D 2013

U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL EM ADOLESCENTES

MARIA ISABEL BICA CARVALHO COSTA
TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Maria Isabel Bica Carvalho Costa

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL EM ADOLESCENTES

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Categoria – Professor Adjunto

Afiliação – IPV – Escola Superior de Saúde de Viseu

Co-orientador - Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Co-orientador - Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues

Categoria – Professor Coordenador com Agregação

Afiliação – UTAD – Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

Dedicatória

Ao meu pai, pelo trilho de honestidade, integridade e justiça, legado que nos deixou.
À minha mãe, pelo incentivo e apoio, exemplo de determinação e perseverança.
Aos meus filhos, Xinha e Tozé, a fazer o seu percurso, para que nunca desistam e sigam o trilho
Ao Zé pela colaboração.
Aos meus sogros e todos os familiares que colaboraram direta ou indiretamente neste trabalho, pela disponibilidade, generosidade e amizade.

Agradecimentos

A realização deste estudo apenas foi possível devido ao contributo de várias pessoas.

De forma particular agradeço à Professora Doutora Madalena Cunha, minha orientadora, pela constante disponibilidade e paciência, pelo apoio, pelo seu olhar crítico que suscitou continuamente novos questionamentos, desafios que promoveram o meu crescimento pessoal e profissional e que me permitiram levar a termo este estudo.

À Professora Doutora Margarida Reis Santos, minha co-orientadora, pelo apoio, pela disponibilidade, pelas críticas e sugestões, e interesse na colaboração deste estudo.

Ao Professor Doutor Vítor Rodrigues, meu co-orientador, pela confiança em mim depositada.

À diretora executiva e à médica de saúde pública do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões II, agradeço o apoio à operacionalização do estudo.

Um especial agradecimento aos enfermeiros chefes e enfermeiros pela recetividade, interesse e contribuição dada, determinantes para a concretização do presente estudo.

À equipa de médicos dentistas, Drª Ana Medeiros responsável pela calibração, Dr. Renato Costa e Dr. José Costa, pela colaboração nas observações e à nutricionista Drª Aline Maia.

Deixo também uma palavra de agradecimento a toda a equipa técnica da biblioteca pela sua colaboração na revisão bibliográfica.

Ao Sr. Pedro pela disponibilidade e paciência na formatação do texto.

À minha prima Xana um muito obrigado pela atenção e apoio na revisão metodológica e estatística durante as fases do desenvolvimento desta investigação.

Ao José Costa um muito obrigado pelo apoio na revisão do texto durante as fases do desenvolvimento deste estudo.

À minha filha pela perícia no EndNote e à minha sobrinha Joana pela ajuda nas traduções

A todos os presidentes do conselho executivo, aos professores coordenadores da educação para a saúde e aos auxiliares de ação educativa das respetivas escolas que possibilitaram o desenvolvimento do estudo.

Um agradecimento muito especial a todos os adolescentes e pais/encarregados de educação que participaram no estudo, contribuindo para a sua concretização, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

À Drª Rita e ao Dr. Ruben pelo desenho gráfico do Logotipo e do modelo de investigação.
Agradeço à Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/PROTEC/50337) e ao CI&DTES pelo apoio financeiro a este estudo.

A todos o meu profundo e sentido reconhecimento e Muito Obrigada!

Publicações e comunicações

Artigo aceite para publicação

Bica, I.; Cunha, M.; Rodrigues, V.; Reis-Santos, M. (no prelo). *Association between the consumption of cariogenic food and knowledge of oral health among adolescents*. Selected Full Papers from the 5yh European Conference on Public Health (Malta 2012). International proceeding, MEDIMOND.

Artigos publicados

Bica, I., Marinho, C. Cordinhã, P. Cunha, M. Rodrigues, V., & Reis-Santos, M. (2012, Dezembro). Indicadores de saúde oral em adolescentes. *Millenium.* 17(43), 95-105.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Santos, M., & Montero, J. (2012, Junho). Hábitos alimentares na adolescência: implicações no estado de saúde. *Millenium, 1*7 (42), 85-103.

Costa, R., Bica, I., Aparício, L., Moreira, A. C., Almeida, A. I., Silva, C., … Cunha, M. (2012). Influência do índice de CPOD e variáveis demográficas na qualidade de vida relacionada com a saúde oral de um grupo de adolescentes. In *Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis: Realidades e Perspectivas* (pp. 301-311). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J. S., Rodrigues, V., Neves, D., Albuquerque, I., … Lima, T. (2011, Junho). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com a sua saúde oral. *Millenium,* 16 (40), 115-131.

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., Costa, J., Rebelo, H., & Brás, M. (2009). Vigilância de saúde oral em adolescentes. In V. Rodrigues, (Coord.), *Investigação em saúde: Contributos (pp. 342-351).* Vila Real: Escola Superior Enfermagem de Vila Real.

Resumos em revistas de encontros cientificos

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., & Reis-Santos, M. (2013). Parental oral hygiene practices: Influence on their children habits [Abstract]. *Atención Primária,* 45 (Spec. I), 91-92.

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., & Reis-Santos, M. (2013). Conhecimentos dos Adolescentes Sobre Saúde Oral: Contributos da Implementação do Programa ProSorriso [Abstract]. *Servir*, 58 (1-2), 34.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Costa, P., Rodrigues, V., Montero, J., & Reis, M. (2012). Association between the consumption of cariogenic food and knowledge of oral health among adolescents [Abstract]. *European Journal of Public Health,* 22 (Suppl. 2), 257.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Costa, P., Rodrigues, V., Montero, J., & Reis, M. (2012). Effect of cariogenic diet on oral health of adolescents [Abstract]. *European Journal of Epidemiology,* 27 (Suppl. 1), sp.123. DOI 10. 1007/s12529-012-9247-0.

Costa, J., Bica, I., Montero, J., Cunha-Nunes, M., & Costa, P. (2012). Influence of the dietary factors on oral quality of life in adolescents [Abstract]. *International Journal of Behavioral Medicine,* 19 (Suppl. 1), sp.149. DOI 10. 1007/s12529-012-9247-0.

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., Costa, J., Costa, P., & J. Montero (2012). Nutritional problems such as excess weight is associated with dental caries in adolescents [Abstract]. *Psychology & Health,* 27 (Suppl. 1), 163. Acedido em http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2012.707817.

Costa, J. S., Montero, J., Bica, I., Nunes, M., & Costa, P. (2012). Predictors of quality of life oral the adolescents portugueses. Poster session presented at the IADR, International Association for Dental Research, Finland. Acedido em http://iadr.confex.com/iadr/per12/webprogram/Paper167637.html

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Costa, P., & Montero, J. (2012). Impact of health education on oral hygiene habits in adolescents [Abstract]. *Journal of Dental Research*, 91 (Spec. Issue B).

Costa, J. S., Montero, J., Bica, I., & Cunha-Nunes, M. (2012). Impact of dietary factors on oral quality of life [Abstract], *Journal of Dental Research*, 91 (Spec. Issue B).

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., & Costa, P. (2011). Impact of youth brushing in plaque index in adolescents. *Journal of Epidemiology & Community Health,* 65(suppl I.), 444.

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., Costa, J., Madureira, A., & Costa, P. (2011). Impacto do consumo de alimentos açucarados na saúde oral dos adolescentes [Abstract]. In C. Albuquerque (Org.), *I congresso nacional comportamentos de saúde infanto-juvenis* (p. 40). Escola Superior de Saúde de Viseu.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Marinho C., Cordinhã P., & Rodrigues, V. (2010). Oral health in adolescents: plaque index simplified (PI) and oral hygiene habits. *Psychology & Health Review*, 24 (Suppl. 1), 158-159.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Costa, R., & Agostinho, J. (2009). Prevalência de Cárie em Adolescentes. *Revista Referência*, II (5 supl), 70.

Comunicações orais

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., & Reis-Santos, M. (2013, maio). *Parental oral hygiene practices: Influence on their children habits*. Paper presented at I World Congress of children and youth health behaviors, IV Congress on Health Education, Escola Superior de Saúde de Viseu.

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., & Reis-Santos, M. (2013, março). *Conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral: Contributos da implementação do programa ProSorriso*. Comunicação oral apresentada no 2º Congresso Nacional "Cidadania em Saúde: Barómetro Social e Humano". Escola Superior de Saúde de Viseu.

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., Costa, J., Madureira, A., & Costa, P. (2011, novembro). *Impacto do consumo de alimentos açucarados na saúde oral dos adolescentes.* Comunicação apresentada no I congresso nacional comportamentos de saúde infanto-juvenis. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Gouveia, A., Dias, C., Lima, T. (2010, maio). *A cárie na adolescência*. Comunicação oral apresentada no I congresso internacional de investigação em saúde. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Marinho, C., Cordinhã, P., Bica, I., Silva, E., & Cunha, M. (2010, maio). A saúde oral na adolescência. Comunicação oral apresentada no I congresso internacional de investigação em saúde. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., Costa, J., Rebelo, H., & Brás, M. (2009, outubro). *Vigilância de saúde oral em adolescentes*. Comunicação oral apresentada no IV Encontro de Investigação e II Jornadas de Saúde Materno-Infantil. Escola Superior Enfermagem de Vila Real.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Costa, R., & Agostinho, J. (2009, novembro). *Prevalência de cárie em adolescentes*. Comunicação oral apresentada no II Congresso de Investigação Ibero-Americano e de países de Língua Oficial Portuguesa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Comunicações em painel ("poster")

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Costa, P., Rodrigues, V., Montero, J., & Reis, M. (2012). Association between the consumption of cariogenic food and knowledge of oral health among adolescents [Poster]. *European Journal of Public Health.*

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Costa, P., Rodrigues, V., & Montero, J. (2012). Effect of cariogenic diet on oral health of adolescents. *European Journal of Epidemiology.* 27(Suppl.1), sp.123. DOI 10. 1007/s12529-012-9247-0.

Costa, J., Bica, I., Montero, J., Cunha-Nunes, M., & Costa, P. (2012). Influence of the dietary factors on oral quality of life in adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine,* 19(Suppl. 1), sp.149. DOI 10. 1007/s12529-012-9247-0.

Bica, I., Cunha, M., Rodrigues, V., Costa, J., Costa, P., & Montero, J. (2012). Nutritional problems such as excess weight is associated with dental caries in adolescents: Interactive

[poster session 64]. In V. Kebza (Chair*), Conference theme: Resilience and Health*. 26thc Conference of the European Health Psychology Society, Prague, Czech Republic.

Costa, J. S., Montero, J., Bica, I., Nunes, M., & Costa, P. (2012). Predictors of quality of life oral the adolescents portugueses. Poster session presented at the IADR, International Association for Dental Research, Finland. Acedido em http://iadr.confex.com/iadr/per12/webprogram/Paper167637.html

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Costa, P., & Montero, J. (2012, June). *Impact of health education on oral hygiene habits in adolescents*. Poster session presented at the IADR/LAR General Session, Iguaçu Falls, Brazil.

Costa, J.S., Montero, J., Bica, I., & Cunha-Nunes, M. (2012, June). *Impact of dietary factors on oral quality of life*. Poster session presented at the IADR/LAR General Session, Iguaçu Falls, Brazil.

Costa, J., Cunha, M., Montero, J., Bica, I., Carvalho, D., Castanheira, E., … Lopes, T. (2011, September). *Perception of the elderly, institutionalized, regarding their oral health.* Poster session presented at the 25th European Health Psychology Conference "Engaging with Other Health Professions: Challenges and Perspectives". Crete, Greece.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Costa, P., … Albuquerque, C. (2011, September). *Adolescents' oral health: What do you know? What to do? What is observed?* Poster session presented at the 25th European Health Psychology Conference "Engaging with Other Health Professions: Challenges and Perspectives". Crete, Greece.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., & Costa, P. (2011, August). *Impact of tooth brushing in plaque index in adolescents.* Poster session presented at the IEA World Congress of Epidemiology. Edinburgh, Scotland.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Marinho, C., Cordinha, P., & Rodrigues, V. (2010, September).*Oral health in adolescents-Plaque Index Simplified (PI) and oral hygiene habits.* Poster session presented at the 24th Annual Conference of the European Health Psychology Society: Health in Context. Cluj-Napoca, Romania.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Gouveia, A., … Albuquerque, I. (2009, September). *Oral health impact in adolescent quality of life*. Poster session presented at the 23th Annual Conference of the European Health Psychology Society. Universidad de Pisa, Italia.

Resumo

Na adolescência a patologia oral é um importante problema de saúde pública, constituindo um fator de risco para diversas doenças crónicas. A compreensão do impacto da saúde oral na qualidade de vida assume-se como um caminho, prioritário para os enfermeiros, para a elaboração de programas de intervenção educacional que alterem comportamentos e apoiem a implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis.

A investigação inclui três estudos, o primeiro (n=661, pais), descritivo e transversal, teve como objetivo avaliar os hábitos de higiene oral e a perceção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos filhos. O segundo (n=661, adolescentes), observacional, procurou avaliar a saúde oral e o impacto na qualidade de vida dos adolescentes e o terceiro (n=200, adolescentes), quase-experimental, avaliar a eficácia da implementação do programa de intervenção educacional em saúde oral – *ProSorriso*. Os dados do segundo e terceiro estudo foram colhidos através de questionários sobre hábitos alimentares, higiene oral, conhecimento em saúde oral e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO). Foram, ainda, obtidos dados através da observação da boca dos adolescentes, para avaliação do índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) e índice de Placa Bacteriana Simplificado e (IPS) e cálculo do risco oral. As amostras foram selecionadas, aleatoriamente, por clusters de escolas do Distrito de Viseu.

Os principais resultados revelam que: os pais possuem, no global, bons hábitos de higiene oral (46.3%), percecionam com maior impacto na qualidade de vida oral dos filhos a Dor de dentes/boca e a Dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias e na família o Impacto financeiro e Ficou aborrecido/chateado. Os adolescentes apresentam uma prevalência do índice de CPOD de 2.23 e de IPS de 1.61, 39.6% possuem maus hábitos de higiene oral e 22.9% tinham cáries dentárias. Os resultados evidenciam que 39.5%, dos adolescentes, detêm bons conhecimentos sobre saúde oral e 43.7% não têm qualquer impacto negativo na QVRSO. As dimensões da qualidade de vida oral mais afetadas são a Limitação funcional (40.9%) e a Dor física (36.1%) e as menos afetadas a Limitação física (13.4%) e a Incapacidade social (8.2%). Os hábitos alimentares e a higiene oral predizem a QVRSO. Os adolescentes, após a do Programa – *ProSorriso*, relatam melhores hábitos alimentares no consumo de alimentos não acidogénicos e acidogénicos de menor grau, e melhores práticas de higiene oral. Apresentam melhoria do índice de placa bacteriana/biofilme, melhores conhecimentos em saúde oral e menor risco de desenvolver problemas dentários.

Crê-se que com a implementação do Programa – *ProSorriso,* se tornará possível dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem para a saúde oral dos adolescentes.

Palavras chave: Adolescente; Saúde oral; Qualidade de Vida; Promoção da saúde

Abstract

In adolescence oral pathology is an important public health problem, as it constitutes a risk factor for a variety of chronic diseases. Understanding the impact of oral health on quality of life is a priority for nurses in elaborating educational intervention programmes that change behaviours and support the implementation and maintenance of healthy lifestyles.

This research includes three studies. The first (n = 661, parents) is a descriptive and transversal study whose objective is to assess oral hygiene habits and perceptions on the impact of oral health on their children's quality of life. The second (n = 661, adolescents) is observational. Its aim was to assess the teenagers' oral health and its impact on their quality of life. And the third (n = 200, adolescents), a quasi-experimental study, assessed the efficacy of the educational intervention oral health programme, ProSorriso, which was implemented. Data from the second and third study were collected through questionnaires about eating habits, oral hygiene, knowledge about oral health and Oral Health- Related Quality of Life (OHRQoL). Data were also obtained by observing the adolescents' mouths so as to assess them in relation to the Decayed, Filled and Missing Teeth Index (DFMT) and the Simplified Bacterial Plaque Index (SPI) and to calculate their oral risk. The samples were randomly selected by school clusters in the District of Viseu.

The main results reveal that: parents possess overall good oral hygiene habits (46.3%). They perceive the following as having the greatest impact on their children's quality of oral life: Toothache/Mouth pain and Difficulty in ingesting hot or cold drinks and on the family's quality of life: Financial impact and became distressed/upset. The adolescents present a prevalence on the DMFT index of 2.23 and 1.61 on the SPI; 39.6% have bad oral hygiene habits and 22.9% had dental caries. The results show that 39.5% of the adolescents have good knowledge about oral health and 43.7% do not have any negative impact on the OHRQoL. The most affected dimensions of quality of oral life are the following: Functional limitation (40.9%) and Physical pain (36.1%) and the least affected are Physical limitation (13.4%) and Social incapacity (8.2%). Dietary habits and oral hygiene predict the OHRQoL. After the *ProSorriso* Programme, the adolescents report better dietary habits in consuming non-acidogenic and lower degree acidogenic foods, as well as better oral hygiene practices. They present improvements in the bacterial plaque/biofilm index, better knowledge in oral health and lower risk of developing dental problems.

It is believed that with the implementation of the *ProSorriso* Programme, the contributions of nursing care in adolescent oral health will become perceptible.

Keywords: Adolescent; Oral health; Quality of Life; Health Promotion

Resumen

En la adolescencia la patología oral es un problema de salud pública importante, constituyendo un factor de riesgo para diversas enfermedades crónicas. La comprensión del impacto de la salud oral en la calidad de vida se asume como un camino, prioritario para los enfermeros, para la elaboración de programas de intervención educacional que alteren comportamientos y apoyen la aparición y mantenimiento de estilos de vida saludables.

La investigación incluye tres estudios, el primero (n=661, padres), descriptivo y transversal, tuvo como objetivo evaluar los hábitos de higiene oral y la percepción sobre el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los hijos. El segundo (n=661, adolescentes), de tipo observacional, procuró evaluar la salud oral y el impacto en la calidad de vida de los adolescentes y el tercero (n=200, adolescentes), casi-experimental, para evaluar la eficacia de la implementación del programa de intervención educacional en salude oral – *ProSorriso*. Los datos del segundo y tercer estudio fueron recogidos a través de cuestionarios sobre hábitos alimenticios, higiene oral, conocimiento en salud oral y Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral (QVRSO). Se obtuvieron, además, datos obtenidos a través de la observación de la boca, de los adolescentes, para evaluación del índice de Dientes Cariados, Ausentes y Obturados (CAOD) e índice de Placa Bacteriana Simplificado (IPS) y cálculo del riesgo oral. Las muestras fueron seleccionadas, aleatoriamente, por clústeres de escuelas del Distrito de Viseu.

Los principales resultados mostraron que: los padres poseen, globalmente, buenos hábitos de higiene oral (46.3%), sienten con mayor impacto en la calidad de vida oral de los hijos el Dolor de dientes/boca y la Dificultad en ingerir bebidas calientes o frías y en la familia el Impacto financiero y se mostró aburrido/enfadado. Los adolescentes presentan una prevalencia del índice de CPOD de 2.23 y de IPS de 1.61, 39.6% poseen malos hábitos de higiene oral y 22.9% tenían caries dentales. Los resultados muestran que el 39.5%, de los adolescentes, tienen buenos conocimientos sobre salud oral y el 43.7% no tienen ningún impacto negativo en el QVRSO. Las dimensiones de la calidad de vida oral más afectadas son la Limitación funcional (40.9%) y el Dolor físico (36.1%) y las menos afectadas la Limitación física (13.4%) y la Incapacidad social (8.2%). Los hábitos alimenticios y la higiene oral predicen el QVRSO. Los adolescentes, después del Programa – *ProSorriso*, relatan mejores hábitos alimenticios en el consumo de alimentos no acidogénicos y acidogénicos de menor grado, y mejores prácticas de higiene oral. Presentan mejoría del índice de placa bacteriana/biofilm, mejores conocimientos en salud oral y menor riesgo de desarrollar problemas dentales.

Se cree que con la implementación del Programa – *ProSorriso,* será posible dar visibilidad a la contribución de los cuidados de enfermería para la salud oral de los adolescentes.

Palabras clave: Adolescente; Salud oral; Calidad de Vida; Promoción de la salud.

Índice Geral

INTRODUÇÃO 1

PARTE 1 – ESTADO DA ARTE

Capítulo 1 – Saúde oral na adolescência 7

1.1 – Cárie dentária 10

1.2 – Índice de placa simplificado (IPS) 16

1.3 – Hábitos de higiene oral e comportamentos dos adolescentes 17

Capítulo 2 – Alimentação e a saúde oral 21

2.1 – Hábitos alimentares dos adolescentes 23

2.2 – Propriedades dos alimentos 28

Capítulo 3 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral 31

3.1 – Instrumentos de medida de qualidade de vida relacionada com a saúde oral 34

3.2 – Estudos sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral 37

Capítulo 4 – Promoção e educação para a saúde oral em adolescentes: contributos da enfermagem 41

4.1 – Percurso histórico da promoção da saúde 42

4.2 – Modelos para a promoção e educação para a saúde 44

4.3 – O enfermeiro na promoção e educação para a saúde 47

4.4 – Programas de promoção de saúde oral em Portugal 49

PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 5 – Metodologia geral 55

5.1 – Modelo concetual de investigação 57

5.2 – Instrumentos de avaliação 59

5.3 – Procedimentos 59

5.3.1 – Treino e calibração dos observadores 61

5.4 – Amostra geral 62

5.5 – Análise de dados 64

Capítulo 6 – Estudo 1 - Saúde oral dos Pais/Encarregados de Educação e sua perceção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes 65

6.1 – Metodologia 66

6.1.1 – Instrumentos de avaliação 66

6.1.2 – Procedimentos 72

6.1.3 – Amostra e sua caracterização 73
6.2 – Resultados 75
6.2.1 – Hábitos de higiene oral dos Pais/Encarregados de Educação 75
6.2.2 – Perceção dos Pais/EE acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde oral do adolescente desde criança 78
6.3 – Discussão da saúde oral dos Pais/EE e da sua perceção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes 82
6.3.1 – Hábitos de higiene e saúde oral dos Pais/Encarregados de Educação 82
6.3.2 – Perceção dos Pais/EE acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde oral do adolescente desde criança 83
Capítulo 7 – Estudo 2 - Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes 85
7.1 – Metodologia 85
7.1.1 – Instrumentos de avaliação 86
7.1.2 – Critérios de operacionalização e avaliação das variáveis 87
7.1.3 – Procedimentos 102
7.1.4 – Amostra e sua caracterização 103
7.2 – Resultados 105
7.2.1 – Perceção dos adolescentes sobre a sua saúde, aparência e imagem corporal 105
7.2.2 – Hábitos alimentares dos adolescentes 108
7.2.3 – Saúde oral dos adolescentes 124
7.2.4 – Avaliação de risco em saúde oral 134
7.2.5 – Hábitos de higiene oral dos adolescentes 137
7.2.6 – Conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral 143
7.2.7 – Impacto da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes 150
7.3 – Discussão do impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes 170
7.3.1 – Perceção da aparência e de saúde dos adolescentes 170
7.3.2 – Hábitos alimentares dos adolescentes 171
7.3.3 – Saúde oral dos adolescentes 174
7.3.4 – Hábitos de higiene oral 178
7.3.5 – Conhecimentos sobre saúde oral 181
7.3.6 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes 183
Capítulo 8 – Estudo 3 - Programa de intervenção educacional em saúde oral – *ProSorriso* em adolescentes 189

8.1 – Metodologia 190
8.1.1 – Instrumentos de avaliação 191
8.1.2 – Procedimentos 191
8.1.3 – Amostra e sua caracterização 193
8.2 – Resultados 194
8.2.1 – Hábitos alimentares 194
8.2.2 – Saúde oral dos adolescentes 200
8.2.3 – Hábitos de higiene oral 206
8.2.4 – Conhecimentos sobre saúde oral 209
8.2.5 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes 214
8.3 – Discussão 217
8.3.1 – Hábitos alimentares 217
8.3.2 – Saúde oral dos adolescentes 219
8.3.3 – Hábitos de higiene oral 220
8.3.4 – Conhecimentos sobre saúde oral 220
8.3.5 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes 222
Capitulo 9 – Conclusão 225
Referências bibliográficas 233
ANEXOS
Anexo 1 – Programa de intervenção educacional ProSorriso
Anexo 2 – Instrumento de colheita de dados - Pais/Encarregados de Educação
Anexo 3 – Instrumento de colheita de dados - Adolescentes
Anexo 4 – Instrumento de colheita de dados - Investigadores
Anexo 5 – Autorização dos autores
Anexo 6 – Autorização da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular
Anexo 7 – Consentimento informado aos Pais/Encarregados de Educação
Anexo 8 – Autorização da Sub-Região de Saúde de Viseu
Anexo 9 – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu/IPV
Anexo 10 – Critérios de diagnóstico

$\bar{x}$ – média

x^2 – qui-quadrado

cit. – citado

cv – coeficiente de variação

DP – desvio padrão

K – Kruskal Wallis

med. – média

n – frequência absoluta

p. – página

OM – Ordenação Média

PM – Peso médio

res – valor residual

sig – significância

U – Mann Whitney

vs – versus

Acrónimos e Siglas

ADA – American Dietetic Association

AHA – Associação Americana do Coração

ARS – Administração Regional de Saúde

BASCD – Associação Britânica de Estudos em Medicina Dentária e Comunitária

COHQoL – Child Oral Health Quality of Life

CPOD – Índice de Dentes Perdidos, Cariados e Obturados na dentição definitiva

cpod – Índice de Dentes perdidos, Cariados e Obturados na dentição temporária

CPQ – Child Perceptions Questionaire

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CHILD-OIDP – Child-Oral Impact on Daily Performance

DAFNE – Data Food Networking

DGIDC – Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DIDL – Dental Impacts on Daily Living

DSE – Departamento de Saúde Escolar

EADPH – Associação Europeia de Saúde Pública Dentária

ECOHIS – Early Childhood Health Impact Scale

ENPDO – Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

EpS – Educação para a Saúde

ESMDL – Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa

FDI – Federação Dentária Internacional

FIS – Family Impact Sacale

GEPE – Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação

GOHAI – Índice de Determinação de Saúde Oral Geriátrica

HBSC – Health Behavior in Scholl-aged Children

HO – Higiene oral

IADR – International Association for Dental Research

IC – Índice de Concordância

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Índice de Placa

IPS – Índice de Placa Simplificado

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development

OHIP – Oral Health Impact Profile

OIDP – Oral Impact on Daily Performances

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Oraganização Mundial de Saúde

PNPAS – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PPQ – Parental Perceptions Questionnaire

PPSOCA – Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes

Q_2VRSOC/A – Questionário de Qualidade de Vida Relacionado com Saúde Oral da Criança/ Adolescente

QCSO – Questionário de de conhecimentos em saúde oral

QFHA – Questionário de Frequência e Hábitos Alimentares

QH_2O Questionário de Hábitos de Higiene Oral

QV – Qualidade de Vida

QVO – Qualidade de Vida Oral

QVRS – Qualidade de Vida Relacionado com Saúde

QVRSO – Qualidade de Vida Relacionado com Saúde Oral

QVRSOA – Qualidade de Vida Relacionado com Saúde Oral dos Adolescentes

SESPO – Sociedad Española de Epidemiología e Salud Pública Oral

SiC – Índice Cárie Significativa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Saúde oral

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

Índice de Quadros

Quadro 1 - Índices CPOD e SiC, aos 12 anos de idade, nas regiões de saúde portuguesas..... 14
Quadro 2 - Índices CPOD e SiC, aos 15 anos de idade, nas regiões de saúde portuguesas..... 14
Quadro 3 - Crianças e adolescentes livres de cárie, por grupo etário e região 15
Quadro 4 - Idades infanto-juvenis livres cáries..... 15
Quadro 5 - HBSC – Saúde dos adolescentes portugueses de 1998 a 2010 26
Quadro 6 - Instrumentos de colheita de dados..... 59
Quadro 7 - Adolescentes a frequentar o 3º Ciclo do Ensino Básico, por escola 63
Quadro 8 - Variáveis sociodemográficas familiares..... 67
Quadro 9 - Hábitos de higiene oral dos Pais/EE 67
Quadro 10 - Versão final do questionário da qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescente (Q_2VRSOC/A)..... 70
Quadro 11 - Estatísticas e Correlação de Pearson relativas ao Q_2VRSOC/A..... 71
Quadro 12 - Estatísticas e Alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna do Q_2VRSOC/A..... 72
Quadro 13 - Cotação atribuída à frequência de ingestão..... 88
Quadro 14 - Cotação atribuída à frequência de ingestão das principais refeições..... 88
Quadro 15 - Cotação da frequência de ingestão de guloseimas no intervalo de refeições..... 88
Quadro 16 - Cotação atribuída à frequência petiscar fora das refeições..... 89
Quadro 17 - Cotação atribuída à frequência ingestão de refrigerantes 89
Quadro 18 - Cotação atribuída à ingestão de alimentos não aciodogénicos, acidogénicos de menor grau e acidogénicos de maior grau..... 90
Quadro 19 - Odontograma 91
Quadro 20 - Código de registo..... 92
Quadro 21 - Operacionalização dos indicadores de cárie dentária..... 92
Quadro 22 - Valores atribuídos a cada dente, após observação 93
Quadro 23 - Registo de observação individual do índice de Placa Simplificado 93
Quadro 24 - Descrição dos quantificadores de fatores de risco..... 95
Quadro 25 - Operacionalização dos hábitos de higiene oral..... 96
Quadro 26 - Operacionalização dos conhecimentos sobre saúde oral..... 97
Quadro 27 - Estatísticas e Correlação de Pearson relativas à QVRSOA 100
Quadro 28 - Consistência interna da QVRSO 101
Quadro 29 - Coeficiente de fidedignidade de Cronbach da QVRSO 102
Quadro 30 - Estudo 3 - Fases da investigação e adolescentes envolvidos..... 193

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Idade dos Pais/EE ... 73
Tabela 2 - Local de residência dos Pais/EE ... 74
Tabela 3 - Características biográficas dos Pais/EE ... 74
Tabela 4 - Hábitos de higiene oral dos Pais/EE ... 76
Tabela 5 - Frequência da consulta dentária dos Pais/EE ... 76
Tabela 6 - Problemas orais dos Pais/EE ... 77
Tabela 7 - Score global dos hábitos de higiene oral dos Pais/EE ... 77
Tabela 8 - Classificação dos hábitos de higiene oral dos Pais/EE ... 77
Tabela 9 - Resposta dos Pais/EE relativa ao Q_2VRSOC/A ... 79
Tabela 10 - Scores Q_2VRSOC/A (subescalas e global) de acordo com o sexo dos Pais/EE ... 79
Tabela 11 - Teste U de Mann Whitney entre a zona de residência dos Pais/EE e a Q_2VRSOC/A (subescalas e score global) ... 80
Tabela 12 - Regressão linear simples entre a idade e a Q_2VRSOC/A ... 80
Tabela 13 - Teste Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias dos Pais/EE e a Q_2VRSOC/A ... 81
Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis entre situação de emprego dos Pais/EE e a Q_2VRSOC/A ... 81
Tabela 15 - Teste U de Mann Whitney entre o estado civil do Pais/EE e a Q_2VRSOC/A ... 81
Tabela 16 - Idade dos adolescentes ... 104
Tabela 17 - Características biográficas em função do sexo dos adolescentes ... 104
Tabela 18 - Perceção dos adolescentes sobre a sua saúde ... 105
Tabela 19 - Odontalgias referidas pelos adolescentes ... 105
Tabela 20 - Toma de terapêutica para odontalgias ... 106
Tabela 21 - Imagem corporal dos adolescentes ... 107
Tabela 22 - Influência nos hábitos alimentares e motivação para a selecção dos alimentos ... 109
Tabela 23 - Opinião dos adolescentes sobre a sua alimentação ... 109
Tabela 24 - Número de refeições por dia ... 110
Tabela 25 - Refeições ingeridas pelos adolescentes ... 111
Tabela 26 - Ingestão de guloseimas e petiscos entre as refeições ... 112
Tabela 27 - Líquidos ingeridos e local de aquisição ... 113
Tabela 28 - Ingestão de refrigerantes ... 114
Tabela 29 - Estatísticas relativas ao somatório dos hábitos alimentares ... 114
Tabela 30 - Teste U de Mann Whitney entre os hábitos alimentares, a zona de residência e a classificação do risco ... 114
Tabela 31 - Regressão linear simples entre a idade, o CPOD, o IPS e os hábitos alimentares 115
Tabela 32 - Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e os hábitos alimentares ... 115
Tabela 33 - Caracterização da frequência alimentar por tipo de alimento consumido ... 116
Tabela 34 - Características do consumo de alimentos não acidogénicos, acidogénicos de menor grau e de maior grau em função do sexo dos adolescentes ... 120

Tabela 35 - Estatísticas relativas ao consumo de alimentos não acidogénicos, acidogénicos de menor grau e acidogénicos de maior grau 121
Tabela 36 - Teste U de Mann Whitney entre a zona de residência e o tipo de alimentos 121
Tabela 37 - Análise de regressão linear simples entre a idade e o consumo de alimentos 121
Tabela 38 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade e o consumo de alimentos 122
Tabela 39 - Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e o consumo de alimentos acidogénicos 122
Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis entre situação de emprego dos Pais/EE e consumo de alimentos acidogénicos 123
Tabela 41 - Teste U de Mann Whitney entre o consumo de alimentos acidogénicos e a classificação do risco 123
Tabela 42 - Análise de regressão linear simples entre o consumo de alimentos acidogénicos, o CPOD e o IPS 124
Tabela 43 - Vigilância de saúde oral 125
Tabela 44 - Estatísticas relativas à idade com que os adolescentes foram pela primeira vez ao dentista 125
Tabela 45 - Perceção dos adolescentes sobre a sua saúde oral 126
Tabela 46 - Perceção dos adolescentes sobre os seus problemas dentários 126
Tabela 47 - Presença de comida no aparelho ortodôntico 127
Tabela 48 - Consulta médica por motivos dentários 127
Tabela 49 - Estatísticas relativas ao índice de CPOD e ao IPS 128
Tabela 50 - Prevalência do CPOD na amostra global em função do sexo 128
Tabela 51 - Prevalência do CPOD aos 12 anos em função do sexo 129
Tabela 52 - Análise de regressão linear simples entre a idade e o CPOD 129
Tabela 53 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade, o CPOD e o IPS 129
Tabela 54 - Características do índice de Placa Simplificado por dente 130
Tabela 55 - Estudo comparativo entre o índice de CPOD e o índice Sic 131
Tabela 56 - Teste de Kruskal-Wallis entre problemas de saúde dos adolescentes com os índices de CPOD e IPS 132
Tabela 57 - Teste U de Mann Whitney entre a terapêutica para a odontalgia, o CPOD e o IPS 132
Tabela 58 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tipo de alimentação, o CPOD e o IPS 132
Tabela 59 - Teste de Kruskal-Wallis entre a frequência das refeições, o CPOD e o IPS 133
Tabela 60 - Teste de Kruskal-Wallis entre a ingestão de guloseimas, o CPOD e o IPS 133
Tabela 61 - Teste de Kruskal-Wallis entre o hábito de petiscar, o CPOD e o IPS 133
Tabela 62 - Teste de Kruskal-Wallis entre a ingestão de refrigerantes, o CPOD e o IPS 134
Tabela 63 - Análise de regressão linear simples entre o CPOD, o IPS e a Q_2VRSOC/A 134
Tabela 64 - Características dos quantificadores de risco de problemas dentários 136
Tabela 65 - Análise de regressão linear simples entre o risco em saúde oral e a Q_2VRSOC/A 137

Tabela 66 - Caracterização dos hábitos de higiene oral dos adolescentes 138
Tabela 67 - Quem ajuda a escovar os dentes 139
Tabela 68 - Estatísticas relativas à escovagem dos dentes pela primeira vez 139
Tabela 69 - Educação sobre higiene oral e acompanhamento no dentista 140
Tabela 70 - Hábitos de higiene oral dos adolescentes em função do sexo 140
Tabela 71 - Hábitos de higiene oral dos adolescentes 141
Tabela 72 - Análise de regressão linear simples entre os hábitos de higiene oral dos adolescentes, o CPOD e o IPS 141
Tabela 73 - Análise de regressão linear simples entre os hábitos de higiene oral dos pais com os dos adolescentes 142
Tabela 74 - Teste U de Mann Whitney entre a educação dos adolescentes em SO com os hábitos de higiene oral 142
Tabela 75 - Teste de Kruskal-Wallis entre os hábitos de higiene oral e a idade com que foi ao dentista pela primeira vez 142
Tabela 76 - Conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral (1) 144
Tabela 77 - Idade em que deve ocorrer a primeira consulta no dentista 145
Tabela 78 - Conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral (2) 146
Tabela 79 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre saúde oral 147
Tabela 80 - Características dos conhecimentos sobre saúde oral 147
Tabela 81 - Análise de regressão linear simples entre os conhecimentos sobre saúde oral, o CPOD e o IPS 148
Tabela 82 - Associação entre o tipo de alimentação, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral 148
Tabela 83 - Teste de Kruskal-Wallis entre a frequência da ingestão das refeições, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral 148
Tabela 84 - Teste de Kruskal-Wallis entre a ingestão de guloseimas, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral 149
Tabela 85 - Teste de Kruskal-Wallis entre o hábito de petiscar, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral 149
Tabela 86 - Teste de Kruskal-Wallis entre a ingestão de refrigerantes, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral 149
Tabela 87 - Análise de regressão linear simples entre os conhecimentos sobre saúde oral e o consumo de alimentos 150
Tabela 88 - Impacto da QVRSO dos adolescentes pelo método de contagem simples 151
Tabela 89 - Prevalência do impacto na qualidade de vida oral dos adolescentes 152
Tabela 90 - Estatísticas relativas ao impacto da QVRSO total e nas distintas dimensões em função do sexo 153
Tabela 91 - Prevalência, severidade e peso médio do impacto da QVRSO 154

