responderam diferentemente, mais de metade referiu que mudaria de opinião depois de terem sido informados sobre a diferença de preços.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 reconhece a necessidade de reativar a promoção da saúde oral feita nas escolas. Pelos resultados aqui relatados, essas intervenções devem continuar a informar, sobretudo no que diz respeito aos procedimentos para uma correta higiene oral e o efeito dos alimentos na saúde oral. Os pais devem ser chamados a participar dada a importância dos conhecimentos adquiridos em casa. O estudo das motivações para a saúde oral deve ser aprofundado e utilizado nas mensagens a passar às crianças e adolescentes para os quais parece ser mais importante ter hálito fresco do que ser capaz de mastigar bem. Por fim, devem ser ponderadas a introdução de barreiras ao acesso a alimentos prejudiciais à saúde em ambiente escolar. Estas podem estar relacionadas com o custo monetário ou custo de oportunidade (dificultando o acesso físico).

Palavras-chave: Estilos de vida, prevenção primária, Modelo de Grossman, saúde oral, motivações.

Abstract

The relationship between lifestyles and health has been widely studied. Theoretically, it has been explained using Grossman's model. Thus, individuals make choices, about their consumption and the time they dedicate to health promotion, which from their point of view, best represent their interests. Primary prevention seems to be an increasingly privileged path to obtain health gains and to ensure financial sustainability of healthcare services itself. Primary prevention should therefore be encouraged; however, it is not enough to inform people, it is necessary to understand the individuals' motivations and, based on them, encourage healthy lifestyles. Particularly in the case of oral health, prevention is known to be quite effective, and actions should be taken during childhood and adolescence. Thus, the goal of this study is to understand children and adolescents' behaviors, attitudes and motivations regarding oral health. In order to achieve this objective a questionnaire, was created and administered in three schools from the district of Viseu. This study included children from three cycles of basic education, covering ages from 8 to 16 years old. Altogether, 224 children were inquired including adolescents of both sexes, living, mainly, in rural areas. Regarding self-reported oral health, the answers are distributed mainly by the category 'good' (44.2%) and 'reasonable' (40.6%). Most of the participants have visited a dentist. In the last 12 months the main reason for making an appointment was prevention, however 48.5% visited the dentist due to a toothache. Only 14.8% stated that they used public services. Respondents consider themselves informed about oral health, however a significant portion (46%) ignores the effect of food intake on oral health. Three quarters of the surveyed brush their teeth daily and learned how to do it mainly at school and at home (43.8% answered that knew how to brush their teeth 'fairly well').The results are consistent with literature, since girls reported better oral hygiene habits than boys. Regarding motivations for oral health, all items were generally considered important, being highlighted the fresh breath (which got the highest percentage of answers as 'very important').On the contrary, being obligated to brushing was considered the less important aspect. The access to sweets remains very easy in the school environment. The majority of the surveyed would choose bread instead of a cake

as a snack. Among those who answered differently, more than half changed their answer after being informed about the price difference. The National Health Plan 2011-2016 recognizes the need to reactivate the promotion of oral health in schools. Based on the results reported here, those interventions should continue to inform the students, especially regarding the procedures for proper oral hygiene and the effect of food on oral health. Parents should be involved, given the importance of the knowledge acquired at home. More research on motivations for oral health is needed and findings should be used in the design of strategies aimed at children and adolescents. For them, it seems to be more important to have fresh breath than being able to chew well. Finally, the introduction of barriers to access to unhealthy food should be considered in the school environment. These barriers can be the increase in monetary cost or the opportunity cost (making the physical access more difficult).

Keywords: lifestyles; primary prevention, Grossman's Model, oral health, motivation

Lista de siglas

DGS (Direção Geral da Saúde)

DIDL (Dental Impact of Daily Living)

DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)

Índice de CPO (Índice dentes Cariados, Perdidos, Obturados)

OHIP (Oral Health Impact Profile)

OMD (Ordem dos Médicos Dentistas)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

PNPSO (Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral)

SNS (Serviço Nacional de Saúde)

Lista de Tabelas

Tabela 1- Relação entre saúde oral e impacto na saúde geral	36
Tabela 2 - Caracterização da amostra	57
Tabela 3 - Características da amostra	65
Tabela 4 - Informação sobre saúde oral e habilitações literárias	67
Tabela 5 - Caracterização da utilização de cuidados dentários	67
Tabela 6 - Escovagem diária dos dentes e habilitações literárias.....	71
Tabela 7 - Caracterização da utilização de pasta dentífrica com flúor e de fio dentário.....	73
Tabela 8 - Utilização de fio dentário e habilitações literárias.....	73
Tabela 9 - Toma diária do pequeno almoço, por área de residência.....	75
Tabela 10 - esporádico de álcool, por área de residência.....	76
Tabela 11 - Indivíduos que não fumam, por área de residência.....	77
Tabela 12 - Caracterização da implementação de estratégias de promoção de saúde oral nas escolas.	80
Tabela 13 - Medo perante a consulta de Medicina Denária e distinção por género.....	90
Tabela 14 - Caracterização dos indivíduos com CPO=0	93
Tabela 15 - Motivações.....	94

Lista de Figuras

Figura 1- Diagrama de Keyes	27
Figura 2 - Avaliação do estado de saúde oral	66
Figura 3 – Grau de informação sobre saúde oral.....	66
Figura 4- Visitas ao médico dentista vs habilitações literárias do encarregado de educação	68
Figura 5- Motivo da consulta de Medicina Dentária.....	68
Figura 6- Local onde decorreu a consulta	69
Figura 7- Avaliação da utilização de cheques-dentista	69
Figura 8- Avaliação dos hábitos de higiene oral no dia a dia	70
Figura 9 - Caracterização dos respondentes “Sim”	70
Figura 10- Frequência de escovagem diária	71
Figura 11- Diferenciação da frequência de escovagem pela área de residência	72
Figura 12- Altura do dia em que as crianças escovam os dentes	72
Figura 13- Frequência de consumo de alimentos com potencial cariogénico.....	74
Figura 14- Altura do dia em que o consumo destes alimentos é mais frequente.	74
Figura 15- Frequência da toma de pequeno-almoço.....	75
Figura 16- Consumo de álcool.....	76
Figura 17- Consumo de tabaco.	77
Figura 18- Avaliação da técnica de escovagem.....	78
Figura 19- Estruturas orais higienizadas.	78
Figura 20- Local de aprendizagem dos métodos de higiene oral.	79
Figura 21- O que comes influencia a tua saúde oral?.....	79
Figura 22- Avaliação frequência na abordagem da higiene oral nas escolas.....	80
Figura 23 - Motivações- “Dentes bonitos”	81
Figura 24- “Dentes bonitos”- distribuição por sexo e idade.	82
Figura 25- Motivação “evitar dores de dentes”	82
Figura 26- “Evitar dores”- distribuição por sexo e idade.	83
Figura 27- Motivação “evitar o mau hálito”.	84
Figura 28- “Evitar o mau hálito” - distribuição por sexo e idade.	84
Figura 29 – Motivação “conseguir comer bem”	85
Figura 30 “Conseguir comer bem”- distribuição por sexo e idade.	86
Figura 31- Motivação “evitar próteses dentárias”	86
Figura 32- “Não usar prótese”- distribuição por sexo e idade.....	87
Figura 33- Motivação “ter dentes saudáveis”	87
Figura 34- “Dentes saudáveis”- distribuição por sexo e idade.	88
Figura 35- Motivação “ter alguém que me obrigue a lavar os dentes”.	88

Figura 36- “Obrigar a lavar os dentes”- distribuição por sexo e idade.	89
Figura 37- Frequência de crianças com medo da consultaria de medicina dentária- distribuição por idades	90
Figura 38- Avaliação do acesso a guloseimas pelas crianças.	91
Figura 39- Escolha do lanche- bolo ou pão?	91
Figura 40- Avaliação do efeito do preço na escola do lanche.....	91
Figura 41- Índice CPO das crianças observadas.	92

Sumário

Resumo	v
1. Introdução.....	1
2. Estilos de vida e saúde	5
2.1 Modelo de Grossman.....	6
2.2 Estudos empíricos sobre o impacto dos estilos de vida na saúde.....	17
3. Prevenção Primária na saúde oral	23
3.1 Importância da Prevenção Primária na saúde oral.....	23
3.1.1 Cárie dentária	25
3.1.2 Saúde oral e saúde geral.....	33
3.1.3 Qualidade de vida relacionada com a saúde oral.....	37
3.2 Estudos empíricos sobre adolescência e motivação para a saúde oral	39
3.3 Políticas/ estratégias de prevenção primárias existentes no programa nacional de promoção da saúde oral (PNPSO).....	43
3.3.1 Dados estatísticos relevantes	44
3.3.2 Evolução das estratégias.....	46
3.3.3 Actualidades do PNPSO	49
3.3.4 Evolução dos indicadores	51
4. Metodologia.....	55
4.1 Tipo de estudo	55
4.2. Amostra.....	55
4.3. Protocolo de estudo.....	57
4.4 Variáveis em estudo.....	59
4.5 Análise estatística	63
4.6. Procedimentos legais e éticos.	63
4.7. Realização de entrevista no Centro de Saúde 3 de Viseu	64
5. Resultados.....	65
5.1- Resultados relativos ao questionário	65
5.2 Prevenção primária na saúde oral nas escolas e centros de saúde: o caso de Viseu.....	95
5.2.1- Estratégias/ medidas de prevenção primaria implementadas no centro de saúde 3 de Viseu	95
6. Discussão.....	99
7. Conclusão:.....	109

8. Bibliografía:111

Anexos

1. Introdução

Há precisamente uma década que a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o seu relatório anual dedicado à promoção de estilos de vida saudáveis e redução de fatores de risco (WHO, 2002). Esta abordagem da obtenção de ganhos em saúde, pela via da prevenção, ganhou ainda mais atualidade no contexto de austeridade e fortes restrições no financiamento em que se encontram os serviços de saúde.

Existem inúmeros estudos empíricos que demonstram a relação entre estilos de vida e saúde. Em termos teóricos, esta relação tem sido explicada sobretudo com recurso ao modelo de Grossman. Deste modo, os indivíduos fazem as escolhas, nomeadamente sobre o que consomem e sobre o tempo que dedicam à promoção da saúde, que do seu ponto de vista, melhor representam os seus interesses. De acordo com esta perspetiva, para que um programa de prevenção e promoção da saúde tenha sucesso deve apoiar-se naquelas que são as motivações dos indivíduos e com elas estimular a adoção de comportamentos saudáveis.

A prevenção na saúde oral é reconhecidamente eficaz, isto é, as patologias orais são, de entre as doenças que afetam as populações, aquelas que mais facilmente se conseguem evitar. Adicionalmente, a prevenção tem um papel fundamental na infância pois permite evitar o aparecimento de lesões de cárie e dos seus efeitos, assim como instituir hábitos de higiene oral. A adolescência é também um período importante para intervir, já que nesta fase o aparecimento de patologias orais como a cárie dentária e as doenças periodontais, associadas ao consumo frequente de alimentos e bebidas açucaradas, tabagismo, consumo de álcool e fracos hábitos de higiene oral tem elevada prevalência. É

também na adolescência que os jovens podem adquirir conhecimentos que lhe permitam ter atitudes e comportamentos positivos que persistirão no futuro, representando um momento fundamental para a promoção da saúde. É por isso de grande importância intervir nestas faixas etárias, já que será mais difícil alterar os padrões de comportamento relacionados com os estilos de vida na idade adulta, quando estes já estão enraizados.

Para uma intervenção com sucesso, torna-se necessário conhecer o perfil do público-alvo e perceber quais são os seus comportamentos, as suas atitudes e motivações face à saúde oral, de modo a delinear estratégias eficazes e bem direcionadas. Por exemplo, os adolescentes tendem a valorizar pouco a sua saúde em geral e ter dentes saudáveis é importante sobretudo em termos de estéticos, de aparência e imagem. É também geralmente aceite que as mensagens de saúde orientadas para o medo não motivam nem alteram comportamentos. Assim, intervenções baseadas somente na informação sobre a saúde não serão as mais eficazes nesta audiência.

O objetivo central do presente trabalho é perceber quais são então as atitudes, comportamentos e motivações de crianças e adolescentes face à saúde oral. Estes resultados constituem importantes *inputs* para futuros planos de promoção da saúde oral, que poderão ser implementados em ambiente escolar e em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e as escolas.

Para atingir o objetivo proposto foi criado e administrado um questionário em três escolas do distrito de Viseu tendo sido incluídas no estudo crianças dos três ciclos do ensino básico, abrangendo idades dos 8 aos 16 anos.

De modo a perceber se, no caso de Viseu, os serviços de cuidados primários se encontram articulados com as escolas e adotam estratégias de prevenção primária na saúde oral

consentâneas com os resultados obtidos neste estudo foi ainda realizada uma entrevista com a médica dentista do Centro de Saúde 3 de Viseu.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico.

A primeira parte (capítulos 2 e 3) consiste na fundamentação teórica do trabalho e aborda aspetos relacionados com a influência dos estilos de vida na saúde e em particular com a saúde oral, o Modelo de Grossman e a importância da prevenção primária na saúde oral.

A segunda parte do trabalho (capítulos 4 a 7) é constituída pela investigação empírica propriamente dita, onde é descrita a metodologia desenvolvida. Seguidamente são apresentados os resultados que foram encontrados, sendo realizada a sua discussão, de acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada. Na conclusão, realçam-se os resultados mais relevantes.

2. Estilos de vida e saúde

O conceito de estilo de vida foi elaborado pelo psiquiatra vienense Alfred Adler (1870-1937), uma das mais importantes figuras da Psicologia. A expressão “estilos de vida” refere-se à forma como os indivíduos vivem a sua vida e lidam com os seus problemas e relações interpessoais. De acordo com esta teoria, comportamentos classificáveis como “estilos de vida” não são comportamentos ocasionais, mas sim repetidos por longos períodos durante a vida (Abel, 1991).

O efeito dos estilos de vida na saúde há muito que é reconhecido. Estudos das últimas décadas, sugerem que os principais ganhos em saúde que ocorreram nos últimos duzentos anos estão fundamentalmente associados com melhorias nas práticas alimentares e nos sistemas sanitários, do que propriamente com progressos no acesso aos cuidados de saúde (Birch, 1989). Foi assim atribuída relevância a outros determinantes de saúde, tais como fatores ambientais, genéticos e relacionados com os estilos de vida (Evans, 1994).

A importância dos estilos de vida foi fortalecida pelo World Health Report 2002 - *Redução dos riscos, promover uma vida saudável* (WHO, 2002). Segundo este relatório, as doenças crónicas não transmissíveis, como por exemplo as doenças cardiovasculares, são das principais causas de morbilidade, perda de qualidade de vida e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, consumindo uma quantidade significativa de cuidados de saúde. Estas patologias têm uma etiologia comum, associada aos estilos de vida individuais, como os erros alimentares e inatividade física. Assim sendo, intervir sobre este determinante torna-se pertinente e trará certamente ganhos em saúde, reduzindo a

prevalência destas doenças e os custos económicos e sociais associados (Babazono, 2010).

Após a publicação deste relatório, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004) definiu igualmente a promoção de comportamentos saudáveis como um domínio prioritário de intervenção.

Estudos empíricos prévios sobre o impacto dos estilos de vida no estado de saúde (Rosenzweig, 1983; Kenkel, 1995; Thornton, 2009; Contoyannis, 2004; Balia, 2008) sugerem que o peso excessivo, tabagismo, sono insuficiente ou excessivo e o *stress* são prejudiciais à saúde, enquanto a prática de exercício físico surge com um forte potencial positivo nesta.

Ao nível conceptual, o modelo do capital humano proposto por Grossman tem sido utilizado como principal enquadramento deste tipo de análises pois permite estabelecer uma relação entre os estilos de vida dos indivíduos e a sua saúde.

2.1 Modelo de Grossman

As análises anteriores ao Modelo de Grossman sobre a procura de cuidados médicos são caracterizadas por uma visão típica de seguros de saúde: a deterioração da saúde ocorre estocasticamente e os serviços médicos são usados para reparar os danos causados por um acidente ou pela doença (Leibowitz, 2004).

O Modelo de Grossman foi dos primeiros estudos de economia do sector da saúde, que de uma forma geral, procuraram analisar a saúde de forma diferenciada, apresentando a visão do indivíduo como produtor da sua própria saúde. Daí que, se a saúde é um ativo capaz de ser produzido, o conceito de capital pode então ser utilizado (Brito, 2005).

Estes estudos sugerem ainda que o estado de saúde não afeta apenas a produtividade do indivíduo, e duas formas distintas de utilidade podem ser assumidas. Considera-se que a saúde é um ativo importante por influenciar o bem-estar, uma vez que quando esta se deteriora, a aptidão do indivíduo para concretizar os seus projetos pessoais é diminuta. Por outro lado, a saúde afeta a capacidade produtiva dos indivíduos, já que um estado de saúde debilitado limita a capacidade e o tempo disponível para o trabalho e para o lazer, afetando a obtenção de rendimentos e conseqüentemente a possibilidade de consumir bens. Aqui a saúde pode ser entendida como um pré-requisito para outras atividades (Brito, 2005).

O primeiro modelo a analisar a saúde como uma forma diferenciada de capital humano é devido a Grossman. O modelo do capital humano e da procura de saúde de Grossman (Grossman, 1972) tem sido a principal referência na literatura para explicar a procura de saúde e de cuidados de saúde, como um processo de escolha individual, tentando prever que variáveis afetam o comportamento/escolhas relacionadas com a saúde.

Distinto de ativos financeiros, para os quais existe um mercado, o capital humano é composto pelos conhecimentos, habilidades e saúde individuais, para os quais não existe mercado onde se possam transacionar (Brito, 2005).

Grossman considera a saúde como um *stock*, um processo produtivo conjunto, fruto do consumo de bens e serviços, denominados cuidados de saúde, e da contribuição do indivíduo, por exemplo, através do uso do seu próprio tempo (Barros, 2003; Leibowitz, 2004). Daqui depreende-se que os cuidados médicos são um fator produtivo, um produto intermédio, adquirido pelo indivíduo para produzir saúde. Para além disso, o tempo disponibilizado para a produção de saúde é um dos muitos fatores de que depende a

produção de saúde, como por exemplo a educação, o rendimento auferido e a idade (Barros, 2003; Cardoso, 2008). A procura de cuidados de saúde ocorre com um objetivo último, a procura de saúde. Nessa procura de cuidados de saúde, tem-se em conta os efeitos na saúde do consumo de cuidados médicos, bem como a satisfação decorrente do consumo de outros bens que poderiam ser adquiridos em alternativa (Barros, 2003).

Grossman trata a saúde como um *stock* endógeno que vai sendo modificado e alterado ao longo da vida. O *stock* inicial de saúde que é obtido na infância vai sofrendo alterações e está sujeito a uma “taxa de depreciação” (Leibowitz, 2004) que é influenciada pelo aumento da idade, pelos hábitos, mas também pelo tipo de bens consumidos pelo indivíduo, se estes influenciam a saúde de maneira benéfica ou não (Barros, 2003). A saúde produzida em cada período é tida como um investimento no *stock* de saúde, com um aumento do número de dias saudáveis. Finalmente, se o *stock* de saúde descer abaixo de um limiar mínimo, o indivíduo morre (Cardoso, 2008).

O *stock* de saúde no modelo possui um componente de bem de consumo, já que possibilita satisfação e um bem de investimento, na medida em que, aumentando esse *stock*, diminuem os dias de incapacidade, aumentando o rendimento potencial do indivíduo (Wagstaff, 1986; Barros, 2003). O consumo de outros bens pode também afetar diretamente a saúde. Algumas atividades de consumo, como o tabagismo, podem fornecer utilidade “imediate”, mas espera-se, nos períodos posteriores, um aumento no número de dias não saudáveis. Por outro lado, dieta adequada ou exercício físico poderão diminuir o nível de utilidade em períodos iniciais, mas aumentarão a utilidade pelo aumento do número de dias saudáveis nos períodos posteriores (Leibowitz, 2004.)

Assim, cada indivíduo escolhe para si um nível de promoção de saúde, influenciado pelos fatores que afetam a produção de saúde, como a sua situação económica, preços dos cuidados de saúde, as suas preferências e motivações e as opções disponíveis (Barros, 2003).

As escolhas dos indivíduos estão, no entanto, limitadas pelo fator tempo. O tempo disponível tem de ser distribuído pelas diversas atividades: trabalho para obter rendimento, tempo de lazer, tempo para investir na produção de saúde em períodos seguintes e tempo perdido devido à falta de saúde. Em suma, as escolhas dos indivíduos estão limitadas pelo fator tempo e o *stock* de saúde estará também relacionado com o período de tempo que cada indivíduo dedica à prevenção primária (Barros, 2003; Leibowitz, 2004).

No modelo de Grossman, o preço dos cuidados médicos tem influência sobre a maior/menor procura destes cuidados e, portanto, sobre a produção de saúde (Barros, 2003). Se pensarmos na procura de cuidados médicos num contexto semelhante ao da teoria do consumidor tradicional, seria lógico que para um preço mais baixo, cada consumidor consumiria mais cuidados médicos. Daí que uma diminuição dos preços poderia levar um indivíduo que não consome destes cuidados, a procurar cuidados médicos, aumentando potencialmente o seu *stock* de saúde (Galama, 2011). O aumento do preço destes cuidados teria o efeito contrário, ou seja, os indivíduos deixam de procurar estes cuidados médicos ou diminuem a frequência da procura, diminuindo assim o seu *stock* de saúde (Barros, 2003).

A disposição a pagar do indivíduo será também determinada pela necessidade de aumentar a probabilidade de transição para um estado saudável. Esta abordagem

permite diferenciar os serviços de saúde como preventivos (*ex-ante* a realização da incerteza) e curativos (*ex-post* a incerteza) dependendo do estado de saúde do indivíduo no período inicial (se saudável ou doente). Por outro lado, o indivíduo só irá investir nos cuidados preventivos se tiver informação /educação, que lhe permita perceber a importância destes cuidados (Brito, 2005).

Há portanto, segundo este modelo, outros fatores que afetam o *stock* de saúde e a procura de cuidados de saúde: o nível de educação, os rendimentos, a idade, entre outros.

Grossman sugere que a saúde é positivamente relacionada com a educação. Diversos estudos sugerem que existe uma ampla evidência da relação entre níveis mais elevados de escolaridade e menores taxas de mortalidade (Elo, 1996) e diminuição da prevalência de limitações funcionais nestes indivíduos (Freedman, 1999).

Um indivíduo com maior educação irá escolher um *stock* de saúde mais elevado e diminuindo esse *stock*, haverá uma maior procura de cuidados médicos por parte destes indivíduos. Segundo este modelo, os indivíduos com maior educação reconhecem mais facilmente os benefícios da saúde e, para além disso, são mais eficientes no investimento e produção de saúde, já que obtêm o mesmo resultado com menos recursos, necessitando de investir menos na manutenção do seu *stock*. (Barros, 2003; Brito, 2005).

Da mesma forma, as pessoas mais educadas são mais propensas a se envolverem em atividades de promoção da saúde, incluindo aquelas que implicam o consumo de tempo, como a prática de exercício físico. As taxas de retorno sobre os investimentos quer na forma de prevenção, quer na forma de compra de cuidados médicos são, portanto, provavelmente mais elevadas para os mais educados (Simões, 1995).

Nos últimos 30 anos, muitos tratamentos de saúde foram desenvolvidos e os novos dados estabelecem uma ligação positiva entre hábitos de saúde, estilos de vida e saúde. Estudos recentes de Leibowitz (2004) sugerem que os indivíduos com maior escolaridade apresentam vantagens e maior facilidade na aquisição de novos conhecimentos e informações. As pessoas mais instruídas têm mais informação sobre os efeitos da dieta, tabagismo e exercício nos estados de saúde e parecem ser mais rápidos a adotar os estilos de vida mais saudáveis, do que indivíduos com menor escolaridade. Por exemplo, a prevalência do tabagismo diminuiu em todos os grupos na sequência do relatório de 1964 “Surgeon General” sobre o tabagismo, mas as percentagens de redução foram superiores para os homens e mulheres com maior nível de instrução (NCHS, 2002). Outro exemplo é o resultado obtido por Veiga (2009), que verificou que em termos de saúde oral, existe uma relação positiva entre o número de visitas ao médico dentista por parte de adolescentes e as habilitações literárias dos pais destes.

Em suma e de uma forma geral, os indivíduos com mais altos níveis de escolaridade envolvem-se mais facilmente em atividades que promovam o aumento do capital de saúde, como a prática de exercício ou uma alimentação mais saudável e evitam atividades que afetam negativamente o capital de saúde, como fumar e comer de forma desregrada (NCHS, 2002; Winkleby, 1992; Mokdad, 2003).

O rendimento obtido pelo indivíduo é outro fator, que segundo Grossman, afetará a produção de saúde. Os indivíduos com menores recursos económicos terão de fazer uso do seu *stock* de saúde, levando a maiores taxas de deterioração da saúde. Daí que necessitem de mais cuidados médicos para compensar as perdas em saúde. Mas caso o *stock* de saúde não possa ser completamente restabelecido, devido à sobre utilização do

stock de saúde, os indivíduos apresentariam estados de saúde inferiores. Assim se justifica a alta mortalidade, então positivamente correlacionada com a utilização dos serviços de saúde (Muurinen and Le Grand,1985).

Os indivíduos com rendimentos mais elevados consumirão, em teoria, mais cuidados médicos o que levará a um aumento no seu *stock* de saúde, por existir um excedente disponível para os recursos referentes à produção do *stock* de saúde (Barros, 2003).

Grossman acredita que estes indivíduos, sabendo que poderão adquirir cuidados médicos sem restrições orçamentais, dedicam menos tempo a investir no seu *stock* de saúde. Isto porque o custo do tempo despendido no investimento em ações de promoção de saúde é elevado e muitas vezes as taxas de retorno não são tao elevadas (Leibowitz, 2004). Ou seja, indivíduos com salários mais elevados devem apresentar um maior *stock* de saúde, o que para uma igual taxa de depreciação de saúde implica, em equilíbrio, uma maior procura de cuidados de saúde (Barros, 2003).

Os resultados de Veiga (2009) sugerem que nas classes sócio-economicamente mais desfavorecidas se registam comportamentos de saúde oral mais incorretos, e que os indivíduos com menores rendimentos acedem com menor frequência aos consultórios dentários. É conhecida a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde oral por parte dos indivíduos sócio-economicamente desfavorecidos, já que a grande maioria desses cuidados são prestados em consultórios privados, envolvendo custos que nem todos podem suportar.

Grossman considera que o *stock* de saúde decresce com a idade. O *stock* inicial de saúde que é obtido na infância vai sofrendo alterações e está sujeito a uma “taxa de

depreciação que é influenciada pelo aumento da idade, entre outros fatores (Leibowitz, 2004).

Para que um indivíduo tenha a capacidade de obter rendimentos e tempo para produzir bens de consumo é necessário que o estado de saúde seja superior a um limiar mínimo ($H > H_{mín}$). Se se descer abaixo desse limiar, não há dias saudáveis para produzir o bem de consumo (Barros, 2003).

Grossman considera que o investimento em cuidados médicos aumenta com a idade, enquanto o *stock* de saúde decresce com esta (Galama, 2011). Neste modelo, a morte é determinada endogenamente pela escolha de valores tais que o estado de saúde desce abaixo do limiar mínimo. Defende ainda que a saúde dos idosos se deteriora mais rapidamente do que a saúde dos jovens e daí que os mais velhos tenham que comprar um maior volume de cuidados médicos, para equilibrar o seu *stock* de saúde. Como o *stock* de saúde se deprecia mais rapidamente, o investimento bruto realizado tenderá a ser maior (Barros, 2003).

De que forma a prevenção primária, isto é, estratégias/ intervenções dirigidas a pessoas saudáveis com o objetivo de reduzir o risco do desenvolvimento da doença, se relaciona com este tipo de modelo? No quadro do modelo de Grossman, podemos definir prevenção primária como todo o comportamento que deliberada ou involuntariamente evita a deterioração do *stock* de saúde do indivíduo ou mesmo aumenta-o. Assim, a prevenção primária passa pelo incentivo ao consumo de bens e serviços que tenham um impacto positivo sobre o *stock* de saúde e pelo desincentivo aos consumos prejudiciais à saúde. Passa também pelo incentivo ao aumento do tempo dedicado a atividades benéficas para a saúde. Refira-se ainda que a prevenção secundária (atividades que

procuram detetar de forma precoce a ocorrência de doenças) é também admissível no modelo de Grossman (o que neste caso implica o consumo de cuidados médicos).