Tabela 92 - Prevalência e a severidade do impacto da QVRSO em função do sexo 155
Tabela 93 - Nível de impacto por dimensão na QVRSO dos adolescentes - método aditivo..... 156
Tabela 94 - Estatísticas relativas à QVRSO total e nas dimensões em função do sexo..... 157
Tabela 95 - Teste U de Mann Whitney entre a zona de residência e a QVRSO total 158
Tabela 96 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO total e a escolaridade..... 158
Tabela 97 - Análise de regressão linear simples entre a idade e a QVRSO 158
Tabela 98 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade com que foi pela primeira vez ao dentista e a QVRSO 159
Tabela 99 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO e quem ensinou a escovar dentes..... 159
Tabela 100 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO e a autoperceção de saúde 160
Tabela 101 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO total e a existência de odontalgias..... 160
Tabela 102 - Teste U de Mann Whitney entre QVRSO total e a terapêutica para odontalgias.. 161
Tabela 103 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO total, a avaliação do próprio sorriso e da autoimagem 161
Tabela 104 - Teste de Kruskal-Wallis entre o QVRSO total, o tipo de alimentação e o consumo de guloseimas..... 162
Tabela 105 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO e o petiscar no intervalo das refeições 162
Tabela 106 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVSRO e ingestão de refrigerantes 162
Tabela 107 - Análise de regressão linear simples entre o score global dos hábitos alimentares e a QVRSO total 163
Tabela 108 - Análise de regressão linear simples entre o consumo de alimentos acidogénicos e a QVRSO total 163
Tabela 109 - Análise de regressão linear simples entre o CPOD e o IPS com a QVRSO total. 163
Tabela 110 - Teste U de Mann Whitney entre QVRSO total com a classificação do risco em saúde oral 164
Tabela 111 - Análise de regressão linear simples entre os hábitos de higiene oral e a QVRSO nas distintas dimensões 164
Tabela 112 - Análise de regressão linear simples entre os conhecimentos sobre saúde oral e a QVRSO nas distintas dimensões 165
Tabela 113 - Teste de Kruskal-Wallis entre a QVRSO e a profissão dos Pais/EE..... 165
Tabela 114 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVSRO e situação profissional dos Pais/EE..... 166
Tabela 115 - Análise de regressão linear simples entre Q_2VRSOC/A e a QVRSO total..... 166
Tabela 116 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes 168
Tabela 117 - Estatísticas relativas à idade dos adolescentes..... 193
Tabela 118 - Caraterísticas biográfica em função do sexo dos adolescentes..... 194
Tabela 119 - Hábitos alimentares antes e após o programa – *ProSorriso* 195
Tabela 120 - Características dos hábitos alimentares antes e após o programa - *ProSorriso*... 197

Tabela 121 - Estatísticas relativas aos hábitos alimentares (somatório) antes e após o programa - *ProSorriso* 198
Tabela 122 - Consumo de alimentos antes e após o programa- *ProSorriso* 199
Tabela 123 - Índice de CPOD antes e após o programa – *ProSorriso* 200
Tabela 124 - Estatísticas relativas ao índice de CPOD antes e após o programa – *ProSorriso* 201
Tabela 125 - IPS por dente antes e após o programa – *ProSorriso* 202
Tabela 126 - Estatísticas relativas ao IPS antes e após o programa – *ProSorriso*..... 203
Tabela 127 - Quantificadores do risco antes e após o *ProSorriso (1)*..... 204
Tabela 128 - Quantificadores do risco antes e após o programa – *ProSorriso (2)*..... 205
Tabela 129 - Hábitos higiene oral antes e após o programa – *ProSorriso* 207
Tabela 130 - Características dos hábitos de higiene oral antes e após o *ProSorriso* 208
Tabela 131 - Estatísticas relativas aos hábitos de higiene oral antes e após o *ProSorriso*..... 208
Tabela 132 - Conhecimentos sobre saúde oral antes e após o programa - *ProSorriso*..... 210
Tabela 133 - Características dos conhecimentos sobre saúde oral antes e após o programa – *ProSorriso* 212
Tabela 134 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre saúde oral antes e após o programa - *ProSorriso*..... 213
Tabela 135 - Conhecimento global dos adolescentes sobre saúde oral antes e após o programa - *ProSorriso* 214
Tabela 136 - Estatísticas relativas às dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde oral por dimensões antes e após o programa - *ProSorriso* 215
Tabela 137 - Estatísticas relativas ao score total da qualidade de vida relacionada com a saúde oral antes e após o programa - *ProSorriso* 216

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Percentagem de baixa ingestão de alimentos por parte dos adolescentes 117
Gráfico 2 - Percentagem de moderada ingestão de alimentos por parte dos adolescentes 118
Gráfico 3 - Percentagem de elevada ingestão de alimentos por parte dos adolescentes 119

Índice de Figuras

Figura 1 - Prevalência da cárie (CPOD aos 12 anos), no mundo em 2004 12
Figura 2 - Roda dos alimentos e Balança alimentar portuguesa..... 22
Figura 3 - Esquema da investigação..... 57
Figura 4 - Modelo concetual da investigação 58
Figura 5 - Concelhos da Sub-região Dão Lafões..... 62
Figura 6 - Concelhos do ACeS Dão Lafões II..... 62
Figura 7 - Dentes utilizados para avaliar o índice de placa bacteriana..... 93
Figura 8 - Modelo explicativo do impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes (Estudo 1 e Estudo 2)..... 169
Figura 9 - Modelo preditivo qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes170
Figura 10 - Modelo explicativo da eficácia do programa de intervenção *ProSorriso.* 216
Figura 11 - Modelo final dos determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes..... 223

INTRODUÇÃO

As doenças orais são um sério problema de saúde pública. Elas afetam uma grande parte da população, influenciam os seus níveis de saúde, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Associadas à natureza comportamental, são doenças que apresentam elevada incidência em vários países do mundo, nos quais Portugal está incluído. As doenças orais atingem os diferentes estratos populacionais, com maior expressão nas crianças e adolescentes de baixo nível socioeconómico (DGS, 2008; Freire et al., 1999; Normando & Araújo, 1990), existindo, por esse motivo, a necessidade de um levantamento epidemiológico, continuado, para conhecer e planear ações específicas que contribuam para diminuir a sua incidência (Morita, Gonini, Iwakura, & Barczynsc, 1996). De acordo com a DGS (2008), as patologias orais são vulneráveis a estratégias de intervenção conhecidas e comprovadamente eficientes

Diversos são, no entanto, os fatores que contribuem para o surgimento das doenças orais, tais como a cárie e a doença periodontal (Bica et al., 2012; Bica, Nunes, Costa, Costa, & Agostinho, 2009; Freitas, 1990). Entre eles, os fatores sociodemográficos (Cangussu, 2001), os socioeconómicos, a dieta (Bica et al., 2012; R. Costa et al., 2012; Sheiham & Watt, 2000), os conhecimentos sobre a higiene oral (Al-Omiri, Al-Wahadni, & Saeed, 2006; Bica et al., 2009) e o biofilme assumem particular relevância na adolescência, etapa de potencial vulnerabilidade e risco para a saúde. Este período crítico é, contudo, uma janela de oportunidade para intervenções de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis (Ginzberg, 1991), justificando-se a implementação de programas que privilegiem os adolescentes como foco de atenção prioritária. E eles têm sido pensados, implementados no terreno e monitorizados no seu desenvolvimento.

Desde 1986, em Portugal, há uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde oral e na prevenção primária e secundária da cárie dentária, com o início do Programa de Saúde Oral, em Saúde Escolar. Este sofreu, mais tarde, uma redefinição estratégica, através da Circular Normativa n.º 6/DSE de 20/05/99, passando a designar-se "Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes", o qual foi revisto em 2003 (DGS, 1999). Em 2005, foi criado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Circular Normativa nº 1/DSE de 18/1/05), que desenha 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, 2004, 2005a).

Fruto da conjugação dos esforços e do planeamento, ao longo destes anos, os resultados evidenciam ganhos significativos na saúde oral da população infantil e juvenil (DGS, 2005b). Para o facto muito contribuíram os programas de saúde oral e os estudos epidemiológicos. No estudo realizado por C. M. Almeida (1999), numa amostra de conveniência de crianças e

adolescentes que habitavam sobretudo as regiões periurbanas, rurais ou urbanas mais desfavorecidas, 19% das crianças de 6 anos e 8% dos adolescentes de 12 anos apresentaram um número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) igual ou superior a 5. Para além disso, a maior parte das lesões de cárie, segundo o mesmo autor, estão por tratar, quer aos 6 anos (aproximadamente 94%,) quer aos 12 anos (aproximadamente 62%). Num outro estudo, mais recente, realizado pela Direção Geral da Saúde numa amostra representativa da população escolarizada, os resultados indiciam ganhos em saúde oral, pois o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, realizado no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, documenta que a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos subiu para 51%, em 2005/2006, face ao valor de 33% observado em 2000 (DGS, 2008).

A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o índice de dentes perdidos, obturados e cariados (CPOD) não ultrapasse o valor de 1.5 (WHO, 1999). A OMS prevê ainda, para 2020, uma redução dos episódios de dor, do número de dias de absentismo escolar, de perturbação nas atividades do dia-a-dia e uma redução do impacto causado pelos problemas orais na funcionalidade.

Claramente, estas metas para a saúde oral exigem um esforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, da família, da comunidade e dos serviços públicos e privados (WHO, 1999). Só assim a educação para a saúde pode ter a influência desejada na qualidade de vida dos adolescentes e no seu quotidiano, com a finalidade de eles adquirirem competências para fazerem uma escolha informada, contribuindo deste modo, para o desenvolvimento e consolidação da literacia em saúde e melhoria da sua qualidade de vida (A. Carvalho & Carvalho, 2006).

Perante este cenário, torna-se evidente a relevância do papel do enfermeiro no processo de educação e promoção da saúde, enquanto percurso de capacitação, participação e responsabilização individual, que deve levar os adolescentes a sentirem-se competentes, felizes e valorizados, por adotarem e manterem estilos de vida saudáveis (V. Rodrigues, Carvalho, Gonçalves, & Carvalho, 2007). Para isso, é indispensável que o enfermeiro possua conhecimentos sobre os comportamentos de saúde oral na adolescência, os determinantes que originam o desenvolvimento das doenças orais e sobre os fatores facilitadores da sua prevenção. Só assim a intervenção educativa se tornará num reforço das competências pessoais do adolescente, o qual se deve assumir como principal responsável pelo seu processo de saúde. É que a adolescência é uma fase importante para o desenvolvimento de uma mentalidade de autocuidado que irá garantir uma saúde oral duradoura. Neste contexto compete, também, ao enfermeiro a identificação da situação de saúde da população e dos

recursos do indivíduo, família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do indivíduo através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; a disponibilização de informação geradora de aprendizagem e de novas capacidades.

A investigação em saúde tem cada vez mais a preocupação com a avaliação da qualidade de vida oral dos cidadãos. Foi neste contexto que se pretendeu contribuir, levando a cabo um estudo sobre o estado da saúde oral nos adolescentes da região Dão Lafões e a implementação de um programa sobre a promoção da qualidade de vida dos adolescentes relacionada com a saúde oral. A pesquisa efetuada visa estudar os determinantes sociodemográficos, clínicos e familiares, os hábitos alimentares e de higiene oral, entre outros, os quais se repercutem na qualidade de vida dos adolescentes e, identificar os que se refletem na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO).

É neste contexto que se desenvolve o presente estudo, partindo da inquietação:

Que determinantes revelam ter impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes?

O estudo teve como objetivos.

Avaliar a perceção dos pais/encarregados de educação sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos filhos/educandos.

Avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida em adolescentes.

Avaliar a eficácia de um programa de intervenção em meio escolar - *ProSorriso*.

A tese encontra-se estruturada em duas partes: o estado da arte e o estudo empírico. A primeira, contextualiza a problemática em estudo e centra-se na revisão teórica, desenvolvida em quatro capítulos. No primeiro, são apresentados os aspetos relativos à sua saúde oral na adolescência, salientando-se os indicadores do estado de saúde oral e valores de referência para o contexto regional, nacional e internacional. No segundo, é feita referência à alimentação (tipologia dos alimentos, padrão alimentar), promotora da saúde oral na adolescência. O terceiro, relaciona a qualidade de vida com a saúde oral e menciona os instrumentos que permitem a sua medição. Finalmente, o quarto capítulo, faz uma incursão sobre as conceções de promoção de saúde e sua evolução, as teorias e modelos que procuram explicar os processos de organização, planeamento, execução e avaliação das ações de promoção e educação para a saúde e os programas de promoção para a saúde oral e sua implementação.

A segunda parte, relativa ao contributo pessoal da investigação, integra a metodologia geral e a investigação empírica desenvolvida em três estudos, os quais se interligam. Na metodologia geral apresenta-se a especificação dos procedimentos metodológicos, referindo a justificação

do estudo, a questão orientadora da investigação, os objetivos, o desenho concetual de investigação, os instrumentos de avaliação e os procedimentos seguidos na sua aplicação, a amostra e as medidas estatísticas utilizadas na análise de dados. No Estudo 1 – avalia-se a saúde oral dos Pais/Encarregados de Educação e sua perceção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes, Estudo 2 – o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes e no Estudo 3 – o programa de intervenção educacional em saúde oral – *ProSorriso* em adolescentes.

Finaliza-se com as conclusões onde são apresentadas as evidências relevantes dos três estudos, as suas limitações e sugestões.

Integram ainda esta tese as referências bibliográficas e um conjunto de documentos em anexo que suportam a compreensão da pesquisa efetuada.

PARTE 1

ESTADO DA ARTE

Capítulo 1 – Saúde oral na adolescência

Os conceitos de saúde e saúde oral são altamente individualizados e abstratos, sendo a sua perceção fortemente influenciada pela experiência individual e background cultural. Deste modo, as atitudes dos indivíduos face à sua saúde oral e a atitude dos profissionais determinam a condição da saúde oral da população (Kawamura, Iwamoto, & Wright, 1997).

A adolescência, compreendida entre os 10 e os 19 anos (WHO, 1995), é considerada uma etapa do desenvolvimento humano, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta (Sampaio, 1994). Caracterizada por grandes transformações biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais, nesta fase o adolescente passa a adotar comportamentos e práticas diferenciadas que se caracterizam, principalmente, pela autonomia e maior exposição às situações do dia-a-dia (Kanauth & Gonçalves, 2006). É a fase da vida de maior velocidade de crescimento, implicando alterações no tamanho, na aparência e na satisfação com o corpo (Damasceno et al., 2006).

O modo como o adolescente percebe o seu corpo é condição fundamental na formação da sua identidade, sendo a imagem corporal um importante aspeto psicológico e interpessoal nesta fase do ciclo de vida (Ciampo & Ciampo, 2010; Damasceno et al., 2006). Uma adequada satisfação corporal traduz-se como o componente afetivo da imagem corporal, que permite o adequado desempenho emocional e social do indivíduo perante a sociedade, em conjunto com a autoperceção. Estes dois fatores são primordiais na autoaceitação das pessoas e possíveis incrementos de atitudes que interferem no seu convívio social (McCabe & Ricciardelli, 2004). Por outro lado, a insatisfação com o corpo acarreta sentimentos e pensamentos negativos quanto à aparência, influenciando o bem-estar emocional e a qualidade de vida (Ciampo & Ciampo, 2010).

Diversos estudos sobre o nível de insatisfação corporal foram realizados com adolescentes. Por exemplo, Hoffmann-Muller and Amstad (1994) no estudo que realizaram numa amostra, com idade entre 14 e 19 anos, concluíram que 93% dos rapazes estavam satisfeitos com o seu corpo enquanto apenas 50% das raparigas referiam o mesmo. No estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), relatório de 2006, está documentado que 55.1% dos adolescentes inquiridos referem vontade em alterar alguma coisa no corpo, sendo a frequência maior no sexo feminino e aumentando com a idade, até aos 15 anos (M. G. Matos et al., 2006). Neste contexto, a saúde e a estética oral são consideradas importantes para a autoimagem e o convívio social, em qualquer faixa etária, mas é na adolescência que a preocupação com a estética atinge o seu pico, devido ao início das relações sociais e afetivo-sexuais (Elias, Cano, Mestriner Junior, & Ferriani, 2001; A. L. Pereira, 2010). O adolescente sujeito às influências da família, amigos, grupos de pares e dos meios de comunicação, tende

a imitar comportamentos que, certamente, influenciarão no desenvolvimento da sua imagem corporal (Nicholls & Viner, 2005). Um sorriso bonito, com a presença de dentes saudáveis, influencia a autoestima do individuo, sendo que os desprovidos dessa condição se sentem excluídos (C. Carvalho, 2001). A nível psicossocial, uma boca sadia garante a manutenção da boa aparência, da expressão e da comunicação interpessoal, sendo, assim, um fator da maior importância na preservação da autoestima (Weyne, 1997). Num estudo levado a cabo por Bica et al. (2011), numa amostra de 323 adolescentes (média de idades = 13.58 anos), dos quais 55.42% eram rapazes e 44.58% raparigas, a maioria (86.38%) considerou importante, para a sua imagem corporal, ter uns dentes saudáveis e bonitos. Da amostra, apenas 12.07% negava a sua importância.

Baldwin (1980) refere que diversos estudos documentam os efeitos saudáveis da atratividade nos relacionamentos interpessoais, considerando a aparência a chave para o sucesso nas relações. A autoimagem está relacionada com um padrão ideal imposto pelas exigências sociais (Unfer, Braun, Silva, & Pereira Filho, 2006). Assim, a expressão “o principal na pessoa é o rosto” revela a importância que a imagem tem para os padrões desejáveis pela sociedade (Wolf, 1998). D. M. L. F. Mendes and Moura (2009), explicam os aspetos psicológicos do sorriso como forma de expressar as emoções. Assim, a pessoa que não dispõe de uma boa estética oral deixa de sorrir e manifestar as suas emoções, podendo comprometer o seu relacionamento interpessoal. Numa sociedade como a nossa, a preocupação com uma boa aparência física é um predicado consensual, pois, a perda de um ou mais dentes, implica alterações emocionais significativas para os adolescentes (Elias et al., 2001). Tendo a sua autoimagem prejudicada, o adolescente fica em risco de perder a sua autoestima, o que interfere nos seus relacionamentos pessoais, além de, eventualmente, produzir sentimentos de inferioridade.

Os dentes são, muitas vezes, decisivos na formulação dos nossos julgamentos. A face é a região mais exposta do corpo humano, assim, a estética oral comprometida, na maioria das vezes por cárie, pode originar ansiedade no indivíduo (Elias et al., 2001), criar constrangimentos na vida social, na alimentação, nas atividades de vida diária e no bem-estar, com a consequente queda no nível de qualidade de vida (Barbieri & Rapoport, 2009; Goldstein, 1980). Além dos problemas de oclusão, a cárie é a patologia oral que mais contribui para a realização de estudos nacionais e internacionais que alertam para a necessidade de maior vigilância da saúde oral na adolescência (Broadbent, Thomson, & Poulton, 2006; DGS, 2008; Freddo et al., 2008; Kallestal, Dahlgren, & Stenlund, 2006; Tomita, Pernambuco, Lauris, & Lopes, 2001).

O investimento global em estudos de pesquisa científica, com a criação, validação e aplicação de instrumentos de medida da qualidade de vida oral, em crianças e adolescentes, teve como consequência, em Portugal, nos últimos 20 anos, o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e de prevenção das doenças orais assentes em estratégias universais (para toda a população), selectivas (para grupos de risco) e indicadas (para os que têm doença), cuja monitorização tem sido feita, regularmente, pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2008).

Em Portugal, as doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes (DGS, 2012a). A Organização Mundial de Saúde, WHO (2003c) aponta a situação de saúde oral, em Portugal, como preocupante, encontrando-se o país, entre os piores da União Europeia, no que diz respeito à implementação de políticas de acesso aos cuidados de saúde, sejam elas de prevenção ou tratamento (J. Pereira & Furtado, 2010). Para além da repercussão direta na qualidade de vida da população, esta realidade tem um preço considerável para o país, originando elevados custos no tratamento de situações relacionadas com a falta de prevenção, para além de contribuir, também, para o aumento do grau de perigosidade de patologias que têm origem ou são agravadas por baixos níveis de higiene oral, algumas até de foro cardíaco (J. Pereira & Furtado, 2010). Por outro lado, a prevalência de doença oral, a que se associam a dor, as alterações na mastigação e na fonética, origina uma considerável taxa de absentismo laboral, a diminuição da concentração e da capacidade de aprendizagem dos estudantes e/ou alterações ao nível da interação social (DGS, 2005b, 2008).

A OMS definiu, para 2020, metas para a saúde oral. Estas exigem um reforço das ações de promoção da saúde oral, prevenção das doenças orais e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e educação, prestadores de cuidados dos serviços públicos e/ou privados (DGS, 2005b). Em Portugal, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolvendo-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e adolescentes vivem e estudam (DGS, 2005b). Assim, a intervenção de promoção da saúde oral, que se inicia durante a gravidez e se desenvolve ao longo da infância, consolida-se no pré-escolar, no ensino básico e no secundário, através da Saúde Escolar. Os cuidados dentários não satisfeitos no Serviço Nacional de Saúde, às crianças e adolescentes em programa, serão prestados nos serviços privados através de contratualização (DGS, 2005b)**.** A saúde oral, apesar de, em Portugal, se encontrar contemplada nos programas de cuidados de saúde primários, na sua maioria, está, intimamente, relacionada com o desenvolvimento do setor privado, que emprega 98% dos

especialistas, em exclusividade, mas que não é acessível a cerca de 60% da população, por razões económicas. Este facto constitui, por si só, uma barreira na acessibilidade a esses cuidados (C. M. Almeida, Petersen, André, & Toscano, 2003). Segundo um inquérito da Ordem dos Médicos Dentistas, aplicado em todos os hospitais públicos e centros de saúde, cerca de 70% dos hospitais e 90% dos centros de saúde não possuem serviço de saúde oral (OMD, 2005). Somente 23 hospitais afirmam ter médico dentista, havendo 12 deles que possuem esta valência nos serviços de urgência. Facto, este, que se torna preocupante, pois, existem, apenas cerca de 400 estomatologistas em Portugal (OMD, 2005). Segundo o mesmo estudo, a totalidade dos 54 hospitais que não têm médicos dentistas reencaminham os utentes para os médicos particulares. Nos centros de saúde a situação ainda é pior. Dos 332 centros de saúde abrangidos pelo inquérito, 33 têm médicos dentistas e muitos destes destinam-se apenas a crianças em idade escolar, com longas listas de espera (OMD, 2005)**.**

Apesar dos recursos humanos escassos no setor público, diversos investigadores e instituições científicas têm realizado e publicado estudos de prevalência das doenças orais, constatando-se, nos locais onde os programas se desenvolvem de forma holística e continuada, uma redução significativa das mesmas (C. M. Almeida, 1997; C. M. Almeida et al., 2003; Calado, 1989; Capelas, 1994). Dos estudos resulta, também, que são diversas as variáveis que interferem na saúde oral (o estado dos dentes, o nível ósseo de suporte, o estado dos tecidos moles, os hábitos de higiene, os hábitos alimentares, etc.), as quais podem induzir cárie dentária, doença periodontal, proliferação do biofilme.

1.1 – Cárie dentária

A cárie dentária apresenta uma elevada prevalência e incidência a nível mundial, sendo considerada um sério problema de saúde pública (Edelstein, 2006). O aumento da prevalência depende não só do nível de educação em saúde das populações como da qualidade de cuidados que lhes são prestados (Capelas, 1994; A. Pereira, 1993). O seu conceito, perceção e abordagem, têm sofrido inúmeras mudanças ao longo da história da humanidade. Foi entendida, durante muito tempo, simplesmente, como a presença de cavidades nos dentes, tendo os avanços científicos e tecnológicos permitido uma melhor perceção da etiologia e da patogénese das suas lesões, embora, ainda, incompleta (Melo, Teixeira, & Domingues, 2006).

No século passado, a prática clínica e a educação em saúde tiveram forte influência determinística, ou seja, de causa-efeito, para as explicações das doenças orais. Entretanto, através de pesquisas científicas e avanços tecnológicos, sabe-se que a maioria das doenças são multifatoriais. Fatores de risco como genética, ambiente e comportamento mudam as probabilidades do resultado em saúde (Slavkin, 2001).

Na década de 60, a cárie era caracterizada como uma doença bacteriana que necessitava para a sua instalação, da interação de três fatores básicos: hospedeiro, microflora e substrato. A sua representação gráfica ficou conhecida como “Tríade de Keyes”. Mais tarde, Newbrun adicionou o tempo como quarto fator. Era evidente, naquela altura, que esses fatores ao interagirem originavam a doença que se manifestava através de um sinal clínico característico, a cárie (Walter, Ferelle, & Issao, 1996). Atualmente, o conceito de multicausalidade aceite é bem mais complexo do que o sugerido por Keyes. Sabe-se, que a acumulação de micro-organismos capazes de converter hidratos de carbono em ácidos nem sempre resulta em cáries. Tanto os micro-organismos capazes de produzirem ácidos a partir da fermentação de açúcares, como os açúcares fermentáveis, podem ser considerados fatores necessários, mas não suficientes para o desenvolvimento da cárie dentária. Com o decorrer do tempo, as pesquisas revelaram uma multiplicidade de fatores que podem determinar o aparecimento da cárie. Dessa forma, na atualidade, a cárie dentária é caracterizada como doença multifatorial (Ekstrand, 2000; Tomita & Torres, 2000), envolvendo como fatores locais a placa bacteriana, a saliva, os minerais e a alimentação, além daqueles dependentes do hospedeiro, como genética, comportamento, idade, nível de escolaridade e cuidado com a cavidade oral. A interação de todos esses fatores determinará a presença ou não da doença e a sua gravidade num processo dinâmico de desmineralização e remineralização, (Boj, Catalá, García Ballesta, & Mendoza, 2005; Mobley, 2003; Navia, 1996).

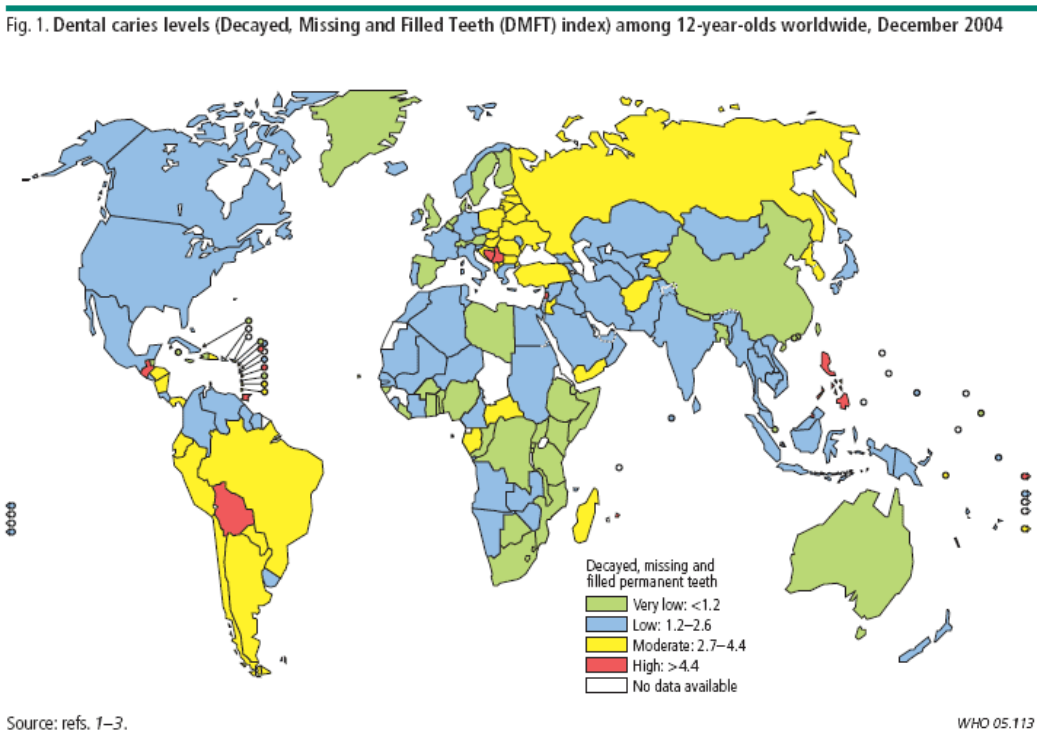
A cárie, sendo uma doença geradora de complicações e que afeta a saúde geral das pessoas, tem vindo a adquirir uma importância crescente, nos países desenvolvidos, tendo a sua prevenção começado a constituir uma preocupação séria para as respetivas autoridades de saúde (A. Pereira, 1993).

O primeiro mapa do mundo, contendo dados sobre o índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados) aos 12 anos de idade, foi elaborado em 1969. Evidenciava alta prevalência de cárie dentária nos países industrializados e relativamente baixa nos países em desenvolvimento (WHO, 2003c). Mais recentemente, diversos estudos epidemiológicos, realizados em vários países ocidentais, revelaram valores diferenciados na prevalência da cárie dentária. Entre 1980 e 1993, na Holanda, houve um declínio da prevalência de cárie, com um índice CPOD, aos 12 anos, de 3.2 e 1.6, respetivamente, em 1982 e 1988. Em 1993, aos 12 anos de idade, 60% das crianças estavam livres de cárie (Truin, Konig, & Bronkhorst, 1994). Em França, Weissenbach et al. (1995) ao examinarem crianças com idades compreendidas entre 12 e 14 anos, verificaram que o índice de CPOD aumentava com a idade, 2.5 aos 11-12 anos, 4.3 aos 13 anos e 5.5 aos 14-15 anos. Na Rússia, Kuzmina, Kuzmina, and Ekstrand (1995) constataram que o CPOD aumentou de 0.15, aos 6 anos, para 2.52 aos 12 anos e 3.5 aos 14 anos. Alvarez-Arenal, Alvarez-Riesgo, Pena-Lopez, and Fernandez-Vazquez (1998), constataram que, em Espanha, aos 6 anos de idade, 45.8% dos dentes decíduos estavam cariados, o índice de dentes decíduos, cariados, perdidos e

obturados (copd) era 2.1 e o índice de dentes permanentes, cariados perdidos e obturados (CPOD) de 0.25. Aos 9 anos a percentagem de cárie em dentes decíduos era de 62.8% (cpod 2.38) e nos dentes permanentes 41.9% (CPOD 1.5). Aos 12 anos a percentagem de cárie encontrada foi de 71% e a média de CPOD foi de 3.3.

No ano 2004, nas seis regiões definidas pela OMS, os maiores índices CPOD registaram-se na América do Norte, América Central e América do Sul (2.76) e Europa (2.57), seguido das regiões do Este Mediterrânico (1.58), Oeste do Pacífico (1.48), África (1.15) e Sudeste Asiático (1.12). A nível mundial estima-se que o índice CPOD aos 12 anos de idade é de 1.61. Este valor alcançado em 2004 reflete uma redução no índice CPOD global, pois em 2001 era 1.74 (DGS, 2008; Edelstein, 2006).

Figura 1 - Prevalência da cárie (CPOD aos 12 anos), no mundo em 2004



Fonte: WHO. Global Oral Health Data Bank.Geneva: World Heatlh Organisation, 2004 (WHO, 2004)

Em 2005, o índice de CPOD aos 12 anos, em Portugal era de 1.48, sendo mais elevado que em alguns países Europeus. Portugal apesar de ter atingido os valores preconizados para a Região Europeia em 2020 (1.50), ainda se distancia dos seus parceiros europeus (DGS, 2008). Em Espanha, no ano de 2005, a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos era de 64%, (SESPO, 2006).

No Brasil a cárie dentária ainda é a principal patologia da cavidade oral, quase 56% das crianças de 12 anos de idade apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária, havendo contudo uma melhoria relativa ao penúltimo levantamento nacional

em que a cárie era de 70% no mesmo grupo etário. Trata-se de uma melhoria significativa nessa faixa etária, embora os dados recolhidos, também, reflitam as dificuldades tanto na ampliação do acesso aos recursos de assistência à saúde oral como no tratamento dentário às pessoas afetadas (Brasil - MS, 2011).

Em Portugal, historicamente, o primeiro Inquérito Nacional foi realizado em 1983-84, numa parceria entre a OMS/DGS/ESMDL, fornecendo o primeiro retrato da saúde oral dos portugueses (C. M. Almeida, Emílio, Moller, & Marthaler, 1987). Neste estudo, aos 6 anos o índice de CPOD era 0.5 e aos 12 anos de 3.8. A percentagem de crianças e adolescentes com cárie era 24% aos 6 anos e 85% aos 12 anos (C. M. Almeida et al., 1987). Em 1990, realizou-se o segundo inquérito explorador da prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. Na dentição permanente, aos 12 anos, a percentagem de dentes cariados era 71% e o CPOD de 3.15. Aos 6 anos, na dentição decídua, o índice cpod era de 4.21 e 95% de dentes cariados (C. M. Almeida, 1997).

Em 1999, um estudo realizado numa amostra de conveniência, tendo por base a divisão do país em cinco regiões (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) revelou um cpod médio aos 6 anos de 2.14 e, aos 12 anos, um CPOD, baixo, de 1.5. A amplitude situou-se entre 0.05 na área urbana de Faro e 3.06 nas escolas públicas do Porto (C. M. Almeida, 1999). A percentagem de dentes permanentes cariados era de 83.3% aos 6 anos e 58% aos 12 anos (C. M. Almeida, 1999).

No ano 2000, foi realizado pela DGS o Estudo Nacional de avaliação da prevalência da cárie dentária, numa amostra representativa da população escolarizada, tendo sido encontrados valores médios de índice cpod, aos 6 anos, de 3.56 e índice CPOD, aos 12 anos, de 2.95, sendo que as regiões Norte (3.4), Alentejo (5.6) e Açores (4.5) apresentavam os valores mais altos. A percentagem de crianças livres de cárie dentária, aos 6 anos, era de 33%, aos 12 anos de 27% e aos 15 anos de 18.9% (DGS, 2000).

Na sequência deste estudo, a estratégia que vinha sendo desenvolvida foi revista e aprovado o Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes (PPNSOCA). A estratégia de intervenção, assente na promoção da saúde e na prevenção da doença, foi complementada com a prestação de cuidados curativos dirigidos para o tratamento da cárie dentária que a prevenção não conseguiu evitar, através da contratualização com estomatologistas e médicos dentistas (Amann & Cadima, 2010).

No ano letivo 2005-2006, foi realizado o Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (ENPDO), o qual teve como objetivo avaliar a prevalência da cárie dentária, destacando-se o índice cpod aos 6 anos de 2.10 e o índice CPOD aos 6, 12 e 15 anos, respetivamente, de 0.07, 1.48 e de 3.04, com variações regionais significativas (DGS, 2008). A região centro apresentava o mesmo valor que o resultado nacional. Aos 6, 12 e 15 anos de idade a

percentagem de crianças e adolescentes livres de cárie dentária era, respetivamente, de 50.9%, 43.8% e 28.1% (DGS, 2008).

Atendendo a que a cárie dentária é uma doença polarizada e assimétrica, para que se possa fazer uma maior aproximação à realidade da doença Bratthall (2000) propôs um indicador mais específico - o Índice SiC (Significant Caries Índex) ou Índice de Cárie Significativo. A OMS preconiza a sua utilização de forma complementar ao índice CPOD, nos países e zonas onde este último atingiu um valor de três ou inferior, recomendando o grupo etário dos 12 anos para esta monitorização. No estudo nacional, realizado em Portugal em 2005/2006, dado que aos 12 anos o índice CPOD era de 1.48, foi avaliado o Índice SiC que obteve um valor médio de 3.8 (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - Índices CPOD e SiC, aos 12 anos de idade, nas regiões de saúde portuguesas

Ano / Região de Saúde	2005/2006				
	Cariado	Perdido	Obturado	CPOD	Sic
Norte	*0.83*	*0.12*	*0.67*	*1.62*	*4.0*
Centro	0.67	0.14	0.67	1.48	3.7
Lisboa e Vale do Tejo	0.46	0.03	0.35	0.84	2.4
Alentejo	1.08	0.05	0.64	1.77	4.3
Algarve	0.48	0.05	0.85	1.38	3.8
Açores	1.13	0.14	0.78	2.05	4.0
Madeira	0.73	0.08	0.58	1.39	3.8
Índice CPO (d) Nacional	**0.74**	**0.08**	**0.65**	**1.48**	**3.8**

Fonte: Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (DGS, 2008)

A OMS utiliza, frequentemente, os 12 anos como indicador de referência, no entanto, em Portugal, os 15 anos são uma idade de frequência da escolaridade obrigatória, pelo que, as investigações incidem neste grupo etário. Dos resultados do Estudo Nacional, aos 15 anos, verifica-se que o Índice CPOD é de 3.04 e o Índice SiC é de 6.9 (DGS, 2008) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Índices CPOD e SiC, aos 15 anos de idade, nas regiões de saúde portuguesas

Ano / Região de Saúde	2005				
	Cariado	Perdido	Obturado	CPOD	Sic
Norte	1.24	0.28	1.23	2.75	6.4
Centro	1.40	0.32	1.15	2.87	6.7
Lisboa e Vale do Tejo	0.97	0.15	0.68	1.80	4.7
Alentejo	1.83	0.29	1.36	3.48	7.8
Algarve	1.21	0.27	1.25	2.73	6.0
Açores	2.11	052	1.14	3.77	7.1
Madeira	2.30	0.61	1.17	4.08	9.0
Índice CPO (d) Nacional	**1.56**	**0.34**	**1.14**	**3.04**	**6.9**

Fonte: Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (DGS, 2008)

Comparando os atuais indicadores de saúde oral, em Portugal, 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, constata-se que os ganhos em saúde são bem evidentes. Após 20 anos de programas de saúde oral, desenvolvidos na saúde escolar essencialmente por enfermeiros e dirigidos, prioritariamente, às crianças e aos adolescentes, o índice de CPOD, aos 6 anos, passou de 0.5 para 0.07 e, aos 12 anos, de 3.80 para 1.48 (DGS, 2000, 2008).

O ENPDO realizado em 2005/06, para determinar a prevalência da cárie dentária e das doenças periodontais, bem como avaliar os determinantes comportamentais relacionados com a saúde oral, dá-nos realidades distintas nas regiões de saúde. Lisboa e Vale do Tejo apresentavam, a percentagem mais alta de adolescentes livres de cárie. A Madeira, aos 6 anos, e os Açores, aos 12 e 15 anos, apresentavam as percentagens mais baixas (DGS, 2008) (cf. Quadro 3).

Quadro 3 - Crianças e adolescentes livres de cárie, por grupo etário e região

Livre de cárie/ região de saúde	**6 anos %**	**12 anos %**	**15 anos %**
Norte	48.1	37.0	31.7
Centro	**50.5**	**45.7**	**32.4**
Lisboa e Vale do Tejo	56.1	63.5	48.5
Alentejo	59.5	37.1	24.6
Algarve	58.1	49.3	25.7
Açores	41.9	22.2	11.5
Madeira	39.3	47.5	18.9
Nacional	**50.9**	**43.8**	**28.1**

Fonte: Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (DGS, 2008)

Aos 6 anos, a maioria das crianças (95%) tinha os dentes permanentes sãos. Na dentição temporária, um pouco mais de metade (52%) tinham os dentes sãos e as restantes apresentavam cárie dentária (DGS, 2008). De 2000 para 2005/6, houve uma melhoria significativa da percentagem de crianças e adolescentes livres de cárie dentária, passando aos 6 anos, de 33% para 50.9% (+ 17.9%), aos 12 anos, de 27% para 43.8% (+16.8%) e, aos 15 anos, de 19% para 28.1% (+ 9.1 %), (DGS, 2008) (cf. Quadro 4).

Quadro 4 - Idades infanto-juvenis livres cáries

Idade / **Anos dos estudos**	6 Anos %	12 Anos %	15 Anos %
2000	33.0 %	27.0 %	19.0 %
2005/2006	50.9 %	43.8 %	28.1 %

Fonte: Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (DGS, 2008)

De acordo com o estudo realizado por Bica et al. (2009), no concelho de Vouzela, região centro de Portugal, em estudantes com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos a

frequentarem o 7º, 8º e 9º ano de escolaridade, a percentagem de adolescentes com cárie era 47.06%, sendo a prevalência mais elevada no sexo feminino (52.08%) do que no sexo masculino (43.02%). Noutro estudo realizado no concelho de Oliveira de Frades, com estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico, com idades entre os 11 e os 16 anos, obtiveram-se os seguintes resultados: 34.9% de adolescentes com índice CPOD de 0.0; CPOD de grupo 2.23; aos 12 e 15 anos o índice CPOD, respetivamente, 2.13 e 2.47; média de dentes cariados 0.98; média de dentes perdidos devido a cárie 0.15; média de dentes obturados 1.10 (Clemente & Faria, 2009). No concelho de Satão, em 2012, em 189 estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º e 9º ano), com idades entre os 11 e os 17 anos, o índice CPOD era de 2.32, 34.9% tinham dentes cariados, 92.1% não tinham dentes perdidos e 36.0% tinham dentes obturados (Bica et al., 2012).

1.2 – Índice de placa simplificado (IPS)

A placa bacteriana corresponde a um biofilme complexo de micro-organismos, que se caracteriza por uma comunidade de bactérias aderentes a uma superfície sólida dentária, com várias fases na sua formação, sendo o seu maior efeito a capacidade de co-agregação de bactérias e maturação das mesmas (Ramaglia, Sbordone, Ciaglia, Barone, & Martina, 1999). A película formada permite a aderência de micro-organismos e enzimas de origem salivar que favorecem a colonização bacteriana sobre a superfície da película (Sá, 2010). Na cavidade oral, o biofilme é o responsável por duas das doenças mais prevalentes na população, a cárie dentária e a doença periodontal (Pedrazzi, Souza, Oliveira, Cimões, & Gusmão, 2009).

No estudo sobre higiene oral e conhecimentos de saúde oral realizado por Noborikawa-kahatsu (2009) em adolescentes, foi utilizado o Índice de Green e Vermillion para a evidência de registo de placa bacteriana. Na avaliação inicial os adolescentes apresentaram um valor de IP de 2.18, tendo sido obtido no final, após intervenção com um programa de promoção de saúde oral, um índice de 0.85 (Noborikawa-kahatsu, 2009). Em Vouzela, na avaliação realizada por Bica et al. (2009), em estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico, com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, apenas 2.17% dos adolescentes apresentavam os dentes sem placa dentária nas superfícies dentárias. Por sua vez, Clemente and Faria (2009) concluíram que em Oliveira de Frades, em estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º e 9º ano de escolaridade), com idades entre os 11 e os 16 anos, a média do índice de placa bacteriana da amostra foi de 1.73 (± 0.56), ligeiramente superior no sexo feminino (1.74) que no masculino (1.71). No concelho de Satão, distrito de Viseu, em estudantes do 3º Ciclo do Ensino Básico, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, 89.9% dos adolescentes apresentavam placa bacteriana, a maioria apresentava os 2/3 da superfície do dente corada (63% no sexo feminino e 62.9% no masculino), os rapazes apresentavam maior

percentagem de “toda a coroa corada”, o índice de placa bacteriana apresentava valores mais elevados para o grupo etário dos 11-13 anos de idade, verificando-se que os adolescentes que residem na aldeia apresentavam pior IPS (Bica et al., 2012).

1.3 – Hábitos de higiene oral e comportamentos dos adolescentes

O comportamento dos indivíduos em relação à sua saúde oral, assim como as atitudes dos profissionais, determinam a condição da saúde oral da população (Kawamura et al., 1997). Por outro lado, os conhecimentos e os hábitos adequados de saúde oral têm importância no aparecimento, ou não, de doenças orais, dado que, na maioria dos casos, estas são passíveis de serem prevenidas (Navarro, Márquez, Márquez, & Castaño, 2005).

A adolescência é uma categoria sociocultural, construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão biopsicológica quanto a cronológica e social, sendo uma fase crítica com comportamentos extremos que variam de períodos exacerbados pelas suas atitudes positivas até aos francamente negligentes com os cuidados relativos à saúde (M. D. A. Ferreira, Alvim, Teixeira, & Veloso, 2007; Graça, 2000). Sob o ponto de vista da saúde oral, a adolescência é tida como um período em que aumenta o risco de cárie dentária e gengivite, consequência do precário controlo da placa bacteriana e da redução dos cuidados com a higiene oral (Antunes, Peres, Frias, Crosato, & Biazevic, 2008; Tomita et al., 2001). É uma fase em que as medidas adequadas de higiene podem entrar em conflito com o estilo de vida, uma vez que, os adolescentes não aceitam a supervisão dos adultos (Freddo et al., 2008).

Os adolescentes são um grupo considerado saudável, com reduzido recurso aos serviços de saúde oral, sendo difícil afirmar se tal facto se deve à pouca oferta de ações voltadas para eles ou à baixa procura pelos mesmos dos serviços de saúde (Ferrari, Thomson, & Melchior, 2006).

Num estudo realizado em 2005, no Brasil, com o objetivo de caracterizar os adolescentes relativamente à higiene oral, cárie dentária e doença periodontal, foram avaliados 40 adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos (52.5% do sexo masculino), maioritariamente filhos de pais possuidores de baixo nível de escolaridade e socioeconómico (N. C. N. Santos, Alves, Freitas, Jamelli, & Sarinho, 2007). Concluindo-se que relativamente aos hábitos de higiene oral a maioria dos adolescentes escovava os dentes duas ou mais vezes ao dia (76.1% masculinos e 100% femininos) e que 95% não utilizava suplemento de flúor (N. C. N. Santos et al., 2007). Através dos dados obtidos na avaliação da boca constataram que 91.4% dos adolescentes apresentava placa bacteriana em mais de 30% das superfícies dentárias e que 65% obtiveram um valor de índice CPOD ≤ 3 (N. C. N. Santos et al., 2007). Num outro estudo realizado em 2007, com adolescentes, todos os participantes afirmaram que escovavam os dentes, dos quais 73.5% referiram que os

principais motivos para esta prática estavam relacionados com a saúde e 40.2% com a higiene. Nos adolescentes de nível socioeconómico baixo, os motivos relacionados com a saúde foram mais frequentes enquanto nos de nível socioeconómico alto prevaleceram os motivos relacionados com a higiene (Freire, Sheiham, & Bino, 2007). A maioria dos adolescentes (77.7%) escovava os dentes, pelo menos, três vezes ao dia, apresentando as raparigas uma maior frequência de escovagem comparativamente aos rapazes. Os utensílios de higiene oral referidos foram a escova (97.6%), a pasta de dentes (90.5%), o fio dentário (69.1%), o palito (21.8%) e o elixir (23.2%). O uso de fio dentário foi mais frequente nos adolescentes do sexo feminino e, entre aqueles, de nível socioeconómico alto (Freire et al., 2007). A mãe foi referida como a principal instrutora na técnica de escovagem (81.3%) seguida pelo pai (34.0%), pelo dentista (10.7%) e pelo professor (2.9%), (Freire et al., 2007). C. R. L. D. Silva and Simão (2012), também, constataram que a maioria dos adolescentes observados apresentava a frequência da escovagem 3 vezes ao dia, o uso do fio dentário e a utilização do elixir. Em relação à troca da escova de dentes, 39.20% relataram o período de 3 meses após a aquisição da escova. As fontes de informação citadas, como responsáveis por ensinar a usar escovar os dentes e transmitir os conhecimentos sobre a saúde oral, foram, maioritariamente, o dentista e os pais. Dos entrevistados, 74.5% relataram que foram à consulta do dentista há menos de 1 ano, 68.6% afirmaram não possuir cárie, no entanto, 59.8% relataram já ter sentido dor de dentes, apesar de frequentarem regularmente o dentista e estarem dotados com informação sobre saúde oral. Além disso, 85.3% dos participantes tinham a perceção de que a sua boca é saudável. No que respeita à insatisfação com os dentes, 26.5% dos alunos responderam que era por motivos de desarmonia no alinhamento dentário (C. R. L. D. Silva & Simão, 2012).

Relativamente a Portugal, o III Inquérito Nacional e Saúde de 1998, realizado pelo Instituto Nacional Ricardo Jorge, concluiu que só 51.2% dos adolescentes portugueses com 12 anos de idade escovavam os dentes pelo menos duas vezes ao dia e muitos nunca os escovavam (C. M. Almeida, Barros, Costa, & Alves, 2010).

Em 1999 concretizaram-se dois estudos que incluíram a análise da prevalência e frequência de escovagem dentária assim como de visitas ao médico Dentista: o Inquérito Nacional de Saúde (INS) e o III Inquérito Nacional Explorador (INE) (C. M. Almeida, 2001). Utilizando, respetivamente, uma amostra representativa de 47854 indivíduos entre os 2 e os 103 anos e uma amostra de conveniência de 1599 indivíduos de 6 e 12 anos. O INS apurou que 43% da população portuguesa escova os dentes duas ou mais vezes por dia, verificando-se uma grande amplitude de variação com a idade (≥ 85 anos: 6%; 2 – 4 anos: 24%; 5 – 14 anos: 50%; 15 – 24 anos: 66%). No III INE observaram-se aos 6 e 12 anos respetivamente valores de 31% e 56%. Por sua vez tinham visitado o dentista nos últimos 12 meses, segundo o INS, 38% dos inquiridos e novamente se constatou uma grande amplitude de variação de acordo com o grupo etário (≥ 85 anos: 8%; 2 – 4 anos e 5 – 14 anos: 56%), verificando-se que 18%

das crianças e 58% dos adolescentes de 6 e 12 anos, respetivamente, o tinham feito (C. M. Almeida, 2001). Ainda, segundo o INS, constituiu a razão principal desta consulta a necessidade de efetuar, extrações dentárias (9%), higienização da boca (7%), tratamento de emergência (3%), execução de próteses dentárias (2%), revisões anuais de rotina (1%). Os indivíduos que referiram nunca ter ido ao médico dentista nos últimos 12 meses (62%), apontaram como causas, entre outras, a ausência de necessidade (53%) e o ser muito caro (4%) (C. M. Almeida, 2001).

É de salientar que nos estudos HBSC sobre higiene oral dos adolescentes portugueses, os valores obtidos sucessivamente em 1998, 2002 e 2006, rondam os 60%, mas têm-se mantido estáveis ou com ligeira tendência de descida nos níveis etários que são analisados nestes estudo (11, 13 e 15 anos), em particular aos 11 e 13 anos (M. G. Matos, 2010).

O Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (ENPDO 2005/6) apurou que, 40% das crianças de 6 anos foram a pelo menos uma consulta com médico dentista ou com higienista oral no último ano. Aos 12 e aos 15 anos, mais de 60% foram uma ou mais vezes por ano às consultas de saúde oral, sendo os seus principais motivos a vigilância da saúde da boca e dos dentes (56% e 39%) e os tratamentos dentários (22% e 36%), verificando-se que é cada vez maior a acessibilidade por parte dos adolescentes a cuidados de saúde oral (DGS, 2008). Os determinantes de saúde que mais influenciam a saúde oral, de acordo com o referido estudo, foram – a escovagem dos dentes com uma pasta dentífrica fluoretada, verificaram que aos 6, 12 e 15 anos de idade, 50%, 67% e 69% dos adolescentes, respetivamente, assumiram escovar os seus dentes duas ou mais vezes por dia. As regiões de saúde com melhores taxas de escovagem dos dentes foram a Madeira, aos 6 anos e Lisboa e Vale do Tejo aos 12 e 15 anos (DGS, 2008). O fio dentário era utilizado por cerca de 25% dos indivíduos de 12 e 15 anos, mas apenas 14% e 10% dos participantes dos respetivos grupos etários o faziam com uma regularidade considerada eficaz, isto é, uma ou mais vezes por dia (DGS, 2008).

Um estudo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e da Escola Superior de Saúde de Viseu, realizado entre adolescentes portugueses, revelou que 20% não escovavam os dentes diariamente e só um em cada quatro cumpria as regras de uma boa higiene oral, escovando os dentes duas ou mais vezes ao dia (A. Alves, Frias-Bulhosa, Barbosa, & Oliveira, 2005). Num outro, realizado por Veiga, com o objetivo de caracterizar os comportamentos de saúde oral dos adolescentes portugueses, sete mil adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, oriundos de escolas públicas de Viseu, revelou que, as raparigas, escovam mais vezes os dentes, utilizam com maior frequência o fio dentário e consultam mais vezes o dentista (Veiga, 2009). Verificaram, ainda, que a frequência da escovagem estava relacionada com as habilitações literárias dos pais, quanto mais escolarizados são os pais, maior é a probabilidade de o adolescente escovar os dentes

duas ou mais vezes por dia, seguindo as recomendações clínicas. O estudo constatou, também, que só 4.4 % dos adolescentes utilizam, habitualmente, fio dentário, que 55 % foram à consulta do dentista no ano anterior ao estudo e que 13 % dos participantes nunca tinham sido observados por um dentista. Veiga (2009) concluiu que é preocupante que uma elevada percentagem de adolescentes não realizem consultas de vigilância, indo ao dentista apenas quando têm dores de dentes. Para melhorar os conhecimentos e os comportamentos relacionados com a saúde oral dos adolescentes, o investigador propõe que sejam criados programas comunitários que promovam os conhecimentos e os hábitos dietéticos saudáveis.

Também Bica et al. (2012) avaliaram alguns indicadores de saúde oral, nomeadamente caracterizar as práticas de higiene oral dos adolescentes, do concelho de Satão, os resultados revelaram que a maioria escova os dentes duas vezes por dia (83% do sexo feminino e 53% do sexo masculino). No que se refere à escovagem de dentes, antes de deitar, 25.4% referem que o fazem sempre, enquanto que 36% nunca o fazem. Dos utensílios usados na higiene oral, a escova de dentes é o mais utilizado (99.5%), 74% referem utilizar elixir e apenas 4.8% utilizam escovilhão. O fio dentário é utilizado uma vez por dia apenas por 22.2% dos adolescentes (Bica et al., 2012).

Como nota final deste capítulo, refira-se que, durante anos, a saúde oral não mereceu um agendamento dos governos e organizações internacionais, talvez devido ao facto de que um índice baixo de saúde oral afeta a morbilidade e não a mortalidade. No entanto, nos últimos tempos, assistimos a um aumento da perceção da saúde oral como parte integrante da saúde global. Neste contexto, a Federação Dentária Internacional estima que a cárie dentária afete 60 a 90% das crianças em idade escolar, causando, anualmente, milhões de faltas escolares, sendo, de acordo com a OMS, a quarta doença mais dispendiosa de tratar em todo o mundo e uma das de mais fácil prevenção (OMD, 2010). Então, há que promover a saúde oral e, consequentemente, a saúde geral, evitando os seus condicionantes. Entre eles estão os hábitos de higiene individual e os hábitos dietéticos. Estes são, sem dúvida, no quotidiano, fruto das alterações dos padrões alimentares mediterrânicos, um determinante da qualidade de vida oral. Nesse sentido, de forma a compreendermos a sua ação na saúde oral e geral, iremos desenvolver no próximo capítulo a alimentação e saúde oral.

Capítulo 2 – Alimentação e a saúde oral

> *A alimentação e a Nutrição constituem requisitos básicos para a Promoção e a Proteção à Saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de Crescimento e Desenvolvimento Humano com Qualidade de Vida e Cidadania. (Declaração Universal dos Direitos Humanos)*

Na adolescência uma boa alimentação é extremamente importante para alcançar todo o potencial de crescimento, contribuir para a saúde e prevenir as doenças. Determinados padrões alimentares desenvolvidos na infância e na adolescência podem, em combinação com outros fatores, resultar num aumento do risco de doenças crónicas, tais como a cárie dentária, as doenças cardiovasculares e a osteoporose. Daí, a pertinência de encarar a necessidade de uma dieta saudável na adolescência, tanto pelo interesse imediato quanto pelo investimento na saúde em geral, na qualidade de vida futura e na saúde oral (Fonseca, 2005).

A alimentação saudável, variada e equilibrada, é garantia de um estado nutricional adequado, necessário para manter um bom nível de saúde geral e oral na população (Sánchez, 2008). Está associada a três princípios: diversidade – ingestão, em qualidade, de diferentes tipos de alimentos integrados nos diversos grupos alimentares; moderação – ingestão limitada às necessidades do organismo; equilíbrio – respeito pelas quantidades recomendadas para cada grupo de alimentos (Minderico & Teixeira, 2008).

Na definição de uma alimentação saudável podem equacionar-se os princípios da pirâmide alimentar e/ou da roda dos alimentos, adaptados à faixa etária, procurando garantir todos os nutrientes, em quantidade, com base nas necessidades energéticas, plásticas e reguladoras (Sánchez, 2008). Na pirâmide alimentar os alimentos estão divididos em grupos, indicando-se o número de porções diárias que devem ser consumidas (Lidon & Silvestre, 2010).

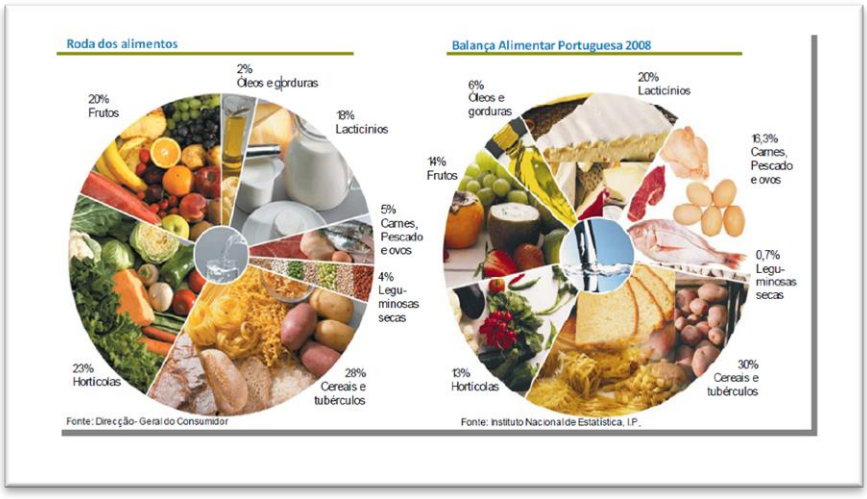
As recomendações para os adolescentes são: 6 a 11 porções de cereais, massas e vegetais; 4 a 5 porções de frutas e verduras; 3 a 4 porções de leite e derivados; 2 a 3 porções de carne, ovos, feijões e nozes; açúcar e gordura com moderação (Lidon & Silvestre, 2010). A roda dos alimentos constitui uma alternativa às pirâmides alimentares e é mais utilizada em Portugal, integrando, desde 1977, a campanha de Educação Alimentar “Saber comer é saber viver”, como um instrumento de educação alimentar. Trata-se de uma representação gráfica, circular, dividida em fatias de diferentes tamanhos, os grupos, que reúnem os alimentos com características nutricionais semelhantes. Atualmente, a roda dos alimentos integra 7 grupos de alimentos com diferentes dimensões, indicando a respetiva porção (em peso) que deve constar na alimentação diária (Lidon & Silvestre, 2010; Minderico & Teixeira, 2008). Conforme indica na Figura 2, as categorias/porções alimentares diárias recomendadas são: Cereais e

derivados, tubérculos – 28% (4 a 11 porções); Hortícolas – 23% (3 a 5 porções); Fruta – 20% (3 a 5 porções); Lacticínios – 18% (2 a 3 porções); Carne, pescado e ovos – 5% (1.5 a 4.5 porções); Leguminosas – 4% (1 a 2 porções e Gorduras e óleos – 2% (1 a 3 porções), (Minderico & Teixeira, 2008). A água está representada no centro porque faz parte da constituição de todos os alimentos (cf. Figura 2).

Cada grupo está associado a funções e características nutricionais específicas, pelo que todos eles devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si. Em cada grupo, contudo, encontram-se os alimentos nutricionalmente semelhantes que podem ser alternados, regularmente, garantindo a variedade nutricional e alimentar (Minderico & Teixeira, 2008). O número de porções recomendado depende de necessidades energéticas individuais. As crianças com idades de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores, os homens ativos e os rapazes adolescentes devem optar pelos limites superiores e a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.

Os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística relativos a 2008, que comparam as disponibilidades diárias com o padrão alimentar saudável, per capita, colocam em evidência a distorção que a alimentação nacional provoca na roda dos alimentos (INE, 2010). Os desvios mais acentuados ocorrem no grupo da “carne, pescado e ovos”, com uma disponibilidade para consumo de 11% acima do recomendado, e no grupo das “hortícolas”, com disponibilidades deficitárias em cerca de 10%. Nos grupos “fruta” e “leguminosas secas”, (-6% e -3%, respetivamente), constata-se a prevalência de disponibilidades para consumo abaixo do recomendado e nos grupos dos “cereais e tubérculos” e dos “laticínios” as disponibilidades para os respetivos consumos apresentam-se próximas do padrão alimentar aconselhado (INE, 2010).

Figura 2 - Roda dos alimentos e Balança alimentar portuguesa



Fonte: Balança Alimentar Portuguesa[1] 2003-2008, (INE, 2010, p. 2)

[1] A designação de “Balança Alimentar” refere-se ao método de avaliação da disponibilidade alimentar de um país num determinado período de tempo, habitualmente um ano civil. A partir dos dados globais obtidos pela contabilização da disponibilidade de alimentos para consumo humano obtém-se, não apenas a

A deformação da roda dos alimentos assume, contudo, outra perspetiva quando se avaliam os desequilíbrios por grupo de alimento. Para se alcançar a tipologia de consumo preconizada pela roda dos alimentos, os cidadãos residentes em Portugal deveriam aumentar em cerca de 5 vezes as quantidades consumidas de leguminosas secas e a sua dieta com hortícolas e frutos em mais 79% e 48%, respetivamente. Por outro lado, o consumo de carne, pescado, ovos, gorduras e óleos é excedentário, tornando-se necessário reduzir as quantidades disponíveis para consumo em, respetivamente, 70% e 67%" (INE, 2010, p.3).
O padrão dietético que neste momento predomina nos adolescentes, e muitos dos adultos, poderá ser o resultado da disponibilidade dos alimentos, no quotidiano, e da "invasão" maciça da gastronomia não mediterrânica, facto que condiciona os hábitos alimentares dos portugueses.

2.1 – Hábitos alimentares dos adolescentes

Os adolescentes têm algumas peculiaridades em relação ao comportamento que influencia as práticas e preferências alimentares. O comportamento dos adolescentes é imediatista, procurando, no presente, a satisfação em relação à alimentação, sem a preocupação se a qualidade dos alimentos que consomem pode vir a ser prejudicial na vida futura (Videon & Manning, 2003). Outra particularidade do adolescente é a sua forte ligação com os grupos de pares, com quem se identifica, acabando por adquirir o mesmo padrão de consumo, numa tentativa de quebrar com os padrões familiares que exercem influência no seu comportamento alimentar e evidenciar a sua autonomia nas escolhas alimentares. Os estudos demonstram que a presença dos pais às refeições correlaciona-se com hábitos alimentares mais saudáveis (Videon & Manning, 2003).
As necessidades biológicas influenciam, também, a escolha dos alimentos nesta faixa etária. Sendo nesta idade que se adquire 50% do peso de adulto, a necessidade energética é elevada. Para além disso, os adolescentes não estão imunes aos meios de comunicação, sofrendo a sua influência. Nesta fase da sua vida, podem restringir as suas necessidades dietéticas em detrimento de um "corpo ideal" personificado pela magreza (Monteiro & Júnior, 2007) principalmente as adolescentes ou estabelecer padrões de consumo alimentar desregrados como o *fast food* e guloseimas (Corte, 2005).
Os hábitos alimentares dos adolescentes e da restante população têm-se alterado nas últimas décadas. Nos EUA, entre 1987 e 1996, o consumo de refeições rápidas aumentou na população jovem, elevando o consumo energético devido à maior porção de gorduras e diminuindo a densidade de cálcio (Jahns, Siega-Riz, & Popkin, 2001). Um estudo sobre a tendência secular da ingestão dietética nos EUA revela que houve aumento da ingestão energética entre adultos e adolescentes do sexo feminino e aponta para um aumento de

disponibilidade *per capita* de alimentos, mas também recorrendo a tabelas de composição de alimentos, a de energia e macronutrimentos (Gonçalves Ferreira, 1978).

refeições fora de casa, do tamanho das porções, do consumo de bebidas adocicadas e alteração nos hábitos de petiscar como alguns dos fatores responsáveis por estes achados (Briefel & Johnson, 2004). Ainda, alguns estudos efetuados nos EUA., para avaliar os hábitos alimentares dos adolescentes, referem que a faixa etária entre os 10 e os 14 anos apresenta um baixo consumo de leite, vegetais, sopa, cereais e ovos e consumo excessivo de refrigerantes, doces, alimentos ricos em lípidos e glícidos, associados a um consumo energético elevado (Perez-Rodrigo et al., 2004). Em Nova Delhi, os estudos realizados concluíram que 65% dos adolescentes e jovens entre os 16 e 21 anos de idade deixaram de realizar pelo menos uma refeição diária, e as pizzas, sorvetes, refrigerantes, hambúrgueres, são os alimentos mais consumidos, mostrando uma tendência para o consumo de refeições rápidas (Mahna, Passi, & Khanna, 2004). No Brasil, numa análise qualitativa ao consumo alimentar dos adolescentes dos 10 aos 14 anos, observou-se em 70% a presença diária de bebidas gaseificadas, rebuçados, chicletes, biscoitos recheados, salgadinhos empacotados, doces em barras e um baixo consumo de frutas, hortaliças e produtos lácteos e a análise quantitativa revelou um consumo excessivo de proteínas e lípidos e insuficiente em ferro e cálcio. Pelo menos três refeições diárias (almoço, jantar e uma menor) foram realizadas por 94% dos adolescentes (Garcia, Gambardella, & Frutuoso, 2003).

O hábito de não fazer a primeira refeição do dia é observado com frequência nas diversas pesquisas realizadas com adolescentes. Um estudo realizado por Videon and Manning (2003), com 18.177 adolescentes saudáveis dos EUA, revelou que 1 em cada 5 adolescentes não tinham o hábito de tomar o pequeno-almoço. Aranceta, Serra-Majem, Ribas, and Perez-Rodrigo (2001), também, concluíram que muitos dos adolescentes espanhóis desvalorizam esta refeição e que os que a ingerem não fazem um pequeno-almoço balanceado. Na Austrália, num estudo realizado com 699 adolescentes mostrou que 12% não ingeriam o pequeno-almoço. Na Bélgica um estudo realizado com 341 adolescentes evidenciou consumo elevado de gordura total, em ácidos gordos saturados e dissacarídeos, mas baixa ingestão de energia ao pequeno-almoço.

Em Portugal, diversas pesquisas foram realizadas no campo alimentar. No estudo realizado por Cruz (2000), para avaliar as alterações nos hábitos alimentares da população portuguesa, entre 1990 e 1995, verificou-se um elevado consumo de cereais, peixe, marisco e azeite. Entre 1989 e 1995 o consumo de glícidos de absorção lenta e azeite foi reduzido, enquanto que o consumo de alimentos ricos em proteínas aumentou (S. S. Rodrigues & de Almeida, 2001).

O estudo realizado por M. Matos, Carvalhosa, and Fonseca (2001), com o objetivo de avaliar o comportamento alimentar dos adolescentes portugueses, classificou os hábitos alimentares em saudável (consumo diário de fruta, vegetais e leite), pouco saudável (consumo diário de batatas fritas, hambúrgueres, cachorros quentes ou salsichas, colas e outros refrigerantes, e ausência de alimentação saudável) e misto, concluindo que 29% tinham uma alimentação

saudável, 31.8% pouco saudável e que 49.2% tinham uma alimentação mista. Segundo o INE (2006), os hábitos alimentares dos portugueses alteraram-se, havendo um aumento do consumo alimentar per capita. Entre 1990 a 2003, assistiu-se a um aumento do consumo dos produtos hortícolas (+45%), produtos estimulantes (café, misturas de café e seus sucedâneos, cacau e chocolate) (+45%), carnes e miudezas (+31%) e frutos (+31%). Com acréscimos, mais moderados, sucederam-se os lacticínios (+19%), ovos (+14%), gorduras (+10 %), açúcares (+8%) e cereais (+4%). Pelo contrário, as maiores variações no decréscimo, per capita, verificaram-se para as raízes e tubérculos (-35%), leguminosas secas (-26%) e, mais moderadamente, no pescado (-9%) (INE, 2006).

No estudo da DGS realizado em 2005/2006, os alimentos mais, frequentemente, ingeridos pelos adolescentes portugueses, aos 12 e aos 15 anos, foram o leite (90%), a fruta (93%) e os sumos naturais (86%). Em ambos os grupos etários, mais de 75% dos adolescentes comiam bolachas, uma ou mais vezes por semana, 77% comiam rebuçados e gomas, 78% bebia leite achocolatado e 78% consumiam refrigerantes com gás. A sua dieta semanal englobava, também, os chocolates (85%) e os bolos de pastelaria (80%). As bebidas alcoólicas, como o vinho e a cerveja, entravam, esporadicamente, na alimentação dos de 12 anos, mas, aos 15 anos a cerveja era bebida por 17% dos adolescentes, uma ou mais vezes por semana, (DGS, 2008). Em relação aos hábitos alimentares de adolescentes, em escolas de dois distritos da região norte do país (Viseu e Vila Real), a maioria toma diariamente o pequeno-almoço, almoço e jantar (93.5%, 95.2% e 95.6%, respetivamente), ingerindo vegetais (52.1%), fruta (69.4%) e leite (83.5%). A nível do consumo de refrigerantes, verificou-se uma maior ingestão por parte dos rapazes em relação às raparigas ($p<.001$), (V. Rodrigues, Carvalho, Gonçalves, & Albuquerque, 2008).

Segundo M. M. S. R. S. Ferreira (2008) o padrão alimentar mais comum numa amostra de adolescentes, na região do Porto, compreende cinco refeições (35.9%, n=244) havendo 7.4% (n=50) que só fazem três por dia. A maioria toma o pequeno-almoço e o lanche a meio da manhã (55.4%, n=377) e 4.0% omitem estas refeições. Quanto aos refrigerantes, estes são consumidos diariamente por 23.4% dos inquiridos, sendo os rapazes os principais consumidores ($p=0.000$). Os adolescentes mais novos comem doces menos frequentemente que os mais velhos ($p=0.04$).

No estudo realizado por C. D. Costa, Monteiro, and Dias (2009) sobre comportamentos alimentares de 422 adolescentes, entre os 12 e os 15 anos, que frequentavam escolas públicas no concelho do Seixal, 24% dos rapazes e 30% das raparigas nunca tomavam o pequeno-almoço e 80% das refeições ingeridas eram pré-cozinhadas. As frutas e legumes eram diariamente consumidos por 3% dos rapazes e 5% das raparigas. A carne foi preferida ao peixe (68% dos rapazes vs 42% das raparigas). A maioria consumia gorduras saturadas numa ou mais refeições (76% rapazes vs 57% raparigas). As bebidas gaseificadas foram ingeridas, pelo menos, uma vez por dia por 47% dos rapazes e 30% das raparigas

Fonseca, Matos, Guerra, and Pedro (2009), salientaram que as raparigas e os adolescentes mais novos (11 anos) consomem mais frequentemente alimentos saudáveis e menos frequentemente alimentos pouco saudáveis. Parece assim que os adolescentes perdem em qualidade alimentar à medida que avançam na idade. No estudo Health Behaviour in Shool-aged Children (HBSC)[2] de 2010, envolvendo 5050 adolescentes (47.7% rapazes e 52.3% raparigas), de 136 escolas públicas, selecionadas aleatoriamente e estratificadas por região, a frequentar o 6º, o 8º e 10º ano de escolaridade, verificou-se que o consumo diário de fruta e vegetais foi maior nas raparigas (fruta: 45.0 vs 38.0%; vegetais: 30.0 vs 23.3%) (M. G. Matos et al., 2012).

Os rapazes consumiram mais doces (17.8 vs 17.2%) e mais refrigerantes (25.6 vs 20.8%). Comparando o resultado com os dos estudos anteriores, verificou-se diminuição do consumo diário de fruta (1998: 91.9%; 2010: 41.6%), vegetais (1998: 55.5%; 2010: 26.8%) mas também o de refrigerantes (1998: 49.1%; 2010: 23.1%) e doces (1998: 57.4%; 2010: 17.5%), (M. G. Matos et al., 2012). Em relação ao hábito de tomar o pequeno-almoço, em 2010, confirma-se o padrão observado em 2002, com uma ligeira redução. Durante a semana, são os rapazes que referem mais frequentemente ingerir esta refeição todos os dias (84.7% vs 76.4%). A ingestão diária do pequeno-almoço é um comportamento que aumenta com a idade (10.7% aos 11 anos e 28.3% aos 16 anos).

Portugal destaca-se como o país em que o hábito de tomar pequeno-almoço é mais frequente aos 13 e aos 15 anos, apenas superado pela Holanda no grupo etário dos 11 anos. Nesta idade a percentagem é semelhante (cerca de 90%) em ambos os sexos, mas aos 15 anos existem diferenças significativas (raparigas 69% e rapazes 79%). Comparativamente com os outros países, o consumo diário de fruta é elevado entre os adolescentes portugueses, sobretudo aos 11 anos. Os mais velhos consomem menos fruta e as diferenças deixam de ser significativas (Machado, Alves, & Couceiro, 2011). No que respeita ao consumo diário de refrigerantes, as percentagens encontradas colocam Portugal numa posição intermédia, (Machado et al., 2011).

Quadro 5 - HBSC – Saúde dos adolescentes portugueses de 1998 a 2010

	1998	2002	2006	2010
Peq-almoço durante a semana (nunca)	-	7.8%	6.1% ↓	6.7% =
Alimentação - comer doces (> 1x semana)	57.4%	64.3% ↑	65.7% ↓	59.5% =
Alimentação – beber coca-cola ou refrigerantes (> 1x semana)	49.1%	66.5% ↑	60.5% ↓	59.5% =

Fonte: Saúde dos adolescentes portugueses (M. G. Matos et al., 2012)

[2] O HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982 com investigadores de 3 países: Finlândia, Noruega e Inglaterra, e pouco tempo depois foi adoptado pela OMS, como um estudo colaborativo. Neste momento conta com 44 países entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998 (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001).

Monteiro and Júnior (2007), concluíram que em Portugal se verifica uma tendência para a dieta alimentar se afastar, progressivamente, dos intervalos recomendados pelas boas práticas nutricionais, sendo comum entre os adolescentes o consumo de *fast food*, as refeições fora de casa, a preferência por lanches e a restrição de alguns grupos de alimentos. O *fast food*, comida de baixo valor nutritivo, é constituído por alimentos com alto teor de gordura, colesterol, sal e açúcar e pobre em micronutrientes.

Diversos estudos realizados sobre hábitos alimentares e estado nutricional em países mediterrâneos (Boneu, Gomez-Quirante, Feijoo, Martos, & Foz, 1994; Val et al., 1997), destacam a mudança significativa na forma de alimentação da população. A dieta portuguesa, rica em produtos vegetais, tem sido modificada por um excessivo consumo de alimentos doces, *fast food*, ocasionando desequilíbrio de nutrientes. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, no período decorrido entre 2003 e 2008, acentuaram-se os desequilíbrios da dieta alimentar portuguesa. Excesso de calorias e gorduras saturadas, défice em frutos, hortícolas e leguminosas secas e recurso excessivo aos grupos alimentares de "Carne, pescado, ovos" e de "Óleos e gorduras" caracterizaram a alimentação em Portugal (INE, 2010)**.** Esta evolução leva a concluir que os hábitos alimentares da população portuguesa têm tendência a afastar-se da dieta tipo mediterrânica, com um aumento de consumo dos produtos de origem animal muito superior ao aumento do consumo dos produtos de origem vegetal. Facto que muito terá contribuído para a elaboração e publicação, em setembro de 2012, do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos tendo como objetivo a melhoria do estado nutricional e saúde da sua população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias. É que, um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional não só as doenças orais, como as cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade… (DGS, 2012b).

Assume particular importância a modificação da oferta de alimentos com elevado teor de açúcar, sal e gordura, controlando o seu fornecimento e venda nos estabelecimentos de ensino, de saúde, nas instituições que prestam apoio social e nos locais de trabalho e o incentivo a maior disponibilidade de alimentos com outras propriedades (água, frutos ou hortícolas frescos) e o desenvolvimento de ações de reformulação nutricional dos produtos alimentares através da articulação da saúde escolar, nas autarquias, nas regiões de turismo e restauração ou da segurança social (DGS, 2012b). A venda de bebidas gaseificadas nas escolas deve ser evitada uma vez que as mesmas provocam a erosão dentária. Os

adolescentes devem ser informados que a ingestão deste tipo de bebidas por palhinha diminui este risco (A. P. Mendes, 2012).

2.2 – Propriedades dos alimentos

A posição da American Dietetic Association é de que a nutrição é um componente integral da saúde oral e diferentes componentes da nossa dieta têm relação com a mesma (ADA, 2007). O conhecimento e a identificação das suas ações permitirão desenvolver as intervenções adequadas para modificar os hábitos alimentares de risco.

Podemos classificar os alimentos, em cariostáticos e cariogénicos (ADA, 2003). Para determinar as propriedades cariogénica e cariostática, os principais fatores a considerar são o estado dos alimentos (líquido, sólido, lentamente dissolvido), a frequência de consumo de açúcar e outros hidratos de carbono fermentáveis, a duração da exposição, a composição dos nutrientes, a sequência de ingestão de comida e as combinações dos alimentos, a capacidade de estimular a saliva e a presença de soluções tampão (ADA, 2007; Radler & Touger-Decker, 2007; Torres, 2009).

É importante diferenciar alimentos cariostáticos e cariogénicos (ADA, 2003; Bolan, 2007; Radler & Touger-Decker, 2007; Torres, 2009; Touger-Decker & van Loveren, 2003). Os cariostáticos não são metabolizados por micro-organismos da placa e não causam uma queda no pH da saliva para valores inferiores a 5.5, num espaço de tempo inferior a 30 minutos (exemplos: alimentos proteicos, tais como os ovos, aves, carne, peixe, gorduras, e a maioria dos vegetais). Os cariogénicos são alimentos ou bebidas que contêm hidratos de carbono fermentáveis responsáveis pela diminuição no pH da saliva, para valores inferiores ou iguais a 5.5, e pela desmineralização, quando em contacto com micro-organismos da cavidade oral (exemplos: as guloseimas, o chocolate, as bolachas recheadas, os refrigerantes e “fast food”).

A composição química, a forma física, o tamanho das partículas, a solubilidade, a adesão e textura dos alimentos são fatores importantes na determinação da cariogenicidade dos mesmos (Bolan, 2007).

A dieta cariogénica é caracterizada por ser rica em mono e dissacarídeos, ser facilmente solúvel na saliva e fermentada por micro-organismos, sendo lentamente removida da cavidade oral. Contudo, o risco de cárie depende de fatores individuais, como o pH da saliva, predisposição genética, uso de medicamentos, incidência de doenças sistémicas ou locais que afetem o sistema imunitário. Os hábitos pessoais de higiene também têm um papel importante na suscetibilidade à cárie dentária (Touger-Decker & van Loveren, 2003).