Neste contexto, a prevenção consistirá em estimular comportamentos que, sendo promotores da saúde individual, também são, do ponto de vista dos próprios indivíduos, aqueles que melhor promovem os seus interesses (ou seja, aqueles que maximizam a sua utilidade dadas as restrições à decisão). Este raciocínio, embora reconhecendo que os comportamentos individuais (estilos de vida) não ocorrem descontextualizados quer geográfica como cultural e socialmente (Epstein, 2009), admite que algum grau de liberdade de escolha persiste.

Por fim, e tendo em conta que em muitos casos existe um lapso temporal significativo entre uma atividade e o seu impacto na saúde, as estratégias de prevenção primária devem ser ajustadas às preferências dos indivíduos podendo mesmo ter por objetivo alterar essas preferências tornando-as mais focadas no futuro (maior valorização quer dos potenciais benefícios quer dos potenciais malefícios para a saúde que ocorrem no futuro mas que decorrem de atividades desenvolvidas no presente – esta maior valorização do futuro traduz-se numa menor taxa de atualização ou desconto) (Grossman, 2000).

Existem várias estratégias para modelar o comportamento individual. No entanto, e de acordo com o contexto acima referido, para que as intervenções sejam bem-sucedidas, devem contribuir para uma alteração dos comportamentos, incentivando, por exemplo, à melhoria dos cuidados de higiene oral, produzindo mudanças no comportamento de acordo com o melhor interesse dos indivíduos (Nowak, 2011).

Os comportamentos em saúde costumam ser agrupados geograficamente, o que significa que as pessoas costumam reagir a circunstâncias sociais de maneiras semelhantes, de acordo com o grupo em que estão inseridos e com os seus pares. Embora se reconheça que os estilos de vida estão relacionados com padrões sociais e culturais que podem condicionar e afetar o comportamento, no âmbito da prevenção primária, faz sentido assumir que algum grau de liberdade de escolha existe (Epstein, 2009). Este ponto de vista é compatível com a abordagem económica comum, em que as escolhas dos indivíduos refletem tanto os condicionalismos que enfrentam, bem como as suas preferências.

Neste contexto, em que o indivíduo define a alocação do seu tempo e a sua procura dos vários bens e serviços, de acordo com as suas preferências e sujeito a uma restrição orçamental, uma forma de afetar o seu comportamento (isto é, as escolhas que faz) é, desde logo, através dos preços.

Os impostos associados ao álcool e ao tabaco são exemplos comuns. Estudos de Wasserman e colaboradores (1991) sugerem que a elasticidade da procura não é igual a zero, mas nestes casos, as consequências para as políticas públicas podem ser complexas e as motivações controversas, já que se tratam de dependências e o aumento de impostos nestes produtos ter apenas o objetivo de aumentar receitas, aproveitando-se do consumo dos “dependentes”. Para além deste tipo de produtos, com estas características particulares, um exemplo do efeito dos preços no comportamento é ocorrido em 2008, quando o então governo socialista reduziu a taxa de IVA para as atividades físicas, fixando-o em 5%. Com esta medida pretendia-se incentivar o consumo, através de um aumento do número de indivíduos inscritos em ginásios, estimulando a

prática da atividade física por parte da população, adotando estilos de vida mais saudáveis. Atualmente, essa taxa foi aumentada para os 23%, dissuadindo em teoria o consumo destes bens, levando a que muitos tenham desistido da prática de atividade física em ginásio.

Dado o tempo limitado que o indivíduo dispõe para afetar às diferentes atividades, o custo de oportunidade pode também ser utilizado para estimular (desencorajar) o consumo de produtos e serviços saudáveis (não saudáveis) diminuindo (aumentando) a quantidade de tempo necessário para os consumir. Isso pode ser feito, por exemplo, promovendo a localização de restaurantes *fast food* longe das escolas e em zonas menos movimentadas, e ainda criando percursos pedonais localizados perto de estradas. Tem sido reconhecido que o impacto do “ambiente construído” na saúde é significativo e que o desenho urbano pode ser utilizado para promover a atividade física (House of Commons, 2009; Bentley, 2010).

Pode-se ainda alterar o *stock* de saúde adequando as estratégias ao público-alvo. Tendo em conta que algumas mudanças no comportamento, com impacto na saúde, derivam de aspetos não-médicos, as intervenções podem potencialmente afetar, de forma direta, a utilidade e o *stock* de saúde. Por exemplo, passar a ideia aos adolescentes que comer alimentos saudáveis melhora a sua pele e a sua aparência, enquanto que o oposto ocorre com o tabagismo (Health Development Agency, 2004). Assim, os adolescentes poderão aumentar o consumo de vegetais, devido ao impacto direto na utilidade e, conseqüentemente, o *stock* de saúde também aumentará.

Dada a associação positiva entre nível de educação e saúde, explicada nomeadamente através de maior eficiência na produção de saúde e num maior reconhecimento dos

benefícios da saúde, as estratégias de prevenção primária poderão passar por campanhas de informação a este nível. Em particular, em contextos de maiores dificuldades financeiras, é importante educar e informar sobre formas de produzir saúde com poucos recursos.

Por fim, e tendo em conta que em muitos casos existe um lapso temporal significativo entre uma atividade e o seu impacto na saúde, as estratégias de prevenção primária devem ser ajustadas às preferências dos indivíduos podendo mesmo ter por objetivo alterar essas preferências, tornando-as mais focadas no futuro (maior valorização quer dos potenciais benefícios quer dos potenciais malefícios para a saúde).

2.2 Estudos empíricos sobre o impacto dos estilos de vida na saúde

Nesta secção faz-se uma breve revisão dos estudos empíricos sobre o impacto dos estilos de vida na saúde em geral e na saúde oral, em particular.

O modelo de Grossman introduziu a ideia de que os indivíduos são responsáveis pela produção da sua saúde e que a procura de cuidados médicos é derivada dessa procura de saúde. A literatura de economia da saúde apresentou várias tentativas de estimação desta função de produção de saúde e identificação dos elementos que a afetam (Barros, 2003). Um exemplo desses estudos é o trabalho de Kenkel (1995). Este estudo pretende analisar a importância dos estilos de vida na produção de saúde. Esta abordagem foca a importância de três hábitos: tomar o pequeno-almoço, fumar e praticar exercício físico, como *inputs* para a produção de saúde e explora os *outputs*, os efeitos na saúde.

Estudos prévios tinham já reconhecido sete fatores indutores ou associados a um melhor estado de saúde: manter o peso correto; não comer entre refeições; não fumar; ter

atividade física regular; não beber álcool (ou fazê-lo moderadamente); tomar o pequeno-almoço com regularidade e dormir sete a oito horas regularmente (Belloc e Breslow (1972), Breslow e Enstrom (1980), Camacho e Wiley (1980) e Schoenborn (1986), citados por Sakki, 1999). O estudo de Kenkel (1995) pretende reavaliar a importância destes sete fatores, partindo do pressuposto que o indivíduo combina fatores produtivos numa função de produção que origina saúde (Barros, 2003).

O relatório do Instituto Nacional de Saúde de Estocolmo de 1997 classifica os fatores determinantes da saúde como comportamentos ligados à saúde (tabaco, álcool, drogas, alimentação, exercício físico), ambiente (casa, trabalho/estudo, transporte, acesso a transportes, ruído, qualidade do ar e da água, saneamento, radiações e biodiversidade), aspetos sociais (desemprego e pobreza), serviços de saúde (sistemas de saúde dos países, políticas de promoção da saúde, padrões de cuidados de saúde, utilização dos hospitais, qualidade dos medicamentos, investigação). Este estudo constrói uma hierarquia baseada no peso de cada um desses fatores para explicar a doença: consumo de álcool (8,4%), excesso de peso (3,7%), riscos ocupacionais (3,6%), baixo consumo de vegetais e de fruta (3,5%), pobreza relativa (3,1%), desemprego (2,9%), dependência de drogas (2,4%), inatividade física (1,4%), alimentação com gorduras (1,1%), poluição atmosférica (0,2%) (National Institute of Public Health, 1997, citado por Sakki, 1999).

Os estudos realizados em Portugal vão no mesmo sentido da literatura internacional. Utilizando informação do Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, Barros (2003) estudou o efeito das decisões de comportamento individual sobre o estado de saúde, concluindo que o peso excessivo e o sedentarismo surgem associados a um menor estado de saúde

reportado, não tendo detetado efeitos negativos fortes associados ao consumo de tabaco e de álcool. Este mesmo estudo verificou que um maior nível de escolaridade se encontra associado com um melhor estado de saúde, o que vai de encontro às previsões do modelo de Grossman. Curiosamente, o estudo conclui que, para dois indivíduos idênticos, o que tiver menos cinco anos de escolaridade é como se fosse dois meses mais velho. Isto é, o impacto sobre a saúde de cinco anos de escolaridade a menos é equivalente ao impacto sobre a saúde de dois meses de idade a mais.

O conceito de estilo de vida tornou possível estudar o comportamento num sentido mais amplo e enfatiza as características pessoais e individuais. Os comportamentos de saúde em geral foram associados com riscos cardiovasculares e doenças orais, o que sugere que compartilham um fundo comportamental comum (Ylöstalo, 2003).

No que diz respeito aos comportamentos de saúde oral, estes têm sido associados com comportamentos como o grau de escolaridade, rendimentos, consumo de álcool e tabaco, hábitos alimentares, comportamento dos pais, atividade física e social (Tada, 2004; Kumar, 2011).

Estudos sugerem que, na população adulta dos Estados Unidos da América, o hábito de escovar diariamente os dentes está significativamente relacionado com o nível de educação e rendimentos dos indivíduos, e os comportamentos de saúde oral dos pais está associado à regularidade de visitas dos seus filhos ao médico dentista (Payne, 1996 citado por Kumar, 2011).

A atitude dos indivíduos perante a saúde oral é moldada pelas suas experiências e vivências pessoais, que funcionam como determinantes do comportamentos e são

fundamentais na adoção de hábitos e no desenvolvimento de padrões de comportamento.

Fatores sociodemográficos, psicossociais e os estilos de vida adotados pelo indivíduo podem influenciar os hábitos e comportamentos de saúde oral em todas as etapas da vida. Os adolescentes são mais vulneráveis a esses fatores e, para além disso, a adolescência é considerada um período de risco para o aparecimento de doenças orais como a cárie dentária, a gengivite e doenças periodontais.

Os fatores socioeconómicos, como o nível de escolaridade, e a perceção da necessidade de tratamento, já que influenciam a obtenção de conhecimentos, atuam como elementos diferenciadores no acesso aos cuidados de saúde.

Da mesma forma, as relações sociais podem atuar como determinantes de saúde oral, uma vez que a interação e o convívio entre indivíduos favorecem comportamentos de monitorização, incentivando atividades pessoais que se associam à melhor qualidade de vida, como a prática de exercício físico e os cuidados alimentares.

Estudos de Nguyen e colaboradores (2008), com base em dados Finlandeses, sugerem que existe uma relação positiva entre, por um lado, o índice de massa corporal e a ingestão de álcool, açúcar e refrigerantes, e por outro, a prevalência de cáries nas mulheres. No caso do peso à nascença e sucesso escolar na adolescência, aquela relação torna-se negativa. Para os homens, os autores encontraram evidência de uma relação negativa entre cáries e educação e dieta saudável. A evidência relatada por estes autores aponta ainda para uma associação positiva entre cáries e tabaco, sendo negativa no caso de hábitos de higiene oral (escovagem de dentes pelo menos duas vezes ao dia).

Algumas diferenças entre géneros foram encontradas por outro estudo (Tada, 2004), com as adolescentes a apresentarem melhores hábitos de higiene oral do que os seus pares masculinos. Diferenças socioeconómicas parecem também contribuir para diferentes hábitos de higiene oral (Burt, 2006), embora a relação não seja tão clara no caso de adolescentes (Jung, 2010).

Relativamente à utilização de cuidados dentários, fatores como o rendimento, educação e seguros de saúde privados, foram identificados como determinantes com impacto positivo na utilização, enquanto elevados custos de oportunidade parecem ter efeito contrário (Stoyanova, 2001).

Em suma, os estilos de vida adotados pelos indivíduos, como hábitos alimentares, consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas, apresentam-se como fatores de risco para as doenças orais, como a cárie dentária (Davoglio, 2009; Halvari, 2006; Baelum, 2011).

3. Prevenção Primária na saúde oral

A questão pertinente no presente estudo é discutir como se articula o modelo de Grossman com a prevenção primária e que meios podem ser utilizados para induzir estilos de vida saudáveis.

3.1 Importância da Prevenção Primária na saúde oral

Saúde oral pode ser definida como a ausência de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries, perdas de dentes e de outros distúrbios que afetam o complexo craniofacial. A saúde oral é uma parte integrante da saúde geral de um indivíduo durante toda a vida, não devendo ser, de forma alguma negligenciada (WHO, 2007).

Apesar da prevalência mundial, as patologias da cavidade oral raramente colocam em risco a vida dos indivíduos. Muitas vezes por questões económicas, apesar do forte impacto quer social, quer psicológico, na qualidade de vida dos indivíduos, a sua prevenção e tratamento deixa de ser uma prioridade (Chen, 1996).

Com o intuito de alterar este ponto de vista erróneo, a Organização Mundial da Saúde propôs uma nova definição para saúde oral, como sendo “um estado da cavidade oral que permita ao indivíduo alimentar-se, falar e socializar sem doenças ativas, desconforto ou constrangimento e que contribua para o bem-estar geral” (WHO, 2003).

A cárie dentária e as doenças periodontais (doenças inflamatórias dos tecidos de suporte do dente como a gengivite e a periodontite) são as patologias mais frequentes da cavidade oral e estão fortemente associadas a comportamentos e estilos de vida individuais, conforme exposto na secção 2.2. Com prevalência mundial, a cárie dentária é

o principal problema da cavidade oral na maioria dos países industrializados já que afeta 60 a 90% das crianças e a maioria dos adultos (WHO, 2003). Relativamente aos países em desenvolvimento, com cuidados de saúde oral limitados e fraca capacidade económica, a principal preocupação no que se refere à saúde oral é a perda de dentes (WHO, 2003).

Apesar de estar mundialmente enraizado que a perda de dentes é uma consequência natural e indissociável da idade, nos países industrializados verificou-se uma redução da taxa de edentulismo. No entanto, em indivíduos com idades superiores a 65 anos, essa taxa mantém-se elevada (WHO, 2003). Desta forma, torna-se fundamental implementar medidas preventivas e promotoras de saúde à escala global, no que diz respeito não só à saúde em geral, mas também à saúde oral (Buss, 2000).

A prevalência de patologias orais como a cárie dentária, a gengivite (inflamação e sangramento gengival) e a periodontite em crianças, mostrou afetar o seu crescimento e desenvolvimento, contribuindo para uma deficitária qualidade de vida e para o aparecimento de diversas patologias crónicas. Estas patologias afetam de forma desproporcional indivíduos de minorias étnicas e com baixos rendimentos, em todo o mundo, já que estas famílias se mostram menos preocupados ou com menos disponibilidade económica para despende com cuidados preventivos (Watt, 2005, Nowak, 2011).

É atualmente reconhecido que as patologias orais são as doenças mais facilmente preveníveis, que afetam as populações (Watt, 2005). A incidência destas doenças varia entre os países, mas de uma forma geral, tem diminuído significativamente desde 1970 nos países industrializados, principalmente devido à utilização de dentífricos fluoretados e à fluoretação da água em alguns países europeus (Nowak, 2011).

Em 2010, uma pesquisa realizada pela Academia Americana de Medicina Dentária Pediátrica relatou que 97% dos pais não estão a fornecer o mínimo de cuidados preventivos aos seus filhos, já que apenas 45% das mães inquiridas escovam regularmente os dentes dos seus filhos (Nowak, 2011).

3.1.1 Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença infecciosa bacteriana pós-eruptiva caracterizada por uma dissolução e destruição centrípeta e progressiva dos tecidos mineralizados dos dentes. A ausência de tratamento levará invariavelmente a um aumento do tamanho da lesão progredindo em direção à polpa do dente, resultando num aumento progressivo da inflamação pulpar acompanhada de sintomatologia dolorosa (Bastos, 2005).

É a mais prevalente das doenças crónicas nas sociedades desenvolvidas e a principal causa de odontalgia e perda de dentes, na população mundial. Está condicionada por diversos fatores como a suscetibilidade individual, situação económica, dieta e fatores nutricionais, fatores biológicos, culturais e sociais, o que justifica em parte, grandes variações da prevalência e da incidência a nível mundial (Pereira, 1995; WHO, 2003). A todos estes fatores adicionam-se outros preponderantes como a higiene oral e o acesso a cuidados de saúde preventivos.

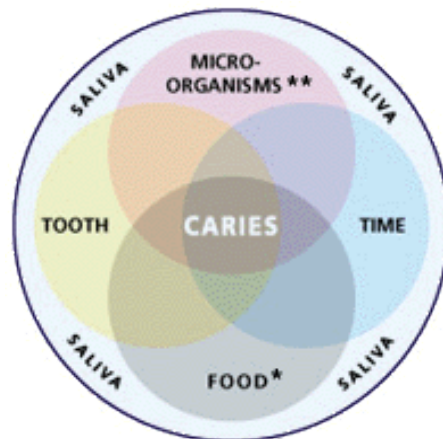
Clinicamente caracterizada por um grande polimorfismo e uma etiologia muito complexa, a cárie dentária inicia-se quando se verifica uma interação favorável entre múltiplos fatores etiológicos que criam um desequilíbrio na cavidade oral que permite o desenvolvimento da doença (Netto, 2003; WHO, 2007; Lima, 2007)

É responsável pelo consumo da maior parte dos recursos materiais e humanos utilizados em medicina dentária. Além das complicações que lhe conferem particular importância do ponto de vista médico, a cárie dentária tem repercussões económicas graves relacionadas com os elevados custos do seu tratamento ou das suas sequelas e ainda com o absentismo escolar e profissional (Pereira, 1995; Shepherd, 1999; Axelsson, 2000, Petersen, 2010)

O pesquisador Paul Keyes desenvolveu um diagrama que demonstra a natureza multifatorial da cárie. Neste diagrama (Figura 1), observa-se que pelo menos três fatores etiológicos primários são essenciais para que a doença se desenvolva: Hospedeiro suscetível, microflora cariogénica presente na placa bacteriana e um substrato resultante da dieta do indivíduo, o qual é metabolizado pelos microrganismos da placa bacteriana (Julihn, 2006; Lima, 2007).

Os fatores etiológicos secundários são aqueles que, embora não essenciais para que a doença se inicie, podem favorecer a progressão e gravidade da mesma. Assim, fatores que prejudicam a mineralização dos dentes durante a sua formação e os que reduzem o fluxo salivar e as propriedades de defesa da saliva, podem ser classificados como fatores etiológicos secundários. Fatores que tornam a dieta mais cariogénica ou que favorecem a proliferação de microrganismos cariogénicos são também fatores etiológicos secundários. Assim, são fatores etiológicos secundários a saliva, o tempo, o flúor (ou ausência deste) e a higiene oral (Netto, 2003).

Figura 1- Diagrama de Keyes



* Fermentable Carbohydrate
** Particularly *Streptococcus mutans*

Apesar de nos últimos anos se assistir a uma diminuição da incidência de cárie dentária (Almeida, 2003), esta é uma patologia com impacto na qualidade de vida das pessoas. Nas crianças, a prevenção tem um papel fundamental, pois permite evitar o aparecimento de lesões de cárie e dos seus efeitos, assim como instituir hábitos de higiene oral. Para além disso, a instituição de medidas preventivas em crianças, que permitam a identificação precoce de cáries é fundamental para evitar a destruição da dentição temporária e, eventualmente, colocar em risco a dentição definitiva, com o arrastar do processo cariioso (Nowak, 2011).

Como já foi referido, as patologias orais são facilmente preveníveis, impedindo a sua evolução, através da aplicação de várias medidas de prevenção primária como o ensino e criação de hábitos de higiene oral, escovagem dentária com uma remoção efetiva da placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, visitas regulares ao médico dentista, aplicação de selantes de fissuras e instituição de uma dieta equilibrada, saudável e pouco cariogénica (Halvari, 2006).

- Hábitos de higiene oral/ Escovagem

A higiene oral é o principal fator salutogénico da cavidade oral. Assim, quase todas as doenças que afetam a cavidade oral podem ver a sua progressão travada pela existência de uma simples e eficaz medida de prevenção primária, uma correta e eficaz higiene oral, com remoção da placa bacteriana.

A escovagem dentária é o método mais adequado e mais frequentemente utilizado para uma boa higiene oral e consiste na remoção mecânica da placa bacteriana e de restos alimentares. Contribui assim para um controlo efetivo da placa, se realizada duas vezes por dia, com um dentífrico fluoretado já que a placa bacteriana se começa a formar duas horas após ser removida pela escovagem (Halvari, 2006). Não estão disponíveis dados científicos credíveis que permitam concluir que uma maior frequência de escovagens traga benefícios adicionais (Vanobbergen, 2001).

O fio dentário é um complemento fundamental à higiene oral, permitindo a higienização dos espaços interdentários, em que há difícil acesso apenas com a escova (Pereira, 2003). É recomendável a utilização diária do fio dentário de modo a prevenir o desenvolvimento de cárie nas faces interproximais dos dentes e ainda as doenças periodontais (Harris, 2004)

A remoção mecânica, por um profissional, da placa bacteriana mostrou reduzir também substancialmente a cárie e a gengivite. (Axelsson, 2000). Daí que uma dupla abordagem, envolvendo a remoção periódica por um profissional da placa bacteriana associada a uma higiene diária, trará em pacientes motivados, os melhores resultados (Halvari, 2006)

- Aspeto socioeconómico e sociodemográfico

Estudos sugerem que os aspetos sociais parecem influenciar o risco de aparecimento de patologias orais de diversos modos (Reisine, 2001). Os indivíduos de baixo nível socioeconómico ou que residem em áreas rurais têm mais dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, não só porque há uma maior dificuldade no acesso à informação e aos cuidados de saúde, mas também pela sua frágil capacidade financeira. De uma forma geral, o facto de muitos destes indivíduos não terem condições de higiene e nutrição adequadas torna-os mais susceptíveis a desenvolverem patologias (Reisine, 2007). A título de exemplo, estudos sugerem que a má nutrição aumenta a susceptibilidade do hospedeiro a apresentar alterações e defeitos estruturais no esmalte dentário, potenciando o risco de desenvolverem, por exemplo, cárie dentária (Armfield, 2007).

Por outro lado, e como já foi referido anteriormente, os dados disponíveis mostram um aumento na prevalência desta patologia em crianças de níveis sócioeconómicos mais elevados, talvez explicado pelo facto de estas terem mais facilmente acesso a alimentos açucarados (Mariri, 2003).

Os mesmos estudos sugerem que para além da classe social interferir com a prevalência de cárie dentária, o grau de educação pode também ter um papel importante. Estes estudos concluem que o nível de instrução da mãe influencia a incidência de cárie dentária nas crianças e que um baixo nível de instrução das crianças se encontra associado a uma elevada incidência de cárie dentária (Mariri, 2003, Watt, 2005; Reisine, 2007; Armfield, 2007), o que vai de encontro às previsões do modelo de Grossman.

- Dieta do indivíduo

O desenvolvimento económico leva a mudanças significativas na dieta e no estilo de vida dos indivíduos, contribuindo para alterações da saúde oral, em particular aumentando o risco de cárie dentária. Este risco aumentado estará associado ao crescente consumo de alimentos com elevado potencial cariogénicos (Petersen, 2008), ricos em hidratos de carbono sendo um problema em crescente desenvolvimento nos países industrializados (Touger-Decker, 2003; Ostberg, 2005)

Não é apenas a quantidade de açúcar ingerido que aumenta o risco de cárie, mas principalmente a frequência de consumo e a capacidade do açúcar aderir ao dente. É esta também a posição defendida pela Organização Mundial de Saúde que refere que o aumento de risco para a cárie dentária depende muito do consumo de açúcares (quantidade, frequência e tipos) e de refrigerantes açucarados. Refere, também, que é importante promover o conceito de alimentação natural em vez de alimentos refinados e produtos industrializados (Petersen, 2008). Este conceito consiste em evitar o consumo frequente de bebidas ou alimentos açucarados, fundamentalmente entre as refeições e consumir regularmente frutas e vegetais, que contribuem para a prevenção de cancro da cavidade oral (WHO, 2007)

- Exposição a fluoretos

A medida com maior impacto na prevenção e controlo do desenvolvimento de cárie dentária é o uso de flúor tópico (Aoba, 2002).

O flúor tem a capacidade de inibir os processos enzimáticos bacterianos envolvidos no metabolismo dos hidratos de carbono, dos restos alimentares. Tem ação antibacteriana e

cariostática (Aoba, 2002;Mariri, 2003) e daí que a manutenção de níveis adequados de flúor na cavidade oral seja um importante determinante de saúde oral, por contribuir para a prevenção da cárie dentária (Schulte, 2001).

A aplicação de fluoretos é efetuada quando na escovagem dentária se utiliza um dentífrico fluoretado e pela realização de bochechos com colutórios que contenham fluor (WHO, 2007).

A acção preventiva e terapêutica dos fluoretos é conseguida, predominantemente, pela sua acção tópica, tanto nas crianças como nos adultos, impedindo o processo de desmineralização do esmalte provocado pelo ácido originado na metabolização dos restos alimentares pelos microrganismos da cavidade oral, potenciando a remineralização do esmalte e inibindo a acção da placa bacteriana.

A aplicação tópica de fluor, em consultório, é também aconselhada, particularmente em crianças, anualmente ou mais frequentemente quando se tratam de crianças com elevado risco de cárie.

- Aplicação de selantes de fissuras

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

correspondem a 80% das cáries em jovens, na dentição permanente, o que mostra a importância de prevenir este tipo de cáries.

Os selantes são um agente efectivo na prevenção de cáries nestas zonas de sulcos e fissuras dos dentes. Colocados correctamente e sujeitos a controlo representam um meio de prevenção excepcional, já que se eliminam os sulcos preenchendo-os com uma resina composta, evitando a retentividade da placa bacteriana e facilitando a higienização dos dentes (Axelsson, 2004; Daniel, 2008).

- Consultas regulares com o Médico-Dentista

A detecção precoce de muitas doenças orais passa por um simples exame intra-oral, com um médico dentista ou higienista (Nowak, 2011; Baellum, 2011).

Daí que uma visita regular ao médico dentista é fundamental e deve ocorrer uma vez a cada seis meses, pois permite detectar precocemente doenças orais, fornecer orientações específicas acerca de determinados procedimentos de higiene oral e aplicar um conjunto de outras medidas preventivas primárias como a aplicação tópica de flúor e de selantes de fissuras (Dagli, 2008).

A falta de auto percepção da necessidade de idas regulares aos serviços de saúde médico-dentários, o nível de escolaridade e estatuto socioeconómico, o elevado custo dos cuidados, o medo e a ausência de odontalgia são factores que influenciam a frequência de visitas ao médico dentista (Lacerda, 2004; Bastos, 2005; Hattne, 2007; Meng, 2007).

A presença de diversas barreiras e o acesso quase restrito aos serviços odontológicos no sector privado, levam a um menor número de oportunidades para a detecção e tratamento precoce da cárie dentária e outras doenças orais (Bastos, 2007). Contudo,

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

Crianças e adolescentes com melhores condições económicas, os que habitam em meios urbanos e cujos pais visitam o médico dentista com regularidade, são os que consultam o médico dentista com mais frequência, promovendo os cuidados preventivos (Zhu, 2003).

A execução sistemática e continuada de actividades de promoção da higiene oral, a educação alimentar e o tratamento, tão precoce quanto possível das lesões que a prevenção não conseguir evitar, permitem uma melhoria significativa dos níveis de saúde oral das populações (DGS, 2008). O tratamento das doenças orais e a aplicação de medidas de prevenção primária devem ser desenvolvidos através de programas específicos de promoção da saúde oral (WHO, 2003). A importância da promoção da saúde oral é ainda reforçada pela relação que existe entre saúde oral e saúde geral tal como se explica na secção seguinte.

3.1.2 Saúde oral e saúde geral

Vários problemas de saúde oral estão associados com doenças crónicas e a relação entre a saúde oral, saúde geral e qualidade de vida são evidentes (Watt, 2005). Estudos sugerem que muitos dos factores de risco de doenças orais são os mesmos implicados na maioria das doenças sistémicas. Esta dicotomia entre saúde oral/saúde geral está perfeitamente provada pela evidência. Os dados científicos resultantes de estudos recentes e a verificação de relações causais entre saúde oral e indicadores de saúde geral

conduziram à conclusão que existe uma relação particularmente forte entre diabetes e o desenvolvimento de doença periodontal e também sugestiva de uma relação entre a doença periodontal e maiores dificuldades no controlo dos níveis da glicémia (WHO, 2003)

A relação entre a diabetes e doença periodontal foi estabelecida com base numa meta-análise de dados de quatro estudos que demonstram uma associação significativa entre diabetes mellitus (tipo 1 e 2) e doença periodontal. Loe (1993) considerou a doença periodontal como a sexta complicação mais frequente da diabetes mellitus e Grossi&Genco (1998) propuseram uma relação causal bidireccional entre estas doenças.