Têm sido utilizados diversos métodos para determinar o potencial cariogénico dos alimentos. Estes determinam a cariogenicidade do alimento de forma direta, pela quantidade de ácido

produzido. A acidogenicidade pode também ser medida de forma indireta calculando a capacidade do alimento em produzir ácido na placa bacteriana (Pollard, Moss, & Yates, 1995). Entende-se por alimento acidogénico todo aquele que contenha açúcar ou qualquer outro hidrato de carbono fermentável e que possa ser metabolizado por bactérias cariogénicas.

Os alimentos com maior potencial acidogénico que tornam o pH da boca mais ácido, contribuem de forma decisiva para a formação de cárie. Palmer (2001) classifica os alimentos em acidogénicos e não acidogénicos. No grupo dos não acidogénicos inclui os vegetais crus: brócolos, couve-flor, pepino, alface, cenouras, pimentos; Carne, peixe e aves; Leguminosas (feijões, favas e ervilhas); Frutos secos de casca dura (nozes, avelãs, amêndoas); Produtos lácteos (leite, queijos e iogurtes, mesmo com sabores); Cereais (sem açucares); Amendoins e manteiga de amendoim natural; Gorduras (óleos, manteiga e margarina); Rebuçados sem açúcar. No grupo dos alimentos acidogénicos (menor para maior grau) incluem-se: Vegetais cozinhados; Fruta fresca (maioria); Fruta cozida ou caramelizada; Sumos de fruta; Bebidas adocicadas; Cremes (sem ser de produtos lácteos); Gelados, pudins, gelatinas e refrigerantes; Batatas fritas de pacote, bolachas crackers e snacks (salgadinhos); Gomas; Amidos: pão, arroz, cereais doces, batatas fritas; Biscoitos, bolos, tartes, pastelaria, pipocas doces; Bananas e frutas cristalizadas; Produtos de açúcar de dissolução lenta na boca, tais como rebuçados, caramelos, etc.

Em síntese, os hábitos alimentares saudáveis promovem a manutenção da saúde e da qualidade de vida. O atual período de transição alimentar, representado por modificações nos hábitos alimentares, com a substituição de alimentos naturais, ricos em fibras e nutrientes, por alimentos industrializados, acidogénicos, ricos em açúcares, pode ser um facilitador do surgimento de cáries (WHO, 2003b). Estas, como referido anteriormente, podem influenciar a autoestima, a nutrição e a saúde, interferindo na qualidade de vida relacionada com a saúde oral (WHO, 2003c).

Capítulo 3 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A opinião que cada pessoa tem sobre o seu estado de saúde é um indicador recomendado pela OMS para avaliação do estado de saúde das populações.
A saúde oral está intimamente associada ao bem-estar geral de cada indivíduo, sendo um fator que contribui para manter ou restabelecer as condições físicas, emocionais e sociais necessárias ao aumento das capacidades individuais, melhorando a qualidade de vida; é uma dimensão da Saúde muito importante e a adolescência é uma fase crucial para a integração de hábitos saudáveis a este nível.

Nas últimas décadas, em muitos países, o processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado, somado aos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento das patologias crónico-degenerativas e de enorme letalidade, tiveram como resultado o aumento da esperança de vida. Este facto, adicionado à influência de novos paradigmas sobre políticas e práticas no universo da saúde, foi o responsável, em grande medida, pelo crescente interesse sobre o tema qualidade de vida, nos estudos científicos desenvolvidos na área (Paschoal, 2000).

Uma notável marca na história do conceito de QV foi, sem dúvida, a proposta da OMS, em 1948, para se encarar a saúde pela positiva, não sendo percebida como a mera ausência de doença ou enfermidade mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Pais-Ribeiro, 2007), onde estão implícitos múltiplos fatores que se interligam e que influenciam a saúde do homem. Nesta perspetiva, a saúde é entendida como pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, mentais e sociais do homem, tendo em conta, como principais fatores, a carga genética e a procura permanente do equilíbrio com o meio ambiente (Martins, 2005).

A QV, mais do que ser conceptualizada como um objetivo individual, passou a ser percebida como um objetivo social relevante, o que se tem vindo a refletir nos estudos epidemiológicos, nos ensaios clínicos e estudos de economia da saúde (Power, Harper, & Bullinger, 1999). Neste âmbito, os profissionais das ciências humanas e sociais e da saúde, ao longo do tempo, têm vindo a tomar consciência da necessidade de unirem esforços, de modo a capitalizarem e potenciarem os pontos fortes das suas formações de base. Assim, de forma sistemática, em áreas e contextos que tradicionalmente não estavam integrados, a interdisciplinaridade é cada vez mais praticada entre eles (I. Silva, Meneses, & Silveira, 2008).

Estes movimentos de convergência multidisciplinar (Meneses, 2005; I. Silva, 2003; I. M. S. L. Silva, 2006) refletem-se, precisamente, com particular evidência, na qualidade de vida. Os indicadores da QV são frequentemente utilizados em campos tão distintos quanto a gestão da saúde hospitalar e farmacêutica, a economia, a política e a educação, o que se tem traduzido

na produção de um crescente número de definições e instrumentos de avaliação tão ricos e diversificados quanto os domínios que se debruçam sobre este conceito (Pais-Ribeiro, 2007).

Devido às desigualdades sociais existentes na generalidade dos países, o conceito de qualidade de vida está vinculado aos indicadores de desenvolvimento social e económico, assume um perfil multidimensional e abarca os setores do trabalho, lazer, habitação, transporte, educação e saúde, designadas medidas de qualidade de vida objetiva (Lacerda, 2005). Bech (1993, p. 1) vai para além desta perspetiva, considerando a QV um conceito político, dado ter sido introduzido no quotidiano com a declaração do presidente americano Lyndon B. Johnson, em 1964, que dizia que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas". Esta afirmação é o reconhecimento de uma enorme mudança social em relação ao valor do indivíduo e à importância da perspetiva subjetiva na avaliação da vida e o reconhecimento de que o bem-estar inclui forçosamente elementos positivos que transcendem a prosperidade económica (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Em consonância com o anteriormente descrito, C. A. S. Pinto and Pais-Ribeiro (2007) afirmam que na comunidade científica há uma multiplicidade de conceitos para qualidade de vida, não havendo consensos. Estes e outros autores (Michelone & Santos, 2004; Pais-Ribeiro, 1994) concordam com a definição de Qualidade de Vida como "a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura em que vive e do sistema de valores inerentes, e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1995, p. 1405). QV é um conceito que integra de forma completa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de independência, as suas relações sociais, as suas crenças pessoais e as suas relações com os acontecimentos do seu meio ambiente. Nesta definição fica implícito que o conceito de Qualidade de Vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes, & Chor, 2006). Para Minayo, Hartz, and Buss (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e na própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera o seu padrão de conforto e bem-estar (Minayo et al., 2000). Parecendo consensual considerar a QV como um constructo multidimensional, isto é, como sendo determinada por vários domínios ou dimensões, que se inter-relacionam e não como um conceito unitário (Gorbatenko-Roth, Levin, Altmaier, & Doebbeling, 2001; Jacobson, 2002; Kaplan, 2000; Pais-Ribeiro, 1994).

Nos indivíduos a QV está fortemente influenciada pela sua condição de saúde, inclusive a saúde oral. Esta pode estar afetada por doenças infecto-contagiosas dentárias, ósseas e dos tecidos moles; traumatismos oro-dentários; anomalias do desenvolvimento da região oral;

patologia mediada pela imunidade; quistos odontogénicos e de desenvolvimento das regiões orais; tumores benignos, neoplasias malignas da cabeça e pescoço, entre outras, que podem induzir restrições físicas e psicológicas e influenciar diretamente a alimentação, fala, locomoção, convívio social e autoestima (Sheiham et al., 2001; I. Silva, Meneses, & Silveira, 2007).

Considerando as condições de saúde oral, poder-se-á definir a qualidade de vida oral (QVO) como a perceção do grau de satisfação que uma pessoa tem em relação à sua boca em função da sua atividade quotidiana, tendo em conta as circunstâncias passadas e presentes, as suas implicações no cuidado, as suas expectativas, seus paradigmas e, provavelmente, o sistema de valores que o seu sistema sociocultural lhe transmite (Montero, 2006).

Nos dias de hoje, apesar dos avanços científicos, as patologias orais, nas quais a mais prevalente é a cárie, têm um peso significativo. As crianças e adolescentes continuam a ser atingidas precocemente por aquelas entidades nosológicas, contribuindo para a perda dos dentes definitivos, uma evidente deterioração da autoimagem e convívio social e consequente défice na qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Elias et al., 2001). Não se pode por isso negligenciar a sua importância e o impacto na qualidade de vida nas diferentes dimensões humanas (J. S. Costa, Montero, Bica, & Cunha-Nunes, 2012).

A saúde oral afeta física e psicologicamente as pessoas no seu desenvolvimento, no usufruto da vida, na forma como falam, comem, saboreiam, se relacionam e nos atraiem (Sheiham, 2005; WHO, 2003c), assumindo-se como “um componente da saúde e esta uma componente do bem-estar e da felicidade individual” (Chaves, 1986, p. 429).

A qualidade de vida oral pode variar unicamente por adaptação e compensação orgânica com o passar do tempo, podendo ocorrer, em simultâneo, melhoria e deterioração na QVO (Gregory, Gibson, & Robinson, 2005; Slade, 1998). Devido à sua natureza multidimensional, por exemplo, a perda de dentes por cárie aumenta a dificuldade mastigatória, no entanto alivia a dor e o desconforto provocados pelos dentes cariados (Slade, 1998).

As patologias orais afetam a QV, mais concretamente a QVO (Lucer-Verdugo, Camacho Alonso, & López Jornet, 2009). Como se menciona anteriormente, existem escalas para avaliar a QV. Algumas dessas escalas, por exemplo a MSAS adaptada (Memorial Symptom Assesment Scale), incluem parâmetros sobre a QVO (Skaret, Astrom, & Haugejorden, 2004), tais como: boca seca, dor da cavidade oral, disfagia e alteração no paladar da comida. No entanto, existem questionários mais específicos e úteis, na prática clínica, para conhecer e compreender o impacto das patologias na QVO (Lucer-Verdugo et al., 2009).

No entanto, apenas abordaremos, os que pela sua importância estratégica, as suas incorporações metodológicas e a sua fundamentação teórica foram considerados chaves no desenvolvimento dos indicadores da QVO (Montero, 2006).

Os indicadores clínicos tradicionais (morbilidade, CPOD, índice de placa, entre outros) são capazes de avaliar a patologia, mas são limitados quando se pretende avaliar os efeitos da doença principalmente no caso do indivíduo em desenvolvimento (V. G. Pinto, 2000). Assim, merecido destaque tem sido dado à avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes em virtude de esta ser um componente auxiliar na mensuração da saúde do indivíduo.

3.1 – Instrumentos de medida de qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A qualidade de vida é considerada, cada vez mais, como uma componente essencial para avaliar os resultados dos cuidados de saúde, incluindo os programas de saúde pública (Hennessy, Moriarty, Zack, Scherr, & Brackbill, 1994). Até há duas décadas, existia uma ausência de índices para medir a QV no que se relaciona com a saúde oral. Na atualidade existe um conjunto significativo de instrumentos que avaliam o impacto das condições orais no bem-estar e na qualidade de vida, através de um conjunto de indicadores que fazem parte do Sistema de Vigilância da Saúde na Europa (European Commission, 2005).

Nas últimas duas décadas, vários indicadores sócio dentários foram desenvolvidos, de que são exemplo: o Geriatric Oral Health Assessment Index – GOHAI (Atchison & Dolan, 1990), o Dental Impacts on Daily Living - DIDL (Leao & Sheiham, 1996), o Oral Health Impact Profile - OHIP- 49 (Slade & Spencer, 1994) e a sua versão abreviada – o OHIP-14 (Slade, 1997a) e o Oral Impacts on Daily Performances - OIDP (Slade, 1997b). Estes questionários foram construídos para serem aplicados na população adulta e idosa.

Apesar de indicadores sócio dentários elaborados para adultos terem sido aplicados, com sucesso, em adolescentes, a perceção de adultos e crianças a respeito do impacto dos problemas de saúde sobre a QV é diferente, dado que as crianças e os adolescentes possuem uma visão peculiar de si mesmos e do mundo, devido à fase de desenvolvimento físico e emocional em que se encontram (Assumpção Júnior, Kuczynski, Sprovieri, & Aranha, 2000; Kuczynski & Assumpção Júnior, 1999; Pal, 1996). Justificando-se, o desenvolvimento de instrumentos específicos para crianças e adolescentes viabiliza a mensuração mais aperfeiçoada do impacto dos problemas orais sobre a sua qualidade de vida.

Levando isso em consideração, Jokovic et al construíram o Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQoL) idealizado para se adaptar aos conceitos modernos de saúde infantil e ser aplicável a crianças com idades compreendidas entre os seis e os catorze anos (Jokovic et al., 2002; Jokovic, Locker, Tompson, & Guyatt, 2004). Gherunpong, Tsakos, and Sheiham (2004) adaptaram o OIDP para uso em crianças criando o CHILD-OIDP, Broder, Janal, Wilson-Genderson, Reisine, and Phillips (2005) desenvolveram o Child Oral Health Impact Profile (COHIP) e Pahel, Rozier, and Slade (2007) o Early Childhood Oral Health Impact - ECOHIS Scale.

O Child Oral Health Quality of Life (COHQoL) - é um questionário que pretende avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de crianças e adolescentes com idades entre 6 e 14 anos, sendo sensível ao desenvolvimento cognitivo e emocional (Jokovic et al., 2002, 2003; Jokovic et al., 2004). É constituído por um questionário sobre o impacto dos problemas orais das crianças nos pais e na família (Family Impact Scale – FIS), um questionário para avaliar a perceção da criança sobre a sua própria saúde oral (Child Perception Questionnaire – CPQ) que varia segundo a faixa etária, e um questionário para avaliar a perceção dos responsáveis sobre a saúde oral dos filhos (Parental Perceptions Questionnaire – PPQ).

O Child Perceptions Questionnaire (CPQ) é um dos instrumentos do COHQoL e foi preconizado por Jokovic, Locker, and Guyatt (2006) e tem como grande vantagem respeitar as constantes mudanças que ocorrem durante a infância, em função disto, divide-se segundo as faixas etárias 6-7, 8-10 e 11-14.

O Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10), é um questionário autopreenchido, composto por 25 itens, desenvolvido por Jokovic et al. (2004). Abrangem quatro subescalas, cinco itens de sintomas orais, cinco de limitações funcionais, cinco de bem-estar emocional e dez de bem-estar social. Os itens versam sobre a frequência que os eventos ocorreram nas quatro semanas anteriores à aplicação do instrumento. As opções de resposta seguem a escala Lickert de cinco pontos, variando do *score* 0 ao *score* 4 para cada item. Desta forma, a criança pode apresentar valores que variam de 0 (nenhum impacto da sua condição bucal sobre a sua qualidade de vida) ao *score* 100 (máximo impacto da sua condição bucal sobre a sua qualidade de vida). O instrumento também possui dois itens de identificação do paciente (género e idade) e dois itens gerais sobre saúde bucal da criança e sobre o quanto a alteração oral ou orofacial afeta seu bem-estar geral (Jokovic et al., 2004).

O Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14), é um questionário autopreenchido, desenvolvido por Jokovic et al. (2002), que avalia as perceções dos adolescentes, com idade entre 11 e 14 anos, sobre o impacto das doenças orais na qualidade de vida. Consiste em 41 itens que se referem ao impacto ocorrido durante os últimos três meses anteriores à avaliação. O questionário apresenta quatro domínios: sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social.

Gherunpong et al. (2004) adaptaram o OIDP para uso em crianças criando o Child-Oral Impact on Daily Performance Index (CHILD-OIDP). As modificações realizadas propuseram adequar o questionário para crianças de 11 a 12 anos de idade. O CHILD-OIDP, foi construído somente com impacto sobre a capacidade de executar as atividades da vida diária relativas ao desempenho físico, psicológico e social. Possui uma lista com todos os problemas orais que as crianças são capazes de perceber e utiliza figuras para ilustrar as perguntas.

O Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) – desenvolvido por Pahel et al. (2007), inclui 13 itens dos 36 itens que compõem o questionário COHQoL com a intenção de avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de crianças em idade pré-escolar. O instrumento inclui uma subescala com 9 itens, para avaliar o impacto na criança, e outra com 4 itens, para avaliar o impacto na família e deve ser preenchido pelos responsáveis das crianças (Pahel et al., 2007).

Broder et al. (2005) desenvolveram o Child Oral Health Impact Profile (COHIP), elaborado para ser respondido pelos pais e pelas crianças e que inclui questões que avaliam tanto aspetos positivos como negativos da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, o que lhe confere um caráter inovador em relação aos instrumentos anteriormente citados.

Recentemente, tanto o OHIP como o OIDP foram utilizados em estudos envolvendo adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos (A. Alves et al., 2005; D. S. Alves & Gonçalves, 2009; Biazevic, Rissotto, Michel-Crosato, Mendes, & Mendes, 2008; Broder, Slade, Caine, & Reisine, 2000; Cortes, Marcenes, & Sheiham, 2002; J. S. Costa et al., 2012; R. Costa et al., 2012; DGS, 2008; C. Ferreira, Loureiro, & Araújo, 2004; C. Oliveira & Sheiham, 2003).

O Perfil de Impacto da Saúde Oral (OHIP) é um dos instrumentos que avalia a perceção das pessoas do impacto social das perturbações orais no seu bem-estar. O OHIP (49) foi baseado no modelo teórico desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adaptado para a saúde oral por Locker (1988). As 49 questões no OHIP incluem sete dimensões concetualmente formuladas, baseadas no modelo teórico de saúde oral de Locker (1988). Estas são: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. Neste modelo, as consequências das doenças orais são hierarquicamente vinculadas a partir de um nível biológico, a um nível comportamental e a um nível social. A hierarquia capta os resultados que têm um impacto disruptivo crescente na vida das pessoas (Slade, 1997b). Por exemplo, as questões da limitação funcional captam impactos que seriam aparentes principalmente para o indivíduo. Questões na dimensão incapacidade referem-se ao impacto nas atividades diárias, enquanto que a Desvantagem representa a extensão do problema causado pela saúde oral. Subescalas separadas podem ser calculadas para cada dimensão do OHIP, enquanto que os níveis gerais do impacto social têm sido calculados utilizando todas as 49 questões. Estudos epidemiológicos que utilizaram o OHIP descobriram que falta de dentes, cáries não tratadas, perda de inserção periodontal e barreiras aos cuidados dentários estão associados aos crescentes níveis de impacto no bem-estar (Hunt, Slade, & Strauss, 1995; Locker & Slade, 1994; Slade & Spencer, 1994).

3.2 – Estudos sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral

Os estudos sobre qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVRSO), em crianças e adolescentes, têm vindo a ganhar relevância desde a última década. Pelo que se torna pertinente citar alguns dos resultados mais recentes do conhecimento científico produzido na área da qualidade de vida associado à condição de saúde oral dos adolescentes, a nível internacional e no contexto nacional.

A nível internacional o estudo pioneiro de Broder et al. (2000) com adolescentes americanos com idades compreendidas entre 12 e 14 anos, comparou o OHIP-49 com o 25 SF-36, concluindo que o primeiro era mais sensível ao impacto dos problemas orais.

C. Oliveira and Sheiham (2003), utilizaram o OIDP e o OHIP-14 em 1675 adolescentes brasileiros com idade entre 15 e 16 anos, e verificaram a importância de utilizar métodos subjetivos, complementando os métodos normativos, para avaliar a necessidade de tratamento ortodôntico.

No estudo realizado por C. Ferreira et al. (2004), em 312 crianças de 12 anos de idade, estudantes da rede pública, foi avaliada a concordância entre a presença de cárie e a perceção individual de cárie. Para avaliar a prevalência de cárie na população estudada foi utilizado o CPO-S e para mensurar o impacto da cárie na qualidade vida oral o OHIP-14. O OHIP-14 mostrou um elevado grau de concordância com a ocorrência de cárie. Os indivíduos com resultados significativos na dimensão “dor física” no OHIP tinham 1,5 vezes mais necessidade de tratamento (C. Ferreira et al., 2004).

Em 2008, Biezavic avaliou a relação entre a saúde oral e o impacto na qualidade de vida oral em 247 adolescentes de 15 e 17 anos de idade. Para a avaliação da saúde oral, utilizou o índice CPOD e o OHIP para avaliar o impacto na qualidade de vida oral. A média de OHIP total foi 3.95, encontrando um impacto moderado nas dimensões dor física e desconforto ao comer os alimentos. Os autores observaram uma correlação com significado estatístico entre a prevalência de dentes cariados e a maior pontuação do OHIP.

Brennan and Spencer (2009) também encontraram menor prevalência de impacto na qualidade de vida entre adolescentes que escovavam os dentes com mais frequência.

A prevalência da cárie dentária e a sua influência na qualidade de vida oral, nos domínios desempenho físico, funcional, psicológico e social foi avaliada no estudo realizado por Sá, em 2010, numa amostra constituída por adolescentes de 12 e 15 anos que frequentavam o ensino público do município de Caaporã – Brasil. A presença de cárie foi aferida pelo CPOD, segundo os critérios da OMS, e a qualidade de vida pelo Oral Health Impact Profile (OHIP-14). A média do OHIP-14 aos 12 anos foi 4.57 (DP=3.5) e aos 15 anos 3.98 (DP=4.0). Aos 12 e 15 anos, a maioria dos adolescentes (97.9 % e 92 %, respetivamente) respondeu nunca ter sentido dificuldade na pronúncia, enquanto 6.4 % e 4.7 % afirmaram sentir, sempre, dor na

boca e desconforto ao comer algum alimento devido a problemas causados pelos dentes (Sá, 2010). Houve correlação estatisticamente significativa entre os índices CPOD e o OHIP-14 aos 12 e aos 15 anos. Foi evidenciada a influência da experiência de cárie dentária na qualidade de vida aos 12 e 15 anos, nas dimensões incapacidade física e *handicap*, com maior impacto negativo nos adolescentes de 15 anos (Sá, 2010).

Também no estado do Paraná, Brasil, em 2010, foi realizado um estudo que avaliou a associação entre a saúde oral e o impacto na qualidade de vida, em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Para avaliar a saúde oral utilizaram vários indicadores clínicos entre os quais o índice de CPOD e o índice de Placa Bacteriana Simplificado (D. C. Oliveira, 2011). Para avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida foi utilizado o Oral Health Impact Profile (OHIP-14), aplicado juntamente com um questionário sociodemográfico. Verificou-se associação estatística significativa entre dentes cariados não tratados e o impacto na qualidade de vida, sendo que entre os indivíduos que apresentavam dentes cariados não tratados a prevalência de impacto na qualidade de vida foi 1.81 vezes maior do que no grupo que não apresentava esta condição (D. C. Oliveira, 2011). A prática de higiene oral também se associou ao impacto na qualidade de vida, sendo que entre os adolescentes com higiene oral não satisfatória a prevalência de impacto na qualidade de vida foi 1.47 vezes maior do que entre aqueles que apresentaram higiene adequada (D. C. Oliveira, 2011).

No contexto português, em 2005 Bulhosa e a equipa de saúde escolar do Centro de Saúde de Castelo de Paiva conduziram uma “Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes”. O estudo abrangeu 256 adolescentes de 13, 16 e 18 anos, que frequentavam as escolas do 2.º, 3.º ciclo e secundário de Castelo de Paiva. Dos resultados, destaca-se: a realização da escovagem dos dentes, duas ou mais vezes por dia, por 56.6% dos adolescentes, o índice de CPOD de 3.79 e uma percentagem de apenas 14.5% dos indivíduos observados livres de cárie. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Oral Health Impact Profile (OHIP-49) já validado para a população portuguesa, que permite verificar o impacto de 7 dimensões. Este impacto traduz-se na capacidade de o indivíduo se realizar e participar nas atividades sociais quotidianas. Concluíram que a maioria dos impactos negativos, relativos ao estado de saúde oral, se concentra no grupo mais afetado pela doença cárie dentária e com ocorrência de dor no último mês (A. Alves et al., 2005).

No Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais realizado em Portugal em 2005/2006 foi utilizado o questionário OHIP (49) em versão reduzida tendo por base as dimensões da escala relacionadas com as limitações funcionais, escolares e sociais (DGS, 2008). No que diz respeito as limitações funcionais devido a problemas orais e de acordo com este estudo, as doenças orais podem afetar os adolescentes do ponto de vista físico e psicológico também

podem influenciar a forma como crescem, vivem, falam, socializam e se sentem consigo próprios e com os outros. No estudo, a percentagem de adolescentes de 12 e 15 anos que referiram ter dor de dentes ao escovar, ou comer ou beber alimentos quentes ou frios nos últimos 6 meses foi de 35 e 42%, respetivamente. Relativamente às limitações escolares: a dor de dentes ou outros pode afetar o desempenho nas atividades escolares interferindo assim na aprendizagem. No estudo, 20% e 23% dos alunos de, 12 e 15 anos, referiram que a dor de dentes teve impacto na sua atividade escolar. Por último, no que se refere às limitações sociais: as alterações orais podem condicionar as atividades sociais, nomeadamente o relacionamento com a família, amigos e outros. No mesmo estudo, 35% dos adolescentes de 12 anos e 41% dos de 15 anos referiram que os problemas orais perturbaram a sua relação com a família, 34% e 41%, respetivamente, com os amigos e 33% e 40 % com os vizinhos, professores (DGS, 2008).

D. S. Alves and Gonçalves (2009) num estudo que realizaram centrado na avaliação do impacto da Saúde Oral na QV, em adolescentes com idades entre os 11 e os 14 anos e que pretendia avaliar a perceção dos mesmos sobre a condição de Saúde Oral e o quanto ela interfere na QV. Verificaram que a prevalência de cárie foi de 74%, sendo que 49% tinham um índice de placa bacteriana satisfatório. Foram mencionados como principais impactos da Saúde Oral na QV as “limitações funcionais” e os “sintomas orais” seguindo-se o “bem-estar emocional” e por último o “bem-estar social”.

Em 2010 Duarte (2010) realizou um estudo para avaliar o impacto da Saúde Oral na QV de adolescentes, utilizando o questionário CPQ 11-14, cujo intuito é medir o impacto funcional e psicossocial das condições orais, em adolescentes com idade compreendida entre os 11 e os 14 anos. Verificou-se que 76% dos adolescentes classificaram a sua Saúde Oral como boa ou muito boa e 73% relataram que a sua vida era muito pouco ou nada afetada pela condição dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca. As dimensões que mais afetaram os participantes foram “limitações funcionais” e o “bem-estar emocional” seguindo-se os “sintomas orais” e o “bem-estar social”.

Num estudo realizado por R. Costa et al. (2012), sobre a Influência do Índice de CPOD e varáveis demográficas na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) num grupo de adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, a frequentarem o 3º ciclo do ensino básico e secundário do distrito de Viseu, verificaram uma associação positiva e significativa entre o CPOD e a Incapacidade física e OHIP total, inferindo que a menor índice de CPOD correspondia melhor qualidade de vida nas dimensões referidas. O questionário usado na investigação foi o OHIP – 49.

J. S. Costa et al. (2012) avaliaram o impacto dos fatores dietéticos na qualidade de vida oral em adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos da zona centro de Portugal. Os resultados revelaram que a maioria dos adolescentes (68.3%) considerou ter

uma alimentação saudável, 14.9% bastante saudável, 10.3% pouco saudável e 2.7% nada saudável. A ingestão de guloseimas entre as refeições é realizada às vezes por 45.0% dos adolescentes, 13.8% consomem guloseimas quase todos os dias e 5.2% todos os dias. O consumo de guloseimas entre as refeições apresenta valores estatisticamente significativos no OHIP total. Na avaliação da qualidade de vida oral foi utilizado o instrumento (OHIP- 49).

Na qualidade de vida oral, em termos de prevalência de impacto, constataram que a dimensão "limitação funcional" foi a mais afetada, e a desabilidade social a menos afetada. No global, a qualidade de vida relacionada com a saúde nesta amostra teve em média 3.3 itens afetados de forma severa. O nível de impacto foi maior na limitação funcional e menor na dimensão desabilidade social (J. S. Costa et al., 2012).

Em síntese, a investigação científica documenta que no âmbito da saúde oral a avaliação da qualidade de vida é uma atitude fundamental. Ela permite obter o conhecimento necessário ao desenvolvimento de métodos de promoção da saúde ajustados aos diferentes grupos etários (M. G. Matos & Gaspar, 2008). Por isso, existe um interesse crescente na avaliação da qualidade de vida, considerada fundamental na definição de prioridades, no racionamento de recursos, em intervenções ou avaliação de políticas de saúde e implementação de novas políticas ou estratégias de intervenção bem como na definição de ações de promoção de saúde mais adequadas e direcionadas à população a que se destinam.

Capítulo 4 – Promoção e educação para a saúde oral em adolescentes: contributos da enfermagem

> *As intervenções estratégicas de educação para a saúde, podem ser mais eficazes na idade infantil e na adolescência; os alicerces importantes da saúde dos adultos são estabelecidos na vida pré natal e na infância (Thomsen, Lauritzen, & Engberg, 2002)*

A promoção da saúde tem sido conceptualizada como uma ação de saúde pública orientada para o aumento do controlo individual sobre os determinantes de saúde, nomeadamente através da implementação de políticas de saúde e da identificação e desenvolvimento das condições de vida, nos seus diferentes *settings* (escolar, laboral, de lazer, etc), que influenciam o comportamento de forma mais ou menos direta (Nutmeat, 2000). De acordo com a Carta de Ottawa, uma fonte de inspiração e de orientação em posteriores ações (Martins, 2005), a promoção de saúde, assente no paradigma salutogénico, visa controlar os fatores comportamentais, psicossociais e ambientais, valorizando os aspetos que interferem na saúde positivamente, no sentido de a melhorar (WHO, 1986).

Dada a sua importância, a promoção da saúde é considerada uma estratégia que urge incorporar em todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental). Para isso, em relação aos principais fatores que determinam a saúde, é necessário o desenvolvimento de atividades diversificadas, fundamentadas em ações de promoção da saúde que se relacionem e complementem, e que possam ser sistematizadas em três vertentes de intervenção (WHO, 1986): educação para a saúde (processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde), prevenção da doença (conjunto de medidas que visam evitar, detetar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas) e proteção da saúde (conjunto de medidas destinadas ao controlo de fatores de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais).

De acordo com Garzón (2005), a promoção da saúde não se ocupa somente de promover o desenvolvimento das habilidades individuais e a capacidade da pessoa para influir sobre os fatores que determinam a sua saúde, mas, inclui, também, a intervenção sobre o ambiente. Isto, tanto para reforçar os fatores que contribuem para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, como para modificar aqueles que impedem a sua praticabilidade, de modo a conseguir que as opções mais saudáveis sejam as mais fáceis de eleger.

A promoção de saúde, uma das chaves para prevenir a doença, está inserida numa estratégia global de proteção à saúde que visa o seu desenvolvimento em várias especialidades: saúde ocupacional, saúde ambiental, saúde alimentar, saúde oral, entre outras. Devendo, dada a importância que a promoção da saúde em geral tem no quotidiano,

ser encarada como dever de cidadania. Com efeito, torna-se necessário o estabelecimento de parcerias funcionais, de alianças e redes fortes para a promoção da saúde, que incluam os setores público e privado, para além daqueles já tradicionalmente envolvidos na intervenção em saúde, de modo a criar massa crítica (DGS, 2013a). A experiência sobre a promoção da saúde, em todo o mundo, é cada vez maior, assim como a compreensão dos elementos básicos para a sua prática. Existem cada vez mais evidências de que a promoção da saúde é capaz de obter mudanças positivas na saúde dos indivíduos, comunidades e populações (Garzón, 2005). Existe, contudo, ainda, uma incoerência entre os objetivos definidos para os planos de saúde e as estratégias implementadas para os concretizar. Atualmente, diz-se e escreve-se muito em defesa da promoção da saúde, fundamentado na prevenção das possíveis doenças, no entanto os meios disponíveis são, ainda, escassos (Garzón, 2005). Como referia Piedrola and Del Rey Calero (1994), a distribuição de verbas realizada é incoerente, empregando-se altos custos no tratamento curativo e mínimos na promoção de estilos de vida saudáveis, cujos valores investidos, realçados nos estudos estatísticos, falam por si. Há, contudo, desde a metade do século XX, uma linha estratégica relativa aos direitos em saúde, aos fatores que a condicionam e à forma de limitar os seus efeitos nefastos (Piedrola & Del Rey Calero, 1994).

4.1 – Percurso histórico da promoção da saúde

Desde 1945, com a criação da Organização Mundial de Saúde, a saúde passou a ser considerada “um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e/ou sociais” e foi aceite o princípio da ajuda mútua entre os países (Martins, 2005, p. 5). A partir daí, as preocupações com a saúde dos povos foram sendo cada vez mais sentidas, reunindo responsáveis pela saúde de vários países, periodicamente, no sentido de refletirem sobre a saúde, os fatores que a determinam e a forma de os controlar. Uma das principais reuniões para a saúde ocorreu em Alma-Ata, em 1978, cuja Declaração constituiu um marco importante no movimento da "Saúde para Todos". Baseada no reconhecimento de que a saúde é um objetivo social de primeira importância, a Declaração instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários setores da sociedade, bem como à criação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A saúde passou a ser entendida num sentido positivo, como um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, devendo constituir um direito humano fundamental. O espírito de Alma-Ata teve o seu desenvolvimento na Carta de promoção da saúde, adotada em Ottawa, em 1986. Esta lançou um desafio dirigido a uma nova saúde pública, afirmando a justiça social e a equidade, como pré-requisitos para a saúde, e a advocacia e a mediação, como processos para a atingir. Nela estão patentes cinco estratégias essenciais - estabelecimento

de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento das competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

É a partir deste momento que a promoção da saúde começou, teoricamente, a ser equacionada, debatida e verdadeiramente valorizada (Martins, 2005). Os encontros e as conferências internacionais subsequentes permitiram precisar o sentido e a pertinência das principais estratégias descritas na Carta. Delas realçamos a Conferência de Adelaide (1988), na Austrália, "Estabelecimento de Políticas Públicas Saudáveis", a Conferência de Sündsvall (1991), na Suécia, "Criar Meios Favoráveis à Saúde", a Declaração de Jacarta (1997), Indonésia, "Responder aos desafios da Promoção da Saúde no Século XXI, a Conferência da cidade do México (2000), "Promoção da Saúde, Rumo a uma Maior Equidade", a Carta de Bangkok (2005), Tailândia, "Promoção da Saúde num Mundo Globalizado", e, por último, a 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde, em Nairobi, Quénia (2009), tendo como temática central a "Promoção da saúde e o desenvolvimento: colmatando as lacunas de implementação" (OMS, 1988, 1991, 1997, 2000, 2005, 2009).

De uma forma ou de outra as políticas governamentais dos países, em geral, incluindo Portugal, têm sido norteadas pelos valores e princípios resultantes destas conferências. Pelo menos, teoricamente, tem-se procurado concretizar as recomendações que delas são emanadas. No entanto, na prática, o conceito de promoção de saúde não parece completamente compreendido e assimilado, resumindo-se, quando muito, quer para o público, em geral, e para os profissionais de saúde, em particular, a atividades pontuais e desintegradas com vista à educação para a saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis (Martins, 2005). Mas a promoção da saúde é muito mais do que isso. Mais do que uma atividade é uma estratégia bem definida que, através de programas educacionais, visa a melhoria dos estilos de vida individuais e coletivos, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto social (Bolander, 1998). A promoção da saúde "é uma intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e relaciona" (Graça, 2000, p. 77). Esta ideia faz todo o sentido, pois, está provado, que a melhoria do estado de saúde das populações começou um século antes da medicina ter meios eficazes de intervenção no combate às doenças, sendo esse avanço atribuído, em grande medida, aos progressos da envolvente socioeconómica (alimentação, habitação, saneamento básico, higiene ambiental e pessoal, nível de instrução e de informação, serviços de saúde pública, etc.) (Martins, 2005). Assim, torna-se uma evidência inquestionável que para atingir o mais alto nível de saúde têm que estar implicados, além do setor da saúde, todos os setores que permitem o desenvolvimento nacional e comunitário (agricultura, alimentação, indústria, educação, habitação, obras públicas, comunicações), sendo requeridos esforços coordenados entre eles. Green and Kreuter (1991) corroboram esta ideia ao afirmar que a promoção da saúde consiste, fundamentalmente, na

combinação de apoios educativos, ambientais e condições de vida que conduzam à saúde e influenciem os fatores determinantes desta que decorrem de fatores individuais, ambientais, económicos, sociais e culturais. Só levando à prática estas conceções, que apesar de derivarem de diferentes teóricos expressam uma ideia única, esta abrangente estratégia conseguirá alcançar o seu objetivo - permitir ao indivíduo a aquisição de um maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde.

4.2 – Modelos para a promoção e educação para a saúde

Após a apresentação do conceito e percurso da promoção da saúde, importante para melhorar a qualidade de vida das pessoas e diminuir a quantidade e gravidade das doenças, indicar-se-á as formas concretas de se promover a saúde. Nesse âmbito, destaca-se dois modelos os quais serviram de base para formular algumas das questões do instrumento de colheita de dados e sustentar a elaboração do programa de intervenção *ProSorriso*: o Modelo de Promoção da Saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; Pender & Sakraida, 2004) e o Modelo de Planificação de "PIDICE" (M. Costa & Lopéz, 1996).

O Modelo de Promoção da Saúde, desenvolvido na década de 80, integra o grupo dos modelos e teorias de enfermagem que podem ser aplicados para estudar os comportamentos e desenvolver cuidados de enfermagem promotores de saúde (Pender & Sakraida, 2004). Assente sobre a conceção de promoção da saúde, definida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa, o modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem enquanto ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para se envolverem em comportamentos produtores de saúde (Pender et al., 2011). Muito utilizado por investigadores americanos, asiáticos e europeus, o modelo de Pender fornece uma estrutura simples e clara de planeamento, intervenção e avaliação das ações, podendo o enfermeiro realizar um cuidado de forma individual ou em grupo. Permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, através do estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005). Na sua construção, a autora utilizou como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos da psicologia (Pender et al., 2011). Os grandes conceitos referem-se aos elementos que constituem um modelo ou teoria de enfermagem - ambiente, saúde, enfermagem e pessoa (Meleis, 1997). O termo saúde é visto sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o

processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração a idade, a raça e a cultura, numa perspetiva holística (Pender et al., 2011). O ambiente deve ser compreendido como resultado das relações entre o indivíduo e o seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, proporcionando esta relação um ambiente saudável. A pessoa é definida como aquela capaz de tomar decisões e resolver problemas, contudo, a enfâse está no seu potencial de mudar os comportamentos de saúde. O conceito enfermagem surge intimamente relacionado às intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo um dos principais papéis do enfermeiro o estímulo ao autocuidado (Pender et al., 2011).

Os três componentes do Modelo de Promoção da Saúde estão subdivididos nas variáveis: *Características e experiências individuais*: comportamento anterior (a ser mudado) e fatores pessoais - biológicos (idade, sexo, agilidade), psicológicos (autoestima, automotivação, competência pessoal, estado de saúde percebido) e socioculturais (educação, nível socioeconómico), (Pender et al., 2011; Pender & Sakraida, 2004); *Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar*: perceção de benefícios para a ação (representações mentais positivas que reforçam as consequências de adotar um comportamento), perceção de barreiras para ação (indisponibilidade, inconveniência, dificuldades e custos pessoais de ter determinado comportamento), perceção de autoeficácia (julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações), sentimentos em relação à ação (reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo), influências interpessoais (o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, pares e os prestadores de cuidados de saúde, ou por normas, suporte social e modelação) e influências situacionais (o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde), (Pender et al., 2011; Pender & Sakraida, 2004); *Resultados do comportamento*: compromisso com o plano de ação (ações que possibilitem a manutenção do comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem), exigências imediatas e preferências (baixo controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um alto controlo sobre as ações de mudança de comportamento) e comportamento de promoção da saúde (resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde), (Pender et al., 2011; Pender & Sakraida, 2004).

M. Costa and Lopéz (1996) colocam a questão da dificuldade em entender os comportamentos humanos e como é tão difícil que se adotem estilos de vida saudáveis, advogando que as mudanças positivas e eficazes implicam estratégia e planeamento. É necessário, para isso, precisar os métodos e procedimentos para facilitar essas mudanças e desenvolver a compreensão axiológica que oriente as pessoas e influa nos fatores facilitadores dessa mudança (M. Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2012). M. Costa and Lopéz (1996). O Modelo de Planificação de “PIDICE”, sugerem uma estratégia de intervenção em

educação para a saúde pedagogicamente sustentada pelo modelo das sete esferas, através do qual se pode ir descobrindo a natureza mais dos comportamentos e estilos de vida. Duas dessas esferas pertencem ao ambiente e as outras cinco são dimensões pessoais. Os comportamentos são ecológicos e transacionais porque se produzem em interações recíprocas com as circunstâncias do ambiente (M. Costa & Lopéz, 1996). Descrevem as diferentes fases do Modelo de Planificação "PIDICE", acrónimo formado pelas palavras em espanhol, de acordo com os processos mais significativos da planificação (Preparar; Identificar; Diseñar; Cambiar; Evaluar). *Preparar* - identificar e caracterizar a população alvo do programa; antecipar os objetivos e as necessidades educativas; definir a equipa; preparar o processo de planeamento; definir critérios para iniciar um determinado programa; entrar na comunidade, gerar confiança a partir de informantes chave, respeitar ritmos e necessidades das pessoas e organizações, saber envolver os adolescentes; preparar a fase seguinte (M. Costa & Lopéz, 1996); *Identificar* - identificar necessidades, recursos e problemas de saúde (dar oportunidade aos adolescentes para que sejam participantes ativos na identificação das suas necessidades e problemas); identificar as práticas de risco e os objetivos comportamentais do programa; identificar os determinantes pessoais e ambientais; organizar a informação; *Desenhar* - desenhar as condições pessoais e ambientais que originem as mudanças pretendidas; estabelecer que níveis vão ser objeto de mudança; definir que mudanças se devem introduzir e quais são concretizáveis; selecionar as técnicas e procedimentos que se vão utilizar; definir as condições do contexto educativo; definir os indicadores e procedimentos que se vão utilizar na avaliação; definir o programa de intervenção; *Cambiar* (mudar) - procurar uma situação ideal, em função de objetivos concretos e de intervenções planeadas numa população específica, apoiada em recursos interdisciplinares, adequados à população, e desenvolvidos com regularidade e sustentabilidade; *Evaluar* (avaliar) - analisar e avaliar os resultados, identificar quais os aspetos que convém melhorar ou modificar, e, sobretudo, enquanto educadores para a saúde, assentar sobre bases sólidas o processo de aprendizagem (M. Costa & Lopéz, 1996).

Em resumo, o modelo de Pender procura identificar os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial e fundamentar a conceção de promoção da saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa (A. C. S. Silva & Santos, 2010). Pessoa que vive e interage, no quotidiano, com e na comunidade, a qual se torna o cliente quando o foco está no bem comum da população e não só no indivíduo (Pender et al., 2011). M. Costa and Lopéz (1996), realçando a complexidade para entender os comportamentos humanos e a dificuldade em adotar estilos de vida saudáveis, defendem que as mudanças positivas e eficazes implicam estratégia e planeamento.

4.3 – O enfermeiro na promoção e educação para a saúde

Como é evidente, a responsabilidade pela promoção da saúde compartilha-se entre governos, comunidades, grupos, cidadãos, instituições prestadoras de serviços de saúde e os profissionais da saúde. Dentro destes, em particular, a participação dos enfermeiros nessas atividades tem vindo a acontecer em crescendo (A. C. S. Silva & Santos, 2010). Após Alma-Ata e do período de questionamento do modelo biomédico que se lhe seguiu, a enfermagem procurou observar a pessoa como um todo, inserida na família/comunidade e interagindo com os profissionais de saúde (A. Carvalho & Carvalho, 2006), dando relevância à promoção e à educação para a saúde (Lash, 1990). Estas estão bem vincadas nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela OE (2001), quando é salientada a importância do seu desempenho como agente promotor e educador. Para isso muito contribuirá a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do indivíduo, família e comunidade, o desenvolvimento e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, a promoção do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, o crescimento e fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa (OE, 2001).

De acordo com o REPE, a enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que recuperem, mantenham e melhorem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (REPE, 1996). Com efeito, o enfermeiro deve promover as possibilidades de autonomia, criar oportunidades, reforçar as convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem das pessoas, num processo de crescimento e desenvolvimento (A. Carvalho & Carvalho, 2006).

No que respeita ao conteúdo funcional, em todas as categorias da carreira de enfermagem os processos educativos promotores do autocuidado da pessoa estão insertos, facto que direciona, de forma inequívoca, para a realização de atividades de promoção e educação para a saúde ("Dec-lei nº 248/2009, de 22 de setembro," 2009). Para isso, é evidente que os enfermeiros necessitam de diferentes tipos de competências para um efetivo desempenho do papel de agentes promotores de saúde. De entre as competências específicas do enfermeiro especialista, no âmbito comunitário e cuidados com a criança e adolescentes, de acordo com o Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011, o estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, da avaliação do estado de saúde das crianças e dos jovens, a contribuição para o processo de capacitação de família e dos adolescentes, a integração da coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e a realização e cooperação na vigilância epidemiológica ("Regulamento nº 123/2011," 2011; "Regulamento nº 128/2011," 2011). Para Lash (1990), destacam-se a escuta ativa dos indivíduos e a identificação das

suas convicções acerca da saúde; a promoção da relação de ajuda; a motivação e entusiasmo pelo bem-estar das pessoas; a participação, com os indivíduos, no processo de tomada de decisão; a ajuda na clarificação das escolhas à disposição das pessoas; o desenvolvimento das suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento; o reforço da sua autoridade e das pessoas para que respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem.

Integrar o indivíduo no planeamento e ação dos seus cuidados de saúde, concedendo-lhe predicados para os assumir, é aumentar a sua autonomia. Não é possível, contudo, exercer-se uma autonomia responsável sem que o indivíduo disponha do conhecimento necessário para a tomada de decisão. Com efeito, o enfermeiro deve aproveitar e criar oportunidades para transmitir aos indivíduos, famílias e grupos, os conhecimentos necessários para promover estilos de vida mais saudáveis. Os conhecimentos sobre os fatores que promovem e defendem a saúde e sobre os fatores de risco para a saúde, bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva esse mesmo conhecimento, são determinantes para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (O. Santos, 2010). Assim sendo, a efetividade das intervenções de saúde pública na área da patologia oral passa por planear de forma estratégica ações de sensibilização e de transmissão de conhecimento que visem mudança comportamental promotora de saúde. Mas a garantia de efetividade destas ações de educação pressupõe a identificação das competências de conhecimento que urge desenvolver na população em geral, nos grupos mais vulneráveis e nos grupos com menor qualidade de saúde oral, em particular. Neste sentido, qualquer programa de intervenção ao nível da educação para a saúde implica a criação de uma base de literacia de saúde e a criação e manutenção de sistemas de informação que viabilizem a análise dos ganhos associáveis aos programas educativos (O. Santos, 2010).

Os principais objetivos da educação para a saúde são permitir às pessoas definir os seus próprios problemas e necessidades, compreender o que podem fazer, segundo os recursos de que dispõem, e decidir acerca das ações mais apropriadas de modo a fomentar um estilo de vida saudável e o bem-estar da comunidade. Trata-se, contudo, de um processo contínuo que tem por base vários pressupostos como a comunicação e a compreensão. Nele, é essencial ter em conta os costumes culturais, assim como todo o contexto de vida do individuo, devendo o enfermeiro conseguir encontrar prazer e motivação no desafio que é o lidar com diferentes culturas. Como linha orientadora da educação para a saúde o enfermeiro deve utilizar uma linguagem clara e adequada ao cliente, avaliar o conhecimento que o indivíduo já possui, questionar acerca do que deseja saber, e por fim validar a informação transmitida relembrando alguns conceitos, se necessário. De acordo com Buss (2000), o foco de atenção deve centrar-se apenas nas mudanças de comportamentos inadequados dos indivíduos ou restritos a questões culturais de algumas comunidades. Considera, também, que o conceito moderno de promoção da saúde deve implicar atividades voltadas tanto para

os grupos sociais como para os indivíduos, por meio de programas de políticas públicas abrangentes (em relação ao ambiente físico, social, político, económico e cultural) e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de saúde. O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes - Períodos Críticos que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida (WHO, 2009). A intervenção nestes momentos - Janelas de Oportunidade - é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo (WHO, 2010).

4.4 – Programas de promoção de saúde oral em Portugal

Portugal, através da Direcção-Geral da Saúde, tem desenvolvido, nos últimos 20 anos, programas de promoção da saúde oral e de prevenção das doenças orais. Estes programas têm vindo a privilegiar especialmente as crianças e os adolescentes, pretendendo aumentar a prevenção da cárie dentária neste grupo específico da população, através da aplicação de medidas preventivas eficazes bem como a educação e motivação para comportamentos de saúde oral apropriados (DGS, 2000).

A partir de 1986, sob a orientação técnico-normativa da Direção Geral da Saúde, começou a ser desenvolvido um Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar dirigido a todas as crianças do Ensino Pré-Escolar e do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico e executado a nível local pelas equipas de Saúde Escolar dos Centros de Saúde, em articulação com os professores e educadores. Este programa compreendia atividades como, educação para a saúde, com ênfase na higiene oral, educação alimentar e administração de flúor (DGS, 2000, 2005b; OMD, 2010).

Paralelamente, em 1988, foram criados Programas de Educação para a Saúde em 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). O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, desenvolvido em Portugal desde 1986, foi revisto em 1999 e divulgado através da Circular Normativa n.º 6/DSE de 20/05/99 da Direcção-Geral da Saúde, tendo passado a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes (PPSOCA), passando a ser contempladas, algumas crianças, com programas preventivos como aplicação de selantes e tratamentos dentários nos dentes permanentes (DGS, 2000).

Em 2005, entrou em vigor o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) (DGS, 2005b). Este foi integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, envolveu todos os serviços de saúde, e assentava numa estratégia global de intervenção na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais e desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e adolescentes vivem e estudam (DGS, 2005b). Este

programa pretende abranger as grávidas e as crianças/adolescentes desde o nascimento até aos 16 anos de idade, tendo 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 em 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, 2005b).

Em 2009, o PNPSO, na sua vertente preventiva e curativa, foi alargado a todas as crianças e adolescentes de 7, 10 e 13 anos que frequentassem as escolas públicas e IPSS. 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. Com a circular Normativa nº4 de 10 de março de 2010 o programa foi alargado para as crianças com 8, 11 e 14 anos que possuam elevado risco para cárie dentária (OMD, 2010). Assim, a intervenção de promoção da saúde oral, que se inicia durante a gravidez e se desenvolve ao longo da infância, em Saúde Infantil e Juvenil, consolida-se no Jardim-de-infância e na Escola, através da Saúde Escolar.

Apesar de haver alguma resposta preventiva e curativa na Saúde Oral, surgiram dificuldades na implementação de certas atividades do PNPSO. No sentido de dar resposta a essas dificuldades, a Direção Geral de Saúde, em março de 2011, elaborou um conjunto de alternativas que designou de Plano B. Este tem como objetivo geral propor alternativas ao desenvolvimento das ações, em especial, através de sugestões práticas, no planeamento, execução e acompanhamento das estratégias seguidas. Essa designação, reforça a ideia que é preciso estar preparado para uma alternativa operacional (DGS, 2011). O princípio básico do Plano B é criar um conjunto de desafios que promovam: a acessibilidade e adequação do PNPSO; a utilização de metodologias proactivas; o envolvimento dos utentes; o trabalho em equipa; o reconhecimento da necessidade de avaliar as ações desenvolvidas; a adoção de estratégias de impacte; a melhoria contínua do PNPSO (DGS, 2011).

De acordo com a OMD (2010), os objetivos e metas para o Plano Nacional de Saúde Oral 2011-2016, são:

- Crianças e adolescentes dos 3 aos 18 anos - pretende-se o aumento de pelo menos 15%/ano das crianças e adolescentes com acesso ao cheque dentista; que 50% das crianças e adolescentes tenham acesso ao cheque-dentista, em 2016; Aumento da %/ano de adolescentes/escolas do 9º e 12º ano com programas de promoção e prevenção em saúde oral em funcionamento. 90% das crianças/escolas do pré-escolar até ao 6º ano e adolescentes/escolas do 9º e 12º ano com programas de promoção e prevenção em saúde oral em funcionamento em 2016.

- Aos 6, 9, 12, 15, 18 anos – em 2016, diminuição de 20% da prevalência de dentes cariados e de dentes perdidos, aumento em 20% da prevalência de dentes tratados e dentes sãos;
- Grávida – em 2016, pretende-se que 80 % das grávidas acompanhadas no SNS, utilizem o cheque dentista; 20% de diminuição da prevalência de dentes cariados e dentes perdidos; 20% do aumento da prevalência de dentes tratados e dentes hígidos.

Em síntese, é fundamental intervir a nível das ações de promoção de saúde oral e de prevenção das doenças orais, que devem ser realizadas nas escolas com crianças e adolescentes em idade pré-escolar e escolar, pois, tem-se assistido a um decréscimo significativo das mesmas. Estas ações, pelo papel importante que desempenham em todo o processo da estratégia que se venha a desenvolver a nível da saúde oral, são de enorme interesse e devem ser estruturadas para que se assegure uma educação continuada efetiva. Assim, o enfermeiro deve ter um papel ativo na educação para a saúde em saúde oral, na promoção da saúde oral e deteção de crianças/adolescentes com problemas a nível da saúde oral.

Neste contexto, face às evidências dos estudos realizados, o programa de intervenção educacional - *ProSorriso* – pretende contribuir para a promoção da saúde oral e consequente melhoria da qualidade de vida dos adolescentes portugueses, cujos reflexos se evidenciam na comunidade onde estão inseridos.

PARTE 2

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 5 – Metodologia geral

Através da revisão da literatura científica procurou-se enquadrar o impacto da saúde oral na qualidade de vida, seus contextos e determinantes. Esta segunda parte, a metodologia geral, contém, a definição das estratégias de intervenção e os procedimentos metodológicos de operacionalização do estudo que irão responder às questões de investigação. Com efeito, serão apresentados o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados, o tratamento estatístico dos dados, a análise e a discussão dos resultados.

Durante a infância e a adolescência, um dos principais problemas de saúde, são as doenças orais, em particular a cárie dentária, pela sua elevada prevalência (Petersen & Lennon, 2004). A cárie dentária continua a ser um grave problema de Saúde Pública na maioria dos países industrializados, afetando 60-90% das crianças em idade escolar (WHO, 2003d). Segundo a mesma fonte, no ano 2000, 68% dos 184 países analisados apresentavam um índice CPOD (Dente Cariado, Perdido ou Obturado) inferior a três, aos 12 anos de idade. Apesar da notável diminuição geral, nos últimos 30 anos, a prevalência é alta em muitos países desenvolvidos, incluindo países onde a média do índice de CPOD é baixa. Nos anos 2005/2006, em Portugal, a cárie dentária apresentava na população infantil e juvenil um índice de gravidade moderada mas com repercussões na saúde oral e bem-estar dos adolescentes (DGS, 2008).

Neste contexto a questão geral de investigação que orientou o estudo foi:

- Que determinantes revelam ter impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes?

No estudo foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- Avaliar a perceção dos Pais/Encarregados de Educação sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos filhos/educandos.
- Avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes.
- Avaliar a eficácia do programa de intervenção em meio escolar - *ProSorriso*.

Tal como ocorre na maioria das pesquisas com amostras comunitárias, esta investigação transversal de caráter quantitativo pretende descrever e explicar a relação entre as varáveis individuais e situacionais em estudo. Para que se possa compreender melhor o impacto da saúde oral, estudou-se os determinantes sociodemográficos, clínicos, familiares, dos hábitos alimentares, de higiene oral, entre outros, os quais se repercutem na qualidade de vida dos adolescentes.

Tendo presente os atores e os contextos que contribuem para a saúde oral, as características dos adolescentes e respetivos progenitores, bem como a complexa interação dos mesmos, a problemática em estudo será investigada através de três estudos.

O Estudo 1 - Perceção dos Pais/Encarregados de Educação sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes, estudo descritivo, de análise quantitativa, correlacional e de corte transversal, descreve as características socioprofissionais dos Pais/EE e caracteriza os hábitos de higiene e de saúde oral e a perceção dos Pais/EE sobre a saúde oral do adolescente desde criança e o impacto desta sobre a qualidade de vida da família. Realizou-se a tradução e validação psicométrica do questionário - Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS).

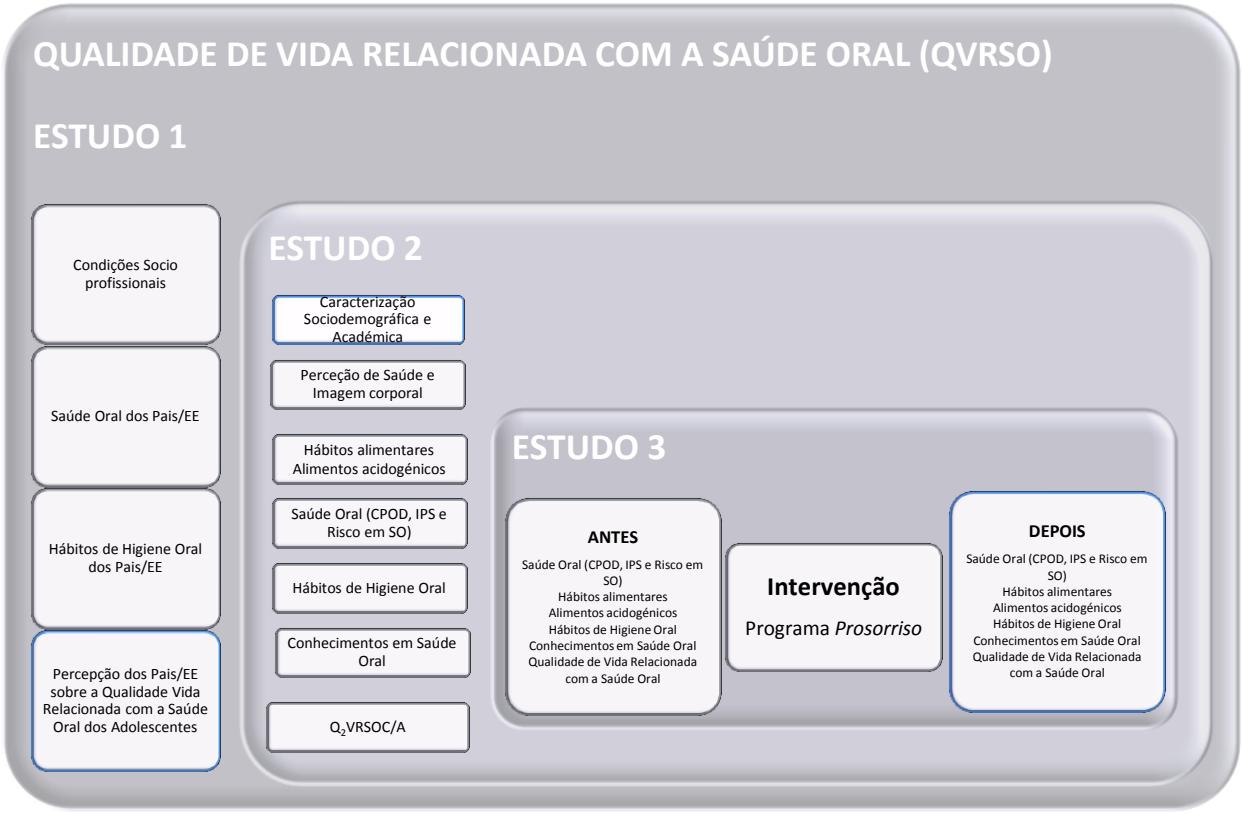
O Estudo 2 - Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes, estudo observacional de corte transversal, descritivo e correlacional, foca o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes, partindo da descrição e análise das características sociodemográficas, clínicas, de saúde oral e hábitos alimentares. A concretização desta análise é enriquecida com o estudo psicométrico do instrumento de medida - Oral Health Impact Profile (OHIP 49).

O Estudo 3 - Programa de intervenção educacional em saúde oral – *ProSorriso* em adolescentes, estudo quase-experimental, antes e depois, com uma amostra aleatória de estudantes que completaram o programa de intervenção educacional *ProSorriso* para a promoção da saúde oral em contexto escolar (descrito no Anexo 1), sem grupo de controlo (Fortin, 2009; Pallás & Villa, 2007).

Para cada um dos estudos, considerando as diferentes análises necessárias à sua compreensão, serão definidas as questões de investigação e os respetivos objetivos de investigação.

Nesta perspetiva, tendo por base a revisão efetuada, as variáveis selecionadas, a prevista influência entre elas, bem como as fases do estudo, elaborou-se a representação esquemática apresentada na Figura 3.

Figura 3 - Esquema da investigação



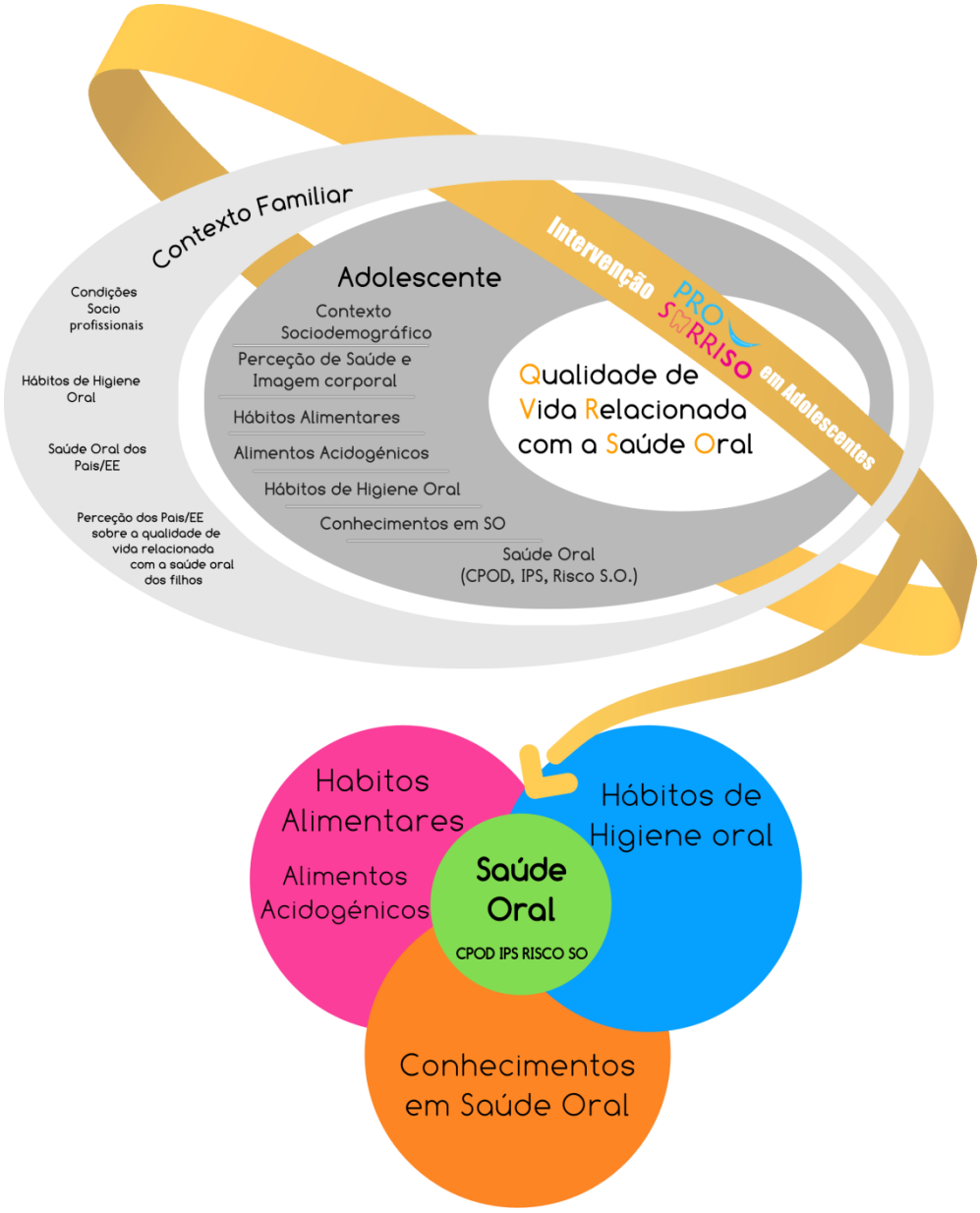
5.1 – Modelo concetual de investigação

O modelo concetual de investigação foi adaptado de Fisher-Owens et al. (2007), (Figura 4), inclui as variáveis relacionadas com os três estudos realizados.

No primeiro, constam o contexto socioprofissional, os hábitos de higiene e de saúde oral e a perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida relacionada com saúde oral do adolescente desde criança, no segundo, o contexto sociodemográfico, os hábitos alimentares, os hábitos de higiene oral, os conhecimentos em saúde oral, a saúde oral (CPOD, índice de placa simplificado (IPS), Risco em saúde oral) e o impacto da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes, e, no terceiro, o Programa de intervenção educacional, *ProSorriso*, para a promoção da saúde oral em adolescentes, em contexto escolar.

A adoção deste modelo, englobando as variáveis dos três estudos, as quais se relacionam entre si, teve como objetivo contribuir para uma melhor compreensão da saúde oral dos adolescentes.

Figura 4 - Modelo concetual da investigação



Fonte: Adaptado de Fisher-Owens et al., 2007

5.2 – Instrumentos de avaliação

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a atingir, procedeu-se à elaboração do instrumento de colheita de dados que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que se pretendia estudar. Referem Sampieri, Collado, and Lucio (2003), que o método de recolha de dados a utilizar é determinado pela natureza do problema de investigação, pelas variáveis em estudo e pelas estratégias de análise estatística a realizar.

Foi com base nestes pressupostos que se efetuou a recolha de informação, tendo como suporte os instrumentos referidos no Quadro 6

Quadro 6 - Instrumentos de colheita de dados

Paticipantes	Instrumentos
Pais/Encarregados de Educação (Pais/EE) (Anexo 2)	⇢ Questionário sobre os hábitos de higiene e saúde oral dos Pais/Encarregados de Educação ⇢ Questionário da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Criança/Adolescente – (*Early Childhood Oral Health Impact Scale* **-** ECOHIS), (Pahel et al., 2007)*
Adolescentes (Anexo 3)	⇢ Questionário de Frequência e Hábitos Alimentares (QFHA) ⇢ Questionário de Hábitos de Higiene Oral (QH_2O) ⇢ Questionário de Conhecimentos em Saúde Oral (QCSO) ⇢ Questionário da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (Health Impact Profile - OHIP 49, (Frias-Bulhosa & Slade, 2003)**
Investigadores (Anexo 4)	⇢ Ficha de Avaliação de Saúde Oral (DGS, 2008; WHO, 1997) ⇢ Descrição dos Quantificadores do Risco em Saúde Oral (DGS, 2006a)

* Instrumento traduzido e validado para a população portuguesa no presente estudo
**Instrumento validado para a população portuguesa no presente estudo

Os instrumentos permitiram colher informações relevantes para a caracterização da amostra no que concerne a dados pessoais, perceção da saúde, hábitos de higiene oral; conhecimentos em saúde oral; frequência e hábitos alimentares e qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

5.3 – Procedimentos

A passagem da fase metodológica à realização do trabalho de campo exigiu definições preliminares que assegurassem o planeamento estabelecido. Assim, após a seleção dos instrumentos de colheita de dados, procedeu-se ao contacto com os autores, solicitando autorização para traduzir e validar o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (Pahel et al., 2007) e validar para a população em estudo o *Health Impact Profile* - OHIP 49 (Slade & Spencer, 1994), traduzido e validado por Frias-Bulhosa and Slade (2003) (Anexo.5).

Em relação à recolha de informação, sobre os adolescentes e respetivos Pais/EE, foi solicitado ao Ministério da Educação, através da Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados e observação da boca para avaliação da saúde oral dos estudantes que frequentavam o 3º Ciclo do Ensino Básico nas Escolas do Ensino Básico e Secundário do

Distrito de Viseu. Foi concedida e monitorizada em meio escolar com o registo nº 0012100001 e nº 0012100002 (Anexo 6).

Posteriormente, nas escolas, contactou-se o(s) Presidente(s) do Conselho Executivo e o(s) Professore(s) Coordenador(es) da Educação para a Saúde, para obtenção de autorização e apresentação dos objetivos do trabalho a desenvolver. Solicitou-se a colaboração do Professor Coordenador da Educação para a Saúde, no sentido de contactar os adolescentes, Pais/EE e Diretores de Turma, para realização do estudo.

Aos Pais/EE foi solicitada a participação dos seus educandos no estudo, através de carta, a qual continha informação sobre o mesmo e um destacável de autorização (Anexo 7). Os esclarecimentos relativos ao preenchimento do questionário foram prestados pelo Professor Coordenador da Educação para a Saúde e investigador. Informou-se que apenas seriam englobados no tratamento estatístico os questionários preenchidos pela tríade (estudante, Pais/EE e observadores da cavidade oral), o que implicou codificar antecipadamente os instrumentos de colheita de dados por forma a que estes correspondessem ao mesmo adolescente.

À Sub-Região de Saúde de Viseu (Anexo 8) pediu-se colaboração para a realização do estudo. Ao Centro de Saúde de Vouzela, integrado na Sub-Região, solicitou-se apoio para formação e supervisão do exercício de calibragem dos profissionais que constituiriam as equipas de observação da saúde oral, o que foi integralmente concedido. Para apoio à preparação e realização dos procedimentos da calibragem, solicitou-se a colaboração de peritos da área da medicina dentária e da área da nutrição, provenientes dos Cuidados de Saúde Primários e da Escola Superior de Saúde de Viseu/Instituto Politécnico de Viseu, os quais participaram em todo o processo. Com base nos procedimentos preconizados pela OMS, no Oral Health Surveys – basic methods (1997), uniformizaram-se os critérios de diagnóstico e as metodologias de intervenção, tendo em vista a fiabilidade e a comparabilidade dos dados recolhidos com outros estudos, quer nacionais, quer internacionais (WHO, 1997).

A recolha de dados teve início no ano letivo 2008/2009 e terminou no ano letivo 2009/2010. No Estudo 1, Perceção dos Pais/EE sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes desde criança, e no Estudo 2, Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes, decorreu de novembro de 2008 a março de 2009. Primeiramente, de novembro a dezembro de 2008, a aplicação do instrumento aos Pais/EE e Adolescentes. Posteriormente, de janeiro a março de 2009, a observação da cavidade oral (avaliação do índice de CPOD e IPS, distribuição do Kit de saúde oral, escovagem dos dentes e encaminhamento dos adolescentes com necessidade de tratamento, para os centros de saúde).

No Estudo 3, Programa de intervenção em saúde oral – *ProSorriso* em adolescentes, em 2009, as sessões de educação para a saúde oral decorreram, mensalmente, no período de março a junho, entre setembro e novembro, a observação da cavidade oral (com a avaliação do índice de CPOD e IPS), a distribuição do Kit de higiene oral e a escovagem dos dentes e a aplicação dos questionários, entre outubro e dezembro.
Obteve-se ainda parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu/IPV (Anexo 9).

5.3.1 – Treino e calibração dos observadores

Em investigações sobre o estado da saúde oral, nas quais muitas pessoas são examinadas por diversos observadores, podem ocorrer diferenças no diagnóstico devido ao alto grau de subjetividade das doenças orais. No sentido de minimizar as diferenças dos diagnósticos, a equipa de investigação (a doutoranda, os orientadores, enfermeiros e médicos dentistas), harmonizou os procedimentos de observação da cavidade oral, segundo os critérios de calibração da OMS, através de formação e aplicação prática.

A calibração define-se, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997), como o conjunto de meios que serve para que os critérios de diagnóstico, aplicados pelos examinadores, estejam de acordo com o padrão adotado e se conservem ao longo do estudo.

Esta etapa, prévia ao trabalho de campo, teve como objetivos: assegurar uniformidade na avaliação dos índices de CPOD e de Placa Bacteriana; compreender e aplicar os critérios adotados; minimizar os erros e as diferenças existentes entre observadores e entre observações; reduzir as variações intra e inter-observadores.

Através da calibração calcularam-se, também, os Índices de Concordância (IC), os quais medem a proporção de casos colocados em idênticas categorias por duas avaliações independentes da mesma equipa ou entre as diferentes equipas, utilizando-se a estatística Kappa como medida de concordância. A aferição foi discriminada por áreas de diagnóstico, considerando-se que os níveis de concordância são altos quando o IC se situa entre 85% e 100% e $K > 0.80$ (Landis & Koch, 1977).

A calibração constou de uma formação teórica e prática, supervisionada por um perito da área da saúde oral comunitária, durante cinco períodos de tempo. A formação teórica, num dos períodos, com a duração de quatro horas, teve como objetivo a discussão dos conceitos e dos critérios de diagnóstico a utilizar no estudo (Anexo 10). A formação prática, realizada em dois dias, em quatro períodos distintos, decorreu numa Escola Secundária do 3º Ciclo do Ensino Básico. No primeiro período ocorreu a exposição visual de casos clínicos pelo perito, seguida da execução de um conjunto de observações e reobservações das estruturas orais (CPOD e IPS) e respetivo preenchimento da ficha de avaliação de saúde oral (DGS, 2008;

WHO, 1997). Durante o processo, as diferenças identificadas, os critérios de diagnóstico duvidosos, as codificações e os erros de registo foram objeto de reflexão e discussão.

Em cada período de exercício prático foram observados 10 adolescentes dos grupos etários de 12, 13, 14 e 15 anos, por três equipas, constituídas por observador/avaliador e registador, tendo-se realizado, ainda, duplas observações a 10% dos participantes na calibração (WHO, 1997). Das observações realizadas pelas equipas, durante a calibragem, obteve-se um valor de concordância intra-observador de Kappa para o índice de CPOD e índice de placa bacteriana, respetivamente, de 93.0% e 92.0% e de concordância inter-observadores para o índice de CPOD e índice de placa bacteriana de 86.0% e 85.5%, o que representa, uma fiabilidade muito boa para a validade dos dados recolhidos sobre a prevalência da cárie dentária e índice de placa bacteriana.

5.4 – Amostra geral

O espaço amostral é constituído pelos Estabelecimentos de Educação e Ensino do 3º Ciclo do Ensino Básico e Secundário, pertencentes à região Centro, NUTS III, inseridos na área geográfica do Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões II. A lista dos Estabelecimentos de Educação e Ensino e número de estudantes foi obtida através do Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE) do Ministério da Educação (cf. Figura 5 e 6).

Figura 5 - Concelhos da Sub-região Dão Lafões

Fonte: http://antoniopovinho.blogspot.com/2007/03

Figura 6 - Concelhos do ACeS Dão Lafões II

Fonte: ARS Centro, IP, 2010.

A população escolar do 3º Ciclo do Ensino Básico (3º CEB), desta região, era em 2008/2009 de 2450 adolescentes, que frequentavam 16 escolas básicas e secundárias do ensino público, de acordo com os dados disponibilizados pelo Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação do Ministério da Educação (cf. Tabela 7) (GEPE, 2008).

A amostra foi obtida pelo método de amostragem por clusters (Hill & Hill, 2002). Foram selecionadas, aleatoriamente, a partir da listagem das escolas, uma amostra por clusters –

oito escolas, num total de 1115 adolescentes que se encontravam a frequentar os 7º, 8º e 9º anos de escolaridade do 3º CEB, no ano letivo 2008/2009 (cf. Quadro 7). Como referido anteriormente, no estudo foram englobados, apenas, as unidades estatísticas (adolescentes) cujos instrumentos estavam preenchidos pela tríade - adolescente, pai/mãe/encarregado de educação e observador, num de total de 661 adolescentes.

Após a recolha de informação, foi implementado o programa de intervenção educacional *ProSorriso* (descrito no Anexo 1) em quatro escolas selecionadas, aleatoriamente, a partir da amostra inicial. Concluíram o programa de intervenção em saúde oral - *ProSorriso* - 200 adolescentes, constituindo-se como a amostra do Estudo 3.

Quadro 7 - Adolescentes a frequentar o 3º Ciclo do Ensino Básico, por escola

Estabelecimento de educação e ensino público das NUTs III, pertencentes ao ACES Dão Lafões II	**Adolescentes por turma**												
	População				Amostra	Amostra inicial - Estudo 2				Amostra final- Estudo 3			
	Ano de escolaridade			**total**		Ano de escolaridade			**total**	Ano de escolaridade			**total**
	7º	8º	9º			7º	8º	9º		7º	8º	9º	
Esc. EB 2,3/S de Aguiar da Beira	59	50	53	**162**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esc. Básica do 2º e 3º Ciclos Aquilino Ribeiro	48	38	38	**124**	-	-	-	-	-			-	-
Esc. Básica Integrada de Campia	32	37	37	**106**	106	**28**	**12**	**20**	**60**	18	12	6	**36**
Esc. Básica 2º e 3º Ciclos de Castro Daire	43	37	59	**139**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esc. Secund. com 3º Ciclo de Castro Daire	55	45	63	**163**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esc. Básica do 2º e 3º Ciclos de Ferreira de Aves	17	16	29	**62**	62	**14**	**3**	**17**	**34**	-	-	-	-
Esc. Secund com 3º Ciclo do Ensino Básico Frei Rosa Viterbo	75	62	56	**193**	193	**36**	**42**	**40**	**118**	28	31	32	**91**
Esc. Básica Integrada de Mões	80	56	61	**197**	**-**	-	-	-	-	-	-		-
Esc. Básica Integrada de Oliveira de Frades	46	31	37	**114**	114	**37**	**29**	**23**	**89**	-	-	-	-
Esc. Básica do 2º e 3º Ciclos com Ens. Secund de Oliveira de Frades	77	83	71	**231**	231	**57**	**28**	**35**	**120**	-	-	--	-
Esc. Básica Integrada de Stª Cruz da Trapa	50	48	31	**129**	**-**	-	-	-	-	-	-	-	-
Esc. Secund com 3º Ciclo do Ens. Básico de S. Pedro do Sul	95	120	89	**304**	**-**	-	-	-	-	-	-	-	-
Esc. Básica do 2º e 3º Ciclos de S. Pedro do Sul	42	37	38	**117**	**-**	-	-	-	-	-	-	-	-
Esc. Básica do 2º e 3º Ciclos de Satão	58	37	32	**120**	120	**38**	**29**	**22**	**89**	26	13	13	**52**
Esc. Secund. com 3º Ciclo de V. Nova Paiva	39	35	23	**97**	97	**18**	**26**	**5**	**49**	10	11	-	**21**
Esc. Secundária com 3º Ciclo de Vouzela	81	49	62	**192**	192	**57**	**34**	**11**	**102**	-	-	-	-
Total	897	781	779	2450	1115	285	203	173	**661**	82	67	51	**200**
				(100%)	(45.5%)				(27.0%)				(8.7%)

Fonte: ME – Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE, 2008)

5.5 – Análise de dados

A apresentação dos resultados e a análise de dados será feita de forma sequencial, de acordo com a organização das variáveis e partes constituintes dos instrumentos de avaliação.