Na verdade, tem-se verificado que o risco e a severidade da doença periodontal são dependentes de controlo diabético da glicémia. Thorstensson e Hugoson (1993) constataram que indivíduos com idade superior a 40 anos, diabéticos insulino-dependentes, apresentam um aumento da severidade da doença periodontal, com a agudização da diabetes. A evidência disponível sugere que isto acontecerá devido à debilitação do sistema imunitário associado a maus hábitos de higiene oral por parte destes indivíduos, contribuindo para o agravamento da doença periodontal (Dennison, 1996).

Os dados disponíveis acerca de uma relação causal directa entre doença periodontal e doenças cardiovasculares e entre doença periodontal e doenças respiratórias não são tão consistentes.

Uma revisão de Beck (2001) mostra que nove estudos sugerem que a infecção crónica inerente à periodontite pode estar associada a eventos cardiovasculares. O mesmo estudo sugere a existência de uma relação entre periodontite e aterosclerose, já que foi

observado que a periodontite poderá desempenhar um papel na formação do ateroma. Num estudo de coorte (Beck, 1996), a perda óssea e a presença de bolsas periodontais profundas surgem como factor de risco para o acidente vascular cerebral e enfarte.

Em suma, as doenças orais têm sido sugeridas como um importante factor na patogénese da doença cardiovascular e cerebrovascular, já que a infecção oral mostrou ser um factor de risco em eventos tromboembólicos e aterogénicos (Beck, 1996).

Estudos têm sugerido uma associação entre má higiene oral, infeções respiratórias (Scannapieco, 1999; Hayes, 1998; Mojon, 1997) e outras doenças respiratórias graves como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), bronquite crónica, enfisema e pneumonia por aspiração. Infeções respiratórias baixas podem ter início devido a uma contaminação do epitélio das vias aéreas por microrganismos presentes em gotículas de aerossóis, ou por aspiração das bactérias a partir de secreções orais. As bactérias orais parecem também estar envolvidas na exacerbação da DPOC (Scannapieco, 1999).

Em suma, as investigações mais recentes sobre a relação entre saúde oral e saúde geral têm evidenciado principalmente as seguintes associações:

Tabela 1- Relação entre saúde oral e impacto na saúde geral

Saúde Oral	Saúde Geral
Doença periodontal severa	Diabetes mellitus-tipo 1 e 2
Doença periodontal severa (perda de osso) Perda de dentes	Patologia Cardiovascular: *Doença coronária *Enfarte do miocárdio
Má higiene oral Doença periodontal Distúrbios na deglutição	Patologia Respiratória: *Doença pulmonar obstrutiva *Pneumonia por aspiração
Edentulismo	Perda acentuada de peso
Doença periodontal Perda de dentes Perda de paladar Distúrbios na deglutição e na mastigação Xerostomia Cancro oral	Alimentação inadequada (resposta imunitária diminuída)
Elevados níveis de cárie Doença periodontal Perda de dentes Distúrbios na mastigação Dificuldades na adaptação a próteses removíveis	Perturbações mentais: *Parkinson *Demência
Cárie dentária Sangramento gengival Dificuldades na realização da higiene oral	Perturbações visuais

Fonte: Adaptado do Relatório da OMS "Oral health in ageing societies: integration of oral health and general health" (WHO, 2008).

Desta forma torna-se essencial haver uma consciencialização da população para a relação causa/efeito, no que se refere ao impacto dos problemas orais na saúde sistémica e na qualidade de vida do individuo (Chen, 1996).

Assim, a promoção e prevenção da saúde oral deve estar integrada na promoção da saúde geral, uma vez que se pretendem eliminar os mesmos factores de risco. Logo, um avanço na promoção da saúde oral será um avanço na promoção da saúde em geral (WHO, 2003).

3.1.3 Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A nível mundial, o desenvolvimento económico e social permitiu ter um ponto de vista diferente no que se refere à saúde e à maneira como esta é compreendida na sociedade, dando origem ao termo qualidade de vida relacionada com a saúde.

Como referido anteriormente, sendo a saúde oral parte integrante da saúde geral, o conceito qualidade de vida, relacionado com saúde oral passou a fazer sentido na comunidade (Gerritsen, 2010). Desta forma, qualidade de vida relacionada com a saúde oral, pode ser definida como a avaliação da alteração do bem-estar de uma pessoa em resposta a factores funcionais, psicológicos (aparência e auto estima), sociais (interacção com outros) e dor/desconforto quando relacionados com a cavidade oral ou região orofacial (Martins, 2005).

A introdução do termo qualidade de vida relacionado com a saúde e posteriormente do termo qualidade de vida relacionado com a saúde oral deram origem a duas teorias, a teoria materialista e a teoria pós-materialista (Marita, 2002). De acordo com estas teorias, os cuidados dentários de um individuo que adopte valores materialistas limitam-

se à manutenção de dentes e gengivas saudáveis, enquanto um indivíduo pós-materialista inclui nos seus cuidados dentários, para além dos anteriores, a estética e o impacto da aparência facial na auto estima e na interacção com os outros. Desta forma, o conceito qualidade de vida relacionado com a saúde oral veio incutir a ideia de que uma boa saúde oral não se baseia apenas na ausência de cárie e doença periodontal, mas também num bem-estar psíquico e social. No entanto, a percepção do conceito qualidade de vida relacionado com a saúde oral varia entre culturas e de pessoa para pessoa, e como tal, deve ser avaliada sempre tendo em conta o contexto sociocultural e pessoal em que é aplicado.

Em Portugal, devido às políticas do Ministério da Saúde para a Saúde Oral, assim como o elevado custo dos cuidados dentários no sector privado, faz com que a maioria da população negligencie a sua saúde oral, procurando cuidados médico-dentários fundamentalmente em casos de urgência, quando a qualidade de vida já se encontra algo comprometida (Silva, 2007)

A actual importância atribuída à qualidade de vida leva à realização de diversos estudos por investigadores, nas mais variadas amostras, para estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Em 1994, Slade e Spencer conceberam um questionário para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral denominado *Oral Health Impact Profile* (OHIP). Composto por 49 itens, aborda os problemas com os dentes, próteses dentárias ou estruturais orais que o indivíduo experienciou, nos últimos 12 meses. Estudos de Leão e Sheiham (1995) produziram o questionário *Dental Impact of Daily Living* (DIDL), que de acordo com a

condição de saúde oral dos indivíduos, avalia os problemas psicossociais que influenciam a sua qualidade de vida.

Uma diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde oral traz limitações ao quotidiano dos indivíduos e um elevado custo para a sociedade e para o indivíduo, por exemplo devido ao número de horas perdidas de produtividade laboral (Lacerda, 2011).

3.2 Estudos empíricos sobre adolescência e motivação para a saúde oral

O consumo frequente de alimentos e bebidas açucaradas, tabagismo, consumo de álcool e fracos hábitos de higiene oral constituem comportamentos de risco para a cárie dentária e doença periodontal (Currie, 2012). Estes comportamentos são comuns no início da adolescência, associados a uma autonomia emergente da influência dos pais (Stokes, 2006; Currie, 2012)

Estudos recentes sugerem que existem períodos socialmente críticos ao longo da vida, que podem ter uma importância particular na determinação do estado de saúde a longo prazo. O primeiro período identificado foi o início da adolescência (Brukiene, 2010) e sabe-se que padrões de comportamento como a frequência de escovagem, a actividade física, tabagismo e hábitos alimentares são estabelecidos durante esta fase (Kelder, 1994; Kuusela, 1997; Taylor, 1999; Brukiene, 2010; Currie, 2012). É na adolescência que os jovens podem adquirir conhecimentos que lhe permitam ter atitudes e comportamentos positivos que persistirão no futuro, representando um momento fundamental para a promoção da saúde (Davoglio, 2009).

É por isso de grande importância intervir na adolescência, já que é difícil alterar os padrões de comportamento relacionados com os estilos de vida na idade adulta, quando estes já estão enraizados (Routh, 1988 citado por Brukiene, 2010).

O relatório da OMS *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children* foca-se em compreender a saúde dos jovens de 43 países, no seu contexto social - em casa, na escola, com a família e amigos, abordando temas como a saúde oral e os estilos de vida.

Deste estudo surgem diversos resultados com particular interesse. A prevalência de escovagem, mais do que uma vez por dia, determinada neste estudo foi significativamente maior para as raparigas do que para os rapazes. Da mesma forma, verificou-se que o hábito de escovar é mais prevalente aos 15 anos do que aos 11 e que este hábito é reforçado pela influência dos pais. Em Portugal, os resultados são coincidentes e mostram que o número de raparigas que escovam os dentes mais do que uma vez por dia é superior ao dos rapazes e que aos 15 anos os hábitos de higiene oral são mais frequentes do que aos 11anos.

Os resultados deste estudo vão de encontro aos resultados de estudos anteriores de que as raparigas escovam os dentes com mais frequência, talvez devido a motivações relacionadas com a saúde e a aparência. O hábito de escovar com maior regularidade está associado a famílias com maiores rendimentos. Isto reflecte pesquisas anteriores que mostram que existem maiores níveis de cárie em crianças de famílias com baixos rendimentos (Maes, 2006).

A recomendação de hábitos de saúde oral preventivos parece ser mais comum nos países mais desenvolvidos do norte da Europa do que no leste e sul da Europa, o que poderá estar relacionado com as políticas nacionais de saúde (Currie, 2012).

Um estudo recente na Escócia mostrou que o estabelecimento de rotinas em casa e a existência de boa comunicação entre pais e filhos estão associados a uma maior frequência de escovagem nos adolescentes, sugerindo que factores familiares podem ter um efeito protector nos comportamentos de saúde bucal (Levin, 2010).

Este mesmo estudo chega às mesmas conclusões que outros estudos prévios que sugerem que baixos níveis de escovagem tendem a ser acompanhados por tabagismo, padrões alimentares pouco saudáveis e baixos níveis de atividade física (Honkala, 2011), daí que possa ser útil integrar as doenças orais em programas de promoção da saúde geral (Selwitz, 2007). A abordagem dos fatores de risco comuns (Sheiham, 2000) é uma base efetiva para a concepção de tais programas utilizando as escolas como plataforma para a promoção da saúde (Kwan, 2003).

O mesmo relatório destaca a importância de identificar o que motiva os adolescentes a escovar os dentes e criar campanhas de promoção da saúde que reflitam esses resultados (Currie, 2012).

Com base nos estudos de Giddens (1991), dois tipos de factores parecem ser fundamentais na motivação para a saúde oral das crianças e jovens. Ter bons dentes tende a ser cada vez mais importante para os jovens, e bons, neste contexto, pode significar duas coisas: boa aparência dos dentes, ou ter dentes hígidos, saudáveis.

No primeiro caso, motivações estéticas são dominantes e vão ao encontro do que é publicitado fundamentalmente pelos meios de comunicação social, que transmitem a

ideia que de a aparência dos dentes é fundamental para a imagem dos jovens e para o seu “sucesso” na sociedade.

No segundo caso, existem motivações racionais. Os profissionais de saúde oral formulam um discurso com base nas vantagens de ter dentes saudáveis e funcionais, e indicam os comportamentos e estilos de vida que devem ser evitados, por terem sido identificados como de risco, para uma boa saúde oral.

Factores associados aos estilos de vida parecem ter aumentado em importância, assim como as escolhas a nível pessoal. Isto significa que os comportamentos de saúde oral são vivenciados como uma escolha pessoal, mas que ao mesmo tempo são parte de um padrão mais amplo do estilo de vida (Kallestal, 2000).

Conhecer o perfil do público alvo é fundamental e deve ser o primeiro passo no planeamento de programas de promoção da saúde. Estas intervenções requerem um entendimento das atitudes dos adolescentes, crenças e comportamentos em relação à sua saúde oral. Alguns indícios possíveis para o sucesso na modificação de comportamentos de saúde oral em adolescentes podem ser identificados na literatura científica. Tendo em conta que os adolescentes não valorizam muito a sua saúde em geral e que os dentes são importantes sobretudo em termos de aparência e imagem (Stokes, 2006), a motivação baseada somente na informação sobre a saúde nesta audiência não será a mais eficaz. E é também geralmente aceite que as mensagens de saúde orientadas para o medo nem motivam nem alteram o comportamento (Brukiene, 2010).

Na adolescência a motivação do comportamento de saúde oral tende a mudar de cognitiva para emocional. A aparência dos dentes e ter um

hálito fresco são motivos de grande preocupação entre os adolescentes, na interacção social (Redmond, 2001; Ostberg, 2002; Kallestal, 2006). Consequentemente, o ênfase na educação para a saúde neste segmento da população deve ser colocado sobre as consequências sociais e não nas consequências para a saúde dos comportamentos relacionados com a saúde oral (Brukiene, 2010) o que infelizmente não tem sido feito programas de saúde oral implementados no nosso país.

3.3 Políticas/ estratégias de prevenção primárias existentes no programa nacional de promoção da saúde oral (PNPSO)

Os programas de promoção da saúde são efectivos quando desenvolvem uma abordagem holística da saúde e do bem-estar. A capacitação dos cidadãos para a gestão da sua saúde passa, para além de acesso a informação adequada, por ambientes de suporte à mudança e pelo reforço do papel da comunidade no incitamento à adopção de estilos de vida saudáveis.

Em Portugal, os programas de saúde oral têm, desde sempre, dado a maior importância à higiene oral e à promoção de estilos de vida saudáveis. Em contexto comunitário o enfoque tem sido dado à responsabilização progressiva das crianças e dos jovens num processo de *empowerment* das populações com a sua saúde oral. A escola, enquanto espaço de saúde, ideal para viver, aprender e trabalhar, tem constituído um lugar privilegiado para a promoção da saúde oral.

A saúde oral é uma área em que o Estado ainda se não embrenhou de forma irreversível. A cobertura da população é predominantemente assegurada pela actividade privada

liberal de pequena dimensão, a partir de cerca de 2500 consultórios estomatológicos e dentários.

O contributo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é marginal, sendo sobretudo protagonizado pelos Serviços de Estomatologia dos Hospitais e alguns Centros de Saúde.

A actual situação apresenta-se como adequada para a introdução de reformas no quadro da política nacional de Saúde Oral.

3.3.1 Dados estatísticos relevantes

Apresentam-se alguns dados estatísticos relevantes para a caracterização da situação portuguesa, disponíveis em “EU Manual of Dental Practice: version 4.1 –2009” (Kravitz, 2009). Para uma população de cerca de dez milhões de habitantes, os profissionais de saúde oral são os seguintes: 698 médicos especialistas em Estomatologia (90 dos quais a trabalhar exclusivamente em Hospitais públicos), 7514 médicos dentistas (364 dos quais em serviços públicos, como Centros de Saúde, Universidades e Forças Armadas) e 660 odontologistas (apenas no sector privado); desta forma, cerca de 95 % da actividade profissional decorre no sector privado.

A relação cidadão/profissional é da ordem dos 1503 habitantes por profissional de saúde oral, o que constitui um valor muito próximo da saturação.

Os Estomatologistas são a classe mais antiga de profissionais e estão integrados no SNS. Esta classe profissional tenderá a desaparecer e a ser substituída pela dos Médicos Dentistas. O número de Estomatologistas tem vindo a diminuir mas é premente que a Tutela encerre esta carreira de especialização. Os Médicos Dentistas são profissionais cuja formação tem, actualmente, a duração de cinco anos, devido à adaptação curricular a

“Bolonha”. Na sua grande maioria, exercem exclusivamente clínica privada e o seu número tem aumentado exponencialmente ao longo dos últimos anos, ultrapassando já os 7500 (OMD, 2010). Para além disso, o conjunto das 7 faculdades (públicas e privadas) forma cerca de 425 novos médicos dentistas por ano, o que contribui para o agravamento progressivo da situação de profissionais de Saúde Oral, com que o país já começa a defrontar-se.

A situação actual em Portugal é a de que aproximadamente 50 % da população não acede a cuidados de Saúde Oral, por razões financeiras, entre outras (Kravitz, 2009). Acresce o facto de se saber que as patologias orais são preveníveis e que os recursos necessários para realizar a prevenção são proporcionalmente muito mais baixos do que aqueles que resultam do custo do tratamento. Se ao custo do tratamento adicionarmos os custos inerentes ao absentismo, desregulação de doenças sistémicas como a diabetes mellitus, adiamento de cirurgias programadas (por infecções orais agudas), problemas de carácter social por questões estéticas entre outros, podemos concluir que realmente o custo de deixar a doença seguir o seu curso será muito maior (OMD, 2010).

O plano estratégico da saúde oral deve ter como objectivo crucial providenciar aos portugueses o acesso regular a profissionais de saúde oral, para acções preventivas e terapêuticas, em valores estatísticos muito próximos de 100 %, de forma a cumprir os desígnios da Constituição: “igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde” e “saúde deve ser tendencialmente gratuita” para a população (OMD, 2010).

3.3.2 Evolução das estratégias

A saúde oral em Portugal encontra-se contemplada nos programas de cuidados de saúde primários mas, como já foi referido, a maioria dos serviços de saúde médico dentários são prestados pelo sector privado o que constitui por si só, uma barreira na acessibilidade a esses cuidados de saúde oral (Almeida, 2003).

A prestação de cuidados preventivos no SNS tem sido assegurada pela frágil rede de Centros de Saúde, através dos higienistas orais e das equipas de saúde escolar que integram médicos de família e de saúde pública, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, entre outros, mas são fundamentalmente prestados no sector privado.

Sob a orientação normativa da Direcção Geral da Saúde (DGS), começou a ser desenvolvido, em 1986, em várias etapas, um programa básico de saúde oral em contexto escolar, constituído por um vasto e diversificado conjunto de actividades que têm vindo a contribuir para a melhoria da saúde oral dos mais jovens. Este programa era dirigido a todas as crianças do ensino pré-escolar e do primeiro e segundo ciclos do ensino básico e foi executado a nível local pelas equipas de saúde escolar dos centros de saúde, em articulação com os professores e educadores. Compreendia actividades como a educação para a saúde oral, a administração de flúor e a aplicação de selantes de fissuras em dentes permanentes (DGS, 2000). Paralelamente, em 1988, foram criados programas de educação para a saúde oral, dirigidos à população em geral, e o programa de saúde oral em saúde materna e infantil em 1989, destinados a crianças, adolescentes e grávidas (DGS, 2000). Na evolução desse programa, surge o programa de promoção da saúde oral para crianças e adolescentes. Este complementava a estratégia de prevenção das doenças

orais com uma inovadora política, tornando-a operacional através da contratualização com consultórios e clínicas privadas. Este processo visou o tratamento de lesões de cárie dentária que a prevenção não conseguiu evitar e a aplicação de selantes de fissuras nos mesmos grupos etários. No Serviço Nacional de Saúde, os procedimentos clínicos preventivos, nomeadamente a aplicação de selantes de fissuras nos dentes permanentes, foram realizados, maioritariamente por higienistas orais, à medida que foram sendo integrados nos quadros dos Centros de Saúde (DGS, 2000).

No ano 2000, iniciou-se a prestação de cuidados dentários às crianças de 6-7 anos, 9-10, 12-13 e 16 anos, através da contratualização com médicos dentistas e estomatologistas do sector privado. Este processo visou o tratamento de lesões de cárie dentária e a aplicação de selantes de fissura, quando os Centros de Saúde não dispunham de higienistas orais.

Em 2005, face à evidência científica sobre a eficácia dos fluoretos na prevenção da cárie dentária e à associação da doença em populações específicas, foi aprovado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral pela Circular Normativa nº1 de 18/01/2005 da DGS, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 (DGS, 2005). Este programa apresenta uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, o qual se desenvolve ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e adolescentes vivem e estudam (DGS, 2006).

O PNPSO tem como finalidades:

- ✓ A melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral;

- ✓ A diminuição da incidência e prevalência de cárie dentária;
- ✓ O aumento da percentagem de crianças livre de cárie;
- ✓ A criação de uma base de dados nacional referente à saúde oral e prestação de cuidados de saúde oral a crianças com necessidades de saúde especiais, assim como dos grupos economicamente desfavorecidos e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou outras instituições (DGS, 2005).

Quanto aos dados referentes à saúde oral, em 2004, a percentagem de crianças com 12 anos isentas de cárie era inferior a 50 % e a percentagem de pessoas edêntulas com mais de 65 anos era de cerca de 40% - indicadores que sugerem que é necessária uma grande progressão para se atingirem patamares de saúde oral mais elevados.

No entanto, analisando a evolução da situação, de 2000 para 2005/6, houve uma melhoria significativa da percentagem de crianças livres de cárie dentária, passando aos 6 anos de 33% para 51%, aos 12 anos de 27% para 44% e aos 15 anos de 19% para 28%. Em Espanha, em 2005, a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos era de 64%.

Apesar da melhoria verificada, não podemos perder de vista a meta da OMS, que prevê que, no ano 2020, a percentagem de crianças livres de cárie, aos 6 anos, seja de 80% na Região Europeia (Aoba, 2004). Segundo a classificação da OMS, que utiliza como referencial os níveis de cárie dentária (Índice de dentes Cariados, Perdidos, Obturados (Índice CPO) aos 12 anos, Portugal situa-se entre os países de baixa prevalência de doença (1,48), tendo já atingido os valores preconizados para a Região Europeia em 2020 (1,50). De 2000 para 2006, aos 12 anos, verificou-se um aumento de 30% de jovens com dentes tratados. Estes ganhos em saúde oral resultaram, em grande parte, do processo de

contratualização com o sector privado para a prestação de cuidados médico-dentários às crianças e jovens (DGS, 2008).

Nos países com um índice CPO inferior a 3,0, aos 12 anos, como é o caso de Portugal, a determinação do Índice Significativo de Cárie do terço da população com maior gravidade de doença permite-nos identificar as regiões de maior polarização da mesma.

3.3.3 Actualidades do PNPSO

No orçamento de estado de 2008, a saúde oral foi considerado um dos domínios prioritários, sendo dado particular destaque a segmentos da população considerados “grupos de risco”, como crianças e adolescentes até aos 16 anos, mulheres grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário. A “fatia orçamental” para a saúde oral tem vindo a aumentar, cifrando-se actualmente em cerca de 30 milhões de euros, face aos cerca de 3,5 milhões de 2005 (OMD, 2010). Com a alteração estratégica significativa por parte do Ministério da Saúde e da DGS em 2008, foi criado um gabinete de Saúde Oral, que posteriormente viria a integrar uma médica dentista, a partir do qual começaram a resultar acções verdadeiramente concertadas para resolver este grave problema de saúde da população portuguesa. O PNPSO sofreu uma nova reestruturação, de forma a assegurar a prestação equitativa de cuidados de saúde oral, orientado para a satisfação das necessidades de saúde nas idades de maior vulnerabilidade, garantindo um melhor acesso aos serviços e um alargamento progressivo das populações abrangidas. Deste modo, foram criados mais dois projectos: o projecto de saúde oral na gravidez e o projecto de saúde oral nas pessoas idosas, que têm como finalidade a promoção da saúde oral e a diminuição da incidência e prevalência das doenças orais nas mesmas. Os

cuidados preventivos e curativos de medicina dentária prestados são efectuados nos consultórios de estomatologistas e médicos dentistas que adiram ao projecto. Estes cuidados serão pagos através de “cheques-dentista” personalizados, fornecidos pelos centros de saúde. O programa assenta na execução de um conjunto de actividades de promoção, prevenção e tratamento das doenças orais, realizadas através da contratualização simplificada destes serviços, cuja avaliação tem demonstrado ganhos para a saúde da população abrangida.

Relativamente às crianças, o valor máximo dos serviços contratualizados por criança tratada, do grupo etário dos 3 aos 16 anos de idade, será de 75€. No que respeita às mulheres grávidas, foi definido que o valor máximo contratualizado para as consultas e tratamentos seja de 120€, distribuídos por três cheques-dentista (DGS, 2008). Quanto aos idosos, o Governo participa em 75% das despesas de aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, até ao limite de 250 euros, para idosos beneficiários do complemento solidário. Para estes utentes passam agora a estar cobertos os encargos com as consultas médicas necessárias à aplicação de próteses e posteriores ajustes. O valor máximo das consultas e tratamentos contratualizados para os outros idosos será de 75€ distribuídos em dois cheques-dentista por ano (DGS, 2008).

Com a Circular Normativa de 09 de Janeiro de 2009, o PNPSO, na sua vertente preventiva e curativa, foi alargado a todas as crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentavam as escolas públicas. Neste alargamento, também as crianças de 5 anos têm direito a acesso ao médico dentista numa situação de urgência, ou quando é diagnosticada cárie dentária pelo Médico de Família (OMD, 2010).

3.3.4 Evolução dos indicadores

A análise dos resultados do Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (2008) mostra que a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos era de 51%, aos 12 anos de 44% e aos 15 anos de 28%. Por regiões de saúde, Lisboa e Vale do Tejo apresentava, em todos os grupos etários, a percentagem mais alta de crianças livres de cárie. A Madeira aos 6 anos e os Açores aos 12 e 15 anos apresentavam as percentagens mais baixas.

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

A higiene oral, questionada através da execução da escovagem dos dentes, duas vezes por dia com uma pasta dentífrica fluoretada, era realizada por 50% das crianças de 6 anos e aos 12 e 15 anos, por 67% e 69% dos jovens respectivamente.

A escovagem dos dentes ao deitar era efectuada, sempre ou quase sempre, por 50% dos jovens. A utilização diária do fio dentário foi referida por 14% e 10% dos jovens de 12 e 15 anos, respectivamente com variações regionais significativas.

O acesso a cuidados médico-dentários, aos 12 e aos 15 anos, foi referida por mais de 85% dos jovens, no último ano. Os principais motivos da ida a uma consulta com o médico dentista ou higienista oral foram a vigilância da saúde oral e tratamento dos dentes.

A auto-percepção que os jovens portugueses tinham da sua saúde oral era boa ou muito boa para 50% e razoável para outros tantos.

O mesmo relatório conclui que “comparando os indicadores de saúde oral em Portugal, hoje com os de há 20 anos, independentemente do sistema de recolha de informação epidemiológica, que a própria OMS também foi ajustando ao longo dos tempos, concluímos que os ganhos em saúde são bem evidentes. Após 20 anos de programas de saúde oral, dirigidos, prioritariamente às crianças e aos jovens, a percentagem de crianças livres de cárie dentária, aos 6 anos, passou de 10% em 1986 para 51% em 2006 e o índice de CPO aos 12 anos de 3,97 para 1,48.”

Atualmente, pela Circular Normativa de 09 de Janeiro de 2009, o PNPSO foi alargado a todas as crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentem as escolas públicas. Neste alargamento, também as crianças de 5 anos têm direito a acesso ao médico dentista numa situação de urgência, ou quando é diagnosticada cárie dentária pelo Médico de Família.

Os destinatários do PNPSO continuam a ser as grávidas seguidas no SNS, idosos utentes do SNS e beneficiários do complemento solidário e crianças e jovens com idade inferior a 16 anos.

Mantêm-se a contratualização com o sector privado, já que os cuidados preventivos e ou curativos são realizados nos consultórios dos médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes.

A triagem das crianças e dos jovens com idade inferior a 16 anos na área de influência das unidades funcionais com higienista oral é, sempre que possível, feita nas escolas por este profissional. O acesso às consultas de medicina dentária das crianças e dos jovens com idade inferior a 16 anos faz-se através da sua unidade funcional, por indicação do gestor de saúde oral com a emissão de cheque-dentista individualizado.

Da mesma forma, os idosos e as grávidas são referenciados pelo médico de família e é emitido o primeiro cheque-dentista. O idoso ou grávida selecciona um médico dentista aderente ao programa a partir de uma lista disponibilizada nos centros de saúde ou através do *site* do PNPSO.

Para o idoso, estão disponíveis dois cheques-dentista por ano até ao final do tratamento e para as grávidas, estão disponíveis três cheques-dentista por gravidez até 60 dias após o parto. Para as crianças e jovens estão disponíveis 2 cheques e no caso específicos dos 14 anos, 3 cheques. Com este número de cheques, devem ser tratados os dentes alvo de cada idade específica e reduzida a actividade de cárie o que não significa, no âmbito deste programa, que o médico dentista seja obrigado ao tratamento integral de todas as lesões de cárie. Por cada cheque utilizado, o médico recebe 40€.

4. Metodologia

4.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo epidemiológico observacional transversal onde avaliámos uma amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os oito e os dezasseis anos de três escolas públicas do distrito de Viseu.

Os dados deste estudo foram recolhidos no âmbito de uma investigação mais alargada em que, para além da informação relativa aos estilos de vida e comportamentos de saúde oral, foi também recolhida informação para responder a outros objetivos, designadamente sobre o estado de saúde oral, em parceria com alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa.

Com o objectivo de conhecer as estratégias e políticas de prevenção primária implementadas no centro de saúde 3 de Viseu, foi agendada uma entrevista com a Médica Dentista responsável. Essa entrevista decorreu a 18 de Novembro de 2011, no Centro de Saúde 3.

Da mesma forma, foi feito um contacto com uma das enfermeiras responsável pelas equipas de Saúde Escolar de Viseu, para conhecer a dinâmica desta equipa, nas escolas de Viseu.

4.2. Amostra

O espaço amostral era constituído por três escolas públicas dos primeiro, segundo e terceiro ciclos do distrito de Viseu, de diferentes idades e de meios rurais e urbanos.

No Agrupamento de Escolas de Abraveses, em Viseu, entrevistaram-se 51 crianças do primeiro ciclo, com idade compreendidas entre os 8 e os 10 anos.

No Agrupamento de Escolas de Mundão, em Viseu, entrevistaram-se 50 crianças do segundo ciclo, com idade compreendidas entre os 10 e os 12 anos.

No Agrupamento de Escolas de Aguiar da Beira entrevistaram-se 123 crianças do terceiro ciclo, com idade compreendidas entre os 12 e os 16 anos.

Todos os alunos das escolas seleccionadas foram considerados elegíveis para participar no estudo.

Do total da amostra de 224 crianças e adolescentes em estudo, 118 (52,7%) indivíduos pertencem ao género masculino e 106 (47,3%) indivíduos ao género feminino.

Relativamente à idade, obteve-se uma média de 11,65 anos. A distribuição por idades, nos dois sexos em conjunto, apresenta uma proporção de 7,6% com oito anos, 11,2% com nove anos, 15,2% com dez anos, 10,3% com onze anos, 17% com doze anos, 16,1% com treze anos, 15,2% com catorze anos, 5,4% com quinze anos, 1,8% com dezasseis anos.

Foi recolhida informação sobre crianças de diversas idades, particularmente adolescentes e pré-adolescentes, já que este é um período crítico para a experimentação.

Em ambos os sexos, a maior proporção de adolescentes encontra-se a frequentar o sétimo ano de escolaridade, num total de 51 (22,8%). Os restantes distribuem-se pelos diferentes anos de escolaridade, com 10,7% a frequentar o terceiro ano, 12,1% a frequentar o quarto ano; 22,3% a frequentar o quinto ano, 17,4% a frequentar o oitavo ano e 14,7% a frequentar o nono ano, de acordo com os dados da Tabela 2:

Tabela 2 - Caracterização da amostra

	Número	%
Sexo		
Feminino	106	47,3
Masculino	118	52,7
Idade		
8-10 anos	76	34,1
11-12 anos	61	27,3
13 ou mais	86	38,6
Ano lectivo		
3	24	10,7
4	27	12,1
5	50	22,3
7	51	22,8
8	39	17,4
9	33	14,7

4.3. Protocolo de estudo

1. Numa primeira abordagem fez-se uma breve introdução e explicação dos objectivos do estudo, às crianças;
2. Recolheu-se o consentimento informado, devidamente assinado pelo encarregado de educação.
3. Preenchimento de um questionário (Anexo 1)

A recolha de dados foi efectuada com recurso a um questionário auto-aplicado e respondido pelas crianças/adolescentes em sala de aula. Os dados recolhidos continham informação sobre estilos de vida, comportamentos de saúde oral dos

adolescentes e utilização de cuidados de saúde oral como e frequência de consultas ao médico dentista, assim como outras variáveis sócio-demográficas.

4. Exame clínico intra-oral para a recolha de dados correspondentes ao índice CPO (Anexo 2).

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

O índice de CPO é vulgarmente utilizado em estudos epidemiológicos, tratando-se de um índice baseado em dentes cariados, perdidos e obturados. É um índice puramente quantitativo, na medida em que não esclarece no que diz respeito à extensão da lesão.

Este índice pode ser calculado tanto para a dentição decídua como para a dentição permanente. Consiste na média do número total de dentes cariados, perdidos por cárie (no caso da dentição permanente) ou extraídos (referente à dentição decídua) e obturados num grupo de indivíduos (Chaves, 1977). Através do cálculo do índice CPO podem ser definidas quatro níveis de severidade (Axelsson, 2000):

- Prevalência muito baixa de 0,1 a 1,1;
- Prevalência baixa de 1,2 a 2,6;
- Prevalência moderada de 2,7 a 4,4;
- Prevalência elevada de 4,5 a 6,5;
- Prevalência muito elevada de cárie superior a 6,5.

No presente estudo, o diagnóstico de cárie baseou-se em duas técnicas distintas: exame visual e sondagem, com a sonda periodontal. Relativamente ao exame dentário, para a recolha e registo dos dados referentes ao estado dos mesmos,

considerámos os critérios clínicos indicados pela OMS no Oral Health Surveys Basic Methods (WHO, 1997).

4.4 Variáveis em estudo

Como características demográficas e sócio – económicas considerámos o género, a idade, o ano lectivo que frequentam as crianças, as habilitações literárias dos pais e a área de residência.

O nível sócio-económico diz respeito à situação social e económica do agregado familiar dos adolescentes estudados. Para esta variável utilizámos como indicador as habilitações literárias dos pais e a área de residência. As habilitações literárias dos pais foram classificadas em quatro níveis com base no sistema de ensino português. No nível I foram englobados os que possuíam menos de quatro anos de escolaridade, no nível II os que possuíam quatro a nove anos de escolaridade, no nível III os que possuíam dez a doze anos de escolaridade e no nível IV os que têm mais que doze anos de escolaridade, ou seja, detentores de um curso médio ou superior. Considerámos que quanto maior o nível de habilitações literárias dos pais melhor seria o estatuto socioeconómico do agregado familiar. A informação relativa à área de residência foi obtida através da resposta por parte dos adolescentes a uma questão sobre se residiam na aldeia, vila ou cidade. Na análise dos dados agrupámos os adolescentes que residiam na aldeia na variável área rural e os que residiam na vila ou na cidade na variável área urbana.

Para avaliar os conhecimentos sobre saúde foi pedido à amostra em estudo que classificasse o seu estado de saúde oral como “muito bom”, “bom”, “médio”, “mau” e “muito mau” e ainda o seu grau de informação sobre este tema.

Para caracterizar a utilização de cuidados dentários, como as visitas ao médico dentista, e de forma a obter a prevalência de consultas “durante a vida” e nos “últimos doze meses” foram colocadas duas questões. A primeira: “Alguma vez foste consultado(a) por um médico dentista?” e seguidamente: “Nos últimos doze meses foste consultado(a) por um médico dentista?”. A estas duas perguntas o adolescente respondia “sim” ou “não”. Se respondesse “sim” na segunda questão referente à consulta ao médico dentista nos últimos doze meses, era pedido para referir quantas vezes foi consultado nesse intervalo de tempo.

Quanto ao motivo para a realização da(s) consulta(s), o adolescente podia responder: “rotina”, “dor de dentes”, “cara inchada”, “tratar dentes estragados”, “consulta de prevenção” ou “outro”.

Para além disso, foi questionado se essa consulta tinha decorrido no centro de saúde ou num consultório privado e se tinha sido utilizado algum cheque-dentista.

A caracterização dos estilos de vida incidiu sobre questões alusivas à frequência do consumo de alimentos açucarados, álcool, hábitos tabágicos e frequência da toma do pequeno-almoço. Da mesma forma, abordaram-se questões sobre a frequência de escovagem e a utilização de pasta dentífrica fluoretada e fio dentário.

A informação referente à escovagem foi obtida através de uma questão acerca do número de vezes que o adolescente escovava os dentes por dia e em que alturas do dia. Abordou-se a utilização de pasta dentífrica fluoretada e quanto à utilização do fio dentário, o adolescente podia responder uma das seguintes opções: “não”, “sim às vezes”, “diariamente” ou “não sei o que é o fio dentário”.

Outra variável em estudo era “Avaliação do conhecimento sobre saúde oral”. Pretende-se perceber se estas crianças consideram que sabem escovar os dentes da forma correcta e onde aprenderam a escovar: casa, escola, centro de saúde, consultório dentário, televisão ou a opção “não sei”. A técnica de escovagem foi avaliada questionando a forma como o adolescente realizava a sua higiene oral. As hipóteses colocadas foram: “escovo as gengivas, dentes e língua”, “escovo os dentes e a língua”, “escovo os dentes e as gengivas” ou “escovo apenas os dentes”.

Considerámos a existência de comportamentos de saúde oral adequados quando o adolescente realizava duas ou mais escovagens por dia, utilizava o fio dentário uma ou mais vezes por dia e tinha ido duas ou mais vezes a uma consulta de medicina dentária nos últimos doze meses.

Ainda neste contexto procurou-se perceber se estas crianças e adolescentes consideram que o que comem influencia o seu estado de saúde oral, podendo responder “ muito”, “pouco” ou “nada”.

Para caracterizar as estratégias de promoção de saúde oral já implementadas na escola, questionou-se a frequência da abordagem do tema da saúde oral. Pretendeu-se ainda perceber se as equipas de saúde oral vão com frequência às escolas e questionou-se: “Já foi alguém falar sobre higiene oral (higienista oral/equipa de saúde oral) à tua escola?” e, em caso positivo, se tinham feito bochechos com flúor.

As estratégias que visam moldar o comportamento e tendo por base o modelo de Grossman, podem ser: o preço de produtos, custo de oportunidade de aquisição de produtos, importância da saúde, importância de outros aspectos mas que têm impacto sobre a saúde, conhecimento, preferência pelo presente *versus* futuro. E como já foi

referido anteriormente, cada indivíduo escolhe para si um nível de promoção de saúde, influenciado pelos efeitos que afectam a produção de saúde, entre os quais as suas preferências e motivações (Barros, 2003).

Um dos principais objectivos deste estudo é identificar as motivações dos alunos para adoptarem comportamentos saudáveis e desta forma contribuir para a formulação de estratégias de promoção de saúde oral em ambiente escolar. De forma a avaliar o grau de importância, no presente, atribuído a diferentes motivações que podem levar os indivíduos a ter hábitos de higiene oral, foi-lhes pedido que indicasse como “nada importante”, “pouco importante”, “indiferente”, “importante” e “muito importante” cada uma das motivações, mais frequentemente referidas na bibliografia, para estas faixas etárias (Glanz, 2002; WHO, 2004; DGS, 2008).

Essas possíveis motivações incluem questões estéticas “ter dentes bonitos”, sociais “ter mau hálito”, funcionais “conseguir comer/mastigar bem”, pessoais “não ter de usar próteses/dentes postiços”, relacionadas com a saúde “ter dentes saudáveis” e “não ter dores de dentes” e ainda “ter alguém que me obrigue a lavar”.

Dentro deste tema, foi abordada a questão do medo do dentista. Esta é uma das barreiras e dos principais motivos que levam as crianças e adolescentes a não consultar, com regularidade, um profissional de saúde oral.

Finalmente e para perceber o efeito do preço nos hábitos destes indivíduos, questionou-se: “Para o teu lanche, entre um bolo e um pão com queijo/fiambre o que escolherias? Se escolhesse a opção “bolo” foi-lhe perguntado se “mudarias de opinião se soubesses que o bolo te custa 40 cêntimos e o pão 20 cêntimos? ” Aos que respondessem “não” seria

perguntado se “mudarias de opinião se o bolo te custasse 80 cêntimos e o pão 20 cêntimos?”. Será interessante verificar se os alunos reagem ao preço, para perceber se é uma via eficaz de actuar, em ambiente escolar.

4.5 Análise estatística

No processamento e análise de dados, foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences 18.0. As variáveis contínuas serão descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Vão ser ainda calculadas prevalências, expressas em percentagens. Para comparação de proporções utilizaremos o teste Qui-quadrado.

4.6. Procedimentos legais e éticos.

Foram contactados os presidentes dos conselhos executivos das escolas seleccionadas a quem explicámos os objectivos do estudo e pedimos a colaboração para a distribuição dos consentimentos, para os encarregados de educação. Estes, juntamente com os questionários, depois de recolhidos foram numerados, armazenados e processados informaticamente.

A informação recolhida por questionário foi fornecida de modo voluntário e confidencial. Foi garantido o anonimato da informação recolhida, solicitando aos adolescentes que não colocassem o seu nome ou outra forma de identificação em qualquer parte do questionário.

A divulgação dos resultados não faz referência nominal aos adolescentes nem contém informação passível de identificar qualquer participante.

4.7. Realização de entrevista no Centro de Saúde 3 de Viseu

De forma a analisar a articulação entre os cuidados primários e as escolas de Viseu, procedeu-se à realização de uma entrevista não estruturada no Centro de Saúde n. 3 de Viseu. Esta decorreu no dia 18 de Novembro de 2011, pelas 11h, no gabinete da médica dentista deste centro de saúde, a Dra Fátima, com a duração de 1h.

Foram abordados temas relacionados com o funcionamento deste serviço do centro de saúde, como o encaminhamento de pacientes, população-alvo, procedimentos médicos realizados e aspetos associados à prevenção primária e articulação com as escolas.

Foi fornecido algum material escrito, que é entregue pela higienista deste centro de saúde, nas escolas, sendo posteriormente feita uma análise deste material, em termos da sua adequação para a motivação da saúde /higiene oral.

5. Resultados

5.1- Resultados relativos ao questionário

A amostra final deste estudo é composta por 224 respondentes. A Tabela 2, no ponto 4.2 – caracterização da amostra, apresenta algumas das suas principais características.

A Tabela 3 mostra outros resultados que também caracterizam a amostra em estudo.

Tabela 3 - Características da amostra

	Número	%
Habilitações literárias dos pais		
< 4 anos	18	8,9
4 – 9 anos	86	42,4
10-12 anos	68	33,5
> 12 anos	31	15,3
Área de residência		
Aldeia	157	70,7
Vila	40	18,0
Cidade	25	11,3

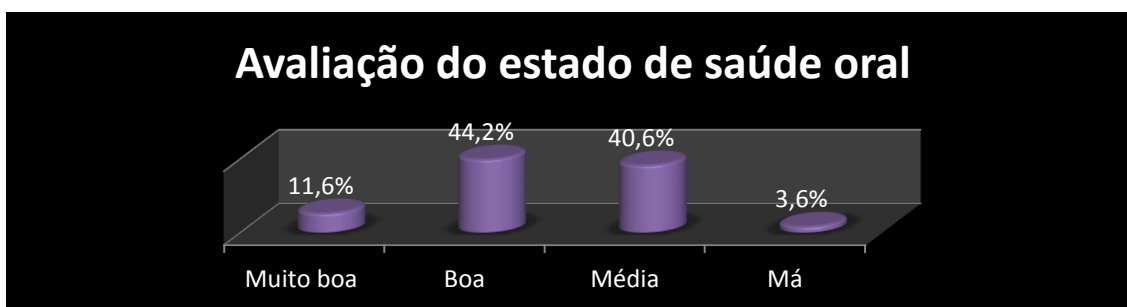
No que diz respeito à área de residência, podemos verificar que a maioria dos inquiridos vive na área rural (70,7%) e os restantes 29,3% no meio urbano.

Em relação às habilitações literárias, foi perguntada a habilitação literária do encarregado de educação, que será a pessoa responsável pela criança. Os resultados mostram que a maioria dos pais apresenta entre 4 a 9 anos de escolaridade (42,4%) e apenas 15,3% apresentam habilitações ao nível do ensino superior.

Na avaliação da sua saúde oral, a maioria das crianças classificaram-na como “boa ou “média”, num total de 84,8%. Das 224 crianças, apenas 8 referiram ter um mau estado de saúde oral (Figura 2).

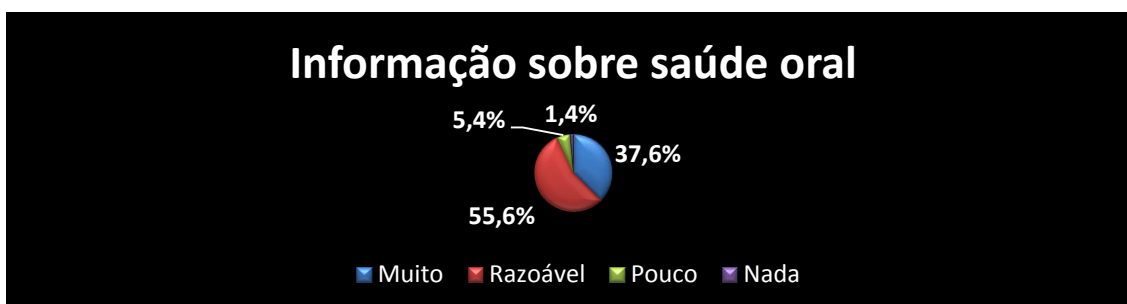
Diferenciando pela área de residência, mais crianças do meio urbano avaliam a sua saúde oral como “muito boa” do que as crianças do meio rural (20,3% vs 8,3%, $p < 0,03$).

Figura 2 - Avaliação do estado de saúde oral



Em relação ao grau de informação sobre higiene/saúde oral (Figura 3), 37,6% dos inquiridos consideram-se “muito informados” sobre este tema, mas a maioria dos inquiridos (55,6%) considera-se “razoavelmente informado”.

Figura 3 – Grau de informação sobre saúde oral



Dos que se consideram muito informados, a maioria são raparigas (45,3% vs 29,9%, $p < 0,05$)

Cruzando estes dados com a residência dos jovens, os dados mostram que 34,8% dos jovens do meio rural e 42,2% do meio urbano consideram-se “muito informados” sobre esta temática, estando portanto mais informados sobre esta temática as crianças com residência no meio urbano ($p < 0,006$).

Em relação à habilitação literária do encarregado de educação os resultados estão descritos na Tabela 4:

Tabela 4 - Informação sobre saúde oral e habilitações literárias

Habilitações do Enc. Educação	Informação sobre saúde oral			
	Muito	Razoável	Pouco	Nada
< 4 anos	44,4%	44,4%	5,6%	5,6%
4-9 anos	32,1%	59,5%	7,1%	1,2%
10-12 anos	32,8%	59,7%	6,0%	1,5%
>12 anos	41,9%	54,8%	3,2%	0%

Na caracterização da utilização de cuidados dentários, 97,8% dos jovens referem já ter sido consultados por um médico dentista, tendo 71,9% visitado este profissional de saúde nos últimos 12 meses, conforme exposto na Tabela 5:

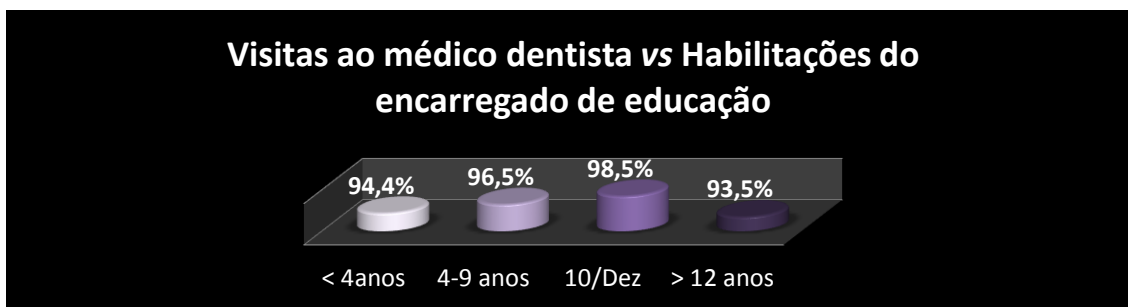
Tabela 5 - Caracterização da utilização de cuidados dentários

	N	%
Consultado por um Médico Dentista?		
Não	5	2,2
Sim	219	97,8
Consulta nos últimos 12 meses?		
Não	26	11,6
Não sei	37	16,5
Sim	161	71,9

98,7% das crianças do meio rural e 92,3% do meio urbano referem já ter sido consultadas por este profissional, tendo 72,6% e 69,2% do meio rural e meio urbano, respectivamente, visitado no último ano.

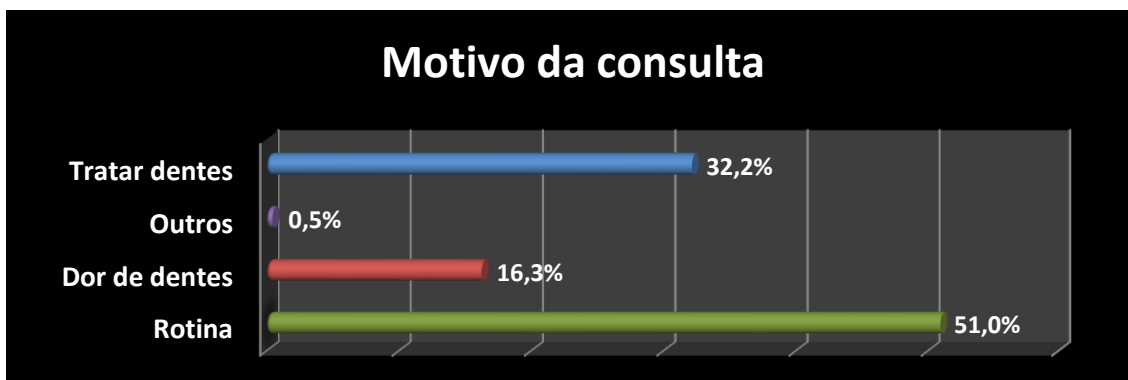
Relacionando as habilitações literárias do encarregado de educação com já ter visitado o médico dentista (Figura 4), os resultados sugerem que a maior percentagem de crianças (98,5%) que já visitaram este profissional têm encarregados de educação com 10 a 12 anos de escolaridade. A menor percentagem corresponde a pais com formação a nível do ensino superior (93,5%):

Figura 4- Visitas ao médico dentista vs habilitações literárias do encarregado de educação



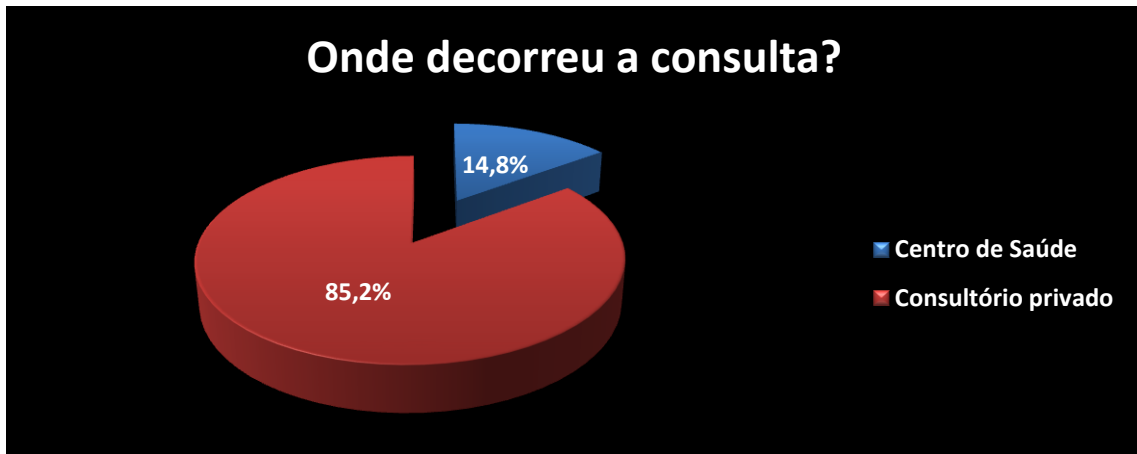
As razões mais frequentes para a ida à consulta nos últimos doze meses, tal como mostra a Figura 5, foram a "consulta de rotina" (51%) e "tratar dentes estragados" (32,2%).

Figura 5- Motivo da consulta de Medicina Dentária



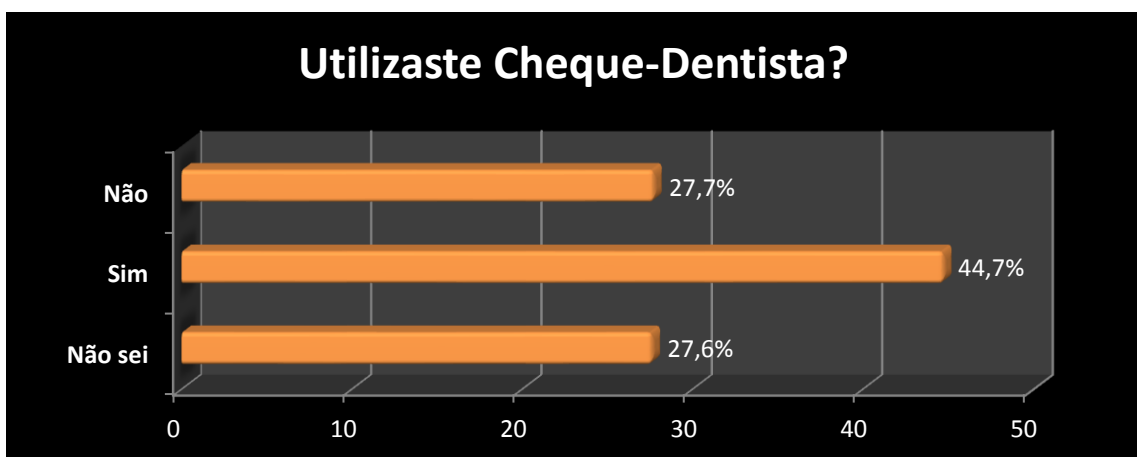
Tanto no meio rural como no meio urbano, o motivo mais frequente é a “consulta de rotina”, com respectivamente 36,4% e 43,9%.

Figura 6- Local onde decorreu a consulta



Conforme se apresenta nas Figuras 6 e 7, 85,2% das consultas decorreram num consultório privado enquanto 14,8% tiveram lugar num centro de saúde e 44,7% referem ter utilizado “cheques-dentista”.

Figura 7- Avaliação da utilização de cheques-dentista

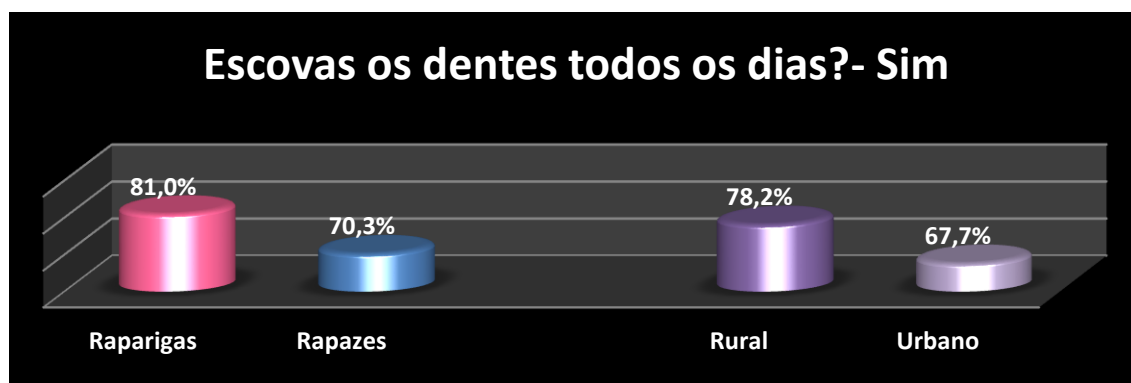


Em relação aos hábitos e estilos de vida, foi observado que 75,3% dos jovens escovam os dentes todos os dias (Figura 8). Diferenciando pelo sexo, a percentagem de raparigas que escovam todos os dias é de 81% e no caso dos rapazes apenas 70,3% referem escovar os dentes todos os dias (Figura 9).

Figura 8- Avaliação dos hábitos de higiene oral no dia a dia



Figura 9 - Caracterização dos respondentes "Sim"



Distinguindo pela área de residência, 78,2% dos jovens com residência no meio rural e 67,7% do meio urbano referem escovar os dentes todos os dias (Figura 9).