Nesta análise recorreu-se à estatística descritiva e inferencial.

Em relação à estatística descritiva, determinaram-se frequências, medidas de tendência central, de dispersão e de associação, e utilizaram-se representações gráficas dos resultados de acordo com as variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, utilizaram-se testes paramétricos e não paramétricos. Quanto aos paramétricos recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, teste de Levene, teste t-Student, análise de variância e análise de regressão linear simples e múltipla.

Sempre que as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos não se verificaram, nomeadamente a normalidade da distribuição e a homocedasticidade, utilizaram-se em alternativa, os testes não paramétricos: o teste de Qui-quadrado ($\chi 2$), o teste de Wilcoxon, o teste de U-Mann Whitney, o teste de Kruskal-Wallis e o teste de McNemar.

Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis foi usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão. Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizaram-se os valores de r que, por convenção, Pestana and Gageiro (2008) sugerem: $r < 0.2$ – associação muito baixa, $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa, $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada, $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta e $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância: $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa, $p < 0.01$** - diferença estatística bastante significativa, $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa.

No decurso do tratamento do estatístico foram detetadas respostas omissas a várias questões procedendo-se ao seu tratamento estatístico no intuito de determinar se as mesmas ao revelarem-se significativas poderiam pôr em causa toda a validade do estudo.

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. A descrição e análise dos dados procuraram obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

O tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.0 para Windows.

Capítulo 6 – Estudo 1 - Saúde oral dos Pais/Encarregados de Educação e sua perceção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes

A família é o primeiro agente socializador da criança e do adolescente. As suas características e os seus hábitos têm influência direta nas características e hábitos do adolescente, quer a nível interno quer no relacionamento com o meio externo. Como referem Campos, Bottan, Birolo, Silveira, and Schmitt (2010), os membros da família possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde.

Sendo o adolescente parte integrante do sistema familiar, a família deve ser considerada na intervenção com os adolescentes, especialmente quem assume os cuidados com os filhos. Pois, é com a família que os adolescentes passam muito do seu tempo e adquirem parte da sua preparação social, cultural e educacional (Lima & Schneider, 2010).

Os familiares devem deter conhecimentos sobre saúde oral, estar atentos aos próprios hábitos de higiene, apresentar hábitos saudáveis e atitudes positivas, de modo a motivarem e orientarem os filhos para a adoção de um adequado estilo de vida. Nesse sentido, programas educativos/preventivos em saúde oral para pais e cuidadores são de vital importância, versando a adoção de hábitos saudáveis, pois podem efetivamente contribuir para uma menor incidência das patologias do aparelho estomatognático, (Kuhn & Wambier, 2007; Magalhães, Machado, Silva, & Honório, 2005; D. D. F. Silva et al., 2008).

Em termos históricos, a figura materna representa um papel de destaque no cuidado dos filhos, não só em situações de saúde, mas também, em situações de doença. Quando estes adoecem geralmente é a mãe quem os leva ao serviço de saúde. Frequentemente, é ela a responsável pelo estabelecimento de regras e rotinas de higiene e alimentação (Franzin & Bijella, 2005; Serra-Negra et al., 2006; D. D. F. Silva et al., 2008; Theodoro, Gigliotti, Oliveira, Silva, & Machado, 2007). Portanto, o seu padrão de saúde oral tem tendência a ser perpetuado nos filhos, (Adair et al., 2004; Alquilante, Bastos, Peres, Leal, & Iga, 2002; Couto, Rodrigues, Ximenes, Vasconcelos, & Silva, 2000; Mattila et al., 2005). Muitas das atitudes negativas dos pais ou familiares em relação à saúde oral dos filhos estão relacionadas com a falta de informação sobre como cuidar de forma adequada da sua própria saúde oral (M. U. Alves, Volschan, & Haas, 2004; Jackson, 2006). Assim, é importante que as mães tenham conhecimentos e competências adequados em relação à saúde oral, para atuarem na promoção da saúde dos seus filhos, transmitindo orientações adequadas, desenvolvendo práticas corretas e atitudes positivas (Campos et al., 2010).

Tendo em conta estes pressupostos, considerou-se pertinente caracterizar a família, sua saúde e hábitos de higiene oral, bem como analisar a perceção dos Pais/EE sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos filhos.

6.1 – Metodologia

O estudo descritivo de natureza quantitativa, de análise correlacional e corte transversal visa descrever a existência de relações entre as variáveis, pelo que como ponto de partida, formulou-se a seguinte questão:

Como percecionam os Pais/Encarregados de Educação o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos seus filhos/educandos?

Para o prosseguimento do estudo foram delineados os seguintes objetivos:

- Traduzir e validar para a população portuguesa o instrumento *Early Childhood Oral Health Impact Scale* **–** ECOHIS**;**
- Analisar a perceção dos Pais/EE sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos seus filhos/educandos.

Procurou-se ainda identificar os hábitos de higiene e saúde oral dos Pais/EE.

6.1.1 – Instrumentos de avaliação

A colheita de informação relativa aos Pais/EE dos adolescentes, teve como suporte o instrumento de colheita de dados construído com base na fundamentação teórica e integra:

- Questionário sobre os hábitos de higiene e saúde oral dos Pais/EE
- Questionário da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Criança/Adolescente – (*Early Childhood Oral Health Impact Scale* - ECOHIS), (Pahel et al., 2007) (traduzido e validado para a população em estudo)

Questionário sobre hábitos de higiene oral dos Pais/EE

Integra questões de caracterização sociodemográfica, hábitos de higiene oral, frequência da consulta no dentista e a saúde oral. As variáveis sociodemográficas foram operacionalizadas de acordo com o exposto no Quadro 8.

Quadro 8 - Variáveis sociodemográficas familiares

Variáveis	Operacionalização
Residência	Rural; Urbana
Habilitações literárias	Avaliado em função da mãe e do pai e classificado em cinco grupos: não sabe ler e escrever, 1º ciclo do ensino básico, 2º ciclo do ensino básico, 3º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior
Estado civil	Solteiro(a), casado(a)/união de facto, divorciado(a)/viúvo(a)
Situação Profissional	Avaliado em função do pai e da mãe e classificado em cinco grupos: empregado(a), desempregado(a) e reformado (a)
Profissão	Agrupados segundo Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 2001). Constituído por nove grupos Grupo 1 – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Grupo 2 – Especialista de profissões intelectuais e científicas Grupo 3 – Técnicos e profissionais de nível intermédio Grupo 4 – Pessoal administrativo e similar Grupo 5 – Pessoal dos serviços e vendedores Grupo 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Grupo 7 – Operários, artífices e trabalhadores similares; Grupo 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem Grupo 9 – Trabalhadores não qualificados

Com o objetivo de minorar as discrepâncias de interpretação, elaborou-se igualmente um índice para os hábitos de higiene oral, cujo somatório da cotação total dos diferentes parâmetros oscila entre 6 e 18 pontos, significando que o maior score traduz melhores hábitos de higiene oral dos Pais/EE (cf. Quadro 9).

Quadro 9 - Hábitos de higiene oral dos Pais/EE

Higiene oral	Operacionalização	
Frequência de escovagem dos dentes	O PNPSO recomenda que se deve escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo obrigatoriamente uma delas antes de deitar (DGS, 2005b).	
	Número de vezes por dia	**Cotação**
	Menos de 2 vezes	1
	2 vezes	2
	Mais de 2 vezes	3
Estrutura escovadas e duração da escovagem	A escovagem dos dentes para ser eficaz necessita de ser feita com rigor e demorar 2 a 5 minutos.	
	Tempo de escovagem dos dentes	**Cotação**
	Até 2 minutos	1
	2 ou mais minutos	2
	Escovagem da língua	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
Duração da escova de dentes	O PNPSO recomenda a mudança da escova de 3 em 3 meses e refere que se deve mudar de escova quando os filamentos ficarem deformados. Contudo dado tratar-se de um parâmetro subjetivo classificou-se com um valor mais baixo.	
	Intervalo de tempo de mudança da escova de dentes	Cotação
	Não sei	1
	Quando estiver estragada	2
	3-6 meses	3
	< 3 meses	4
	3 em 3 meses	5
Utilização de fio dentário	**Frequência da utilização do fio dentário**	Cotação
	Nunca	1
	Raramente	2
	Uma ou mais vezes por dia	3
Uso de elixir	**Frequência da utilização**	Cotação
	Nunca	1
	Raramente	2
	Uma ou mais vezes por dia	3
Total	O score global oscila entre 6 e 18 pontos	

Questionário da qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescente

O Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade Chapel Hill, da Carolina do Norte, Estados Unidos (Pahel et al., 2007). Posteriormente foi traduzido e validado para diferentes idiomas por diversos autores, demonstrando ser válido e confiável em culturas distintas (Lee, McGrath, Yiu, & King, 2009; S. Li, Veronneau, & Allison, 2008; Martins-Junior, Ramos-Jorge, Paiva, Marques, & Ramos-Jorge, 2012; Peker, Uysal, & Bermek, 2011; Tesch, Oliveira, & Leão, 2008).

O ECOHIS avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde oral em crianças em idade pré-escolar e sua família, tendo sido desenvolvido a partir dos 36 itens que compõem o questionário Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQOL). Estes itens foram considerados os mais relevantes para avaliar o impacto dos problemas orais sobre a qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar (Pahel et al., 2007).

A versão original do ECOHIS é constituída por treze questões divididas em duas subescalas: a Subescala de Impacto na criança com nove itens (itens 1 a 9) que avalia o impacto dos problemas orais na criança e a Subescala de Impacto na família com 4 itens (itens 10 a 13) que avalia o impacto dos problemas orais da criança sobre a sua família.

A Subescala de Impacto na Criança apresenta quatro domínios: sintomas infantis, função da criança, psicologia infantil e autoimagem/interação social da criança. A Subescala de Impacto na Família possui dois domínios: relativos ao stress parental e à função familiar. Cada item é avaliado por uma escala tipo Likert que varia de *Nunca* a *Não sei.* A pontuação atribuída foi recodificada em: 0 = *Nunca*; 1 = *Quase nunca*; 2 = *Ocasionalmente*; 3 = *Frequentemente* e 4 = *Muito frequentemente*. As respostas *Não sei* são consideradas como missings. Devem excluir-se os questionários com mais de dois missings na parte referente à saúde oral das crianças e com mais de um na parte referente à qualidade de vida familiar.

A soma das pontuações para a subescala relacionada com a saúde oral das crianças varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 36 pontos. A subescala relacionada com a qualidade de vida familiar varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 16 pontos. Isto possibilita avaliar as duas subescalas separadamente. O score da escala resulta do somatório de todos os itens das duas subescalas e varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 52.

Cerca de uma em cada cinco crianças em idade pré-escolar, nos Estados Unidos, tem experiência de cárie na infância (Vargas, Crall, & Schneider, 1998). Quando se compara as crianças que não têm cárie dentária com as que têm, conclui-se que estas são mais suscetíveis a ter episódios repetidos quer na infância quer na adolescência (Y. Li, Wang, & Caufield, 2000). As cáries podem causar dor num número significativo de crianças e, também, interferir no crescimento (Casamassimo, 2000). A responsabilidade pela saúde das crianças é sustentada, normalmente, pelos pais. Por este motivo, geralmente, são os pais que decidem sobre os cuidados de saúde dos seus filhos. Assim, assume particular importância a

avaliação da perceção dos pais sobre os problemas de saúde oral dos filhos e a influência respetiva na qualidade de vida (Pahel et al., 2007).

Face aos objetivos do presente estudo, considerou-se pertinente realizar a tradução e validação para a população portuguesa do ECOHIS.

Resultados psicométricos do estudo da tradução e validação do questionário sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescente (Q_2VRSOC/A)

O estudo da validação iniciou-se pela tradução do Early Childhood Oral Health Impact Scale, esta foi realizada de forma independente por dois portugueses, tendo o português como língua materna, e possuindo um amplo domínio da língua inglesa. Os tradutores foram informados dos objetivos da escala e elucidados a utilizarem termos que pudessem ser compreendidos pela população portuguesa em geral. A primeira versão (T1) foi realizada por uma tradutora profissional e a segunda (T2) por um odontopediatra a residir em Inglaterra, portanto fluente no idioma inglês.

A retroversão do instrumento ECOHIS para a língua inglesa foi realizada por dois tradutores independentes, um britânico e outro nativo dos Estados Unidos, tendo como língua materna o inglês e apresentando um amplo domínio da língua portuguesa. Ao contrário dos primeiros tradutores, os retradutores/retroversores não foram informados sobre os objetivos e conceitos envolvidos no questionário, evitando assim vieses e expectativas.

Posteriormente consultou-se um painel de peritos, composto por cinco peritos na área e um profissional com experiência em elaboração e adaptação de instrumentos de qualidade de vida, discutiram-se as duas versões traduzidas do questionário e com base nas sugestões definiu-se como os itens seriam redigidos na versão unificada do instrumento em português.

Após estes procedimentos o questionário foi adaptado para o português com pequenas modificações, que sem alterarem o significado, tornavam o texto mais adequado à cultura portuguesa. As duas traduções demonstraram ser semelhantes entre si, apresentando apenas pequenas diferenças com relação a termos específicos, como por exemplo, enquanto um tradutor traduziu “your child” como “seu filho(a)”, o outro traduziu como “sua criança” na unificação do questionário optou-se por introduzir o termo “filho(a)/educando” por ser mais abrangente e poder incluir as crianças que estão a cargo de outra pessoas.

Na tradução os termos “mouth or jaws”, foram traduzidos como “boca ou mandíbula” e “boca ou maxilares” optou-se por “boca ou maxilares” por se considerar a mandíbula apenas o maxilar inferior. Na unificação do questionário, em relação às opções de resposta, decidiu-se utilizar a versão do questionário na qual os termos “often” e “very often” foram traduzidos respetivamente como “frequentemente” e “muito frequentemente”. A palavra “sempre” foi considerada pelos peritos como muito intensa, uma vez que poderia ser entendida como “ter experienciado o impacto continuamente, por toda a vida, desde o nascimento”.

Na subescala da criança, nos itens 2, 3, 4, 6 e 8, não foram detetados problemas. No item 1, a palavra “jaws” foi traduzida como maxilares; no item 5, a ordem das palavras foi alterada, de acordo com a sequência do ensino em Portugal (creche, pré-escola e escola). Na subescala da família, no item 10, o tremo “upset” foi traduzido, de forma diferente, para “aborrecida” e “chateada”. A escolha recaiu nos dois termos “aborrecida(o)/chateada(o)”, por se entender ficar mais explícito.

No final, obteve-se uma versão do questionário em português, denominada Questionário da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Criança/Adolescente (Q_2VRSOC/A), para ser testado quanto à validade e à confiabilidade (cf. Quadro 10).

Quadro 10 - Versão final do questionário da qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescente (Q_2VRSOC/A)

Itens	Versão final
Título	**Qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescente**
Instruções	Os problemas com os dentes, boca ou maxilares e o seu tratamento, podem afetar o bem-estar e o dia-a-dia das crianças/adolescentes e suas famílias. Por favor, para cada uma das questões seguintes, indique as opções que melhor descrevem a sua perceção. Considere toda a vida do adolescente, desde o nascimento até ao presente, quando responder a cada pergunta.
Opções de Resposta	1- Nunca 2- Quase nunca 3- Ocasionalmente 4- Frequentemente 5- Muito frequentemente 6- Não sabe
1.	Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dor de dentes/boca/maxilares?
2.	Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?
3.	Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s) devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?
4.	Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em pronunciar alguma(s) palavra(s) devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?
5.	Com que frequência o seu filho(a)/educando faltou à creche, infantário ou escola devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?
6.	Com que frequência o seu filho(a)/educando teve problemas em adormecer devido a problemas dos dentes ou com o tratamentos dos dentes?
7.	Com que frequência o seu filho(a)/educando esteve frustrado devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?
8.	Com que frequência o seu filho(a)/educando evitou sorrir ou rir em frente a outras crianças/adolescentes devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?
9.	Com que frequência o seu filho(a)/educando evitou falar com outras crianças/adolescentes devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?
10.	Com que frequência você ou outro membro da família esteve aborrecida(o)/chateada(o) devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?
11.	Com que frequência você ou outro membro da família se sentiu culpada(o) devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?
12	Com que frequência você ou outro membro da família faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?
13.	Com que frequência os problemas com os dentes do seu filho(a)/educando e os seus tratamentos tiveram impacto financeiro na sua família?

O Questionário, depois de traduzido, foi testado numa amostra de 661 Pais/Encarregados de Educação. Os índices médios do Q_2VRSOC/A obtidos correlacionavam-se, todos, acima de 0.20, o que permite afirmar serem todos bons e se encontrarem bem centrados (Streiner & Norman, 1989). O valor mínimo obtido com a correlação foi no item 13 (r=0.427) "Impacto financeiro" e o máximo no item 3 (r= 0.621) "Dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s)" (cf. Quadro 11).

As correlações entre a subescala de impacto na criança (r=0.940; p=0.000), e na família (r=0.831; p=0.000), com o score global da Q_2VRSOC/A revelam ser associações positivas e significativa.

Reportando-se aos estudos da fiabilidade, o Quadro 11 mostra as estatísticas (médias e desvio padrão) e as correlações obtidas entre cada item. Pelos valores médios o índice mais elevado (média=1.19) observa-se no item 13 "Impacto financeiro", e o mais baixo no item 9 (média=0.21) "Evitou falar". Os coeficientes de correlação com o item total corrigido mostram que o item com maior correlação foi o item 3 "Dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s) " (r=0.631).

Quadro 11 - Estatísticas e Correlação de Pearson relativas ao Q_2VRSOC/A

ITENS	Média	Desvio Padrão	1ª correlação R
1.Dor de dentes/boca	0.92	0.862	0.516
2.Dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias	0.59	0.793	0.509
3.Dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s)	0.54	0.749	**0.621**
4.Dificuldade em pronunciar alguma(s) palavra(s)	0.24	0.601	0.457
5.Faltou à creche, infantário ou escola	0.25	0.590	0.545
6.Dificuldade em adormecer	0.46	0.737	0.585
7.Ficou frustrado	0.46	0.775	0.611
8.Evitou sorrir ou rir	0.29	0.681	0.436
9.Evitou falar	0.21	0.546	0.449
10.Membro da família ficou aborrecida(o)/chateada(o)	0.53	0.878	0.604
11.Membro da família sentiu-se culpada(o)	0.32	0.752	0.484
12.Membro da família faltou ao trabalho	0.38	0.742	0.459
13.Impacto financeiro	1.19	1.433	**0.427**

O Coeficiente de Alfa de Cronbach indica uma boa consistência interna na subescala impacto na criança (α=0.844) e um valor mais modesto na subescala impacto na família (α=0.623). Os valores de Alfa de Cronbach para a totalidade dos itens foi boa (α=0.852). Após o cálculo do índice de fiabilidade pelo método das metades (split-half), os valores de alfa de Cronbach revelaram-se inferiores ao alfa da globalidade, já que na primeira metade se obteve um valor de 0.829 e na segunda metade o valor baixa para 0.714 (cf. Quadro 12).

Quadro 12 - Estatísticas e Alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna do Q_2VRSOC/A

ITENS	Média	Desvio Padrão	r item-total (s/ item)	α Cronbach s/ item
1. Dor de dentes/boca	0.92	0.862	0.539	0.840
2.Dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias	0.59	0.793	0.503	0.842
3.Dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s)	0.54	0.749	0.631	0.834
4.Dificuldade em pronunciar alguma(s) palavra(s)	0.24	0.601	0.476	0.845
5.Faltou à creche, infantário ou escola	0.25	0.590	0.558	0.841
6.Dificuldade em adormecer	0.46	0.737	0.612	0.836
7.Ficou frustrado	0.46	0.775	0.617	0.835
8.Evitou sorrir ou rir	0.29	0.681	0.532	0.841
9.Evitou falar	0.21	0.546	0.525	0.842
10.Membro da família ficou aborrecida(o)/chateada(o)	0.53	0.878	0.589	0.837
11.Membro da família sentiu-se culpada(o)	0.32	0.752	0.494	0.843
12.Membro da família faltou ao trabalho	0.38	0.742	0.503	0.842
13.Impacto financeiro	1.19	1.433	0.399	0.867
Subescala impacto na criança/adolescente		**0,844**		
Subescala impacto na família		**0,623**		
Coeficiente *Split-half*		**Primeira metade = 0.829** **Segunda metade = 0.714**		
Coeficiente A*lfa Cronbach* global		**0.852**		

Em síntese o estudo psicométrico do Questionário da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Criança/Adolescente sustenta a hipótese da sua validade segundo os pressupostos teóricos. A análise da validade e confiabilidade da consistência interna, indica valores de Alpha Cronbach na globalidade de 0.852 e nas subescalas da criança/adolescente (0.844) e da família (0.623), semelhantes aos valores de Alpha Cronbach encontrados no instrumento original para a subescala da criança (0.91) e inferiores aos encontrados para a subescala da família (0.95).

6.1.2 – Procedimentos

Os procedimentos metodológicos, adotados no Estudo1, são similares aos descritos no Capítulo 5, referente à metodologia geral.

A recolha de informação foi autorizada pelo Ministério da Educação, através da Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (cf. Anexo 6).

O preenchimento dos questionários pelos Pais/Encarregados de Educação ocorreu por adesão voluntária. O Professor Coordenador da Educação para a Saúde contactou com os Diretores de Turma para que os adolescentes levassem os questionários previamente codificados num total de 1115 aos Pais/Encarregados de Educação. Foram devolvidos 690, em envelope fechado, previamente fornecido.

No final, os diretores de turma fizeram chegar os questionários ao professor coordenador de educação para a saúde.

6.1.3 – Amostra e sua caracterização

A amostra do Estudo 1 é constituída por 661 Pais/EE dos adolescentes (cf. Quadro 1).

Apesar dos Pais/EE que responderam ao questionário completarem informação referente aos pais (pai e mãe) e aos adolescentes, o questionário foi respondido maioritariamente pela mãe (n=538; 81.3%), sendo os restantes pelo pai (n=102; 15.5%) e por outro encarregado de educação (n=21; 3.2%).

Os dados biográficos colhidos visam a caracterização dos Pais/EE nomeadamente em termos de idade, sexo, local de residência, agregado familiar, grau de parentesco, habilitações literárias, estado civil, profissão e situação de emprego.

A análise das características sociodemográficas revela-se de grande importância, porquanto diversos estudos referem a associação entre o nível socioeconómico da família e o risco de incidência das doenças orais, em todos os seus elementos, adultos, crianças e adolescentes (Gradella, Oliveira, Ardenghi, & Marcelo Bönecker, 2007).

Caracterização sociodemográfica dos Pais/Encarregados de Educação

Os Pais/EE são maioritariamente do sexo feminino (84.1%), sendo 640 pais (pai e/ou mãe) e 21 encarregados de educação.

A idade dos Pais/EE situa-se entre os 21 e os 75 anos, com uma média de 41.01 anos (DP=6.136), e uma dispersão baixa em torno da média.

A média de idade dos Pais/EE do sexo masculino é superior à dos Pais/EE do feminino, (OM=357.09 vs OM=275.75), pelo resultado do teste U de Mann Whitney verificou-se que as diferenças são estatisticamente significativas (U=16300.5; Z=-4.335; p=0.000) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Idade dos Pais/EE

Sexo/Idade	n	%	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/$_{erro}$	K/$_{erro}$	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	105	15.9	26	75	41.25	6.244	6.858	11.606	15.14	357.09	**U=16300.5 Z=-4.335 p=0.000*** **
Feminino	556	84.1	21	70	40.84	6.060	3.316	4.259	14.83	275.75	
Total	**661**	**100.0**	**21**	**75**	**41.01**	**6.136**	**7.039**	**11.128**	**14.96**		

No que se refere à zona de residência, a maioria (71.4%) vive na zona rural. A percentagem de mães/EE da zona rural, é superior à dos Pais/EE (73.0% vs 62.9%), (χ^2=4.469, p=0.035) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Local de residência dos Pais/EE

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	105	15,9	556	84,1	661	100,0
Zona de Residência (N=661)						
Rural	66	62.9	406	73.0	**472**	**71.4**
Urbano	39	37.1	150	27.0	**189**	**28.6**
					Teste Qui-Quadrado: χ2=4.469; p=0.035*	

A maioria dos Pais/EE é casada ou vive em união de facto (cf. Tabela 3). A habilitação literária predominante é o 2º Ciclo do Ensino Básico (cf. Tabela 3). A maioria dos Pais/EE (pais e mães) está empregada (87.3% vs 64.9%) (cf. Tabela 3).

No que respeita à profissão dos Pais/EE (pais e mães), concluiu-se que é no grupo de "operários, artífices e trabalhadores similares" que se encontra maior percentagem de pais (43.7%) e no grupo dos "trabalhadores não qualificados" de mães (41.6%) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Características biográficas dos Pais/EE

Perfil sociodemográfico dos Pais/Encarregado de Educação	Pai		Mãe	
	n	%	n	%
Estado civil				
Casados/União de facto	581	92.8	586	91.0
Solteiros/Divorciados/Viúvos	45	7.2	58	9.0
Habilitações literárias dos pais				
1ºCiclo Ensino Básico	189	30.9	158	24.7
2ºciclo	201	32.8	192	30.0
3ºciclo	104	17.0	137	21.4
Secundário (12º ano)/Ensino Superior	118	19.3	153	23.9
Situação profissional				
Empregado(a)	530	87.3	399	64.9
Desempregado(a)	52	8.6	206	33.5
Reformado(a)	25	4.1	10	1.6
Profissão				
Quadros sup. administ. pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	22	3.7	11	1.8
Especialista de profissões intelectuais e científicas	21	3.6	19	3.2
Técnicos e profissionais de nível intermédio	34	5.8	51	8.6
Pessoal administrativo e similar	34	5.8	52	8.7
Pessoal dos serviços e vendedores	56	9.5	79	13.3
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	35	5.9	15	2.5
Operários, artífices e trabalhadores similares	258	43.7	98	16.4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	65	11.0	23	3.9
Trabalhadores não qualificados	166	11.2	248	41.6

O perfil sociodemográfico revela que os Pais/EE têm em média cerca de 41 anos, na sua maioria são do sexo feminino (84.1%), residentes em meio rural (71.4%), casados (92.8% dos pais vs 91.0% das mães), encontram-se empregados (84.2% dos pais e 67.6% das mães) e 32.8% dos pais vs 30.0% das mães estão habilitados com o 2º Ciclo do Ensino Básico.

6.2 – Resultados

Definida a operacionalização das variáveis em análise no Estudo 1, pretende-se dar resposta aos objetivos delineados na metodologia, começando por caraterizar os hábitos de higiene oral dos Pais/EE e os problemas dentários, e analisar a perceção dos Pais/EE acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescente desde criança.

6.2.1 – Hábitos de higiene oral dos Pais/Encarregados de Educação

A maioria dos Pais/EE escova os dentes duas vezes por dia (52.3%), 33.5% menos de duas vezes por dia e 14.2% três ou mais vezes. Não se observaram diferenças significativas entre homens e mulheres (χ^2=3.636; p=0.162) (cf. Tabela 4). Os Pais/EE demoram menos de 2 minutos na escovagem dos dentes (83.5%), os valores obtidos no sexo masculino e no feminino são idênticos aos da amostra global (χ^2=0.021; p=0.885) (cf. Tabela 4).

Quando questionados sobre a escovagem da língua, constatou-se que 60.6% dos Pais/EE respondeu afirmativamente. As diferenças encontradas face ao sexo dos Pais/EE não são significativas (χ^2=0.051; p=0.821) (cf. Tabela 4).

Observou-se que a maioria dos Pais/EE não usa fio dentário (74.5%), 16.3% usam-no uma ou mais vezes ao dia e 9.2% raramente o usa. Quanto ao uso de elixir, a maioria dos Pais/EE não faz uso do elixir na sua higiene oral (68.4%), apenas 13.3% o usa uma ou mais vezes ao longo do dia. O teste Qui-Quadrado, não mostra diferenças estatísticas significativas nas variáveis em estudo (p>0.05) (cf. Quadro 16). A mudança de escova de dentes ocorre de 3 em 3 meses (31.8%), ou entre os 3 e os 6 meses (27.4%) e 26.2% dos Pais/EE substituem a escova de dentes antes dos 3 meses, (χ^2=7.920; p=0.095) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Hábitos de higiene oral dos Pais/EE

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Frequência da escovagem dos dentes por dia (N=641)							
Menos de 2 vezes	40	39.6	175	32.4	215	33.5	χ^2=3.636 p=0.162
Duas vezes	44	43.6	291	53.9	335	52.3	
Três ou mais vezes	17	16.8	74	13.7	91	14.2	
Tempo de escovagem dos dentes (N=577)							
Menos de 2 minutos	79	84.0	403	83.4	482	83.5	χ^2=0.021 p=0.885
De 2 ou mais minutos	15	16,0	80	16,6	95	16,5	
Escovagem da língua (N=637)							
Não	38	38.4	213	39.6	251	39.4	χ^2=0.051 p=0.821
Sim	61	61.6	325	60.4	386	60.6	
Frequência da utilização do fio dentário (N=661)							
Nunca	85	81.0	407	73.2	492	74.5	χ^2=4,273 p=0.118
Raramente	10	9.5	51	9.2	61	9.2	
Uma ou mais vezes	10	9.5	98	17,6	108	16,3	
Uso de elixir (N=661)							
Nunca	76	72.4	376	67.7	452	68.4	χ^2=1,641 p=0.440
Raramente	19	18.1	102	18.3	121	18.3	
Uma ou mais vezes	10	9.5	78	14,0	88	13,3	
Intervalo de tempo de mudança da escova de dentes (N=661)							
Não sei	11	10.5	52	9.4	63	9.5	χ^2=9.109 p=0.105
Quando estiver estragada	7	6.7	27	4.8	34	5.1	
3 a 6 meses	18	17.1	163	29.3	181	27.4	
De 3 em 3 meses	34	32.4	176	31.7	210	31.8	
Menos de 3 meses	35	33.3	138	24.8	173	26.2	

Consulta no dentista e Problemas dentários

Verificou-se que 49.8% dos Pais/EE foi à consulta do médico dentista uma vez por ano, 19.3% de seis em seis meses, 14.7% quando necessário e 5.1% nunca. Os valores obtidos no sexo masculino e feminino são idênticos ao da amostra global (χ^2=7.837; p=0.098) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência da consulta dentária dos Pais/EE

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Consulta médica no dentista (N=647)							
Nunca	6	5.8	27	5.0	**33**	**5.1**	χ2=7.837 p=0.098
Quando necessário	8	7.7	87	16.0	**95**	**14.7**	
Anualmente	50	48.1	272	50.1	**322**	**49.8**	
6 em 6 meses	23	22.1	102	18.8	**125**	**19.3**	
Outro	17	16.3	55	10.1	**72**	**11.1**	

Os problemas dentários afetam tanto as mães como os pais, embora no global sejam elas as mais afetadas. A falta de dentes (eduntulismo) está presente na maioria das mães (58.6%) e em 48.4% dos pais, enquanto as cáries atingem 23.9% dos pais e 22.7% das mães. Sendo o uso de prótese dentária mais frequente nas mães (26.2%) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Problemas orais dos Pais/EE

	Pai		Mãe	
	n	%	n	%
Falta de dentes	298	48.4	367	58.6
Cárie	147	23.9	141	22.7
Prótese dentária	81	13.2	164	26.2
Tártaro	45	7.3	41	6.5
Gengivite	9	1.5	15	2.4
Periodontite	2	0.3	3	0.5

Os scores de pontuação relativos aos hábitos de higiene oral variaram entre um mínimo de seis e um máximo de 18, com um valor médio de 11.32 (DP=2.225), apresentando os Pais/EE do sexo feminino melhores hábitos de higiene oral do que os do sexo masculino (OM=289.29 vs OM=262.44), contudo as diferenças entre ambos não são significativas (U=19696.0; Z=-1.440; p=0.150) (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Score global dos hábitos de higiene oral dos Pais/EE

Sexo	n	%	Min	Max	$\bar{x}$	DP	$Sk/_{erro}$	$K/_{erro}$	CV (%)	OM	U de Mann Whitney
Masculino	105	15.9	6	18	11.00	2.294	0.936	0.346	20.85	262.44	U=19696.0 Z=-1.440 *p*=0.150
Feminino	556	84.1	6	17	11.38	2.245	1.178	-2.488	19.72	289.29	
Total	**661**	**100.0**	**6**	**18**	**11.32**	**2.225**	**1.421**	**-2.201**	**19.65**		

A fim de se apurar a qualidade dos hábitos dos de higiene oral dos Pais/EE, esta foi recodificada com recurso ao score global, e posterior construção de três grupos estatísticos suportados na fórmula Mediana ± 0,25 x AIQ (Pestana & Gageiro, 2008).

Do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação:

- Maus hábitos de higiene oral ≤ 10,25
- Razoáveis hábitos de higiene oral 10,25 < M < 11,75
- bons hábitos de higiene oral ≥ 11,75

Verificou-se que 46.3% dos Pais/EE tem bons hábitos de higiene oral e 36.7% maus hábitos. As mulheres apresentam melhores hábitos face aos homens (47.5% vs 39.6%), no entanto o teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças não são significativas (χ^2=1.969, p=0.374), ou seja, homens e mulheres não se diferenciam nos hábitos de higiene oral (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Classificação dos hábitos de higiene oral dos Pais/EE

Sexo / Q_2VRSOC/A	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Maus hábitos de higiene oral	37	40.7	172	36.0	**209**	**36.7**	**χ^2=1.969 p=0.374**
Razoáveis hábitos de higiene oral	18	19.7	79	16.5	**97**	**17.0**	
Bons hábitos de higiene oral	36	39.6	227	47.5	**263**	**46.3**	

Síntese dos resultados sobre os hábitos de higiene oral dos Pais/EE

Os Pais/EE escovam os dentes duas vezes ao dia (52.3%), demoram menos de dois minutos na escovagem (83.5%), escovam a língua (60.6%), mas nunca utilizam o fio dentário (74.5%) e elixir (68.4%), contudo mudam de escova de dentes de três em três meses (31.8%) e consultam o dentista anualmente (49.8%), possuindo no global bons hábitos de higiene oral (46.3%).

6.2.2 – Perceção dos Pais/EE acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde oral do adolescente desde criança

Na análise dos resultados dos Pais/EE face aos adolescentes, considerou-se também os termos "filhos(as)/educandos e criança", pelo facto dos dados se reportarem ao período de vida do adolescente desde criança.

Os itens relacionados com a dor, dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias, dificuldade em ingerir algum tipo de alimentos, dificuldade em adormecer e ficou frustrado na subescala impacto na criança/adolescente, foram referidos pelos Pais/EE como sendo os que tiveram ocasionalmente, frequentemente e muito frequentemente impacto no filho/educando. Na subescala Impacto na família foram os itens, impacto financeiros, ficou aborrecido/chateado e faltou ao trabalho, que tiveram, ocasionalmente, frequentemente e muito frequentemente, impacto na família (cf. Tabela 9).

Pela análise da frequência de repostas dos Pais/EE observou-se que 22.8% percecionam que o seu filho(a)/educando tem, dor de dentes de forma ocasional e 13.8% referem que os seus filhos/educandos manifestaram de forma ocasional dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias.

A maioria (57.9%) nunca apresentou dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s), e 81.7% nunca teve dificuldade em pronunciar alguma(s) palavra(s). Devido a problemas de saúde, 5.5% tiveram que faltar à creche, infantário ou escola e 11.0% dos adolescentes apresentaram desde criança, ocasionalmente, dificuldade em adormecer. A maioria (80.1%) dos adolescentes desde criança nunca teve problemas em sorrir ou rir, nem em falar (84.8%), devido a problemas de saúde oral (cf. Tabela 9).