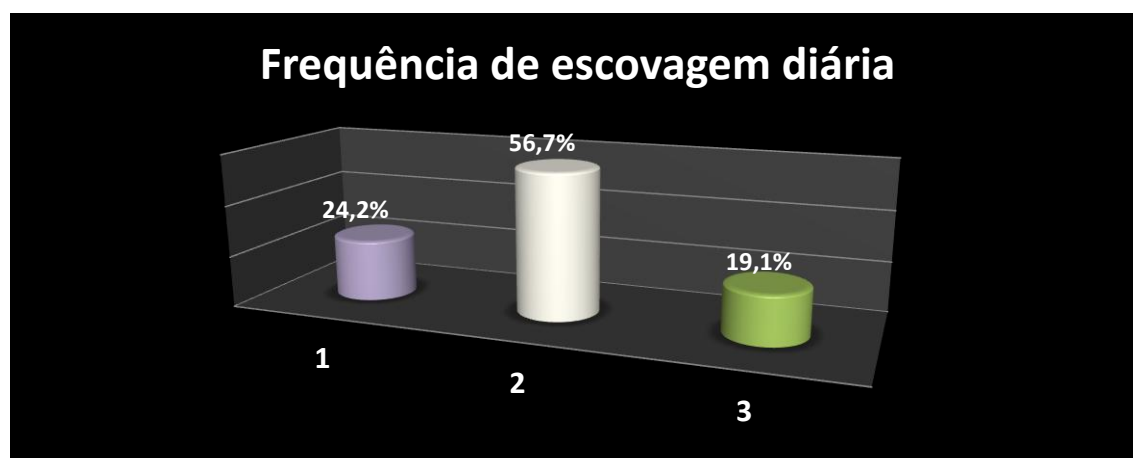
Comparando os resultados pelas habilitações literárias do encarregado de educação (Tabela 6), verifica-se que a maior percentagem de crianças (87,1%) que escova dos dentes diariamente tem um encarregado de educação com habilitações ao nível superior. Das crianças com um encarregado de educação com menos de 4 anos de escolaridade, apenas 66,7% escova os dentes diariamente.

Tabela 6 - Escovagem diária dos dentes e habilitações literárias.

Habilitações do Enc. Educação	Escovas os dentes todos os dias??	
	Não	Sim
< 4 anos	33,3%	66,7%
4-9 anos	24,4%	75,6%
10-12 anos	25,4%	74,6%
12 anos	12,9%	87,1%

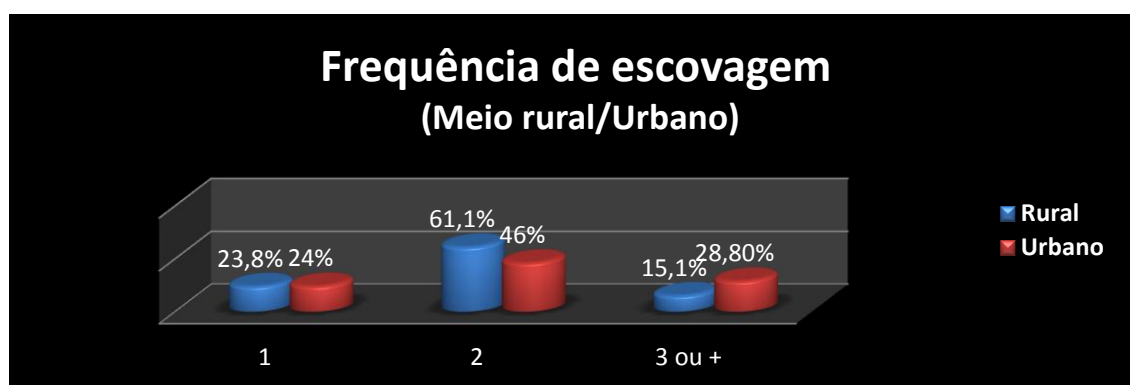
Dos jovens que escovam os dentes todos os dias, a maioria 56,7% escovam os dentes duas vezes por dia e apenas 19,1% escovam os dentes 3 ou mais vezes por dia (Figura 10).

Figura 10- Frequência de escovagem diária



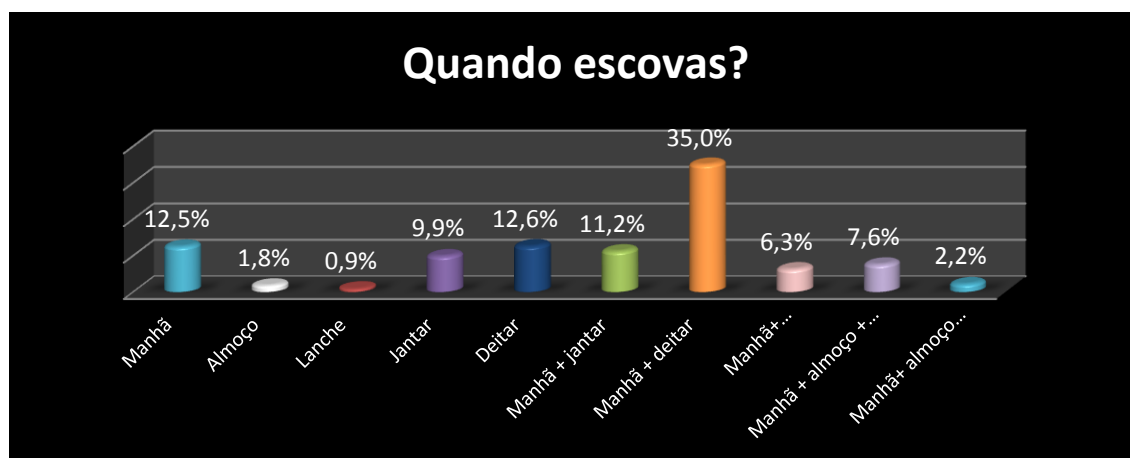
Distinguindo por sexo, as raparigas escovam mais vezes por dia (2 ou mais) os dentes que os rapazes (86.5% vs 65.2%, $p < 0,01$). 15,1% dos jovens do meio rural e 28,8% do meio urbano referem escovar os dentes 3 ou mais vezes por dia, conforme o exposto na Figura 11:

Figura 11- Diferenciação da frequência de escovagem pela área de residência



Os dados obtidos relativamente à altura do dia em que as crianças escovam os dentes apresentados na Figura 12, sugerem que a maioria das crianças escova os dentes de manhã e ao deitar (35%).

Figura 12- Altura do dia em que as crianças escovam os dentes



Conforme os dados apresentados na tabela 7, 62,1% dos inquiridos refere utilizar uma pasta de dentes com flúor. A pasta com flúor é maioritariamente usada pelas crianças do meio urbano (70,8% vs 58,6%, $p < 0,01$).

Em relação à utilização de fio dentário, 52,7% refere não utilizar este complemento e apenas 7,1% utiliza diariamente.

Tabela 7 - Caracterização da utilização de pasta dentífrica com flúor e de fio dentário.

	N	%
Pasta dentífrica com flúor?		
Não	16	7,1
Sim	139	62,1
Não sei	69	30,8
Fio dentário		
Não	118	52,7
Sim, às vezes	87	38,8
Sim, diariamente	16	7,1
Não sei o que é	3	1,4

Relacionando as habilitações literárias do encarregado de educação com a utilização do fio dentário (Tabela 8), verifica-se que 11,1% das crianças cujo encarregado tem menos de 4 anos de escolaridade não sabe o que é fio dentário.

Tabela 8 - Utilização de fio dentário e habilitações literárias

Habilitações do Enc. Educação	Utilização de fio dentário			
	Não	Sim, diariamente	Sim, às vezes	Não sei o que é fio
< 4 anos	66,7%	5,6%	16,7%	11,1%
4-9 anos	54,7%	5,8%	39,5%	0%
10-12 anos	50,0%	7,4%	42,6%	0%
> 12 anos	48,4%	9,7%	41,9%	0%

Conforme os dados apresentados na figura 13, o consumo diário de alimentos com elevado potencial cariogénio foi relatado por 9% das crianças. No entanto, uma elevada percentagem (71,9%) referiu consumir estes alimentos “às vezes”, não havendo diferenças significativas entre o meio rural e urbano: 72% e 70,8%, respectivamente. O consumo destes alimentos ocorre fundamentalmente após e entre as refeições (Figura 14).

Figura 13- Frequência de consumo de alimentos com potencial cariogénico.

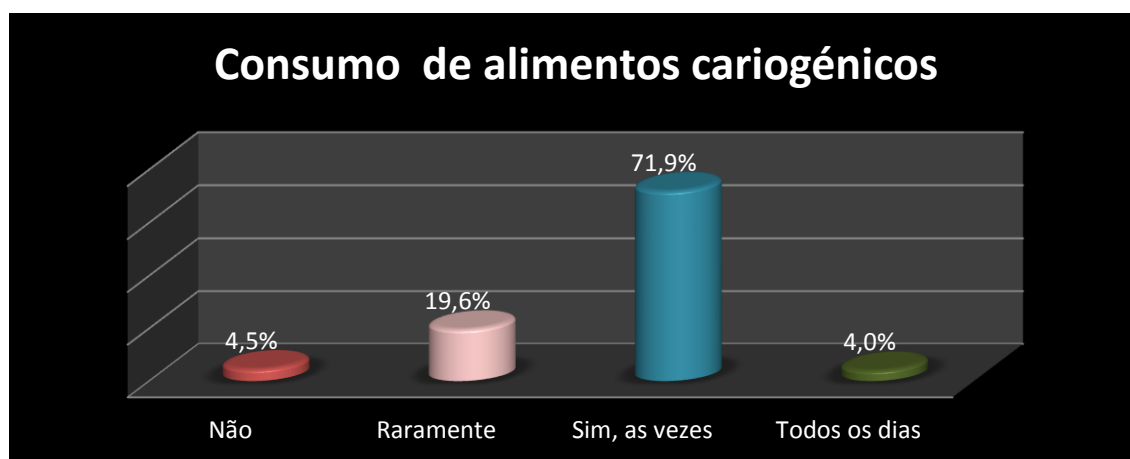
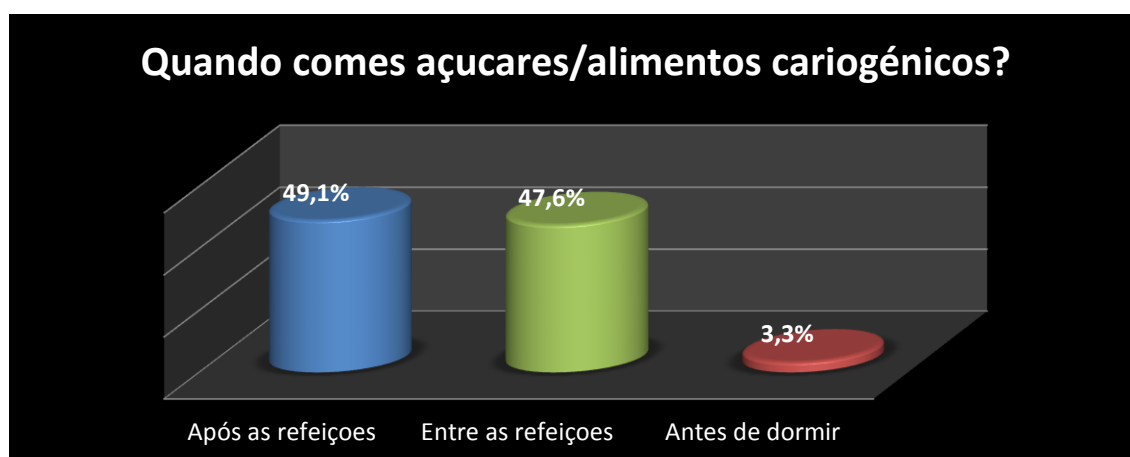


Figura 14- Altura do dia em que o consumo destes alimentos é mais frequente.



A toma diária do pequeno-almoço, Figura 15, foi relatada por 82,9% (184) dos jovens, sendo que destes 85,3% são rapazes e 80,2% são raparigas. Tanto no meio rural como no meio urbano, a maioria das crianças toma o pequeno-almoço diariamente, 83,9% e 81,5%, respectivamente (Tabela 9).

Figura 15- Frequência da toma de pequeno-almoço.

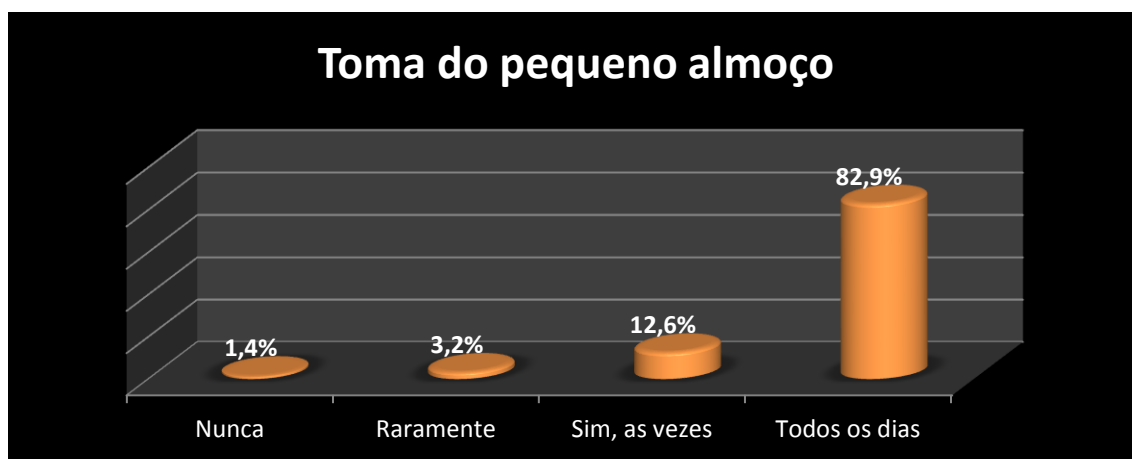


Tabela 9 - Toma diária do pequeno-almoço, por área de residência.

	N	%
Toma diária do pequeno almoço		
Rural	130	83,9
Urbano	53	81,5

O consumo frequente de álcool (Figura 16) é reportado por apenas 2,2% dos jovens. Comparando os dados com a área de residência, na Tabela 10, 90,8% das crianças do meio urbano e 83,4% do meio rural referem não consumir álcool. O consumo esporádico é referido por 14,6% das crianças do meio rural e por 6,2% do meio urbano.

Figura 16- Consumo de álcool.

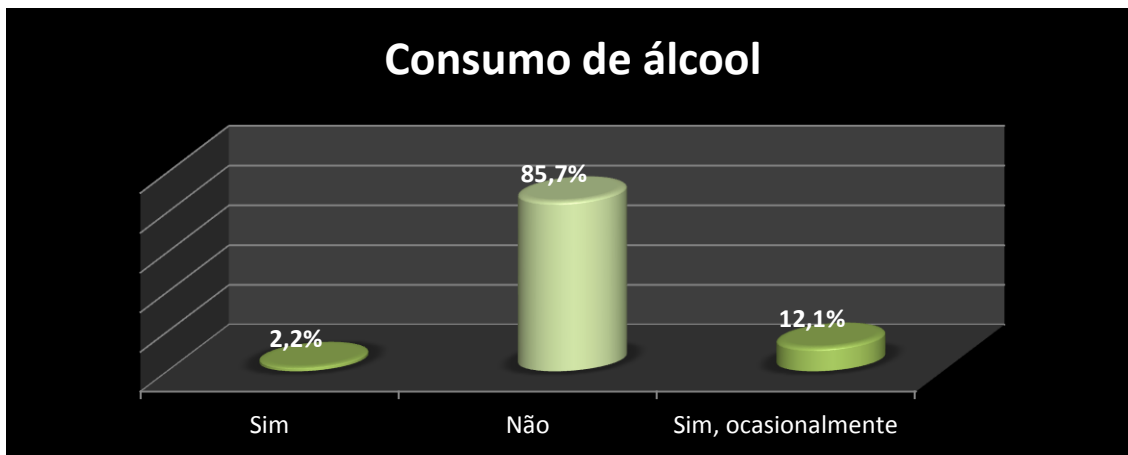


Tabela 10 - esporádico de álcool, por área de residência

	N	%
Consumo esporádico de álcool		
Rural	23	14,6
Urbano	4	6,2

Em relação ao tabaco, cujos dados estão apresentados na Figura 17, 96,9% refere que “não fuma”. Distinguindo por área de residência, 96,2% das crianças do meio rural e 98,5% do meio urbano referem “não fumar” (Tabela 11).

Figura 17- Consumo de tabaco.

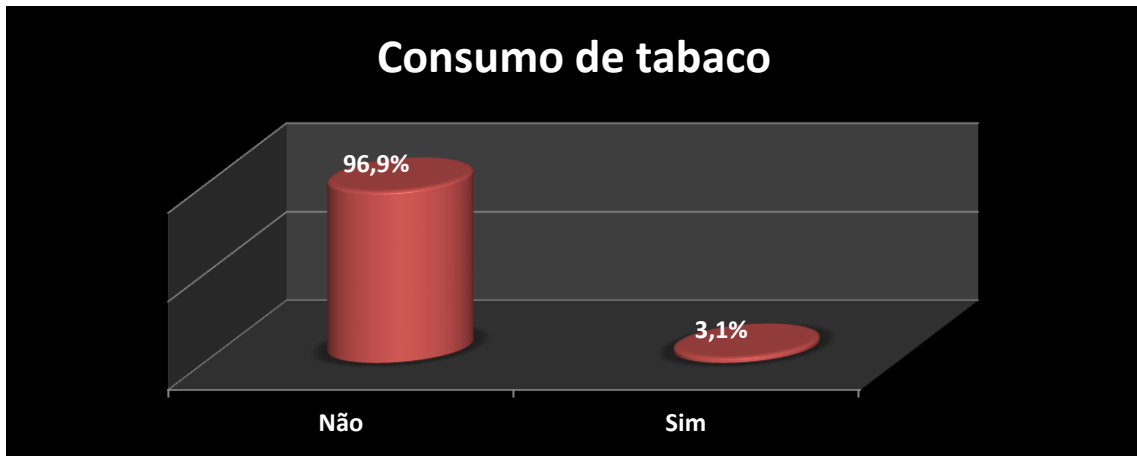


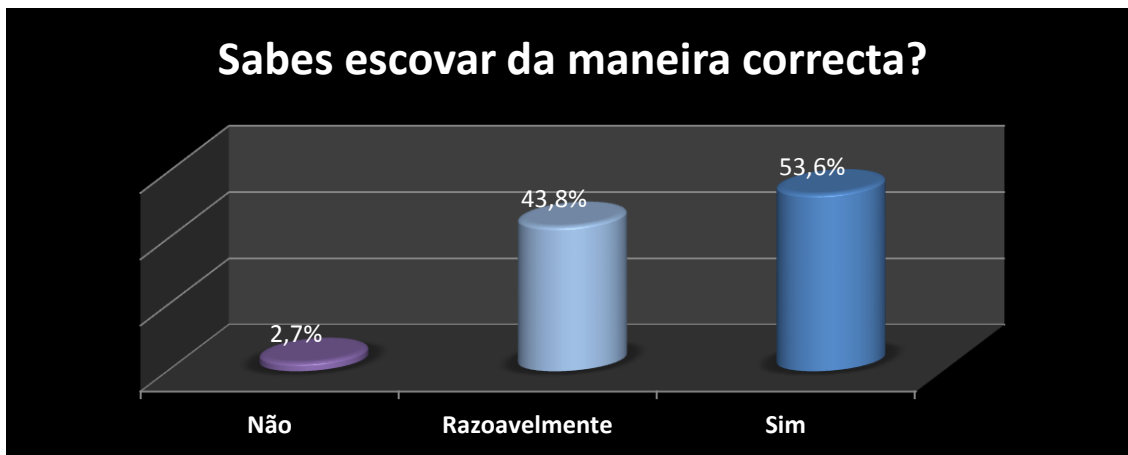
Tabela 11 - Indivíduos que não fumam, por área de residência.

	N	%
Tabaco- "não fumo"		
Rural	151	96,2
Urbano	64	98,5

Na avaliação do conhecimento sobre saúde oral (Figura 18) e incidindo na medida preventiva mais básica, 53,6% dos inquiridos referem saber escovar os dentes da maneira correcta. Destes, 53,8% são raparigas e 53,4% são rapazes.

Em relação à zona de residência, é maior o número de crianças do meio urbano que acredita saber escovar os dentes da maneira correcta (68% vs 48%, $p < 0,04$).

Figura 18- Avaliação da técnica de escovagem.



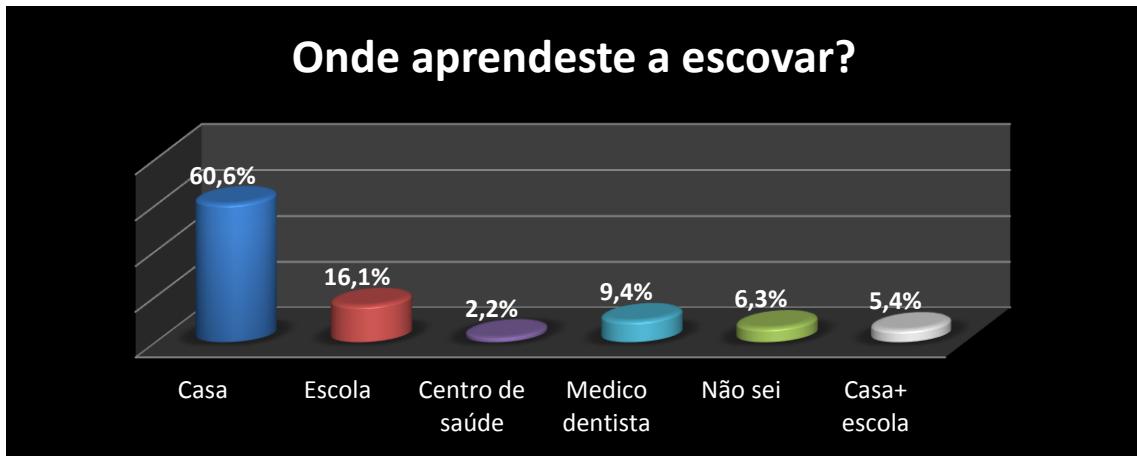
Ainda no que diz respeito à higiene oral, 43,1% refere escovar todas as estruturas necessárias: gengivas, dentes e língua, conforme apresentado na Figura 19:

Figura 19- Estruturas orais higienizadas.



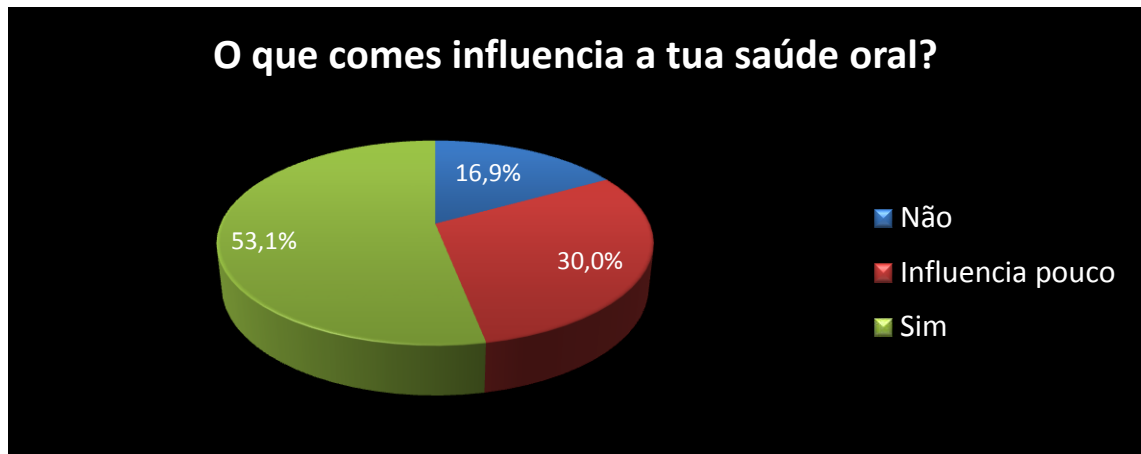
Em relação ao local onde aprenderam a escovar os dentes (Figura 20), na sua maioria, os inquiridos referem ter aprendido em casa (60,6%), seguido da escola como local de aprendizagem e do consultório do médico dentista.

Figura 20- Local de aprendizagem dos métodos de higiene oral.



De acordo com os dados apresentados na Figura 21, 53,1% dos jovens afirma que o que come influencia a sua saúde oral, enquanto 30% pensa que pouco influencia e 16,4% acredita que o que come não influencia a saúde oral.

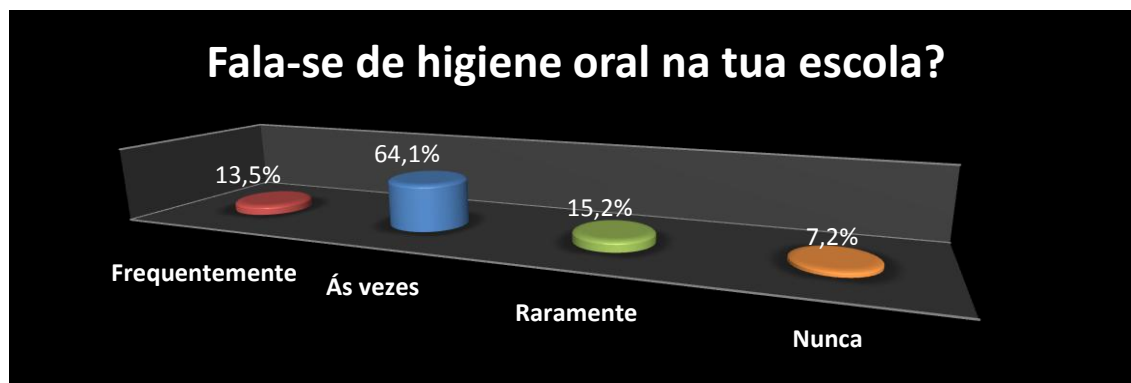
Figura 21- O que comes influencia a tua saúde oral?



Na avaliação das estratégias de promoção de saúde oral implementadas nestas escolas do distrito de Viseu (Figura 22), apenas 13,5% dos inquiridos dizem que se fala

“frequentemente” de saúde oral na sua escola e 7,2% dizem que “nunca” se fala nesta temática na sua escola.

Figura 22- Avaliação frequência na abordagem da higiene oral nas escolas.



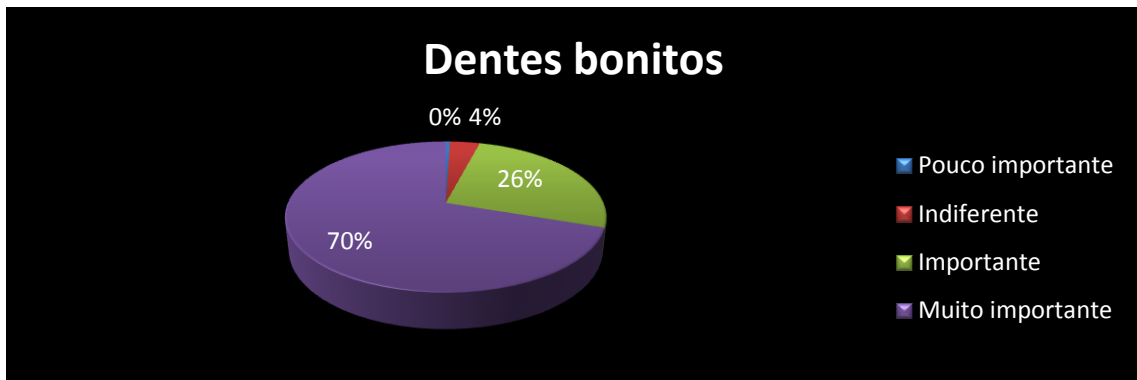
A ida de um profissional de saúde oral à escola destas crianças falar sobre saúde oral foi referida por 71,3%, de acordo com o exposto na Tabela 12. Destes, 48,6% referem ter feito bochecos com flúor nessas mesmas acções de saúde oral.

Tabela 12 - Caracterização da implementação de estratégias de promoção de saúde oral nas escolas.

	N	%
Já foi alguém falar de higiene oral à tua escola?		
Não	34	15,2
Sim	159	71,3
Não sei	30	13,5
Se sim, fizeste bochecos com flúor?		
Não	51	27,6
Sim	92	49,7
Não sei	42	22,7

Na pesquisa das diferentes motivações que levam estes jovens a realizar a sua higiene oral, a motivação “ ter dentes bonitos” foi referida como “muito importante” por 69,8% dos jovens e apenas 0,5% consideram esta motivação “ nada importante” (Figura 23).