Quanto aos itens que constituem a subescala do Impacto na família, 13.9% dos membros da família ficaram aborrecidos/chateados de forma ocasional, contudo 6.7% sentiram-se culpados pela saúde oral do seu filho/educando, por problemas de saúde oral do filho 10.2% dos Pais/EE tiveram que faltar ao trabalho, e o impacto financeiro foi manifestado por 13.3% dos Pais/EE como muito frequente e 17.9% tiveram ocasionalmente problemas financeiros face à saúde oral dos filhos/educandos (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Resposta dos Pais/EE relativa ao Q_2VRSOC/A

Q_2VRSOC/A	Nunca		Quase nunca		Ocasional-mente		Frequente-mente		Muito frequente-mente		Não Sei	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Impacto na criança/adolescente												
1.Dor de dentes/boca	208	36.6	190	33.5	151	22.8	8	1.4	3	0.5	8	1.4
2.Dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias	313	55.3	156	27.6	78	13.8	7	1.2	2	0.4	10	1.8
3.Dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s)	327	57.9	158	28.0	66	11.7	4	0.7	2	0.4	8	1.4
4.Dificuldade em pronunciar alguma(s) palavra(s)	464	81.7	69	12.1	26	4.6	2	0.4	3	0.5	4	0.7
5.Faltou à creche, infantário ou escola	457	80.6	73	12.9	31	5.5	3	0.5	1	0.2	2	0.4
6.Dificuldade em adormecer	376	66.5	118	20.9	62	11.0	6	1.1	1	0.2	2	0.4
7.Ficou frustrado	379	67.0	107	18.9	62	11.0	5	0.9	4	0.7	9	1.6
8.Evitou sorrir ou rir	454	80.1	60	10.6	39	6.9	7	1.2	2	0.4	5	0.9
9.Evitou falar	481	84.8	48	8.5	33	5.8	0	0.0	2	5.8	3	0.5
Impacto na família												
10.Membro da família ficou aborrecida(o)/chateada(o)	379	66.8	91	16.0	79	13.9	5	0.9	9	1.6	4	0.7
11.Membro da família se sentiu culpada(o)	447	78.8	66	11.6	38	6.7	6	1.1	7	1.2	3	0.5
12.Membro da família faltou ao trabalho	427	75.3	70	12.3	58	10.2	4	0.7	4	0.7	4	0.7
13.Impacto financeiro	276	48.8	72	12.7	101	17.9	34	6.0	75	13.3	7	1.2

Em relação ao Q_2VRSOC/A (score global), e aos scores das subescalas, Impacto na criança/adolescente e Impacto na família, são os Pais/EE do sexo feminino que percecionam o impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral com valores médios mais elevados. Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas tanto nas subescalas como no score global da Q_2VRSOC/A ($p>0.05$) (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Scores Q_2VRSOC/A (subescalas e global) de acordo com o sexo dos Pais/EE

Q_2VRSOC/A	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/$_{erro}$	K/$_{erro}$	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Impacto na criança/adolescente (N=558)									
Masculino	0	18	3.45	4.198	5.484	3.029	121.68	253.62	U=18237,05
Feminino	0	21	4.07	4.283	12.123	7.831	105.23	284.28	Z=-1.649
Total	**0**	**21**	**3.97**	**4.273**	**13.320**	**8.301**	**107.63**		*p*=0.099
Impacto na família (N=567)									
Masculino	0	12	2.10	2.637	5.259	2.894	125.57	262.84	U=19214.0
Feminino	0	13	2.48	2.749	9.274	1.929	110.84	287.89	Z=-1.362
Total	**0**	**13**	**2.43**	**2.734**	**10.504**	**2.570**	**112.51**		*p*=0.173
Q_2VRSOC/A (score global) (N=557)									
Masculino	0	26	5.56	6.192	5.104	2.358	111.37	253.02	U=18184.5
Feminino	0	31	6.54	6.329	10.318	4.400	96.77	283.81	Z=-1.647
Total	**0**	**31**	**6.39**	**6.312**	**11.365**	**4.797**	**98.77**		*p*=0.100

Observou-se que os Pais/EE que percecionam, com valores mais elevados, o impacto dos problemas orais sobre a criança/adolescente, são os que residem em meio rural (OM=284.65) e também os que referem o impacto dos problemas orais da criança/adolescente sobre a família com valores mais baixos (OM=282.90). No Q_2VRSOC/A global verificou-se que são os

Pais/EE que residem na zona rural que pontuam com valores de ordenação média mais baixos (OM=282.01), contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas quer nas subescalas (Impacto na Criança: p=0.267; Impacto na Família: p=0.807) quer na escala global (U=32694.0; Z=-0.644; p=0.520) (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Teste U de Mann Whitney entre a zona de residência dos Pais/EE e a Q_2VRSOC/A (subescalas e score global)

Zona de Residência / Q_2VRSOC/A	Rural	Urbano	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Impacto na criança/adolescente	284.65	268.61	31970.5	-1.110	0.267
Impacto na família	282.90	286.39	34297.5	-0.244	0.807
Q_2VRSOC/A (score global)	282.01	272.65	32694.0	-0.644	0.520

A idade dos Pais/EE associou-se de forma positiva nas subescalas Impacto na criança/adolescente e Impacto na família e no Q_2VRSOC/A global, ou seja, quando aumenta a idade dos Pais/EE aumenta a perceção do impacto dos problemas orais na qualidade de vida da criança/adolescente e da família (r=0.049; p=0.266), no entanto o valor de t não evidencia diferenças significativas entre as variáveis em estudo (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Regressão linear simples entre a idade e a Q_2VRSOC/A

	Idade				
	r	r2(%)	p	t	p
Impacto na criança/adolescente	0.069	0.5	0.117	1.566	0.117
Impacto na família	0.002	0.0	0.965	0.044	0.965
Q_2VRSOC/A (score global)	0.049	0.2	0.266	1.114	0.266

Em relação às habilitações literárias dos Pais/EE e à QVRSO da criança/adolescente, o teste Kruskal-Wallis revelou diferenças estatísticas significativas. Os pais que possuem o 1º Ciclo do EB pontuam com valores mais elevados no impacto da qualidade de vida da criança/adolescente e da família (PM=279.56) e os do 3º Ciclo EB pontuam com valores mais baixos (PM=231.54) no Q_2VRSOC/A score global, sendo as diferenças significativas (H=9.571; p=0.023). Relativamente às mães, as que possuem o 2º Ciclo do EB são as que pontuam com valores mais elevados (PM=299.53) no Q_2VRSOC/A score global, por sua vez as que têm o 3º Ciclo do EB são quem pontua com valores mais baixos no score global do Q_2VRSOC/A (Peso Médio=252.40), sendo as diferenças significativas (H=7.997; p=0.046) (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Teste Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias dos Pais/EE e a Q_2VRSOC/A

	1ºCiclo EB	2ºCiclo EB	3ºCiclo EB	Secundário (12ºano) Ensino Superior	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Habilitações literárias do pai						
Q_2VRSOC/A (score global)	279.56	275.12	231.54	240.00	**9.571**	**0.023***
Habilitações literárias da mãe						
Q_2VRSOC/A (score global)	270.36	299.53	252.40	257.57	**7.997**	**0.046***

Analisando a perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescente, em função do contexto de empregabilidade do pai e da mãe, verificou-se que quando o pai é reformado pontua com valores mais elevados no Q_2VRSOC/A (PM=309.21) em sentido oposto estão os pais desempregados que apresentam valores mais baixos no Q_2VRSOC/A (score global) (PM=203.43), sendo as diferenças estatisticamente significativas (H=8.733; p=0.013) (cf. Tabela 14).

No que concerne à situação de emprego da mãe, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas no Q_2VRSOC/A score global (p>0.05) (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis entre situação de emprego dos Pais/EE e a Q_2VRSOC/A

	Empregado	Desempregado	Reformado	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Situação de emprego do pai					
Q_2VRSOC/A (score global)	264.54	203.43	309.21	**8.733**	**0.013***
Situação de emprego da mãe					
Q_2VRSOC/A (score global)	256.96	276.24	281.44	2.828	0.363

Os Pais/EE que são casados ou vivem em união de facto percecionam o impacto da Q_2VRSOC/A global com valores mais altos que os pais ou mães que são solteiros/divorciados ou viúvos. O estado civil dos pais (pai e mãe) revelou ser independente do Q_2VRSOC/A score global (p>0.05) (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Teste U de Mann Whitney entre o estado civil do Pais/EE e a Q_2VRSOC/A

	Casados União de facto	Solteiros Divorciados Viúvos	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Estado civil do pai					
Q_2VRSOC/A (score global)	266.90	260.84	8499.5	-0.226	0.821
Estado civil da mãe					
Q_2VRSOC/A (score global)	256.66	239.83	4586.5	-0.502	0.615

Em síntese os itens que foram percecionados pelos Pais/EE com mais impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescente foram Dor de dentes/boca e Dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias, os itens que foram percecionados com mais impacto na qualidade de vida da família foram Impacto financeiro e Ficou aborrecido/chateado.

São os pais (pai/mãe) com habilitações ao nível do 3º Ciclo do EB quem perceciona valores mais baixos no score global do Q_2VRSOC/A, sendo as diferenças significativas (p=0.046).

No que se refere à situação no emprego do pai e o Q_2VRSOC/A (score global) as diferenças são estatisticamente significativas (p=0.013).

6.3 – Discussão da saúde oral dos Pais/EE e da sua perceção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes

Após a análise dos resultados, proceder-se-á, de imediato, à discussão dos que se evidenciam como mais significativos, contrapondo-os com as evidências divulgadas.

No contexto sociodemográfico dos Pais/EE, emerge que, destes, 640 são Pais e 21 são EE, com uma média de idades de 41.01 anos (DP=6.136), dos quais, as mães representam a maioria (81.3%). Estes resultados refletem, dentro do seio familiar, que é a mãe a principal figura designada no início do ano letivo para participar ativamente na vida dos filhos. Tal como, em termos históricos, a figura materna representa um papel de destaque no cuidado à saúde dos filhos e é a responsável pelo estabelecimento de regras e rotinas de higiene e alimentação (Franzin & Bijella, 2005; Serra-Negra et al., 2006; D. D. F. Silva et al., 2008; Theodoro et al., 2007).

A maioria (71.4%) dos Pais/EE reside na zona rural e está empregada. Existem, contudo, em situação de desemprego, 33.5% das mães e 8.6% dos pais. Estes valores refletem a atual conjuntura do mercado laboral do país em que o percurso do desemprego, desde 2008 é crescente. O Eurostat anunciou, em fevereiro de 2013, que o desemprego em Portugal obteve um novo recorde de 17.5%, o que representa um aumento de 0.3 pontos percentuais em relação a dezembro de 2012. Para além disso, Portugal é o país da União Europeia a 27 com o maior fosso no desemprego entre homens e mulheres. E esta diferença tem vindo a agravar-se, é, também, o único da União Europeia em que o desemprego feminino ultrapassa o masculino em mais de dois pontos percentuais (Eurostat, 2013).

6.3.1 – Hábitos de higiene e saúde oral dos Pais/Encarregados de Educação

No que se refere aos hábitos de higiene oral, 46.3% dos Pais/EE tem bons hábitos de higiene oral e 36.7% maus hábitos. A maioria dos Pais/EE (52.3%) escova os dentes duas vezes ao dia, 83.5% demoram menos de dois minutos na sua escovagem, 60.6% escovam a língua,

74.5% nunca utilizam o fio dentário, 13.3% usam elixir e 31.8% mudam de escova de dentes de três em três meses. Os resultados encontrados são concordantes aos reportados por R. M. B. Barbosa (2011), na região de Viseu, em que a prevalência de escovagem (duas ou mais vezes por dia) é de 59.2%, a utilização do fio dentário é referida por 26.2% da população e apenas 10.8% utilizam como complemento à escovagem, o fio dentário e o bochecho com elixir. Contudo, no que se refere à frequência da escovagem e à utilização do fio dentário são inferiores aos observados por Lisbôa and Abegg (2006), que encontraram uma frequência de escovagem dos dentes três vezes ao dia de 53.9% e 56.7% das pessoas não utilizavam o fio dentário. Também os resultados da pesquisa da Associação Americana do Coração (AHA) são mais positivos nos cuidados de higiene oral, indicando que 75% dos adultos norte-americanos praticam, regularmente, a rotina de cuidados orais com escovagem dos dentes (duas vezes ao dia) e uso do fio dentário (uma vez ao dia) (AHA, 2012).

Verificou-se que 49.8% dos pais vão anualmente à consulta do dentista. Resultados, estes, superiores aos mencionados nos estudos de Dias (2009) e R. M. B. Barbosa (2011), em que, respetivamente, 29.7% e 22.5% dos Pais/EE vão, regularmente, ao dentista. Contudo, a percentagem de pais que frequentam a consulta do dentista é baixa, existindo 5.1% que referem nunca ir ao dentista motivo que pode justificar que os problemas dentários estejam presentes nas mães e nos pais, observando-se eduntulismo na maioria das mães (58.6%) e em 48.4% dos pais, as cáries atingem 23.9% dos pais e 22.7% das mães e o uso de prótese dentária é mais frequente nas mães (26.2%). Estes valores demonstram que a vigilância da saúde oral destes participantes, com uma média de idades de 41.01 anos, não tem sido muito privilegiada ao longo da vida, o que tem implicações na saúde global e qualidade de vida.

Os resultados encontrados não aparentam ser um bom exemplo para promover, adequadamente, os cuidados de saúde oral dos filhos, pois como referido, a família é um espaço privilegiado de educação e é o primeiro agente socializador da criança e do adolescente. As suas características e os seus hábitos têm influência direta nas características e hábitos do adolescente.

Como referem Campos et al. (2010), os membros da família possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde, e, como se sabe, as crianças passam a maior parte dos primeiros anos da sua vida e adquirem parte da sua preparação social, cultural e educacional com os pais/família (Lima & Schneider, 2010).

6.3.2 – Perceção dos Pais/EE acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde oral do adolescente desde criança

O facto da elaboração e utilização de instrumentos para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de crianças ser recente, contribui para a escassez da informação científica publicada no nosso país, não existindo um histórico de dimensão

adequada que nos permita potenciar a discussão dos resultados. Para além disso, de acordo com Jokovic et al. (2004), as informações dos pais, sendo de enorme utilidade, são incompletas. Devendo-se realçar, contudo, que mesmo que as crianças/adolescentes tenham capacidade de responder ao questionário, as mães têm uma influência importante sobre as decisões de saúde de seus filhos (Piovesan, Batista, Ferreira, & Ardenghi, 2009).

Os resultados evidenciam a dor de dentes/boca, a dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias, algum tipo de alimentos, a dificuldade em adormecer e a frustração, como sendo os itens que obtiveram impacto, no filho/educando, na subescala impacto na criança/adolescente. Estes resultados obtidos são similares aos de Alvarez (2009), que concluiu que a dor, a irritabilidade, a dificuldade em ingerir certo tipo de alimentos/bebidas quentes ou frias e a dificuldade em adormecer, foram os mais frequentemente relatados.

Na subescala do impacto na família, foram os itens impacto financeiro, ficou aborrecido/chateado e faltou ao trabalho, os que obtiveram, índices de resposta mais elevados. Nos estudos realizados por outros investigadores também, o item ficou aborrecido foi um dos citados como mais impacto na subescala da família (Alvarez, 2009; Souza et al., 2010).

São os Pais/EE do sexo feminino que percecionam maior impacto na QVRSO dos filhos. As pesquisas confirmam que existe a tendência de maior concordância entre mães e filhos no que diz respeito a aspetos mais facilmente observáveis, como sintomas orais e limitações funcionais (Johal, Cheung, & Marcene, 2007). Observou-se, também, que com o aumento da idade dos Pais/EE há um incremento da perceção do impacto dos problemas orais na qualidade de vida da criança/adolescente e da família. O facto poderá ser percebido como um sinal de que os anos de vida funcionam como uma aprendizagem importante, ajudando a sedimentar o conhecimento com base na experiência e a ter maior acuidade sobre as situações do quotidiano.

Em relação às habilitações literárias, são os pais (pai/mãe) detentores do 3º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário e Superior que obtêm os valores mais baixos no score total do Q_2VRSOC/A, com diferenças significativas. Uma possível explicação para este facto poderá estar relacionada com uma maior obtenção de conhecimentos e de informação privilegiada e a aquisição de competências que lhes permitiu estarem mais despertos para alguns problemas gerados pela saúde oral dos seus filhos. Possuir um maior nível de escolaridade e possibilidades económicas, pode ser determinante na escolha de estilos de vida saudáveis e aumenta a probabilidade do indivíduo procurar serviços de saúde e obter sucesso no tratamento (Travassos & Martins, 2004). As pessoas com maior nível de educação, demonstram um comportamento mais cuidadoso com a saúde oral (A. L. Pereira, 2010).
A qualidade de vida oral é uma área de pesquisa recente, a baixa perceção dos Pais menos instruídos pode, dever-se, precisamente ao menor poder crítico relativo a esta matéria.

Capítulo 7 – Estudo 2 - Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes

Como referido anteriormente, os estudos sobre qualidade de vida e saúde oral são relativamente recentes e a sua maioria teve como objetivo a definição de conceitos e a apresentação de instrumentos de avaliação (Slade, 1997a). Sem qualquer equívoco, é atualmente atestado pelo conhecimento científico, que a qualidade de vida dos indivíduos é fortemente influenciada pela sua condição de saúde, inclusive a saúde oral. Por sua vez, os problemas de saúde oral, com efeitos negativos sobre a vida dos indivíduos, para além de provocarem dor e desconforto, incluem: dificuldade em mastigar, dificuldade em dormir, problemas de comunicação, insatisfação com a imagem física, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima) e diminuição do rendimento escolar (Filstrup et al., 2003; Sheiham et al., 2001). Assim, face aos efeitos nefastos de uma má saúde oral é premente que se realize de forma continuada a monitorização e avaliação da saúde oral, para otimizar a saúde e minimizar problemas. A monitorização em saúde oral deverá incidir sobre os indicadores subjetivos, em detrimento dos objetivos, por serem mais eficazes na deteção de problemas, porquanto a autoperceção do indivíduo sobre a sua saúde oral permitirá um diagnóstico mais próximo da situação real da sua saúde (Biazevic et al., 2008). Assim, impõe-se dar o merecido destaque à avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes, em virtude de esta ser um componente auxiliar na mensuração da saúde dos mesmos. Neste contexto, apresentam-se os procedimentos metodológicos seguidos neste estudo.

7.1 – Metodologia

Desenvolveu-se um estudo observacional, em corte transversal, descritivo e correlacional, com a finalidade de avaliar o impacto da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes, bem como explicar os determinantes da sua variabilidade.

Neste contexto, delinearam-se questões de investigação que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita:

- Em que medida, o contexto sociodemográfico e vigilância de saúde do adolescente desde a infância se relacionam com a QVRSO dos adolescentes?
- Qual a associação entre a perceção da saúde, aparência e imagem corporal dos adolescentes e a QVRSO?
- Qual a relação dos hábitos alimentares e do consumo de alimentos acidogénicos com o estado de saúde oral (índice de CPOD, índice de placa bacteriana, risco em saúde oral e hábitos de higiene oral) e na QVRSO dos adolescentes?

- De que modo o estado de saúde oral dos adolescentes, (índice de CPOD, índice de placa bacteriana, risco em saúde oral e hábitos de higiene oral) se associa com a QVRSO dos adolescentes?
- Em que medida, os conhecimentos sobre saúde oral dos adolescentes predizem a sua QVRSO?
- De que modo as variáveis de contexto familiar (socioprofissionais, saúde oral dos pais e perceção parental sobre o impacto dos problemas orais dos filhos/educandos) se relacionam com a QVRSO dos adolescentes?

Como suporte ao desenvolvimento deste estudo foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Avaliar a saúde oral dos adolescentes, nomeadamente índice de CPOD, índice de placa bacteriana, risco em saúde oral e hábitos de higiene oral.
- Classificar os hábitos alimentares dos adolescentes.
- Identificar os conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral.
- Avaliar o impacto da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em adolescentes.
- Analisar a relação do contexto sociodemográfico e da vigilância de saúde dos adolescentes com a sua QVRSO.
- Avaliar a relação entre a perceção de saúde dos adolescentes e a sua QVRSO.
- Identificar a relação da aparência e imagem corporal dos adolescentes com a QVRSO.
- Determinar se os hábitos alimentares dos adolescentes e o consumo de alimentos acidogénicos predizem o estado de saúde oral (índice de CPOD, índice de placa bacteriana, risco em saúde oral e os hábitos de higiene oral) e a QVRSO.
- Medir o impacto do estado de saúde oral dos adolescentes (índice de CPOD, índice de placa bacteriana, risco em saúde oral e os hábitos de higiene oral), na QVRSO.
- Analisar o efeito dos conhecimentos sobre o estado de saúde oral dos adolescentes (índice de CPOD, índice de placa bacteriana, risco em saúde oral e os hábitos de higiene oral), na QVRSO.
- Analisar a relação das variáveis de contexto familiar (socioprofissionais, saúde oral dos pais) na QVRSO dos adolescentes.
- Verificar se existe relação entre a Perceção dos Pais/EE sobre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral da Criança/Adolescentes e a QVRSO.

7.1.1 – Instrumentos de avaliação

O instrumento de pesquisa utilizado permitiu colher informações relevantes para a caracterização da amostra no que concerne a dados pessoais, perceção da saúde, hábitos de higiene oral; conhecimentos sobre saúde oral; hábitos alimentares e qualidade de vida relacionada com a saúde oral e foi preenchido em contexto de sala de aula sob supervisão de

um professor da respetiva escola. Inclui uma introdução onde se explicam os objetivos do estudo, se solicita a colaboração voluntária do adolescente e integra os instrumentos:

- Questionário de Frequência e Hábitos Alimentares (QFHA)
- Questionário de Hábitos de Higiene Oral (QH2O)
- Questionário de Conhecimentos em Saúde Oral (QCSO)
- Questionário da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (Health Impact Profile
- OHIP 49) (Frias-Bulhosa & Slade, 2003)

Foram ainda preenchidos pelos investigadores:

- Ficha de Avaliação de Saúde Oral (DGS, 2008; WHO, 1997)
- Descrição dos Quantificadores do Risco em Saúde Oral (DGS, 2006a)

7.1.2 – Critérios de operacionalização e avaliação das variáveis

A definição operacional das variáveis do Estudo 2 emerge do referencial teórico consultado e modelo conceptual adotado e suporta o processamento e análise estatística, constituindo matéria relevante para a mensuração das variáveis relativas ao estudo do impacto da saúde oral na qualidade de vida em adolescentes.

Hábitos alimentares

Nas últimas décadas têm-se verificado diversas alterações nos hábitos alimentares dos adolescentes. Têm abandonado progressivamente a dieta tradicional, adotando uma dieta ocidental tipo *snack*, comendo *fast food* mais frequentemente, cerca de duas vezes por semana (Kanauth & Gonçalves, 2006).

A alimentação saudável é uma "forma racional de comer que assegura variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos, escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénica, submetidos a benéficas manipulações culinárias" (Peres, 2003, p. 197). Sendo assim e com o objetivo de caracterizar o tipo de alimentação praticada pelos adolescentes inquiridos e quais os fatores que influenciam as suas escolhas alimentares, questionaram-se os participantes sobre a frequência de ingestão de alimentos por dia e codificaram-se as respostas obtidas tendo em conta o número de refeições preconizadas pela DGS (5 a 6 refeições) e a descrição dos quantificadores de risco com o valor mais baixo para até 5 refeições por dia (Candeias, Nunes, Morais, Cabral, & Ribeiro da Silva, 2005). O score da frequência da ingestão alimentar varia entre um e cinco, quanto maior a pontuação, melhores são os hábitos alimentares dos adolescentes (cf. Quadro 13).

Quadro 13 - Cotação atribuída à frequência de ingestão

Frequência de ingestão por dia	Cotação
<3 refeições	2
3-4 refeições	3
5-6 refeições	4
≥ 7 refeições	1

Dada a importância das principais refeições na saúde, de acordo com a sua frequência de ingestão numa semana normal, atribuíram-se as pontuações constantes no Quadro 14, variando o score entre seis e 24 pontos, correspondendo uma maior pontuação a hábitos alimentares mais saudáveis.

Quadro 14 - Cotação atribuída à frequência de ingestão das principais refeições

Refeições	Nunca	1 a 3 dias/semana	4 a 6 dias/semana	Todos os dias
Pequeno-almoço	1	2	3	4
Lanche a meio da manhã	1	2	3	4
Almoço	1	2	3	4
Lanche a meio da tarde	1	2	3	4
Jantar	1	2	3	4
Ceia	1	2	3	4

Quanto à questão *No intervalo das principais refeições comes guloseima?* pontuaram-se as opções de resposta, considerando a recomendação do PNPSO (2005) que desaconselha a ingestão de guloseimas, principalmente no intervalo das refeições. Os scores atribuídos à frequência de ingestão de guloseimas no intervalo de refeições variam entre um e cinco pontos, quanto maior a pontuação mais saudáveis os hábitos alimentares dos adolescentes (cf. Quadro 15).

Quadro 15 - Cotação da frequência de ingestão de guloseimas no intervalo de refeições

Frequência de ingestão de guloseimas	Cotação
Todos os dias	1
Quase todos os dias	2
Às vezes	3
Raramente	4
Nunca	5

Tendo em consideração que é importante realizar cerca de cinco refeições diárias (pequeno almoço, merenda da manhã, almoço, lanche e jantar) e que o intervalo entre elas não deve ser superior a três horas e meia (Candeias et al., 2005), com base nas variáveis do questionário *Fora das principais refeições costumas "petiscar*" e *Quantas vezes?,* procedeu-se à determinação de um índice numérico de consumo em que a pontuação varia entre um e

quatro, sendo que quanto maior o score melhor os hábitos alimentares dos adolescentes (cf. Quadro16).

Quadro 16 - Cotação atribuída à frequência petiscar fora das refeições

Variáveis	Cotação
Fora das principais refeições costumas "petiscar"?	
Nunca	4
1 ou 2 vezes	3
3 ou 4 vezes	2
Mais que 4 vezes	1

Outro fator a considerar nos hábitos alimentares é a ingestão de refrigerantes, esta é desaconselhada, sobretudo fora das refeições (DGS, 2008), pelo que foi pontuada de modo a que quanto maior o score menor é o número de vezes em que estes são consumidos (cf. Quadro 17).

Quadro 17 - Cotação atribuída à frequência ingestão de refrigerantes

Variáveis	Cotação
"Costumas beber refrigerantes"?"	
Nunca	4
Raramente	3
Uma vez por dia	2
Mais do que uma vez por dia	1

Com base no somatório das pontuações das questões anteriores obtém-se o valor global referente aos hábitos alimentares, que pode oscilar entre 10 e 41. Quanto maior for o score melhores serão os hábitos alimentares dos adolescentes.

Frequência do consumo de alimentação acidogénica

A frequência da ingestão de alimentos por dia, foi alicerçada na Circular Normativa nº 09/DSE (DGS, 2006a), sendo que: a Baixa ingestão traduz o consumo de determinado alimento um dia por semana, a Moderada ingestão, dois a três dias por semana e a Elevada ingestão, todos os dias da semana (cf. Quadro 18). Os alimentos foram agrupados com base na classificação de Palmer (2001) em "não acidogénicos" e "acidogénicos do menor para o maior grau". Contudo, tendo em consideração a cariogenicidade dos alimentos acidogénicos, estes foram divididos em não acidigénicos, acidogénicos de menor grau e acidogénicos de maior grau (Touger-Decker & Thomson, 2003). De acordo com a ADA (2003), os alimentos não acidogénicos são denominados cariostáticos e os alimentos acidogénicos denominados cariogénicos.

A pontuação obtida através da aplicação da codificação de frequência de alimentação acidogénica traduz que quanto mais elevado o valor global, maior a frequência do consumo de alimentos, sendo pontuado da seguinte forma:

- *Alimentos não acidogénicos:* a pontuação varia entre 11 e 33 pontos.
- *Alimentos acidogénicos de menor grau:* a pontuação varia entre 13 e 39 pontos.
- *Alimentos acidogénicos de maior grau:* a pontuação varia entre 21 e 63 pontos.

Quadro 18 - Cotação atribuída à ingestão de alimentos não aciodogénicos, acidogénicos de menor grau e acidogénicos de maior grau

Alimentos não acidogénicos	**Baixa Ingestão (1 dia/semana)**	**Moderada Ingestão (2 a 3 dias/semanas)**	**Elevada Ingestão (todos os dias)**
Água	1	2	3
Legumes/salada	1	2	3
Carne (porco, vitela e frango)	1	2	3
Peixe (todo o tipo)	1	2	3
Ovos	1	2	3
Leguminosas (favas, grão, feijão e ervilhas)	1	2	3
Fruta seca (noz, amendoim…)	1	2	3
Leite simples	1	2	3
Iogurte sem açúcar/queijo	1	2	3
Flocos de cereais sem açúcar	1	2	3
Pastilha sem açúcar	1	2	3
Alimentos acidogénicos de menor grau	**Baixa Ingestão (1 dia/semana)**	**Moderada Ingestão (2 a 3 dias/semanas)**	**Elevada Ingestão (todos os dias)**
Legumes cozidos	1	2	3
Sopa	1	2	3
Fruta fresca	1	2	3
Sumos naturais	1	2	3
Conservas/enlatados	1	2	3
Fiambre/presunto/salpicão	1	2	3
Pão/torradas	1	2	3
Manteiga/margarina no pão	1	2	3
Arroz	1	2	3
Massa	1	2	3
Batata cozida/assada	1	2	3
Batata frita caseira	1	2	3
Folhados/rissóis/croquetes	1	2	3
Alimentos acidogénicos de maior grau	**Baixa Ingestão (1 dia/semana)**	**Moderada Ingestão (2 a 3 dias/semanas)**	**Elevada Ingestão (todos os dias)**
Leite com açúcar	1	2	3
Leite com chocolate	1	2	3
Sumos sem gás	1	2	3
Refrigerantes/sumos com gás	1	2	3
Chá com açúcar	1	2	3
Café com açúcar	1	2	3
Batata frita de pacote	1	2	3
Fast-food (hambúrguer, pizza)	1	2	3
Croissants/pastéis/bolos de pastelaria	1	2	3
Bolachas e biscoitos	1	2	3
Pipocas doces	1	2	3
Bolos de pacote	1	2	3
Flocos de cereais com chocolate	1	2	3
Pão com chocolate	1	2	3
Sobremesa doce	1	2	3
Fruta caramelizada	1	2	3
Mel	1	2	3
Açúcar	1	2	3
Guloseimas (caramelos, rebuçados, chicletes ou gomas)	1	2	3
Compotas/marmelada/geleias	1	2	3
Chocolate em tablete	1	2	3

Diagnóstico atual da saúde oral dos adolescentes/observação da boca e estruturas dentárias

Para o diagnóstico da saúde oral dos adolescentes, adotaram-se os critérios de observação e registo utilizados no estudo da cárie dentária, preconizados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997).

Avaliação do índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) e índice de Cárie Significativo (Sic - Significant Caries Índex)

A nível comunitário, o indicador mais utilizado para medir a prevalência da cárie dentária é o índice CPOD, que corresponde à média dos dentes cariados, perdidos e obturados, (DGS, 2008; WHO, 1997).

Recentemente, foi proposto por Bratthall (2000) o indicador SiC (Significant Caries Índex) ou Índice de Cárie Significativo. O índice SiC é "utilizado complementarmente ao índice CPOD, devendo ser aplicado nas zonas onde o CPOD atingiu três ou menos de três, em média" (DGS, 2006a, p. 7).Os critérios relativos à determinação do índice de cárie dentária (CPOD) foram os preconizados pela WHO (1997) e utilizados no Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, efetuado em 2000 e 2005/06 pela Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2000, 2008).

Para a determinação do índice de cárie dentária (CPOD), em meio escolar, contou-se com a colaboração de três médicos dentistas. Os registos foram efetuados no odontograma constante da Ficha de Saúde Oral (cf. Anexo 4), segundo um sistema de codificação: dentes cariados, dentes obturados com cárie e sem cárie, dentes perdidos devido a lesões de cárie, dentes perdidos por outras causas que não a cárie. Registaram-se ainda, os dentes sãos, com selantes, que apresentam coroas ou facetas, não erupcionados, excluídos, com fluorose e os dentes fraturados ou perdidos por traumatismos. Os códigos de registo da dentição decídua (cpod) e da dentição permanente (CPOD) foram introduzidos no mesmo odontograma. Utilizando-se letras para a dentição decídua e números para a permanente, conforme o sistema de codificação que se segue:

As superfícies dentárias foram observadas seguindo sempre a mesma sequência: 1.º quadrante (55-51 ou 17-11); 2.º quadrante (61-65 ou 21-27); 3.º quadrante (75-71 ou 37-31); 4.º quadrante (81-85 ou 41-47). Um dente foi considerado presente na boca, sempre que qualquer parte dele fosse visível. No caso de um dente permanente e outro decíduo ocuparem o mesmo espaço dentário, foi registada a condição observada no dente permanente.

Os dentes 55-85 referem-se à dentição decídua e os dentes 17-47 à dentição permanente (cf. Quadro 19).

Quadro 19 - Odontograma

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

Como já foi referido para a dentição decídua utilizaram-se letras e para a permanente números, conforme o sistema de codificação representado no Quadro 20.

Quadro 20 - Código de registo

Dentes / Dentição	São	Cariado	Obt. c/ cárie	Obt. s/ cárie	Perdido devido a cárie	Perdido por outro motivo	Selado	Implante ou prótese fixa	Não erupcionado	Excluido	Agenesia	Fluorose	Fractura-do
Temporária	A	B	C	D	E	-----	F	G	-----	I	K	L	T
Permanente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	T

As fórmulas de cálculo para a avaliação do índice CPOD, a nível individual e coletivo, bem como a fórmula de cálculo para o Índice de Cárie Significativo (SiC), são apresentadas no Quadro 21.

Quadro 21 - Operacionalização dos indicadores de cárie dentária

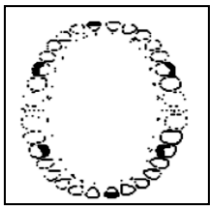
Variáveis	Operacionalização
CPOD	Avaliação do índice de Dentes Perdidos, Cariados e Obturados CPOD (WHO, 1997)
	Cálculo do índice de CPOD individual
	Somatório de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (C+P+O)
	(∑ dentes permanentes C + P + O)
	Cálculo do índice de CPOD coletivo
	Avaliado pela razão do somatório de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (C+P+D) e o número total de indivíduos avaliados.
	(∑ dentes permanentes C + P + O / nº total de indivíduos)
SiC	*Significant Caries Index* (SiC) foi proposto por Bratthall (2000).
	O Índice de Cárie Significativo (*Significant Caries Index* -SiC) é o cálculo do CPOD do terço da população com maior número de dentes cariados, para o determinar recorreu-se à página *Web* da OMS – http://www.whocollab.ondt.lu.se/sicdata.html.

Índice de Placa Simplificado (IPS)

O Índice de Placa (IP) é utilizado para quantificar a placa bacteriana nas superfícies dentárias e reflete os hábitos de higiene oral dos indivíduos avaliados, para a sua determinação, contou-se com a colaboração de enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e estudantes do Curso de Pós Licenciatura de Saúde Infantil e Pediatria. Neste estudo, o índice, foi obtido pela observação da presença de placa bacteriana existente em seis dentes e superfícies pré-definidas (Figura 7), após lhes ser atribuído um valor (cf. Quadro 22) dá-nos o índice de placa simplificado (IPS) (DGS, 2005b; Greene & Vermillion, 1964).

Quanto menor for o índice placa melhores são hábitos de higiene, um índice elevado sugere o contrário.

Figura 7 - Dentes utilizados para avaliar o índice de placa bacteriana

Dentes		Imagem
		Maxilar superior
1. Primeiro molar superior direito	Superfície vestibular	
2. Incisivo central superior direito	Superfície vestibular	
3. Primeiro molar superior esquerdo	Superfície vestibular	
4. Primeiro molar inferior esquerdo	Superfície lingual	
5. Incisivo central inferior esquerdo	Superfície vestibular	
6. Primeiro molar inferior direito	Superfície lingual	Maxilar inferior

Fonte: DGS (2005b)

Para atribuir um valor à espessura da placa bacteriana existente em cada uma das superfícies dentárias acima referidas, utilizou-se o revelador - Solução de Eritrosina a 2% - "Dento-Plaque INAVA®"- que tem a propriedade de corar de vermelho a placa bacteriana, e dessa forma facilitar a sua observação, respetiva classificação e registo, conforme o procedimento explicado no Capítulo 5. Após a aplicação do revelador procedeu-se à observação das superfícies dentárias e atribuiu-se a cada dente um valor (cf. Quadro 22).

Quadro 22 - Valores atribuídos a cada dente, após observação

Critério	Valor	Dente
Superfície do dente não se encontra corada (não tem placa bacteriana)	0	
1/3 da superfície do dente observada apresenta-se corada (tem placa bacteriana)	1	
2/3 da superfície do dente observada apresenta-se corada (tem placa bacteriana)	2	
Apresenta-se corada toda a superfície do dente observada (toda a face do dente tem placa)	**3**	

O registo da observação individual do índice de Placa Bacteriana Simplificado do maxilar superior e inferior e o total foi realizado num quadro (cf. Quadro 23).

Quadro 23 - Registo de observação individual do índice de Placa Simplificado

Registo de Observação						
Maxilar Superior			Maxilar Inferior			
1	2	3	4	5	6	**Total**

O somatório do conjunto de valores atribuídos pode variar entre 0 e 18. Dividindo este somatório por 6 (seis), obtém-se o Índice de Placa Individual. Para determinar o Índice de Placa do grupo de adolescentes, divide-se o somatório dos valores individuais pelo número de adolescentes observados e multiplica-se por seis (o número seis representa o número de dentes observados, por adolescente), de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Placa (IP)} = \frac{\text{Somatório da classificação dada a cada dente}}{\text{N.º de indivíduos observados x 6}}$$

Assim, o Índice de Placa coletivo varia entre 0 (zero) e 3 (três). A classificação, do índice de placa simplificado, proposto por Greene and Vermillion (1964), correspondente ao nível de placa determinada, pode ser: higiene oral boa – 0.0 a 0.6; moderada – 0.7 a 1.8; insuficiente – 1.9 a 3.0.

Avaliação de risco em saúde oral

Pode-se definir risco como sendo a probabilidade de ocorrer um determinado evento num determinado período de tempo. Como tal, o risco é instável e mutável ao longo do tempo (DGS, 2006a).

Em saúde oral pode-se utilizar a avaliação do risco como um instrumento de identificação precoce dos indivíduos ou grupos passíveis de desenvolverem patologias buco-dentárias (DGS, 2006a). O índice de risco de doenças orais nos adolescentes foi avaliado pelos investigadores e colaboradores (profissionais de saúde) que realizaram o exame objetivo da boca de acordo com o preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2006a) e baseado em sete fatores de risco, pontuados entre zero (menor risco) e três (maior risco), nomeadamente o exame objetivo da boca, antecedentes pessoais de saúde, conteúdo da dieta alimentar, frequência de ingestão de alimentos, controlo de placa bacteriana, utilização de fluoretos e motivação do indivíduo para a sua saúde oral.

No exame objetivo da boca um examinador devidamente formado para o efeito anota a experiência de cárie, incluindo o número de dentes cariados, perdidos e obturados. Nos antecedentes pessoais incluem-se doenças sistémicas, doenças associadas com cárie e medicação habitual, especialmente xaropes e fármacos xerostomizantes.

No conteúdo da dieta teve-se em conta a ingestão de alimentos mais cariogénicos, como guloseimas, bolos, refrigerantes ou bebidas gaseificadas consumidas fora das refeições. Na frequência de ingestão de alimentos contabilizou-se o número de vezes que se verificou a ingestão de alimentos num dia comum.

No controlo da placa bacteriana verificou-se a existência da mesma utilizando um corante revelador de placa, habitualmente o soluto de eritrosina. Na utilização de fluoretos, averiguou-se se é utilizado fluoreto sistémico ou tópico, através da escovagem com dentífrico fluoretado, pelo menos duas vezes por dia.

Na motivação para a saúde oral manifesta-se a opinião prognóstica do examinador, baseada na motivação do indivíduo para a profilaxia da cárie. Após a avaliação de todos estes parâmetros registou-se, na grelha de avaliação de risco individual, a pontuação obtida.

A classificação do risco traduz-se pelo somatório dos valores dos diferentes determinantes e varia entre um mínimo de zero e um máximo de dezanove valores. De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2006a) classificou-se o risco, até cinco pontos de baixo risco e superior ou igual a seis de alto risco (cf. Quadro 24).