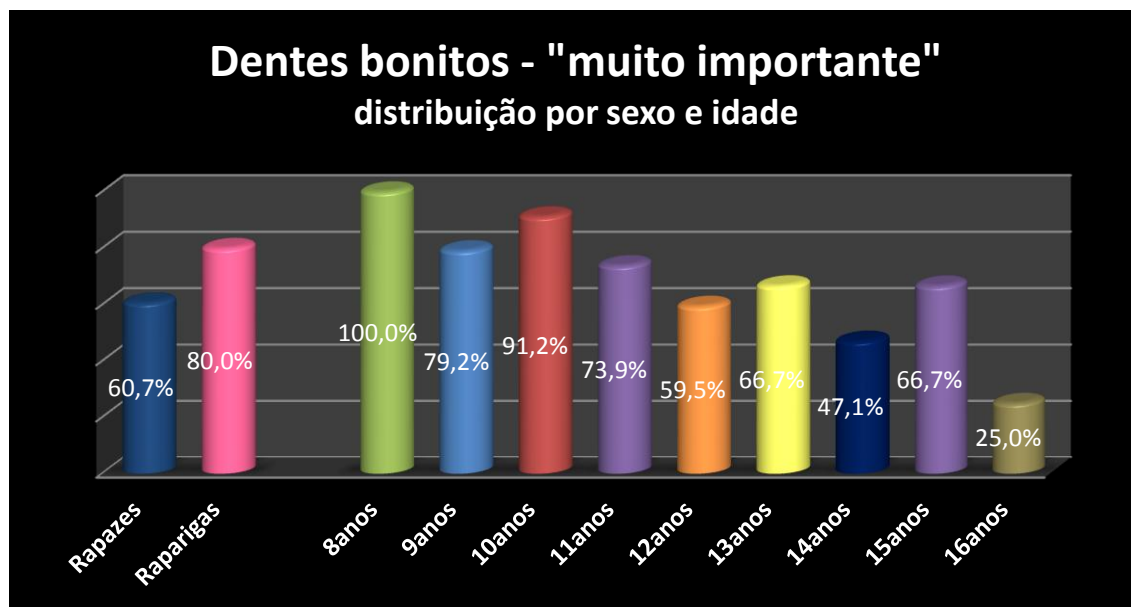
Figura 23 - Motivações- “Dentes bonitos”



Diferenciando por sexo, são as raparigas que dão mais importância a esta motivação , já que 80% referiram como “muito importante” ter dentes bonitos versus 60,7% dos rapazes ($p < 0,01$). Em relação à idade (Figura 24), é aos 8 anos que é atribuída mais importância a esta motivação estética, já que foi classificada como “muito importante” por 100% dos indivíduos ($p < 0,01$), enquanto que aos 16 anos reúne apenas 25% das opiniões.

Em termos de área de residência, como apresentado na Figura 24, são mais as crianças do meio urbano que consideram esta motivação como “muito importante” (79,7% vs 65,4%, $p < 0,01$).

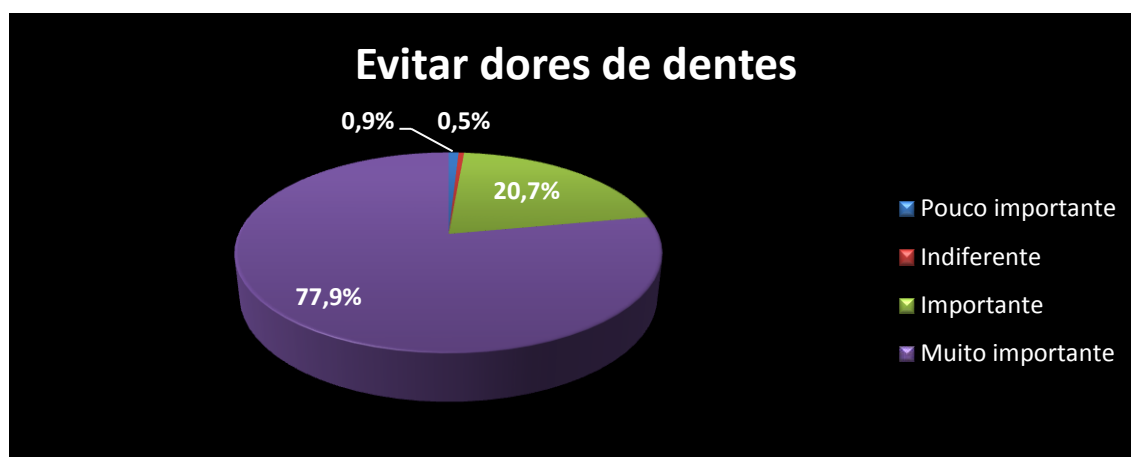
Figura 24- "Dentes bonitos"- distribuição por sexo e idade.



Tendo em conta as habilitações literárias do encarregado de educação, são as crianças com encarregados de educação com mais de 12 anos de estudos que mais importância dão a esta motivação (83,9%).

O motivo para a higiene oral "evitar dores de dentes" obteve uma percentagem de 77,9% na classificação de "muito importante", como apresentado na figura 25:

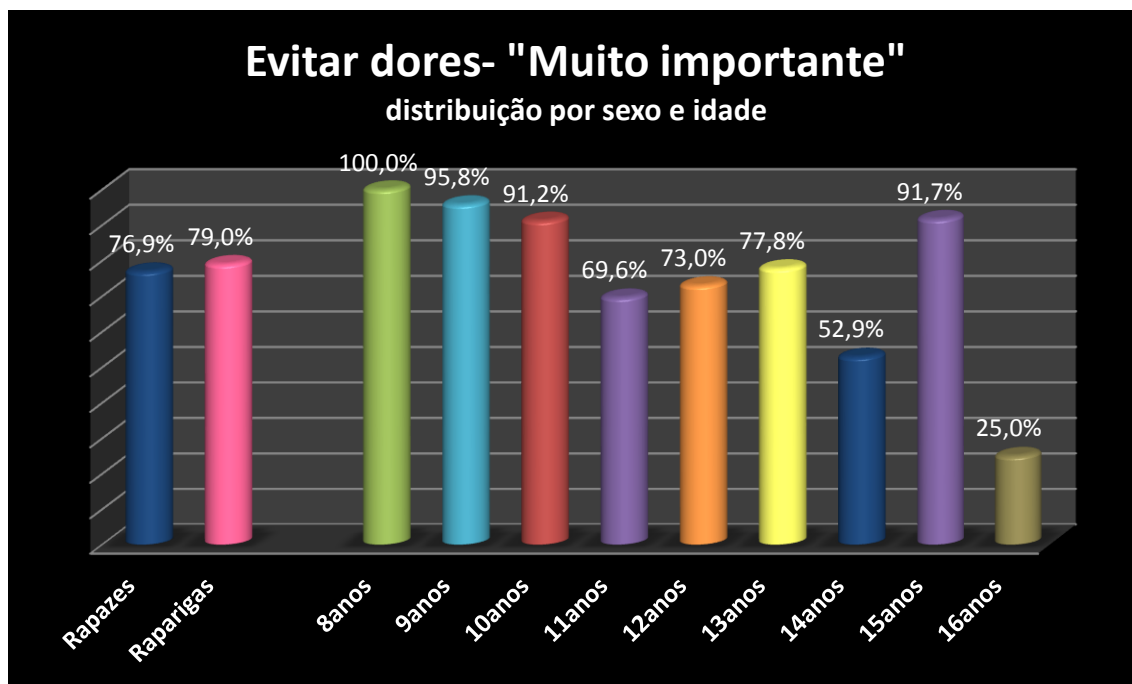
Figura 25- Motivação "evitar dores de dentes"



Diferenciando por sexo (Figura 26), 79% das raparigas referiram como “muito importante” evitar ter dores de dentes versus 76,9% dos rapazes. Em termos de idades, esta motivação foi referida como “muito importante” por 100% das crianças aos 8anos e por 95,8% das crianças aos 9 anos.

Relativamente à área de residência, conforme o apresentado na Figura 26, esta motivação é considerada “muito importante” por 73,7% das crianças do meio rural e por 89,1% do meio urbano ($p < 0,04$).

Figura 26- “Evitar dores”- distribuição por sexo e idade.



Os resultados relativos à importância atribuída a esta motivação combinados com as habilitações literárias do encarregado de educação mostram que são as crianças com encarregados de educação com habilitações ao nível superior que mais importância atribuem a esta motivação (83,9%).

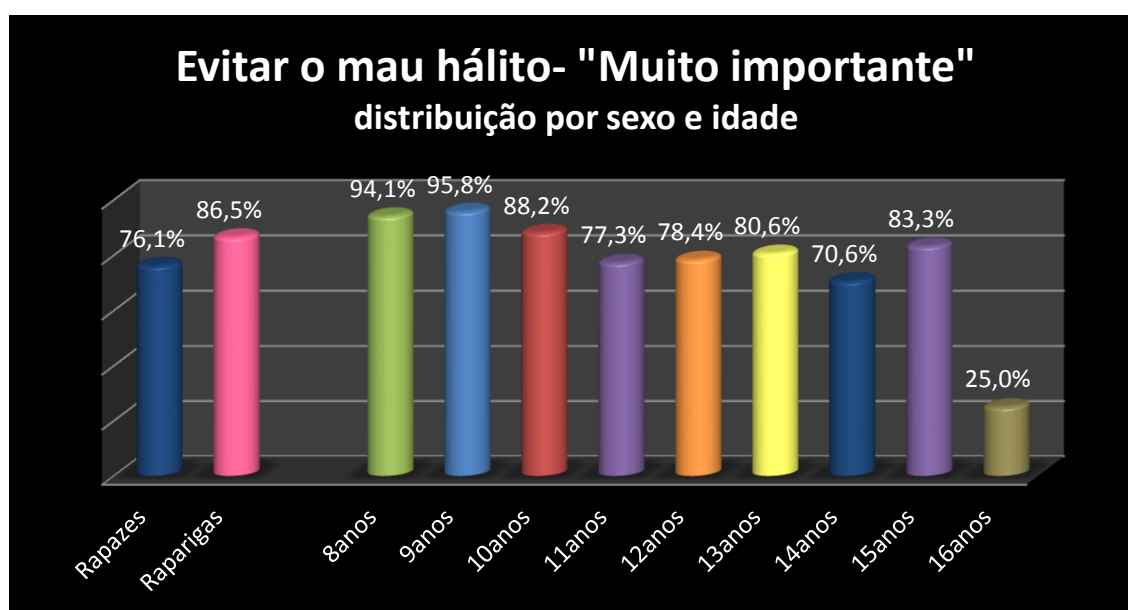
Evitar o mau hálito foi classificado como “muito importante” por 81% das crianças (Figura 27).

Figura 27- Motivação “evitar o mau hálito”.



Distinguindo pelo género, esta motivação foi considerada “muito importante” por 86,5% das raparigas e por 76,1% dos rapazes (Figura 28). Em termos de idades (Figura 28), esta motivação obteve a maior percentagem como “muito importante” aos 9 anos (95,8%). Caracterizando por área de residência, esta motivação é considerada “muito importante” por 79,4% das crianças do meio rural e por 85,9% do meio urbano.

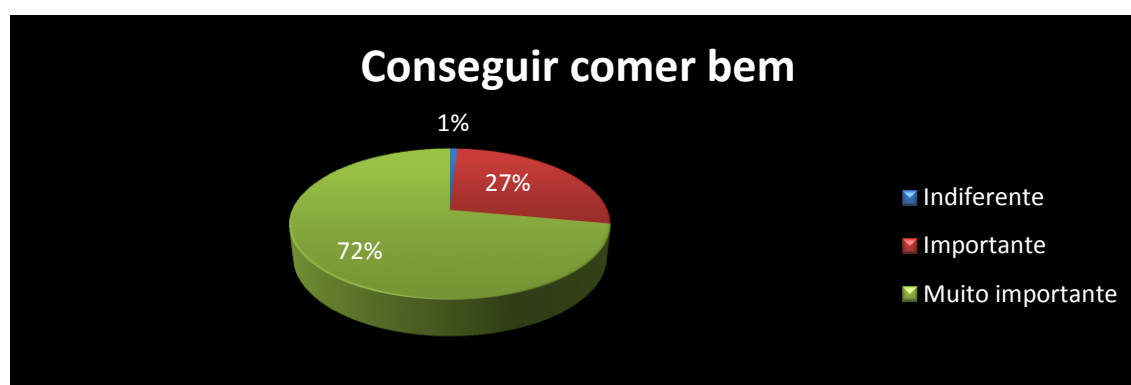
Figura 28- “Evitar o mau hálito” - distribuição por sexo e idade.



Os resultados relativos à importância atribuída a esta motivação combinados com as habilitações literárias do encarregado de educação mostram que as crianças com encarregados de educação com menos de 4 anos de escolaridade que menos importância dão a esta motivação (66,7%).

A motivação “conseguir comer/mastigar bem” foi classificado como “muito importante” por 72,1% dos jovens e indiferente por 0,9% (Figura 29).

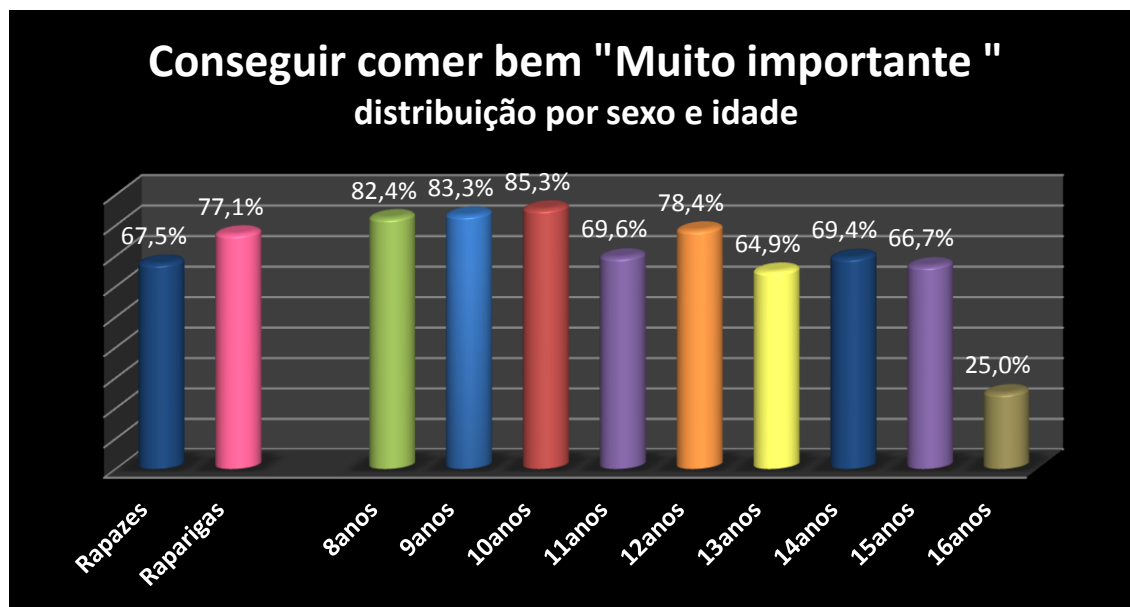
Figura 29 – Motivação “conseguir comer bem”



Distinguindo por género (Figura 30), 77,1% das raparigas e 67,5% dos rapazes consideraram-na como “muito importante”. Por idades, esta motivação obteve a maior percentagem como “muito importante” aos 10 anos (85,3%), conforme o exposto na Figura 30.

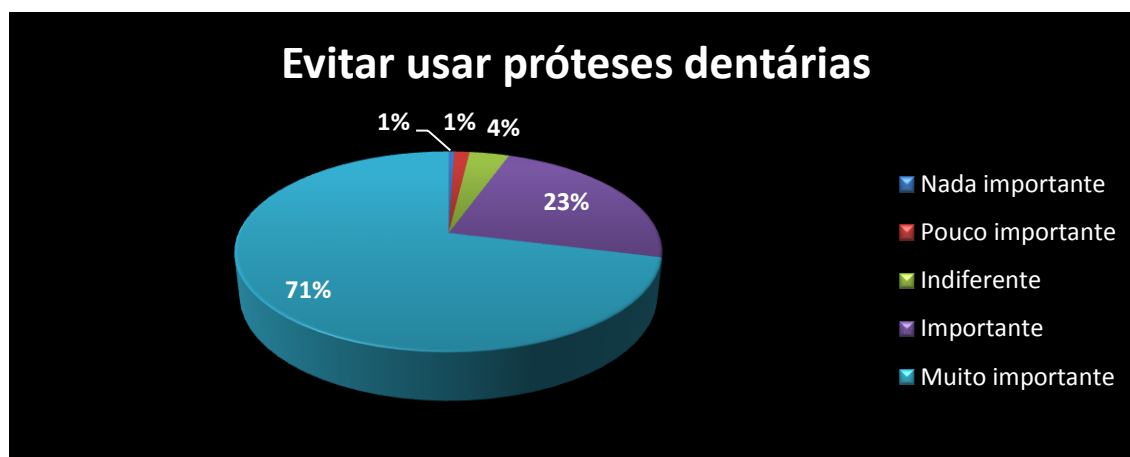
Em termos de área de residência esta motivação é considerada “muito importante” por 69,9% das crianças do meio rural e por 76,6% do meio urbano.

Figura 30 “Conseguir comer bem”- distribuição por sexo e idade.



“Não ter de utilizar dentes postigos/ próteses quando for adulto” foi classificado como “muito importante” por 71,2% dos jovens (Figura 31).

Figura 31- Motivação “evitar próteses dentárias”.

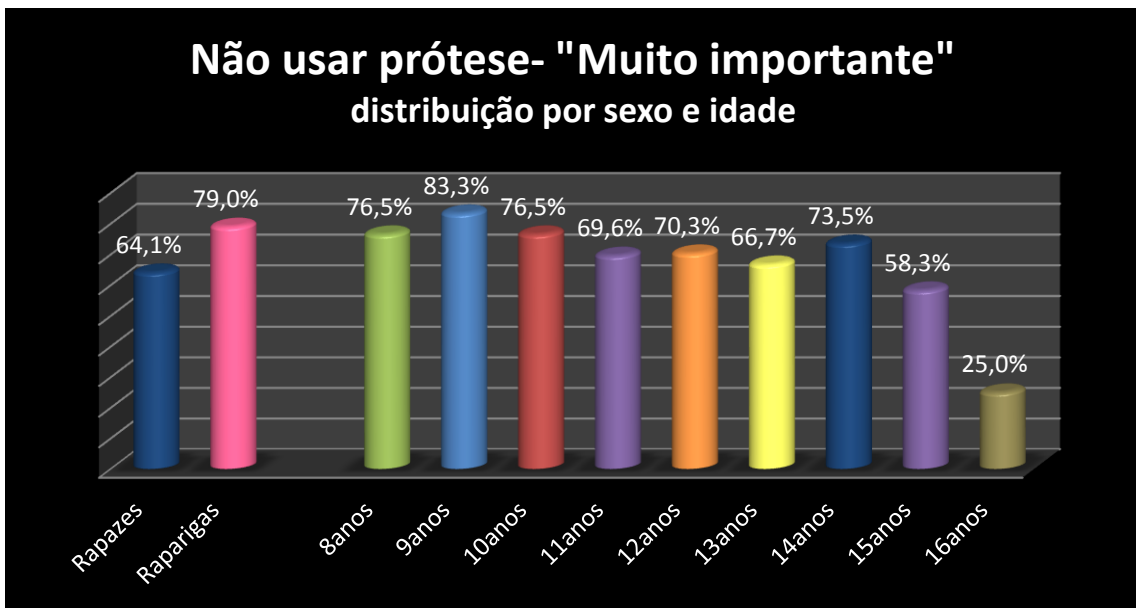


Distinguindo por género (Figura 32), 79% das raparigas e 64,1% dos rapazes classificam-na como “muito importante”. Por idades, esta motivação obteve a maior percentagem

como “muito importante” aos 9 anos (83,3%), de acordo com os dados apresentados na Figura 32.

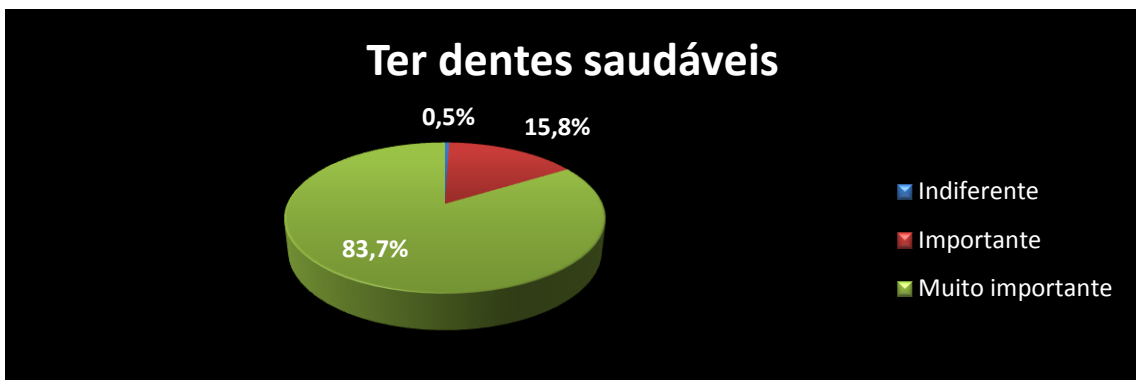
Relativamente à área de residência esta motivação é considerada “muito importante” por 69,2% das crianças do meio rural e por 75% do meio urbano.

Figura 32- “Não usar prótese”- distribuição por sexo e idade.



A motivação “ ter dentes saudáveis” foi classificada como “muito importante” por 83,7% dos jovens (Figura 33).

Figura 33- Motivação “ter dentes saudáveis”.



Por sexo, 88,6% das raparigas e 79,5% dos rapazes consideram-na como “muito importante”, conforme os dados da Figura 34. A Figura 34 mostra também que é aos 10 anos que esta motivação é particularmente evidenciada, já que 97,1% dos jovens a classificam como “muito importante” ($p < 0,03$).

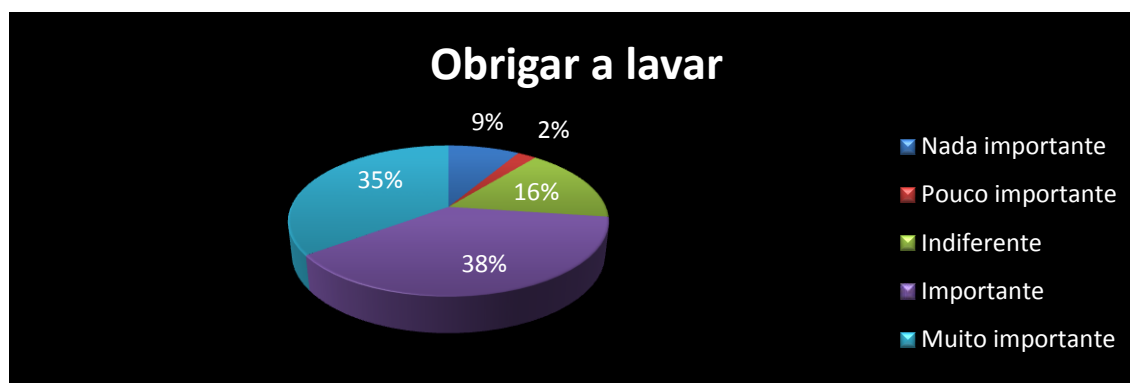
Relativamente à área de residência esta motivação é considerada “muito importante” por 82,7% das crianças do meio rural e por 85,9% do meio urbano.

Figura 34- “Dentes saudáveis”- distribuição por sexo e idade.



A motivação “ter alguém que me obrigue a lavar os dentes” foi classificada como “muito importante” por 35,1% dos jovens (Figura 35).

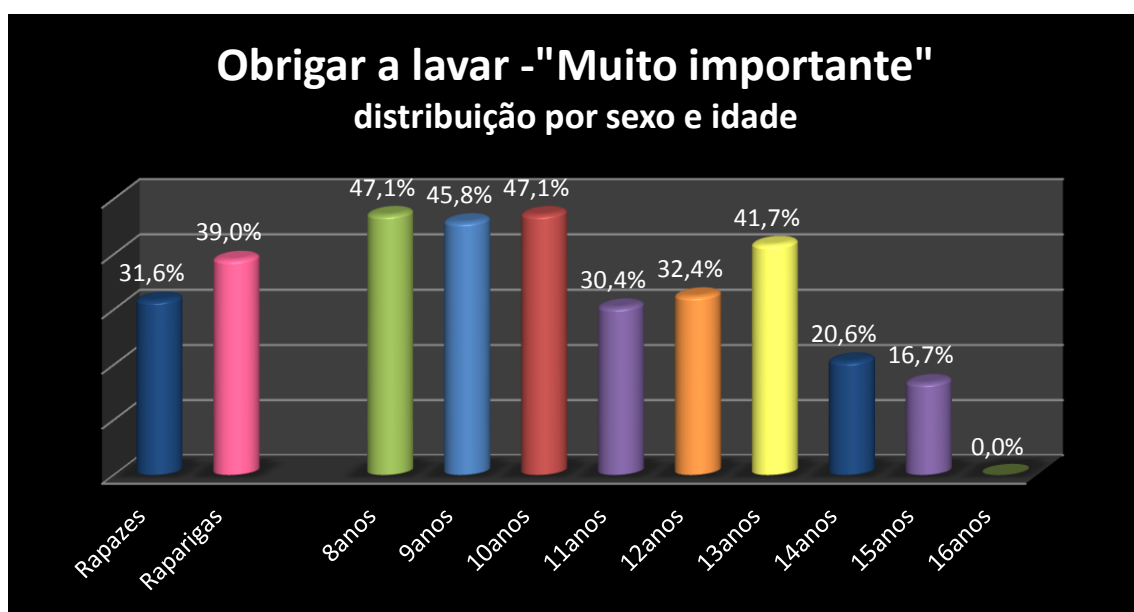
Figura 35- Motivação “ter alguém que me obrigue a lavar os dentes”.



Por sexo, 39% das raparigas e 31,6% dos rapazes consideram-na como “muito importante”. Por idades, aos 8 e aos 10 anos, esta motivação foi classificada como “muito importante” por 47,1% das crianças (Figura 36).

Relativamente à área de residência esta motivação é considerada “muito importante” por 34% das crianças do meio rural e por 39,1% do meio urbano.


Figura 36- “Obrigar a lavar os dentes”- distribuição por sexo e idade.



De acordo com o exposto na Tabela 13, 89,6% dos inquiridos referiram não ter medo de ir a uma consulta com o médico dentista e 10,4% referiram ter receio desta consulta. Nas raparigas observa-se uma percentagem mais elevada em relação ao medo da consulta (13,2%) do que nos rapazes (7,8%).

Tabela 13 - Medo perante a consulta de Medicina Denária e distinção por género.

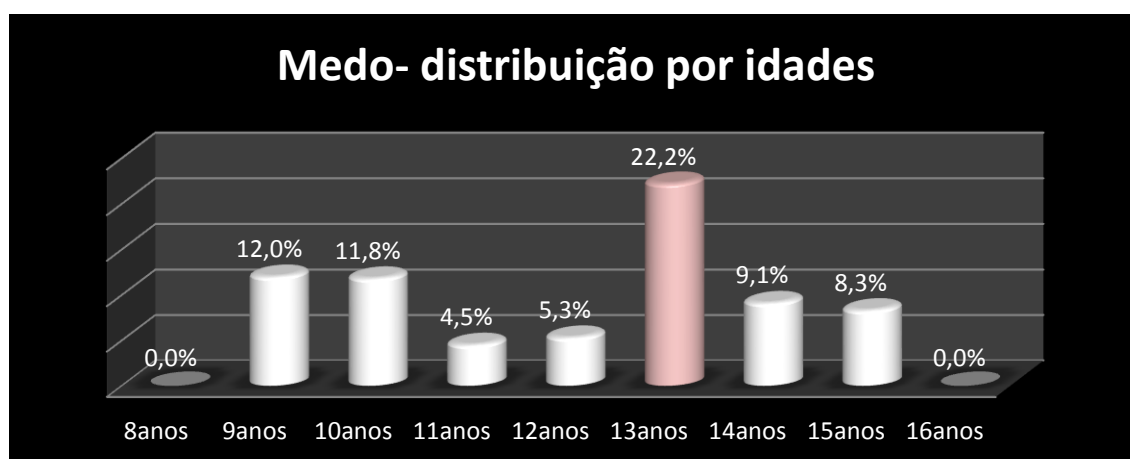
	N	%
Tens medo de ir às consultas com o médico dentista?		
Não	198	89,6
Sim	23	10,4



	N	%
Crianças com medo de ir a consulta		
Rapazes	9	7,8
Raparigas	14	13,2

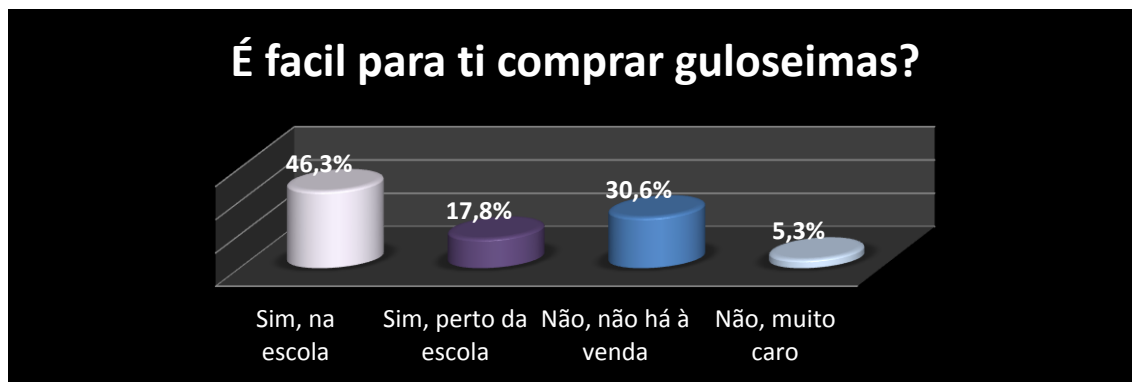
Em termos de idade, é aos 13 anos que se observa maior percentagem (22,2%) de crianças com medo da consulta de medicina dentária, conforme os dados da Figura 37:

Figura 37- Frequência de crianças com medo da consultaria de medicina dentária- distribuição por idades



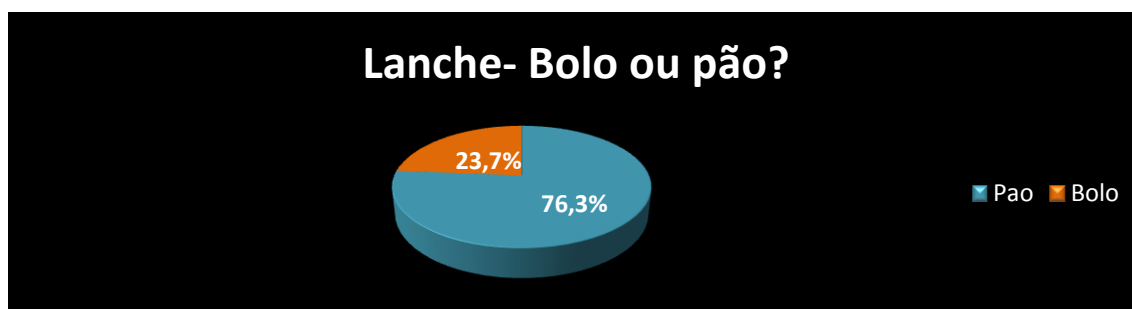
Relativamente à facilidade no acesso e na compra de alimentos açucarados, 46,3% referem que pode comprar guloseimas na própria escola, 17,8% dizem que podem comprar perto da escola. Apenas 5,3% não compram devido ao preço destes produtos (Figura 38).

Figura 38- Avaliação do acesso a guloseimas pelas crianças.



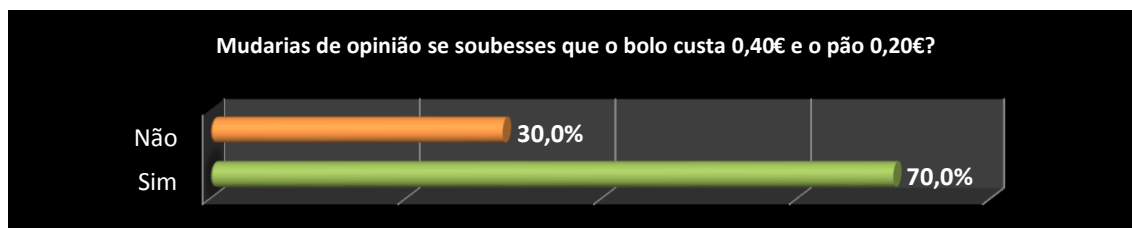
No que diz respeito ao lanche (Figura 39), 76,3% dos inquiridos refere preferir um pão com queijo/fiambre e 23,7% prefere um bolo.

Figura 39- Escolha do lanche- bolo ou pão?



Dos que preferem o bolo, 70% (37alunos) mudariam de opção e comeriam um pão, atendendo à informação de que o bolo custa o dobro do pão (0,40 e 0,20 euros, respectivamente), conforme a Figura 40.

Figura 40- Avaliação do efeito do preço na escola do lanche.



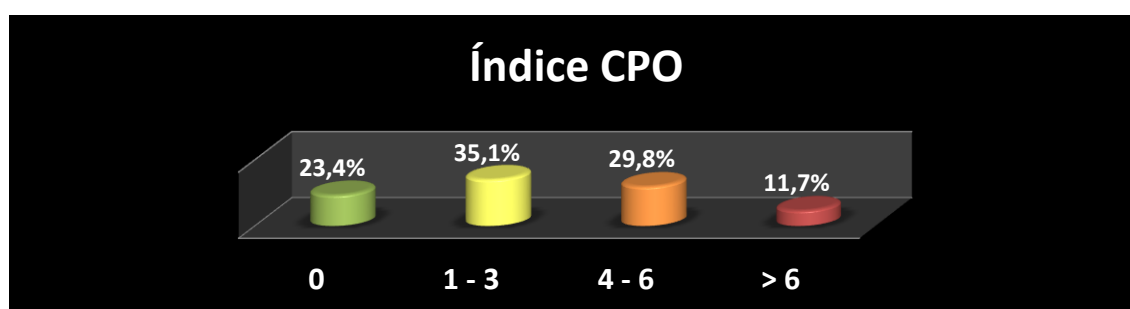
Dos alunos que não alteraram a sua resposta em face da informação sobre os preços, quase todos (11 alunos em 16) mudariam da opção bolo para pão, se o preço do bolo duplicasse para 0,80euros, custando quatro vezes mais do que o pão. Em termos de área de residência, 25,3% das crianças do meio rural e 17,5% do meio urbano preferem a opção “bolo”. Mudariam de opinião, se o preço do bolo fosse 0,40euros 49% das crianças do meio rural e 76.9% do meio urbano.

Índice CPO

As crianças foram observadas e o seu estado de saúde oral foi determinado, utilizando o índice CPO, para dentes definitivos.

Os resultados mostram que, das 188 crianças que permitiram a observação intra-oral, o índice CPO médio é 1.3. Os valores de CPO obtidos foram agrupados em categorias, de acordo com os graus de severidade definidos por Axelsson (2000), já referidos anteriormente. Os resultados estão resumidos na Figura 41:

Figura 41- Índice CPO das crianças observadas.



A maior parte das crianças apresenta um índice CPO no intervalo 1-3, prevalência baixa a moderada de patologia oral. Apresentam apenas um índice CPO superior a 6 11,7% das crianças, o que corresponde a 22 indivíduos.

Seguidamente, centrámo-nos nos indivíduos que apresentam um CPO = 0 para os caracterizar. Os resultados mostram que as crianças com CPO=0 são maioritariamente rapazes do meio rural, cujo encarregado de educação tem entre 4 a 9 anos de escolaridade, conforme os dados apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 - Caracterização dos indivíduos com CPO=0

CPO = 0				
Género	52,3% Masculino		47,7% Feminino	
Habilitações literárias dos pais	8,1% <4 anos	51,4% 4 -9 anos	27,0% 10-12 anos	13,5% > 12 anos
Residência	72,7% Meio rural		27,3% Meio Urbano	

50% dos indivíduos com CPO=0 auto-avaliam a sua saúde oral como boa e apenas 6,8% a classificam como fraca. Todos os indivíduos pensam estar informados sobre esta temática.

A quase totalidade destes jovens já foi consultado pelo Médico Dentista (97.7%) e 68,2% visitaram este profissional no último ano.

77,3% dos jovens com CPO=0 escovam os dentes todo os dias e 77,1% escovam os dentes 2 ou mais vezes por dia. Apenas 15,9% refere utilizar o fio dentário diariamente.

Nenhum destes jovens consome alimentos açucarados/ guloseimas diariamente e 88,6% toma o pequeno-almoço diariamente. De salientar que apenas 15,9% consome álcool ocasionalmente e nenhum deles fuma.

59,1% das crianças com CPO=0 acredita saber escovar os dentes da maneira correcta e a grande maioria (81,4%) aprendeu a escovar em casa. Apenas 15,9% pensa que o que come não influencia a sua saúde oral.

Para estas crianças as motivações mais importantes são “ter dentes saudáveis” (93,2%), “evitar o mau hálito” (88,6%) e “ evitar dores de dentes” (86,4%). Apenas 38,6% atribui muita importância a ter alguém que o obrigue a lavar os dentes (Tabela 15):

Tabela 15 - Motivações

Motivações					
Dentes bonitos	2,3% pouco importante	2,3% indiferente		20,5% importante	75,0% muito importante
Evitar dores de dentes	0% pouco importante	0% indiferente		13,6 % importante	86,4 % muito importante
Evitar o mau hálito	0% nada importante	0% pouco importante		11,4 % importante	88,6 % muito importante
Conseguir comer bem	0% indiferente	0% pouco importante		18,2 % importante	81,8 % muito importante
Não utilizar próteses	2,3% pouco importante	2,3% indiferente		22,7 % importante	72,7 % muito importante
Ter dentes saudáveis	0% indiferente	0% pouco importante		6,8 % importante	93,2 % muito importante
Ter alguém que me obriga a lavar	9,1% nada importante	4,5% pouco importante	9,1% indiferente	38,6 % importante	38,6 % muito importante

Os resultados do questionário aplicado nestas escolas sugerem que a promoção da saúde oral nas escolas, apesar de escassa, está presente. A maioria das crianças refere que a higienista ou outro profissional já estiveram na sua escola e recordam ter feito bochechos com flúor. No entanto, a escola não surge como o local onde a maioria das crianças aprendeu a escovar ou a melhorar os seus hábitos de higiene oral. Continua a ser em casa que as crianças aprendem a escovar os dentes. Da mesma forma, o centro de saúde,

através da higienista ou da médica dentista é o local de aprendizagem menos referido pelas crianças.

Outro factor relevante é a baixa utilização de “cheques-dentista” pelas crianças. O que poderá estar a acontecer é que as crianças das idades-alvo não estarão a ser todas observadas ou ainda, não lhes é explicado como se deve utilizar o cheque, levando a que os pais acabem por não os utilizar.

Para além disso, os resultados obtidos mostram que as consultas com carácter de urgência representam uma parcela significativa, sobretudo por estarem em causa crianças. Estes dados sugerem a necessidade de maior intervenção ao nível da prevenção na saúde oral, devendo existir, portanto, uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e as escolas.

5.2 Prevenção primária na saúde oral nas escolas e centros de saúde: o caso de Viseu

5.2.1- Estratégias/ medidas de prevenção primaria implementadas no centro de saúde 3 de Viseu

O Centro de Saúde 3, de Viseu disponibiliza consultas de Higiene Oral e Medicina Dentária. As profissionais de saúde deste gabinete atendem crianças e adolescentes até aos 16 anos.

À consulta de Medicina Dentária chegam crianças com idades que não se enquadram no cheque dentista (7, 10 e 13 anos), referenciadas pelo médico de família, quando no exame clínico são já detectadas cáries, ou seja, quando a doença está já instalada. A médica dentista responsável tem incutido aos médicos a ideia de que precocemente devem observar os dentes das crianças, nas consultas de rotina, não deixando que estes

atinjam a idade escolar sem terem sido observados por um médico dentista. Nesta consulta de medicina dentária são feitos todos os tratamentos curativos necessários (restaurações, endodontias.) e é feita pela médica dentista a motivação de higiene oral com as crianças e os pais. Faz parte da actuação da médica dentista neste centro de saúde a motivação e instruções de higiene oral, responsabilizando as crianças e fundamentalmente os pais, pela higiene oral dos filhos, aconselhando-os a lavar os dentes na companhia dos filhos, supervisionando desta forma a escovagem. Neste gabinete ainda não foi instituído o hábito de *recall* dos pacientes, fazendo um *check-up* anual para avaliar o estado de saúde oral. No entanto, este é um dos pontos em que a médica dentista tem insistido. Normalmente as crianças voltam a consulta quando são novamente referenciadas pelo médico assistente e não são apurados dados de monitorização/ evolução do estado de saúde oral das crianças.

A prevenção primária é fundamentalmente tarefa da higienista oral. Desloca-se às escolas que pertencem ao agrupamento dos centros de saúde 1, 2 e 3 de Viseu e faz um rastreio oral às crianças cujas idades se enquadram no cheque dentista. Às crianças cujos pais autorizam o rastreio e que apresentam lesões de cárie nos dentes definitivos são emitidos, pela Unidade de Saúde Pública do centro de saúde, cheques dentista. Aquelas crianças que não apresentam cáries activas nos dentes definitivos são encaminhadas, na sua maioria, para a consulta de higiene oral, para a realização de medidas de prevenção primária, como a destartarização, aplicação de selantes nos dentes definitivos e aplicações tópicas de flúor. Para além disso são também explicadas as técnicas de escovagem assim como é feita uma motivação para a melhoria da higiene oral. A actuação da higienista nas escolas passa também, ainda que pouco frequentemente, por

ações de formação às crianças, sobre higiene oral e alimentos que devem evitar consumir, distribuindo alguns folhetos motivacionais (Anexo 3). É muitas vezes acompanhada por enfermeiros que a auxiliam nos bochechos de flúor, explicando às crianças os passos da aplicação do flúor, pretendendo-se assim reduzir a formação de cáries dentárias.

Para além da atuação nas escolas sendo o público-alvo as crianças, a higienista tem feito ações de formação com grávidas, no centro de saúde.

6. Discussão

O modelo de Grossman tem sido utilizado para explicar o efeito dos estilos de vida na saúde, sendo que esta relação já se encontra bem documentada em termos empíricos. Assim, uma forma de influenciar a saúde é através da mudança dos estilos de vida, reduzindo a prevalência de fatores de risco e prevenindo o surgimento de doenças, ou seja, através da prevenção primária. A prevenção primária afigura-se cada vez mais como uma via privilegiada para obter ganhos em saúde e para garantir a própria sustentabilidade financeira dos serviços de saúde. A prevenção primária deve por isso ser fomentada, contudo, conforme sugere o modelo de Grossman, os indivíduos fazem as escolhas que do seu ponto de vista melhor representam os seus interesses. Deste modo, não chega informar sobre as consequências que cada opção acarreta em termos da saúde; é necessário perceber quais são as motivações dos indivíduos e com base nelas estimular estilos de vida saudáveis. No caso particular da saúde oral, a prevenção é reconhecidamente eficaz sendo fundamental intervir na infância e adolescência. Assim, o objetivo do presente estudo é conhecer os comportamentos, atitudes e motivações de crianças e adolescentes relativamente à saúde oral. As motivações/interesses demonstrados pelas diferentes faixas etárias constituem dados importantes para a definição de estratégias alternativas para os programas de prevenção oral existentes, utilizando argumentos adequados.

Na avaliação da sua saúde oral, a grande maioria das crianças classificaram-na como “boa ou “média”, sendo que mais crianças do meio urbano a avaliam como “muito boa” do que as crianças do meio rural (20,3% vs 8,3%, $p < 0,03$).

Em relação ao grau de informação sobre higiene/saúde oral, a maioria considera-se “razoavelmente informado”.

Dos que se consideram muito informados, a maioria são raparigas e diferenciando pela área de residência os dados mostram que as crianças com residência no meio urbano acreditam estar mais informadas sobre esta temática. Curiosamente, a maior percentagem de crianças que diz estar “muito informado” tem pais com habilitações literárias inferiores a 4 anos, o que não está de acordo com os pressupostos do Modelo de Grossman. No entanto, estes resultados são meramente indicativos, já que não se obteve dados estatisticamente significativos.

Na caracterização da utilização de cuidados dentários, praticamente todos os jovens referiram já ter sido consultados por um médico dentista, o que é um dado positivo, tendo mais de 70% visitado este profissional de saúde nos últimos 12 meses.

O principal motivo para consultar o dentista foi mesmo a prevenção (consulta de rotina). Ainda assim, os tratamentos e as consultas com carácter de urgência representam uma parcela significativa, sobretudo por estarem em causa crianças. Estes dados sugerem a necessidade de maior intervenção ao nível da prevenção na saúde oral.

A maior parte das consultas teve lugar em consultório privado, seguido pelo centro de saúde. Estes dados são compreensíveis, dada a fraca cobertura dos cuidados dentários por parte do SNS. A utilização do cheque dentista foi referida por menos de metade dos alunos. Há aqui uma lacuna importante na articulação com os cuidados primários, já que as crianças das idades-alvo não estarão a ser todas observadas ou não lhes é explicado como se deve utilizar o cheque. Tendo em conta que o custo pode funcionar como uma barreira no acesso a estes cuidados, a prevenção primária é fundamental.

Em termos de hábitos de higiene oral, a maior parte das crianças respondeu que escova os dentes todos os dias e mais de metade destas escova duas vezes por dia. Estes dados são animadores embora não seja de excluir a possibilidade de parte dos alunos terem respondido o que deveriam fazer e não o que realmente fazem. Por outro lado, a percentagem dos que não escovam os dentes todos os dias merece atenção.

Os resultados sugerem que a maior percentagem de crianças que escova dos dentes diariamente tem um encarregado de educação com habilitações ao nível superior. As crianças com encarregados de educação com escolaridade inferior a 4 anos são os que menos escovam os dentes diariamente. Estes dados estão de acordo com o Modelo de Grossman, já que os indivíduos com maiores habilitações são mais propensos a se envolverem em atividades de promoção da saúde.

O consumo diário de alimentos com elevado potencial cariogénio foi relatado por 9% das crianças, fundamentalmente entre ou após as refeições. No entanto, uma elevada percentagem referiu consumir estes alimentos 'às vezes'. Uma expressiva maioria toma o pequeno-almoço todos os dias. O consumo esporádico de álcool é referido por 12% dos alunos e a percentagem dos que não fumam está próxima dos 97%.

A maioria das crianças respondeu que sabia escovar corretamente os dentes. A este nível é de salientar a importância da aprendizagem em casa juntamente com a escola. A escola surge assim como um ambiente privilegiado na promoção da saúde, no entanto os pais devem também ser integrados nestas ações, dada a importância do seu papel nas idades em questão.

Ainda a propósito do conhecimento, uma percentagem significativa dos alunos atribuiu pouca importância ao impacto da comida sobre a saúde oral. Ou seja, apesar de se considerarem informados, em alguns aspetos essa informação poderá ser errónea.

Na avaliação das estratégias de promoção de saúde oral implementadas nestas escolas do distrito de Viseu, apenas 13.5% dos inquiridos dizem que se fala “frequentemente” de saúde oral na sua escola. No entanto, a ida de um profissional de saúde especializado à escola destas crianças falar sobre saúde oral foi referida pela maioria destes, o que demonstra que a atuação nas escolas, ainda que escassa, está presente no meio escolar.

Seguidamente estudaram-se as diferentes razões que levam as crianças e adolescentes a adotarem estilos de vida mais saudáveis, avaliando o grau de importância atribuído a essas diferentes motivações para a saúde oral.

Talvez pela forma como foram colocadas as perguntas, não obrigando os respondentes a escolherem entre diferentes razões, estes acabam por considerar que tudo é importante.

De qualquer modo, existem algumas diferenças. Desde logo, destaca-se a última razão pela negativa. Ou seja, são muito menos os alunos que consideram importante ter quem os obrigue a lavar os dentes. Esta perspetiva está em tudo de acordo com o que atrás foi dito no sentido de ser essencial que os comportamentos saudáveis sejam vistos pelos próprios indivíduos como os melhores para os seus interesses. É ainda de realçar a maior importância atribuída ao hálito em comparação com outras razões como por exemplo a imagem (dentes bonitos) ou mastigar bem.

A motivação “ter dentes saudáveis” acaba por ser uma combinação de todos os outros fatores, como mastigar bem, não ter dores, daí que as outras perguntas têm um maior potencial na informação obtida.

Quanto ao acesso a guloseimas, os dados mostram que tal é fácil em ambiente escolar para mais de 60% dos alunos. A principal barreira relaciona-se com o custo destes produtos.

Uma outra forma de desincentivar o consumo de bens prejudiciais à saúde é, como indicado acima, aumentando o tempo necessário (custo de oportunidade) para os adquirir, nomeadamente afastando das escolas e arredores os locais de venda desses produtos. Os resultados sugerem que tal não tem acontecido.

No que diz respeito ao lanche, a grande maioria dos inquiridos preferiu um pão (com queijo/fiambre) a um bolo. Introduzindo o fator “preço”, 56.1% dos que preferem o bolo respondeu que mudaria de opinião sabendo que o pão custava 20 cêntimos e o bolo o dobro. Mantendo o preço do pão e aumentando o preço do bolo para 80 cêntimos (sensivelmente o preço médio nas pastelarias), mais 11 alunos referiram que mudariam de opinião. Embora estes sejam resultados meramente exploratórios, até porque a disposição para pagar está relacionada com a capacidade de pagar, eles sugerem que a diferenciação de preços pode ser usada em ambiente escolar para induzir comportamentos mais saudáveis.

Recentemente, surgiu na comunicação social informação relativa à intenção do atual governo de adotar medidas que vão neste sentido como aumentar o preço ou mesmo banir alimentos menos saudáveis dos bares das escolas. Na lista de alimentos excluídos estão os chás gelados, bebidas energéticas, refrigerantes, massas folhadas e fritos. Produtos como o chocolate, pastelaria, bolachas ou barritas de cereais ficam mais caros, em cerca de 20%, pretendendo-se promover o consumo de alimentos mais saudáveis como sandes com salada, lacticínios e sumos de fruta.

Os resultados de diversos estudos nacionais de prevalência das doenças orais (SPEMD, 2010) constituem uma boa plataforma para a redefinição das estratégias de saúde oral e para a definição dos objetivos nacionais, tendo em conta as metas da OMS.

Da análise da prevalência das doenças orais em Portugal e da sua evolução nos últimos 5 anos, recomenda-se, ativamente, a implementação das estratégias definidas no Programa Nacional de Promoção Saúde Oral, o mais precocemente possível, na vida das crianças.

É também importante a constituição de um sistema de recolha de informação epidemiológica, que inclua indicadores de processo e de resultados, para que a nível nacional, possamos ter informação permanentemente atualizada, permitindo uma avaliação custo-efectiva das intervenções.

No documento elaborado pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (OMD, 2010), é reconhecido o esforço que tem vindo a ser desenvolvido, nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde, em termos da promoção e da prestação de cuidados de saúde oral à população no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Contudo, é também dito que a parte preventiva do PNPSO (o qual entrou em vigor em 2005) realizada nas escolas foi sendo descontinuada em vários locais e a já precária atividade preventiva dos centros de saúde nas escolas, através das suas equipas de saúde escolar, foi ainda mais negligenciada. A OMD sublinha assim que o trabalho de promoção de saúde oral e preventivo, que efetivamente deveria ser executado nas escolas, terá que ser reativado. Um dos objetivos e metas a alcançar propostos no documento é precisamente a aplicação da vertente de promoção e prevenção em saúde oral em todas as escolas do pré-escolar até ao 6º ano do ensino básico em 2016 e também no 9º e 12º ano.

A esta necessidade de retomar o trabalho de prevenção nas escolas, nós acrescentamos a necessidade de adequar as estratégias às motivações de crianças e adolescentes. A informação, nomeadamente sobre fatores de risco e sobre uma correta higiene oral, deve continuar a fazer parte das campanhas de prevenção, mas deverá ser enquadrada em objetivos que não sejam puramente de promoção da saúde oral.

Os resultados aqui produzidos indicam que um hálito fresco, por exemplo, é visto como mais importante do que ser capaz de mastigar bem, o que vai de encontro a outros estudos relatados no capítulo 3.2. Por outro lado, as intervenções deveriam ser ajustadas consoante a idade das crianças, focando cada um dos aspetos que mais impacto teria sobre os seus hábitos de higiene oral. Curiosamente neste estudo não encontramos diferenças significativas na importância atribuída às diferentes motivações, nas diferentes idades.

Os resultados aqui obtidos estão também de acordo com os resultados obtidos por Tada (2004) e no relatório da OMS - *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children* , já que as raparigas apresentam melhores hábitos de higiene oral do que os rapazes. A percentagem de raparigas que escovam os dentes todos os dias é superior à dos rapazes e, da mesma forma, as raparigas escovam mais vezes por dia (2 ou mais) os dentes que os rapazes, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

Assim, a promoção da saúde oral nas escolas deverá ser feita tendo por base estes resultados, apelando às motivações das crianças e adolescentes, tendo como fim encorajá-los a melhorar os comportamentos de saúde oral, transmitindo a ideia, por exemplo que comer alimentos saudáveis fortalece os dentes e melhora a sua aparência.

Tendo por base as atividades de promoção de saúde oral nas escolas de Viseu, sugerimos que os panfletos que são entregues às crianças contenham dados apelativos, de acordo com os aspetos e motivações que mais lhes importam, como o hálito fresco ou motivações estéticas. O propósito seria chamar a sua atenção para este tema e consequentemente reforçar as medidas de prevenção primária, não só a higiene oral como os comportamentos associados ao consumo de alimentos com elevado potencial cariogénico ou as visitas regulares ao Médico Dentista /Estomatologista.

As ações de formação realizadas pela higienista poderiam ser feitas nas escolas, não só com as crianças, mas também com os pais, por exemplo, nas reuniões de pais. Assim a higienista poderia transmitir aos pais a importância de medidas de prevenção primária, como a escovagem com dentífricos fluoretados e de medidas de prevenção secundária (a aplicação de selantes e fluoretos). Torna-se ainda pertinente chamar a atenção dos pais para o facto de que os hábitos que as crianças e adolescentes adquirem nesta fase da vida tendem a persistir no futuro, sendo por isso crucial intervir para modelar os comportamentos de saúde oral. Seria também relevante inculcar aos pais o hábito de escovar os dentes com os filhos, de forma a criar um hábito diário de lavar os dentes, assim como supervisionar a escovagem dos filhos. Os dados sugerem ainda que deve ser reforçada a informação sobre o impacto da alimentação na saúde oral uma vez que uma percentagem significativa de respondentes não reconhece este efeito.

No que diz respeito às práticas adotadas no Centro de Saúde 3 de Viseu, seria importante instituir a realização de um *check-up* anual, àquelas crianças que entretanto trataram os dentes, de forma a avaliar a evolução da saúde oral, podendo assim verificar se as medidas de prevenção primária obtiveram resultados (monitorização). Outra vantagem

destes check-ups seria a deteção precoce de lesões de cárie, fazendo tratamentos menos invasivos e dispendiosos.

Os materiais entregues nas escolas são direccionados fundamentalmente para os professores, indicando como se deve proceder para a realização de bochechos de flúor. O pouco material que é entregue às crianças, consiste num folheto e ensina apenas a técnica de escovagem mais correcta, sem referir qualquer aspecto motivacional, para a realização da higiene oral. Tendo em conta os dados bibliográficos e os resultados obtidos neste estudo, faria sentido incluir aspectos motivacionais, incentivando as medidas de higiene oral.

7. Conclusão:

A saúde oral é fundamental para a saúde geral e bem-estar. A cárie dentária e doenças periodontais são as doenças orais mais comuns, causando dor e desconforto, reduzindo a qualidade de vida e apresentando custos elevados no seu tratamento.

Sendo sempre importante perceber o que motiva os indivíduos a adotarem determinados comportamentos em detrimento de outros, em particular, estilos de vida saudáveis versus estilos de vida prejudiciais à saúde, na infância e adolescência perceber estas motivações é ainda mais pertinente por se tratar de uma fase da vida em que se atribui pouca importância à saúde. Simultaneamente é uma fase da vida onde se desenvolvem hábitos que tenderão a persistir na idade adulta, sendo por isso fundamental intervir, estimulando comportamentos saudáveis. Este estudo procurou conhecer os comportamentos e atitudes de crianças e adolescentes relativamente à sua saúde oral, para que as intervenções tenham sucesso e possam potencialmente afetar, de forma direta, a utilidade e o *stock* de saúde, pela indução de mudanças no comportamento.

A prevenção na saúde oral assume particular relevância, não só pela sua comprovada eficácia mas também pela deficiente cobertura por parte do SNS dos cuidados dentários. Torna-se urgente atuar a montante evitando a necessidade de recorrer a tratamentos que poderão não ser acessíveis para todos.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 reconheceu já a necessidade de reativar a promoção da saúde oral feita nas escolas. Estes programas devem então ser orientados para a capacitação das pessoas para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais e sociais mais favoráveis à saúde. Mas para que estes programas sejam eficazes torna-se necessário conhecer o público-alvo, adequando as

estratégias de acordo com a motivação e os interesses dos indivíduos, induzindo-os a tomar decisões que conduzam a uma melhor saúde.

Pelos resultados aqui relatados, essas intervenções devem continuar a informar, sobretudo no que diz respeito aos procedimentos para uma correta higiene oral e o efeito dos alimentos na saúde oral. Os pais devem ser chamados a participar dada a importância dos conhecimentos adquiridos em casa.

Na medida em que os adolescentes não valorizam a sua saúde em geral e que os dentes são importantes sobretudo em termos estéticos, a motivação fundamentada meramente na infirmação sobre saúde, para estes indivíduos, não será a mais eficaz.