Quadro 24 - Descrição dos quantificadores de fatores de risco

Quantificadores de risco Circular normativa nº 09/DSE/2006	**Operacionalização** **Valor**			
	0	**1**	**2**	**3**
a) Exame objetivo da boca	Livre de cárie Sem dentes obturados nem perdidos devido a cárie	Sem cáries ativas Índice de cárie melhor que o do grupo etário na região*	Sem cáries ativas Índice de cárie semelhante ao do grupo etário na região*	Com cáries Índice de cárie superior ao do grupo etário na região* Uso de aparelho fixo de ortodontia
b) Antecedentes pessoais	Saudável Sem doença ou condição de saúde que possa influenciar direta ou indiretamente o processo de cárie	Com doença ou condição de saúde que possa influenciar direta ou indiretamente o processo de cárie	Doença severa e de longa duração Portador de incapacidade física ou mental com perda de autonomia de higiene oral Consumo frequente de medicação xerostomizante	
c) Conteúdo da dieta		Baixa ingestão de alimentos cariogénicos (1dia/semana)	Moderada ingestão de alimentos cariogénicos (2 a 3 dias/semana)	Elevada ingestão de alimentos cariogénicos (todos os dias da semana)
d) Frequência da ingestão de alimentos		Até 5 por dia	Até 7 por dia	Mais de 7 por dia
e) Controlo da placa bacteriana	Dentes limpos em todas as superfícies	Placa bacteriana cobrindo metade das superfícies dentárias	Acumulação de placa bacteriana visível a olho nu	Presença evidente de placa bacteriana recobrindo todas as superfícies dentárias
f) Utilização de fluoretos	Escovagem dos dentes diariamente (2 vezes/dia) com a utilização de dentífricos fluoretados nas doses indicadas Outras medidas adicionais: bochecho com fluoretos ou aplicação de vernizes	Escovagem dos dentes diariamente (1 vez/dia) com a utilização de dentífricos fluoretados	Escovagem dos dentes de forma irregular (menos que 1 vez/dia) sem dentífrico fluoretado ou com dentífrico fluoretado com doses inferiores às indicadas Não é colmatada a ausência de dentífricos fluoretados por outras apresentações de flúor	
g) Motivação para a saúde oral	Prognóstico muito favorável e compatível com a observação	Prognóstico favorável e compatível com a observação	Prognóstico menos favorável do que sugerido pela observação	A perspetiva de desenvolver cárie é muito grande a breve prazo
Total	É a soma dos valores atribuídos a cada fator varia entre 0 e 19 valores			
Do somatório dos valores atribuídos resulta um valor total, que permite classificar o adolescente em baixo risco ou alto risco:				
Classificação do risco		**Baixo Risco**		**Alto Risco**
		Até 5 pontos		6 pontos ou mais

*Comparativamente com os valores obtidos no ENPDO realizado em 2005 (DGS, 2008).

Questionário dos hábitos de higiene oral

Visa obter dados que permitam avaliar a higiene oral dos adolescentes (cf. Anexo 3). As diversas variáveis do questionário foram mensuradas de forma a possibilitar a sua avaliação e

mensuração do score global que pode variar entre oito e 30 pontos, sendo que quanto maior for o valor obtido melhor serão os hábitos de higiene oral dos inquiridos (cf. Quadro 25).

Quadro 25 - Operacionalização dos hábitos de higiene oral

Hábitos de Higiene Oral	Operacionalização	
Frequência da escovagem dos dentes	O PNPSO recomenda que se deve escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo obrigatoriamente uma delas antes de deitar (DGS, 2005b)	
	Número de vezes por dia	**Cotação**
	Às vezes	2
	Uma vez	3
	Duas ou mais vezes	4
	Nunca	1
	Antes de deitar	**Cotação**
	Sempre	4
	Muitas vezes	3
	Poucas vezes	2
	Nunca	1
Utensílios utilizados na higiene oral e frequência	Escovagem dos dentes com um dentífrico com flúor e escova. O fio dentário deve ser utilizado uma vez por dia	
	Utensílios	**Cotação**
	Escova	1
	Escova/pasta/elixir (bochechos)	2
	Escova/pasta/fio dentário/escovilhão	3
	Frequência da utilização do fio dentário	**Cotação**
	Uma vez por dia	4
	Duas ou mais vezes por dia	3
	Raramente	2
	Nunca	1
	O tipo de escova foi codificado, atribuindo-se a pontuação mais baixa ao tipo de escova dura, a única que não é recomendada pelo PNPSO (2005) sendo a mais recomendada a macia ou média	
	Tipo de escova	**Cotação**
	Macia/Média	2
	Dura	1
Estruturas escovadas e duração da escovagem	A escovagem dos dentes para ser eficaz necessita de ser feita com rigor e demorar 2 a 5 minutos	
	Realização da higiene oral	**Cotação**
	Escova dentes, língua e gengivas	4
	Escova dentes e língua	3
	Escova dentes e gengivas	2
	Escova somente os dentes	1
	Tempo de escovagem dos dentes	**Cotação**
	Menos de 2 minutos	1
	De 2 a 5 minutos	3
	Mais de 5 minutos	2
Duração da escova de dentes	O PNPSO recomenda a mudança da escova de 3 em 3 meses. Apesar do PNPSO fazer referência à mudança de escova quando os filamentos ficarem deformados, classificou-se com um valor mais baixo, dado se tratar de um parâmetro subjetivo.	
	Intervalo de tempo de mudança da escova de dentes	**Cotação**
	Não sei	1
	Quando estiver estragada	2
	Anualmente	3
	3 a 6 meses	4
	3 em 3 meses	6
	Menos de 3 meses	5
Total	É a soma da cotação atribuída a cada parâmetro (entre 8 e 30 pontos)	

Questionário de conhecimentos em saúde oral

Para se obter os dados necessários para avaliação do nível de conhecimentos que os adolescentes inquiridos possuíam sobre saúde oral recorreu-se ao Questionário de Conhecimentos em Saúde Oral (QCSO) (cf. Anexo 3), construído e operacionalizado tendo por base as indicações do PNPSO (DGS, 2005b). O score global relativo ao nível de conhecimentos sobre saúde oral, obteve-se através da soma dos scores das respostas às

diferentes questões, podendo variar entre 19 e 57 pontos (cf. Quadro 26), sendo que quanto maior for o valor obtido melhor será o nível de conhecimentos de saúde oral dos adolescentes.

Quadro 26 - Operacionalização dos conhecimentos sobre saúde oral

Conhecimentos sobre Saúde Oral	Operacionalização	
Frequência da escovagem dos dentes	**Número de vezes por dia**	**Cotação**
	Uma vez	2
	Duas ou mais vezes	4
	Antes de deitar	3
	Nunca	1
Utensílios que devem ser utilizados na higiene oral	**Utensílios**	**Cotação**
	Escova	1
	Escova/pasta/elixir (bochechos)	2
	Escova/pasta/fio dentário/escovilhão	3
	Frequência da utilização do fio dentário	**Cotação**
	Uma vez por dia	4
	Duas ou mais vezes por dia	3
	Raramente	2
	Nunca	1
	Tipo de escova	**Cotação**
	Macia/Média	2
	Dura	1
Estrutura escovadas e duração da escovagem	**Realização da higiene oral**	**Cotação**
	Escova dentes, língua e gengiva	4
	Escova dentes e língua	3
	Escova dentes e gengivas	2
	Escova somente os dentes	1
	Tempo de escovagem dos dentes	**Cotação**
	Menos de 2 minutos	1
	De 2 a 5 minutos	3
	Mais de 5 minutos	2
Duração da escova de dentes	**Intervalo de tempo de mudança da escova de dentes**	**Cotação**
	Não sei	1
	Quando estiver estragada	2
	Anualmente	3
	3 a 6 meses	4
	3 em 3 meses	6
	Menos de 3 meses	5
Idade em que se deve iniciar a escovagem dos dentes	**Com que idade se deve escovar/limpar os dentes pela primeira vez**	**Cotação**
	Não se lembra ou não sabe	1
	1ano ou mais	2
	6 meses ou primeiro dente	3
Idade em que se deve iniciar a escovagem dos dentes autonomamente	**Deve escovar os dentes sozinho**	**Cotação**
	<3 anos	1
	≥3e 6< anos	2
	≥6 anos	3
Utilização de pasta dentífrica fluoretada	**Deves utilizar uma pasta de dentes com flúor**	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
Placa bacteriana	**Definição de placa bacteriana**	**Cotação**
	Não sei	1
	Algo que protege os dentes	2
	Aparelho/Prótese dentária	3
	Cárie dentária	4
	Tártaro/placa amarelada que se acumula nos dentes	5
	Comida/Sujidade que se acumula nos dentes	6
	Bactérias que se acumulam nos dentes	7

(continua)

(continuação)		
Conhecimentos relativos à influência de alguns hábitos sobre a Saúde Oral	**Influência dos hábitos alimentares**	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
	Influência dos conhecimentos sobre saúde oral	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
	Influência dos hábitos de higiene oral	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
	Influência do consumo de bebidas alcoólicas	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
	Influência do consumo de tabaco	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
	Influência do consumo de substâncias ilícitas	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
	Influência da placa bacteriana	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
	***Piercings* orais e periorais**	**Cotação**
	Não	1
	Sim	2
Total	É a soma da cotação atribuída a cada parâmetro (entre 19 e 57 pontos)	

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Oral Health Impact Profile)

O instrumento utilizado para avaliar Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral dos adolescentes foi o Oral Health Impact Profile - OHIP-49, desenvolvido por Slade and Spencer (1994) e adaptado e validado para a população portuguesa por Frias-Bulhosa and Slade (2003). O OHIP-49 original é constituído por 49 questões, que fazem referência a problemas de saúde oral que as pessoas tenham experienciado nos últimos doze meses. Para cada questão, existem cinco opções de resposta (nunca=0, quase nunca=1, ocasionalmente=2, frequentemente=3, muito frequentemente=4). O desenvolvimento deste instrumento teve como base o modelo de Locker (1988), utilizando-o para definir sete dimensões de impacto oral: limitações funcionais (itens 1- 9), dor (itens 10 - 18), desconforto psicológico (itens 19-23), incapacidade física (itens 24 - 32), incapacidade psicológica (itens 33 - 38), incapacidade social (itens 39 - 43) e desvantagem (itens 44 - 49), na sua versão original.

O OHIP está baseado no modelo aperfeiçoado da classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens da WHO (1980). Permite uma análise dos problemas orais sobre a qualidade de vida, realizada progressivamente do nível biológico para o comportamental e deste para o social (Slade, 1997b).

Para quantificar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral utilizaram-se neste estudo três métodos: o método de contagem simples (OHIP-SC), o método ponderado/peso padronizado (OHIP-PP) e o método aditivo (OHIP-A).

O método de contagem simples, OHIP-SC, é a contagem de todos os itens cujos valores foram dicotomizados em, sem impacto (constituído pelas respostas *nunca* e *raramente*) e com impacto na qualidade de vida (pelo menos uma resposta *ocasionalmente*, *frequentemente* ou *muito frequentemente*).

No método ponderado/peso padronizado, OHIP-PP, propõe-se o cálculo de uma pontuação global individual a partir das pontuações padronizadas de cada item, ou seja, o peso médio é a multiplicação da severidade do item com a prevalência do impacto. Onde a severidade, é definida como sendo a média do somatório do item, e a prevalência do impacto é a percentagem das respostas dadas em cada item nas categorias, *ocasionalmente*, *frequentemente*, ou *muito frequentemente*.

O método aditivo consiste no somatório dos itens valorizados de acordo com a opção de resposta (nunca=0, quase nunca=1, ocasionalmente=2, frequentemente=3 e muito frequentemente=4).

Características psicométricas do questionário de qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Oral Health Impact Profile - OHIP)

Inicialmente procedeu-se ao estudo de fiabilidade e validade da escala. Segundo os autores da escala, verifica-se um aumento de validade e fiabilidade se forem excluídos os itens em que 5% ou mais das respostas ficaram em branco ou foram assinaladas como “não sei”. De acordo com este procedimento excluíram-se, os itens 9, 18 e 30.

Procedeu-se à validação da versão portuguesa do OHIP – 49 para a faixa etária do presente estudo – os adolescentes, tendo-se verificado que os índices médios do QVRSO são todos superiores a 0.20 o que nos permite afirmar que se encontram bem centrados. Streiner and Norman (1989) e Vaz Serra (2000), referem que se aceita como norma serem bons todos os itens que se correlacionam acima de 0.20 com o valor global quando esta não contém o item.

Para os restantes indicadores o valor mínimo obtido com a correlação foi no item 7 (r=0.399) *Tens tido comida que fica presa aos dentes/aparelho* e o máximo no item 35 (r=0.801) “*Tens encontrado dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes ou boca”?* (cf. Quadro 27).

Quadro 27 - Estatísticas e Correlação de Pearson relativas à QVRSOA

ITENS	Média	Desvio Padrão	1ª correlação r
Limitações funcionais			
Q1 Dificuldade de mastigação	0.43	0.73	0.594
Q2 Problemas pronunciar palavras	0.24	0.62	0.498
Q3 Dente visível que não parece bem	**0.77**	1.07	0.503
Q4 Aparência afetada	0.46	0.89	0.575
Q5 Mau hálito	0.45	0.80	0.552
Q6 Paladar piorou	0.22	0.60	**0.699**
Q7 Comida presa	0.67	0.93	0.399
Q8 Pior digestão	0.16	0.50	0.663
Dor física			
Q10 Dor incómoda	0.42	0.68	0.621
Q11 Maxilar dolorido	0.37	0.68	0.555
Q12 Dor de cabeça	0.26	0.66	**0.680**
Q13 Dentes sensíveis	**0.88**	1.08	0.426
Q14 Dor de dentes	0.60	0.85	0.620
Q15 Gengivas doloridas	0.36	0.69	0.621
Q16 Desconforto a comer	0.31	0.63	0.661
Q17 Pontos dolorosos na boca	0.30	0.67	0.655
Desconforto psicológico			
Q19 Preocupado	**0.44**	0.82	**0.769**
Q20 Constrangido	0.31	0.75	0.685
Q21 Deprimido	0.25	0.65	0.730
Q22 Aparência	0.41	0.82	0.649
Q23 Tenso	0.25	0.66	0.739
Incapacidade física			
Q24 Discurso pouco claro	0.20	0.57	0.656
Q25 Outros não me entendem bem	0.17	0.55	0.571
Q26 Menos sabor na comida	0.15	0.49	0.703
Q27 Incapaz de escovar os dentes	0.22	0.60	0.720
Q28 Evita alguns alimentos	**0.31**	0.69	0.640
Q29 Dieta insatisfatória	0.16	0.50	0.685
Q31 Evita sorrir	0.31	0.76	0.641
Q32 Interrompe refeições	0.20	0.57	**0.745**
Incapacidade psicológica			
Q33 Sono interrompido	0.19	0.53	0.699
Q34 Incomodado	0.22	0.58	0.781
Q35 Difícil de relaxar	0.20	0.58	**0.801**
Q36 Deprimido	**0.23**	0.63	0.792
Q37 Concentração afetada	0.21	0.62	0.793
Q38 Sentir embaraçado	0.21	0.61	0.732
Incapacidade social			
Q39 Evitar sair	0.16	0.51	0.719
Q40 Menos tolerante com outros	0.17	0.55	0.725
Q41 Dificuldade em relacionar com outros	0.16	0.54	0.709
Q42 Irritável com outros	**0.18**	0.51	0.713
Q43 Dificuldade em cumprir as tarefas	0.16	0.51	**0.734**
Desvantagem			
Q44 Saúde piorou	0.16	0.49	0.750
Q45 Perda financeira	**0.33**	0.83	0.479
Q46 Incapaz de desfrutar companhia de pessoas	0.19	0.61	0.705
Q47 Vida insatisfatória	0.21	0.58	**0.752**
Q48 Incapaz de realizar atividades de lazer	0.15	0.51	0.738
Q49 Dificuldade em estudar	0.18	0.58	0.692

O estudo da consistência interna da escala revelou para todos os itens uma consistência muito boa com valores de Alfa de Cronbach a oscilarem entre 0.966 e 0.968 (cf. Quadro 28). Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, verificou-se que o valor é igualmente muito bom para a primeira e segunda metade do Índice de Split-half (0.928 e 0.963) respetivamente e Alfa global da escala (Alfa=0.966). Numa análise aos coeficientes de correlação item total corrigido apurou-se que o indicador menos favorável é obtido no item 13 Dentes sensíveis (r=0.378) e o mais favorável no item 35 Difícil de relaxar (r=0.791) (cf. Quadro 28).

Quadro 28 - Consistência interna da QVRSO

ITENS	Média	Desvio Padrão	r item-total (s/ item)	α Cronbach s/ item
Limitações funcionais				
Q1 Dificuldade de mastigação	0.43	0.73	0.566	0.967
Q2 Problemas pronunciar palavras	0.24	0.62	0.471	0.967
Q3 Dente visível que não parece bem	**0.77**	1.07	0.458	**0.968**
Q4 Aparência afetada	0.46	0.89	0.543	0.967
Q5 Mau hálito	0.45	0.80	0.522	0.967
Q6 Paladar piorou	0.22	0.60	0.686	0.966
Q7 Comida presa	0.67	0.93	0.354	**0.968**
Q8 Pior digestão	0.16	0.50	0.649	0.966
Dor física				
Q10 Dor incómoda	0.42	0.68	0.597	0.967
Q11 Maxilar dolorido	0.37	0.68	0.528	0.967
Q12 Dor de cabeça	0.26	0.66	0.663	0.966
Q13 Dentes sensíveis	**0.88**	1.08	0.378	**0.968**
Q14 Dor de dentes	0.60	0.85	0.590	0.967
Q15 Gengivas doloridas	0.36	0.69	0.597	0.967
Q16 Desconforto a comer	0.31	0.63	0.642	0.966
Q17 Pontos dolorosos na boca	0.30	0.67	0.636	0.966
Desconforto psicológico				
Q19 Preocupado	**0.44**	0.82	0.752	**0.966**
Q20 Constrangido	0.31	0.75	0.666	**0.966**
Q21 Deprimido	0.25	0.65	0.717	**0.966**
Q22 Aparência	0.41	0.82	0.629	**0.966**
Q23 Tenso	0.25	0.66	0.739	**0.966**
Incapacidade física				
Q24 Discurso pouco claro	0.20	0.57	0.641	0.966
Q25 Outros não me entendem bem	0.17	0.55	0.551	**0.967**
Q26 Menos sabor na comida	0.15	0.49	0.689	0.966
Q27 Incapaz de escovar os dentes	0.22	0.60	0.687	0.966
Q28 Evita alguns alimentos	**0.31**	0.69	0.619	0.966
Q29 Dieta insatisfatória	0.16	0.50	0.670	0.966
Q31 Evita sorrir	**0.31**	0.76	0618	0.966
Q32 Interrompe refeições	0.20	0.57	0.732	0.966
Incapacidade psicológica				
Q33 Sono interrompido	0.19	0.53	0.683	**0.966**
Q34 Incomodado	0.22	0.58	0.770	**0.966**
Q35 Difícil de relaxar	0.20	0.58	0.791	**0.966**
Q36 Deprimido	0.23	0.63	0.781	**0.966**
Q37 Concentração afetada	0.21	0.62	0.781	**0.966**
Q38 Sentir embaraçado	0.21	0.61	0.719	**0.966**
Incapacidade social				
Q39 Evitar sair	0.16	0.51	0.708	**0.966**
Q40 Menos tolerante com outros	0.17	0.55	0.710	**0.966**
Q41 Dificuldade em relacionar com outros	0.16	0.54	0.694	**0.966**
Q42 Irritável com outros	**0.18**	0.51	0.699	**0.966**
Q43 Dificuldade em cumprir as tarefas	0.16	0.51	0.721	**0.966**
Desvantagem				
Q44 Saúde piorou	0.16	0.49	0.736	0.966
Q45 Perda financeira	**0.33**	0.83	0.445	**0.967**
Q46 Incapaz de desfrutar companhia das pessoas	0.19	0.61	0.690	0.966
Q47 Vida insatisfatória	0.21	0.58	0.740	0.966
Q48 Incapaz de realizar atividades de lazer	0.15	0.51	0.725	0.966
Q49 Dificuldade em estudar	0.18	0.58	0.676	0.966
Coeficiente *Split-half*		**Primeira metade = 0.928** **Segunda metade = 0.963**		
Coeficiente *Alfa Cronbach* global		**0.967**		

O estudo da consistência interna da QVRSO revelou que os valores são razoáveis na dimensão Limitações funcionais (α=0.776), e bons nas dimensões Dor física (α=0.842), Desconforto psicológico (α=0.877), Incapacidade física (α=0.871), Incapacidade social (α=0.891) e na dimensão Desvantagem (α=0.866) e muito bom na dimensão Incapacidade psicológica (α=0.919) (cf. Quadro 29).

Quadro 29 - Coeficiente de fidedignidade de Cronbach da QVRSO

	Coeficiente de Cronbach
Limitações funcionais	0.776
Dor física	0.842
Desconforto psicológico	0.877
Incapacidade física	0.871
Incapacidade psicológica	0.919
Incapacidade social	0.891
Desvantagem	0.866

Em síntese o questionário da QVRSO, apresenta valores de consistência interna muito bons ou bons, oferecendo confiança metodológica para a robustez da análise dos resultados na amostra em estudo.

7.1.3 – Procedimentos

Avaliação em meio escolar

As equipas constituídas por um investigador observador e um investigador registador realizaram, em meio escolar, após a calibragem, as observações nos adolescentes. Em cada escola, a avaliação foi organizada de acordo com a marcação e a articulação prévia do investigador e do professor coordenador da educação para a saúde. O diretor de turma, previamente, recolheu a autorização devidamente preenchida pelos Pais/EE para participação dos adolescentes no estudo. No dia estipulado para a observação procedeu-se à recolha dos questionários previamente preenchidos, em contexto de sala de aula. A observação da boca decorreu no gabinete de saúde ou em sala de aula das respetivas escolas, antecipadamente preparadas para o efeito, com um circuito dinâmico organizacional em bancadas distintas: uma bancada para avaliação do índice CPOD e duas para avaliação do índice de placa bacteriana. Em cada bancada encontravam-se um investigador observador e um investigador registador. O tempo necessário para cada adolescente percorrer as diferentes bancadas de avaliação/observação foi estimado em ± 15 minutos.

Avaliação do índice de CPOD

O exame decorreu durante o dia e com boas condições de luz natural enriquecida com artificial, uma lâmpada de iluminação frontal (Kopfleuchte Heine SL 350 Optotechnik, Germany), espelhos planos número 5.

Nas bancadas destinadas à avaliação do índice CPOD, o material estava disposto em tabuleiros clínicos de inox forrados com guardanapos de papel em mesas previamente limpas. Os materiais necessários a cada observação só eram preparados no momento em que o adolescente se sentava.

O adolescente sentava-se numa cadeira escolar numa posição que permitia ao observador visualizar corretamente todos os dentes. O diagnóstico foi essencialmente visual, utilizando a sonda exploradora apenas quando a superfície do dente suscitava dúvidas. À medida que a observação se efetuava, o investigador observador ia informando sobre o estado dos dentes, competindo ao registador anotar essa informação sob a forma de código no odontograma da ficha de observação (cf. Anexo 4).

Avaliação do índice de Placa Simplificado

Nas bancadas destinadas à avaliação do índice de placa bacteriana procedia-se à coloração dos dentes, conforme descrito na operacionalização das variáveis, com um cotonete embebido em solução (Dento-Plaque Inava® – solução hidro-alcoólica de eritrosina a 2%) revelador de placa (contendo corante que se fixa nos depósitos moles presentes na superfície dentária). Posteriormente, fornecia-se um copo de plástico descartável e pedia-se aos adolescentes que bochechassem com água, sem deglutir. Fez-se a observação e o registo de acordo com as superfícies e valores predeterminados conforme descrito anteriormente. Após observação da boca convidava-se o adolescente a lavar os dentes, sendo fornecido um kit com escova e pasta dentífrica. Foi demonstrada a correta escovagem dos dentes e a utilização do fio dentário através de folhetos informativos. Incentivou-se a escovagem dos dentes em frente do espelho, para observarem a remoção da placa bacteriana após correta escovagem dos dentes (observação das manchas coradas antes e depois) e a observação da eficácia da escovagem entre pares.

Prevenção da infeção cruzada associada aos cuidados de saúde

Durante os procedimentos, foram respeitados os princípios gerais do controlo da infeção cruzada, limitando a sua difusão e tornado os equipamentos e instrumentos portadores do menor risco possível durante a sua utilização. Deste modo, utilizaram-se espátulas e luvas novas para cada observação, evitando tocar diretamente na mucosa oral. Sempre que era necessário outro material, espelho ou sonda exploradora, abria-se o pacote esterilizado no momento da observação. O uso de bata e máscara foi considerado obrigatório aquando das observações. A higienização das mãos foi realizada entre cada observação.

7.1.4 – Amostra e sua caracterização

A amostra é constituída como referido no Capítulo 5, por 661 adolescentes, que frequentavam o 3º ciclo do ensino básico do distrito de Viseu, em escolas da área geográfica do ACES Dão-Lafões. Os adolescentes são maioritariamente (56.3%) do sexo feminino. Têm idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, com uma média de 13.22 anos (DP=1.139), a média de idades das raparigas é mais elevada do que a dos rapazes, contudo sem significância estatística (p=0.502) (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Idade dos adolescentes

	N	%	Min	Max	$\overline{X}$	DP	Sk/$_{erro}$	K/$_{erro}$	CV (%)	Ordenações Médias	Teste Mann-Whitney
Masculino	289	43.7	11	17	13.19	1.146	4.042	0.133	8.69	325.55	U=52179.0 Z=-0.672 *p*=0. 502
Feminino	372	56.3	11	17	13.24	1.135	3.698	-0.611	8.57	335.23	
Total	**661**	**100**	**11**	**17**	**13.22**	**1.139**	**5.400**	**-0.432**	**8.62**		

No que se refere à zona de residência dos adolescentes, verificou-se que a maioria (71.9%) reside em meio rural. Valores semelhantes aos da amostra total, são observados no sexo masculino e feminino, (75.1% e 69.4%, respetivamente), (χ^2=2.642, p=0.104) (cf. Tabela 17).

Reportando-se à situação escolar, a maior percentagem de adolescentes (43.1%) frequenta o 7º ano de escolaridade. Os valores percentuais no sexo masculino e no feminino são idênticos (p=0.844) (cf. Tabela 17).

Globalmente, verificou-se que 61.8% dos adolescentes coabitam com o pai, mãe e irmão (família nuclear), 15.0% vivem, apenas, com os pais e 10.0% com pais, avós e irmão. Os valores percentuais no sexo masculino e no feminino são idênticos aos da amostra total (p>0.05) (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Características biográficas em função do sexo dos adolescentes

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	N	%	
	289	43.7	372	56.3	661	100	
Zona de residência (N=661)							
Rural	217	75.1	258	69.4	**475**	**71.9**	**χ^2=2.642 p=0.104**
Urbano	72	24.9	114	30.6	**186**	**28.1**	
Ano escolaridade (N=661)							
7º Ano	128	44.3	157	42.2	**285**	**43.1**	**χ^2=0.339 p=0.844**
8º Ano	88	30.4	115	30.9	**203**	**30.7**	
9º Ano	73	25.3	100	26.9	**173**	**26.2**	
Composição do agregado familiar (N=661)							
Pai, Mãe e Irmão	180	62.2	229	61.6	**409**	**61.8**	**χ^2 =1.000 p=0.910**
Pais	45	15.6	54	14.5	**99**	**15.0**	
Pais, avó(s) e irmão	30	10.4	36	9.7	**66**	**10.0**	
Pai ou mãe e irmão	11	3.8	18	4.8	**29**	**4.4**	
Outros	\23	8.0	35	9.4	**58**	**8.8**	

Perfil biográfico dos adolescentes

O perfil biográfico médio revela ser adolescente do sexo feminino (56.3%), com cerca de 13 anos, a residir em meio rural (71.9%), pertencendo a uma família nuclear (61.8%) e a frequentar o 7º ano de escolaridade (43.1%).

7.2 – Resultados

Definida a operacionalização das variáveis em análise no Estudo 2, pretendeu-se dar resposta aos objetivos traçados, mediante análise dos resultados obtidos.

Inicia-se com a perceção dos adolescentes sobre a sua saúde, aparência e imagem corporal, descrição dos hábitos alimentares, diagnóstico da saúde oral dos adolescentes, quantificadores dos fatores de risco em saúde oral, hábitos/práticas relativas a higiene oral dos adolescentes avaliados, conhecimentos sobre saúde oral e finaliza-se com a análise da qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

7.2.1 – Perceção dos adolescentes sobre a sua saúde, aparência e imagem corporal

A perceção de saúde dos adolescentes refere-se à saúde em geral, aos sintomas físicos e psicológicos e terapêutica efetuada. Em geral os adolescentes percecionam-se como sendo saudáveis (72.6%, n=200), havendo 24.0% que consideram ser bastante saudáveis e 3.4% pouco saudáveis. Os resultados obtidos em ambos os sexos são idênticos aos da amostra total (p=0.120) (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Perceção dos adolescentes sobre a sua saúde

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Consideraste (N=658)							
Bastante saudável	80	27.8	78	21.1	**158**	**24.0**	χ^2=4.237 p=0.120
Saudável	200	69.4	278	75.1	**478**	**72.6**	
Pouco saudável	8	2.8	14	3.8	**22**	**3.4**	

Odontalgias

A maioria dos adolescentes nega ter odontalgias (93.1%). Observou-se ainda que as raparigas apresentam mais odontalgias, pelo menos uma vez por semana, face aos rapazes (7.9% vs 2.8), revelando o valor residual um comportamento significativo nesta variável (cf. Tabela 19).

Tabela 19 - Odontalgias referidas pelos adolescentes

Sexo		Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Odontalgias (N=648)							
Raramente/Nunca		273	96.5	330	90.4	**603**	**93.1**
	Res		3.0		-3.0		
Uma vez por semana		8	2.8	29	7.9	**37**	**5.7**
	Res		-2.8		2.8		
Todos os dias		2	0.7	6	1.7	**8**	**1.2**
	Res		-1.1		1.1		

Toma de terapêutica

Verificou-se que a percentagem de raparigas que tomam terapêutica para as odontalgias é superior à dos rapazes (19.7% vs 13.5%). O teste Qui-Quadrado revelou diferenças significativas, pelo que se aceita ser possível o sexo dos adolescentes estar associado à toma da medicação para o alívio deste tipo de dores (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Toma de terapêutica para odontalgias

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Terapêutica para odontalgias (N=660)							
Não	250	86.5	298	80.3	**548**	**83.0**	**χ^2=4.406**
Sim	39	13.5	73	19.7	**112**	**17.0**	**p=0.036***

Em síntese

Os adolescentes percecionam-se como saudáveis, sem referir manifestação de qualquer sintomatologia. No entanto as raparigas apresentam mais sintomatologia relacionada com a saúde oral e tomam mais terapêutica que os rapazes.

Aparência e imagem corporal

Constatou-se que 49.0% dos adolescentes consideram ter uma aparência razoável e 39.8% boa. Contudo, 2.7% sentem que têm má aparência e 8.5% referem que não pensa nisso. Os rapazes são os que mais consideram ter boa aparência (46.0%). A maioria (54.0%) das raparigas considera ter uma aparência razoável (cf. Tabela 21).

O teste de Qui-Quadrado revelou diferenças estatísticas significativas (χ^2= 10.622; p=0.014) na autoavaliação da aparência em função do sexo, mostrando os valores residuais, que as diferenças se situam na avaliação boa, onde os rapazes estão mais representados e na avaliação razoável onde as raparigas são mais numerosas (cf. Tabela 21). A maioria dos adolescentes (75.7%) considera que tem uma imagem corporal normal, 19.9% avalia-a como bonita e 4.4% considera-a feia. Os adolescentes não se distinguem na avaliação da autoimagem (p=0.441) (cf. Tabela 21).

Na amostra total, 78.3% dos adolescentes consideram que têm um sorriso bonito, 18.5% um sorriso feio e os restantes 3.2% dos adolescentes refere que não sorri. A análise dos resultados para o sexo masculino evidencia que 6.7% dos rapazes não sorri, por sua vez no sexo feminino existe uma percentagem menor (0.5%), sendo a diferença significativa (res=4.4) (cf. Tabela 21).

Apurou-se que a maioria dos adolescentes considera importante ter dentes saudáveis e bonitos (90.6%). Os rapazes não atribuem tanta importância como as raparigas, a este facto, uma vez que apresentam um valor percentual mais baixo quando comparado com as

raparigas (84.6% vs 94.9%). O teste Qui-Quadrado mostrou existirem diferenças estatísticas altamente significativas entre os adolescentes (χ^2=19.418, p=0.000) (cf. Tabela 21).

Identificou-se que 41.8% dos adolescentes pretende mudar alguma coisa no seu corpo. As raparigas apresentam-se mais insatisfeitas, existindo 50.5% que pretendem mudar alguma coisa no seu corpo, enquanto só 30.6% dos rapazes refere este facto (χ^2=26.589, p=0.000) (cf. Tabela 21). Observou-se que 4.4% dos adolescentes estudados usam *piercings* orais ou periorais. As diferenças entre rapazes e raparigas são bastante significativas (χ^2=6,539, p=0.011), sendo no grupo das raparigas que se encontra maior percentagem de indivíduos com *piercings* orais ou periorais (6.2% vs 2.1%) (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Imagem corporal dos adolescentes

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Avaliação da própria aparência (N=659) [3]							
Boa	132	46.0	130	34.9	**262**	**39.8**	
Razoável	122	42.5	201	54.0	**323**	**49.0**	**χ^2=10.622 p=0.014***
Má	6	2.1	12	3.2	**18**	**2.7**	
Não penso nisso	27	9.4	29	7.9	**56**	**8.5**	
Avaliação da autoimagem (N=658)							
Bonita	64	22.1	67	18.2	**131**	**19.9**	
Normal	213	73.7	285	77.2	**498**	**75.7**	χ^2=1.638 p=0.441
Feia	12	4.2	17	4.6	**29**	**4.4**	
Avaliação do próprio sorriso (N=649)							
Bonito	225	78.9	283	77.7	**508**	**78.3**	
Res		0.4		-0.4			
Feio	41	14.4	79	21.8	**120**	**18.5**	
Res		-2.4		2.4			
Não sorrio	19	6.7	2	0.5	**21**	**3.2**	
Res		4.4		-4.4			
Importante para a imagem ter dentes saudáveis e bonitos (n=655							
Não	44	15.4	19	5.1	**63**	**9.6**	**χ^2=19.418 p=0.000*** **
Sim	242	84.6	350	94.9	**592**	**90.6**	
Mudar alguma coisa no teu corpo (N=658)							
Não	200	69.4	183	49.5	**383**	**58.2**	**χ^2=26.589 p=0.000*** **
Sim	88	30.6	187	50.5	**275**	**41.8**	
Uso de *piercings* orais ou periorais (N=661)							
Não	283	42.8	349	52.8	**63**	**95.6**	**χ^2=6.539 p=0.011***
Sim	6	0.9	23	3.5	**29**	**4.4**	

Em síntese os adolescentes consideram ter uma aparência razoável (49.0%), a maioria (90.6%) considera importante ter dentes saudáveis e bonitos, 78.3% referem que têm um sorriso bonito, 75.7%, pensam que têm uma imagem corporal normal, contudo 41.8% dos adolescentes pretende mudar alguma coisa no seu corpo.

[3] O teste Qui-Quadrado pressupõe que em tabelas superiores a 2x2, nenhuma célula da tabela tenha frequência inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Se estes pressupostos não foram garantidos, o nível de significância pode ser enganador pelo que é aconselhável recorre aos resíduos ajustados estandardizados, os quais informam sobre quais as células que têm comportamento significativo. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para p=0.05 (Pestana & Gageiro, 2008, p. 131)

7.2.2 – Hábitos alimentares dos adolescentes

Relativamente aos hábitos alimentares, verificou-se que a família é quem mais influencia o tipo de alimentação que os adolescentes adotam (77.8%), seguindo-se os amigos (19.2%). Apenas 12% dos inquiridos referem a influência dos profissionais de saúde (médico/enfermeiro) sobre este aspeto.

As raparigas atribuem maior influência à família (81.2% vs 73.4%), (p=0.016); por sua vez os rapazes atribuem maior influência aos professores (14.5% vs 9.1%), (p=0.031) e à televisão (20.4% vs 14.3%), (p=0.037) (cf. Tabela 22).

A maioria dos adolescentes (62%) refere que o tipo de alimentação que faz se baseia na escolha de alimentos saudáveis e na seleção dos alimentos que mais gosta para (68%). Contudo, para 67.6% o fator que influencia a escolha é o dos alimentos serem doces. Em 44.2% dos casos as escolhas alimentares são de acordo com os hábitos familiares, 8.8% preferem alimentos de preparação rápida e 7.8% escolhem alimentos de aquisição rápida.

Existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas na seleção de alimentos saudáveis (p=0.004), sendo elas as que mais optam por este tipo de alimentos (66.8% vs 55.7%); nas escolhas baseadas nos hábitos familiares (p=0.028), sendo, também, elas as que mais referem esta motivação (48% vs 39.4%) e na opção por alimentos doces (p=0.001), sendo no grupo dos rapazes que se encontra uma maior percentagem de indivíduos que referem esta motivação (69.1% vs 65.7%) (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Influência nos hábitos alimentares e motivação para a selecção dos alimentos

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Quem e o que influencia a alimentação dos adolescentes (N=661)							
Família	212	73.4	302	81.2	514	77.8	**χ^2=5.761 p=0.016***
Professores	42	14.5	34	9.1	**78**	**11.5**	**χ^2=4.649 p=0.031***
Amigos	52	18.0	75	20.2	**127**	**19.2**	χ^2=0.492 p=0.463
Televisão	59	20.4	53	14.3	**112**	**17.0**	**χ^2=4.332 p=0.037***
Jornais/revistas/internet	23	8.0	22	5.9	**45**	**6.8**	χ^2=1.072 p=0.301
Médico/Enfermeiro	38	13.1	41	11.0	**79**	**12.0**	χ^2=0.699 p=0.403
Motivação dos adolescentes para a seleção de alimentos							
Alimentos saudáveis	160	55.7	248	66.8	**408**	**62.0**	**χ^2=8.459 p=0.004****
Alimentos que gosto	198	69.0	249	67.3	**447**	**68.0**	χ^2=0.213 p=0.645
Alimentos de preparação rápida	29	10.1	29	7.8	**58**	**8.8**	χ2=0.358 p=0.550
Alimentos de aquisição rápida	28	9.8	23	6.2	**51**	**7.8**	χ^2=2.829 p=0.093
Hábitos de família	113	39.4	178	48.0	**291**	**44.2**	**χ^2=4.856 p=0.028***
Alimentos doces	186	65.7	250	69.1	**436**	**67.6**	**χ^2=10.727 p=0.001****

A maioria dos adolescentes (67.8%) considera que a sua alimentação é saudável, contudo 11.3%, referem que é pouco saudável e 3% nada saudável. Não se observaram diferenças estatísticas significativas em função do sexo (p=0.553) (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Opinião dos adolescentes sobre a sua alimentação

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Opinião sobre a alimentação (n=661)							
Muito saudável	12	4.2	9	2.5	**21**	**3.2**	
Bastante saudável	38	13.0	59	15.8	**97**	**14.7**	
Saudável	195	67.5	253	68.0	**448**	**67.8**	**χ^2=3.030; p=0.553**
Pouco saudável	36	12.5	39	10.5	**75**	**11.3**	