O estudo das motivações para a saúde oral deve ser aprofundado e utilizado nas mensagens a passar às crianças e adolescentes para os quais parece ser mais importante ter hálito fresco do que ser capaz de mastigar bem.

Por fim, deve ser implementada a introdução de barreiras no acesso a alimentos prejudiciais à saúde, em ambiente escolar. Estas podem estar relacionadas com o custo monetário ou custo de oportunidade (dificultando o acesso físico).

Trabalhos futuros neste âmbito deveriam superar algumas das limitações do presente estudo, desde já a expansão da amostra, de forma a obter dados mais significativos. O questionário poderá ser reformulado de forma a melhor entender quais as motivações realmente importantes para as crianças, bem como a importância atribuída às consequências presentes face ao futuro. Os pais das crianças poderiam ser incluídos no estudo, através de entrevistas, para facilitar a percepção do que os filhos realmente valorizam e também o que os pais valorizam para os seus filhos.

8. Bibliografia:

- Abel, T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis -theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine*. 1991.32:899-908.
- Almeida, CM; Petersen, PE; André, SJ; Toscano, A. Changing oral health status of 6-and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health*. 2003. 20: 211-216.
- Aoba, T; Fejerskov, O. Dental fluorosis: chemistry and biology. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. 2002. 13 (2): 155 – 170.
- Aoba, T. Solubility properties of human tooth mineral and pathogenesis of dental caries. *Oral Diseases*. 2004. 10: 249-257.
- Armfield, JM. Socioeconomic Inequalities in Child Oral Health: A Comparison of Discrete and Composite Area- Based Measures. *Journal of Public Health Dentistry*. 2007. 67, No.2,
- Axelsson, P. - Diagnosis and Risk Prediction of Dental Caries. *Quintessence Publishing*. 2000. ISBN: 0867153628
- Axelsson P. - Preventive Materials, Methods and Programs. *Quintessence Books*. 2004. ISBN: 0867153644
- Babazono, A; Kuwabara, K; Hagiihara, A; Nagano, J; Ishihara, R. Do Interventions to prevent lifestyle-related diseases reduce healthcare expenditure? A randomized controlled clinical trial. *Journal of Epidemiology*. 2011. 21 (1):75-80.
- Baelum, V. Dentistry and population approaches for preventing dental diseases. *Journal of Dentistry*. 2011. 39 Suppl 2:S9-19.
- Balia, S; Jones, A. Mortality, lifestyle and socio-economic status. *Journal of Health Economics*. 2008. 27: 1-26.
- Barros, PP. Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2003. Vol. 3: 7-17.

- Bastos, JL; Nomura, LH; Peres, MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005. 21(5): 1416-23.
- Bastos, JL; Gigante, DP; Peres KG; Nedel FB. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007. 12(6): 1611-21.
- Beck, J; Garcia, R; Heiss, G; Voukonas, PS. Periodontal disease and cardiovascular disease. *Journal of Periodontology*. 1996. 67:1123-1137.
- Beck, J. Relationship of periodontal disease to carotid artery intima-media wall thickness. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*. 2001. 21(11): 1816-1822.
- Bentley, R; Jolley, D; Kavanagh, AM. Local environments as determinants of walking in Melbourne, Australia. *Social Science & Medicine*. 2010. 70 (11):1806-15.
- Birch, S; Stoddart, G. Incentives to be healthy: an economic model of health-related behaviour. *The University of York, Centre for Health Economics*. 1989. Discussion Paper 63.
- Brito, R. Demanda por serviços de saúde: o caso SABESPREV. Belo Horizonte: 2005. Dissertação de Mestrado em Economia da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Brukiene, V; Aleksejuniene, J. Theory-based oral health education in adolescents. *Stomatologija*. 2010. vol.12, n.1.
- Burt, B; Kolker, J; Sandretto, A. Dietary patterns related to caries in a low-income adult population. *Caries Research*. 2006. 40: 473-480.
- Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciencia & saúde coletiva*. 2000. 5:163-77.
- Cardoso, C. Health economics or health care economics?. *Polytechnical Studies review*. 2008. Vol VI, 10: 189-198
- Chaves, M. Odontologia Social. *Editorial Labor do Brasil*. 1977. 2ª edição).

- Chen, MS; Hunter, P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Social Science & Medicine*. 1996. 43(8):1213-22.
- Contoyannis, P; Jones, A. Socio-economic status, health and lifestyle. *Journal of Health Economics*. 2004. 23: 965-995.
- Currie C et al. *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. WHO-Health Policy for Children and Adolescents*. 2012. Nr. 6
- Dagli, RJ; Santhosh, T; Dhanni, C; Duraiswamy, P; Kulkarni S. Self-reported dental health attitude and behavior of dental students in Índia. *Journal of Oral Science*. 2008. 50(3): 267-72
- Daniel, SJ; Harfst, SA; Wilder, RS. *Mosby's Dental Hygiene: Concepts, Cases and Competencies*. Mosby Elsevier. 2008. 2 edition. p 599-622.
- Davoglio R. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009. 25(3): 655-667
- Dennison, D; Gottsegen, R; Rose, L. Diabetes and Periodontal disease. *Journal of Periodontology*. 1996. 67:167-177.
- Direcção-Geral de Saúde (DGS). *Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada*. Lisboa, 2000.
- Direcção-Geral de Saúde. *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Circular Normativo n.º1/DSE de 18/01/05. Lisboa, 2005
- Direcção-Geral de Saúde. *Circular Normativa N.º 9/DSE de 19/07/06*. Lisboa, 2006
- Direcção-Geral de Saúde. *Circular Normativo DGS n.º04/DSPPS/DCVAE de 27/02/08*. Lisboa, 2008.
- Direcção-Geral de Saúde. *Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa, 2008. ISBN:978-972-675-164-9.

- Elo, IT; Preston, SH. Educational differentials in mortality: United States, 1979–85. *Social Science and Medicine*. 1996. 42 (1), 47–57.
- Epstein, D; Jiménez-Rubio, D; Smith, PC; Suhrcke, M. An economic framework for analysing the social determinants of health and health inequalities. *The University of York, Centre for Health Economics*. 2009. Research Paper 53.
- Evans, R; Barer, M; Marmor, R. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations, *Walter de Gruyter & Co*. 1994.
- Freedman, VA; Martin, LG. The role of education in explaining and forecasting trends in functional limitations among older Americans. *Demography*. 1999. 36 (4), 461–473.
- Galama, T; Kapteyn, A. Grossman’s missing health threshold. *Journal of Health Economics*. 2011. 30: 1044-1056.
- Gerritsen, AE; Allen, PF; Witter, DJ; Bronkhorst, EM; Creugers, NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010. 8:126.
- Giddens, A. Modernity and self-identity; self and society in the late modern world. *Cambridge: Polity Press*. 1991
- Glanz, K; Rimer, BK; Lewis, FM. The Health belief model (HBM). *Health Behaviour and Health Education*. 2002
- Grossi, SG; Genco, RJ. Periodontal disease and Diabetes Mellitus: a two way relationship. *Annals of Periodontology*. 1998. 3(1): 51-61
- Grossman, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*. 1972. 80: 223-255
- Grossman, M. “The human capital model”. in *Handbook of Health Economics*. 2000 vol.1A.
- Harris, NO; Garcia-Godoy F. Primary Preventive Dentistry. *Prentice-Hall*, 6th edition. 2004. ISBN: 9780132412230

- Hattne, K; Folke, S; Twetman, S. Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2007. 65: 206-13
- Hayes, C. The use of patient based outcome measures in clinical decision-making. *Community Dental Health*. 1988. 15:19-21.
- Halvari, A. Halvari, H. Motivational predictors of change in oral health: an experimental test of self-determination theory. *Motivation and Emotion*. 2006. 30: 295-306
- Health Development Agency. The effectiveness of public health campaigns. *HDA Briefing No.7 – Consumers and Markets*. 2004.
- Honkala, S *et al.* Toothbrushing and smoking among adolescents – aggregation of health damaging behaviours. *Journal of Clinical Periodontology*. 2011, 38(5):442–448.
- House of Commons Health Committee. *Health Inequalities* -Third report of session 2008-09, The Stationery Office Limited, London. 2009.
- Jung, S; Tsakos, G; Sheiham, A. Socio-economic status and oral health-related behaviours in Korean adolescents. *Social Science and Medicine*. 2010. 70:1780-1788.
- Kallestal, C; Dahlgren, L; Stenlund, H. Oral health behaviour and self-esteem in Swedish adolescents over four years. *Journal of Adolescent Health*. 2006. 38:583-90.
- Kelder, SH; Perry, CL; Klepp, KI; Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *American Journal of Public Health*. 1994. 84:1121-6.
- Kenkel, D. Should you eat breakfast? Estimates from health production functions. *Health Economics*. 1995. 4: 15-29.
- Kumar S *et al.* Influence of lifestyle on oral health behaviour among rural residents of Udaipur, India. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2011. 16 (6): 828-833.
- Kravitz, AS; Treasure, ET. *Manual of Dental Practice* - version 4.1. Council of European Dentists. 2009

- Kuusela, S; Honkala, E; Rimpelä, A; Karvonen, S; Rimpelä, M. Trends in toothbrushing frequency among Finnish adolescents between 1977 and 1995. *Community Dental Health*. 1997. 14:44-8.
- Kwan, S; Petersen, PE. Oral health promotion: an essential element of a health-promoting school. *World Health Organization*. 2003. Information Series on School Health, Doc. 11.
- Lacerda, JT; Simionato, EM; Peres, KG; Peres, MA; Marcenes, W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Revista de Saúde Pública*. 2004. 38(3): 1-6.
- Lacerda, JT; Ribeiro, JD; Ribeiro, DM; Traebert J. Prevalence of orofacial pain and its impact on the oral health-related quality of life of textile industries workers of Laguna, SC, Brazil. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2011. 16(10):4275-82.
- Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *Journal of Dental Research*. 1995. 74:1408-13.
- Leibowitz, AA. The demand for health and health concerns after 30 years. *Journal of Health Economics*. 2004. 23, 663-671.
- Levin, KA; Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2010. 38(1):10–18.
- Loe, H. Periodontal disease -the sixth complication of Diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1996. 16:329-334.
- Lima, JE. Cárie Dentária: um novo conceito. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2007.12(6): 119-130.
- Maes, L *et al*. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal*. 2006. 56(3):159–167.
- Marita, R. Oral Health-Related Quality of Life: An Introduction. In Inglehart, M R, & Bagramian, R A, Oral Health-Related Quality of Life Chicago. *Quintessence Publishing, Inc*. 2002:1-6..

- Martins, M. A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. 2005. 22: 42-46.
- Mariri, BP; Levy, S. Medically administered antibiotics, dietary habits, fluoride intake and dental caries experience in primary dentition. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003. 31: 40 – 51.
- Meng, X; Heft, MW; Bradley, MM; Lang, PJ. Effect of fear on dental utilization behaviors and oral health income. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2007. 35: 292-301.
- Ministério da Saúde Português. *Plano Nacional de Saúde*. 2004.
- Mojon, P; Michel, JP; Limeback, H. Oral health and history of respiratory tract infection in frail institutionalised elderly. *Gerodontology*. 1997. 14:9-16.
- Mokdad, AH *et al.* Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors. *Journal of the American Medical Association*. 2003. 289 (1), 76–79.
- Muurinen, JM, Le Grand, J. The economic analysis of inequalities in health. *Social Science and Medicine*. 1985. 20 (10): 1029-1035.
- Netto NG *et al.* Introdução à Dentística Restauradora. *Santos Editora*. 2003.
- Nguyen, L; Kkinen, U; Knuuttila, M; Rvelin, M. Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland. *Health Economics*. 2008. 17: 267-286.
- National Center for Health Statistics (NCHS), 2002. United States, 2002.
- National Institutes of Health (NCHS). Oral health in America- A report of the Surgeon General. *National Institute of Dental and Craniofacial Research*, 2002.
- Nowak, AJ. Paradigm shift: infant oral health care- primary prevention. *Journal of Dentistry*. 2011. 39, Suppl 2:S49-55.
- Ordem dos Médicos Dentistas. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. 2010.

- Ostberg, AL; Jarkman, K; Lindblad, U; Halling, A. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2002. 60:167-73.
- Ostberg, AL. Adolescents' views of oral health education- a qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2005. 63:300-307
- Pereira, AC. Cáries Dentárias – Etiologia e Prevenção. *Edição Medisa*, 1995.
- Petersen, PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*. 2008. 58 (3): 115-121.
- Petersen, PE, Kwan S. The 7th WHO Global Conference on Health Promotion – towards integration of oral health. *Community Dental Health*. 2010. 27(Suppl. 1):129–136.
- Redmond, CA; Hamilton, FA; Kay, EJ; Worthington, HV; Blinkhorn, AS. An investigation into the value and relevance of oral health promotion leaflets for young adolescents. *International Dental Journal*. 2001. 51:164-8.
- Reisine, S; Psoter, W. Socioeconomic Status and Selected Behavioral Determinants as Risk Factors for Dental Caries. *Journal of Dental Education*. 2001. 65(10):1009-16.
- Routh,, DK. Prevention and lifestyle in child health psychology. In: Melamed, BG *et al*. Child Health Psychology. *Lawrence Erlbaum Associates*. 1988. p. 5-15.
- Rosenzweig, M; Schultz, T. Estimating a household production function: heterogeneity, the demand for health inputs, and their effects on birth weight. **Journal of Political Economy**. 1993. 91(5): 723-746.
- Sakki, T. Lifestyle and oral health of 55-year-olds. *Acta Universitatis Ouluensis Medica*. 1999. D- 526
- Scannapieco, FA. Role of bacteria in respiratory infection. *Journal of Periodontology*. 1999. 70(7): 793-802.
- Schulte, A; Rossbach, R; Tramini, P. Association of caries experience in 12-year-old children in Heidelberg, Germany, and Montpellier, France, with different caries preventive measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001; 29: 354-61.

- Selwitz, RH; Ismail, AI; Pitts, NB. Dental caries. *Lancet*. 2007. 369(9555):51–59.
- Sheiham, A; Watt, RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2000. 28(6):399–406.
- Shepherd, MA; Nadanovsky, P; Sheiham, A. The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. *British Dental Journal*. 1999. 187(1): 38-41.
- Silva, M; Silveira, A. Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. 2007. 4: 264 - 74.
- Slade GD; Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dental Health*. 1994. 11:3-11.
- Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) - Relatórios de 2000 a 2010 do Mês da Saúde Oral da SPEMD. Disponível em <http://spemd.pt/index.php?page=profissionais>
- Stokes, E; Ashcroft, A; Platt, M. Determining Liverpool adolescents' beliefs and attitudes in relation to oral health. *Health Education Research*. 2006. 21:192-205.
- Stoyanova A. Demand for and Utilization of Dental Services: An Empirical Study of the Spanish Dental Care Market. Departamento de Teoría Económica, *Universitat de Barcelona*. 2001
- Tada, A; Hanada, N. Sexual differences in oral health behaviour and factors associated with oral health behaviour in Japanese young adults. *Public Health*. 2004. 118: 104-109.
- Taylor, SE. Health psychology,. Singapore: *McGraw-Hill*- 4th ed. 1999. pag. 50-93
- Thornton, J. Estimating a health production function for the US: some new evidence. *Applied Economics*. 2009. 34: 59-62.
- Thorstensson, H; Hugoson, A. Periodontal disease experience in adult long-duration insulin dependent diabetics. *Journal of Clinical Periodontology*. 1993. 23:194-202.
- Touger-Decker, R; Loveren, C. Sugars and dental caries. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2003. 78: 881S-92S

- Vanobbergen, *et al.* Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001. 29: 424 – 34.
- Veiga, N. Comportamentos de Saúde Oral em Adolescentes Portugueses. Porto: 2009. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ylöstalo, P; Laitinen, J; Knuuttila, M. Optimism and life satisfaction as determinants for dental and general health behavior oral health habits linked to cardiovascular risk factors. *Journal of Dental Research*. 2003. 82:194-9.
- Wagstaff, A. The demand for health: some new empirical evidence. *Journal of Health Economics*. 1986. 5(3):195-233.
- Wasserman, J; Manning, W.; Newhouse, J and Winkler, J. The effects of excise taxes and regulations on cigarette smoking. *Journal of Health Economics*. 1991. 10(1): 43-64.
- Watt, RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005. 83 (9)
- Winkleby, MA; Jatulis, DE; Frank, E; Fortman, SP. Socioeconomic status and health: how education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*. 1992. 82, 816.
- World Health Organization. *Oral Health Surveys Basic Methods*. 1997. 4th ed.
- World Health Organization. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. 2002.
- World Health Organization. *The World Oral Health Report 2003 - continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. 2003.
- World Health Organization. *Global school-based student health survey (GSHS)*. 2004. Disponível em <http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html>
- World Health Organization. *Oral Health*. 2007. Fact sheet n. 318.

- World Health Organization. *Oral health in ageing societies: integration of oral health and general health*. 2008.
- Zhu, L; Peterson, P. Oral health knowledge, attitudes and behavior of children and adolescents in China. *International Dental Journal*. 2003. 53: 289 – 98.

Anexos

ANEXO 1 - questionário



Departamento de Ciências da Saúde
Universidades Católica Portuguesa

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

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

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

Gratos pela colaboração.

Dados sócio-demográficos

Questionário nº _____

1 – Género

Masculino Feminino

2 – Qual o ano lectivo que frequentas? _____ ano.

3 – Idade _____ anos

4 – Onde resides?

- Aldeia
 Vila
 Cidade

5 – Quantas pessoas vivem em tua casa? _____ pessoas

6 – Quantas assoalhadas (quartos e salas) tem a casa onde vives? _____

7 – Quais as habilitações literárias do teu encarregado de educação?

	Encarregado de Educação
< 4 anos	
4 – 6 anos	
7 – 9 anos	
10 – 12 anos	
Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

1 – Consomes bebidas alcoólicas?

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

2 – És fumador?

- Não Sim

3 – Como descreves a tua saúde oral?

<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Média/Razoável	<input type="checkbox"/> Má
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------

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

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

5 – Escovas os dentes todos os dias?

- Não Sim

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

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

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

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

8 – Como realizas a tua higiene oral?

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

9 – Onde aprendeste a escovar os dentes?

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

10 – Utilizas uma pasta de dentes com flúor?

- Não
 Sim
 Não sei/não me lembro.

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

- Não
 Razoavelmente
 Sim

12 – Costumas utilizar o fio dentário?

- Não
 Sim, às vezes
 Sim, diariamente
 Não sei o que é o fio dentário

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

- Não Sim

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

- Não

- Não sei/não me lembro
 Sim. Quantas vezes? _____

15 – Qual o motivo da consulta?

- Rotina/consulta de prevenção (limpeza, selantes...);
 Dor de dentes;
 Cara inchada;
 Tratar dentes estragados/cariados;
 Outro. Qual? _____

16 – Onde decorreu essa consulta?

- Centro de saúde
 Consultório/clínica privada.

17 – Utilizaste algum “cheque-dentista”?

- Não
 Sim
 Não sei/não me lembro.

18 – Tens medo de ires à consulta ao médico-dentista?

- Não Sim

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

- Não Sim

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

- Não
 Sim
 Não sei/não me lembro.

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

- Não
 Sim. Quantos? _____ dentes.

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

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

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

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

24 – Costumas tomar o pequeno-almoço:

- Nunca
 Raramente
 Sim, às vezes
 Todos os dias

25 – Costumas comer alimentos açucarados?

- Não
 Raramente
 Sim, às vezes
 Todos os dias.

26 – Quando é que costumavas comer alimentos açucarados?

- Após as refeições
 Entre as refeições
 Antes de ir dormir.

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

- Não
 Influência pouco
 Sim

ANEXO 2 – índice CPO

ANEXO 3 - folhetos

Bochecho fluoretado

- * Depois de bochechar, cuspir a solução para o copo, tendo o cuidado de não a engolir



- * limpar a boca com o guardanapo e colocá-lo dentro do copo



- * por fim, colocar o copo no saco do lixo



- 5. Avisar as crianças para não comerem, não beberem, nem bochecharem com água, pelo menos durante 30 minutos, após o bochecho fluoretado.

Recomendações

- Dizer às crianças para não engolirem a solução de fluoreto de sódio
- Verificar se as crianças estão a bochechar correctamente. O ruído produzido deve ser ouvido de forma nítida
- Realizar a sessão em horário que permita às crianças permanecerem 30 minutos sem comer nem beber, após o bochecho
- Armazenar a solução em local escuro e fora do alcance das crianças

Estimule os seus alunos a adquirir bons hábitos de higiene oral, realizando a escovagem dos dentes na escola

Realize o bochecho fluoretado quinzenalmente
Contribua activamente para a promoção da saúde oral

Para mais informações consulte www.dgs.pt

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Promover a Saúde - Prevenir as Doenças Orais



SAÚDE ORAL

Bochechos Fluoretados
Como Fazer na Escola

Bochecho fluoretado

O que é?

É uma solução que contém fluoreto de sódio a 0,2%, adequada para bochechar quinzenalmente. Pode ter cor e aroma ou não.

Para que serve?

Para tornar os dentes mais resistentes e prevenir o aparecimento e o desenvolvimento da cárie dentária.

Os bochechos fluoretados fazem parte dos programas escolares de prevenção da cárie dentária em inúmeros países.

A quem se destinam?

Às crianças e jovens a partir dos 6 anos de idade que frequentam o 1º Ciclo do Ensino Básico.

Com que frequência se deve utilizar?

Uma vez de 15 em 15 dias.

Material necessário

- * solução de fluoreto de sódio a 0,2% (2 gr. de NaF num litro de água)
- * copos de plástico descartáveis
- * uma medida de 10 ml ou uma seringa graduada
- * guardanapos de papel ou toalhetes
- * saco de plástico para o lixo

Como fazer

1. Agitar a solução antes de a utilizar.
2. Colocar 10 ml de solução em cada copo.

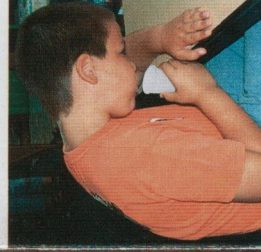
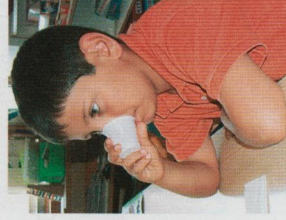


3. Distribuir os copos e os guardanapos de papel.



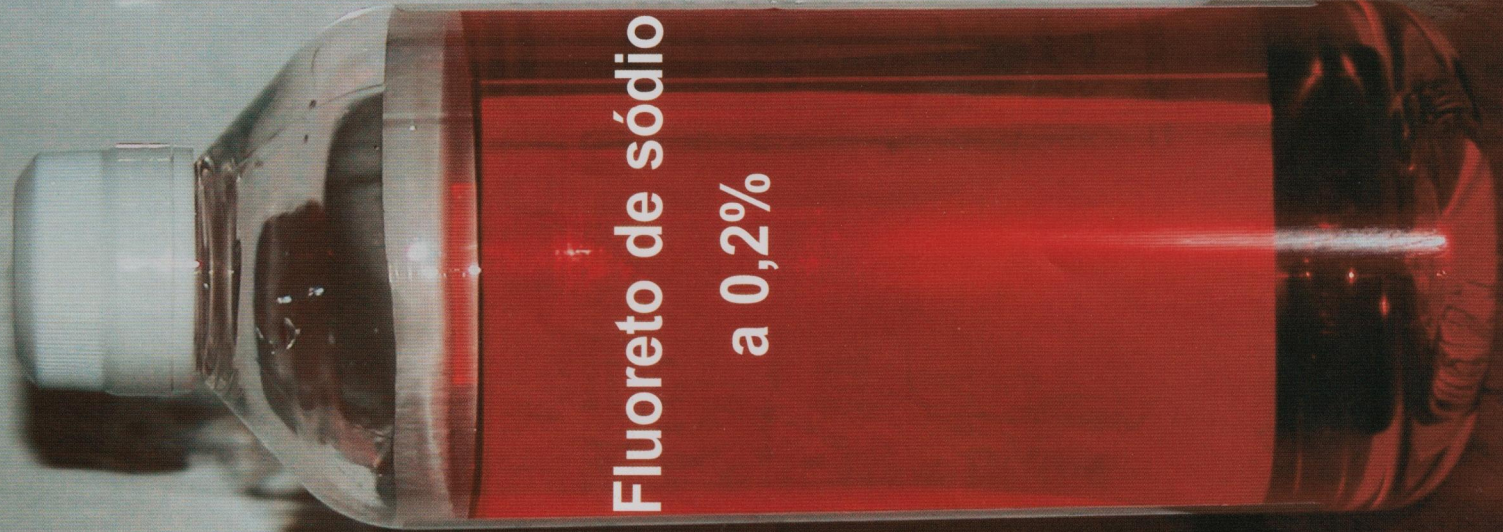
4. Orientar cada criança para:

- * colocar o antebraço no rebordo da mesa e introduzir a solução na boca sem a engolir

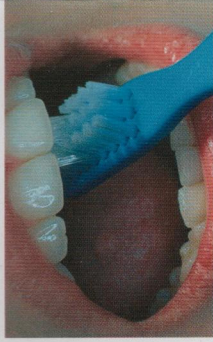


- * apoiar a testa no antebraço, colocando o copo debaixo da boca
- * bochechar vigorosamente durante 1 minuto

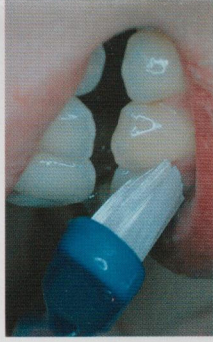
Fluoreto de sódio
a 0,2%



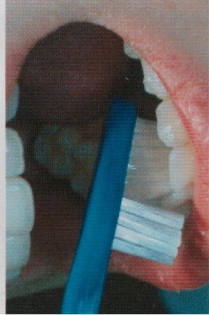
5. Escovar as superfícies do lado da língua com a mesma sequência.



6. Proceder do mesmo modo no outro maxilar.



7. Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém.



8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água. Assim, os fluoretos do dentífrico actuam mais tempo sobre os dentes.

A escova de dentes é um objecto pessoal e intransmissível

Deve ser guardada em lugar seco, com os pêlos voltados para cima

A higiene oral é a medida mais eficaz para prevenir as doenças orais

Escove os dentes correctamente, pelo menos, 2 vezes por dia

Use um dentífrico com flúor

Utilize o fio dentário diariamente

Para mais informações consulte www.dgs.pt

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Promover a Saúde - Prevenir as Doenças Orais



SAÚDE ORAL

Escovagem dos Dentes
Como Fazer

Escovar os dentes

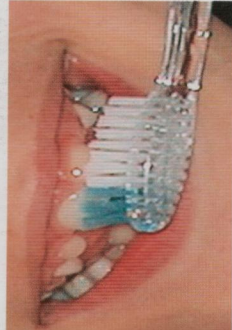
Escovar os dentes é essencial para a saúde. Previne o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas.



Os dentes devem ser escovados, pelo menos 2 vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de dormir.

A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado:

- * remove a placa bacteriana (conjunto de bactérias, saliva e restos de alimentos)
- * promove a remineralização dos dentes, tornando-os mais resistentes



Só com uma escovagem eficaz é que se consegue remover a placa bacteriana.

Os dentes devem ser escovados durante 2 a 3 minutos.

Quando começar

Logo que os dentes nascem. São os pais ou quem cuida do bebé os responsáveis pela escovagem dos seus dentes.

Dentífrico

É essencial que tenha flúor na sua composição (1000-1500 ppm).

Até aos 6 anos, deve colocar-se na escova uma porção de dentífrico semelhante ao tamanho da unha do dedo *mindinho* do bebé ou da criança.

A partir dos 6 anos, é suficiente usar cerca de 1 cm de dentífrico, por cada escovagem dos dentes.

Escova de dentes

O tamanho deve ser adequado à boca de quem a utiliza.

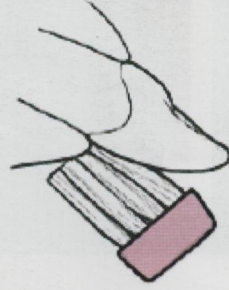
A textura deve ser macia ou média.

Deve ser substituída quando os pêlos começam a ficar deformados (normalmente de 3 em 3 meses).

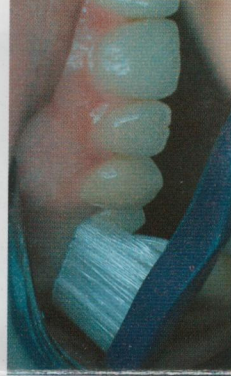


Como fazer

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova.
2. Incliná-la em direção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares com pouca pressão.



3. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 no caso de crianças até aos 6 anos).



4. Escovar com uma sequência: começar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto.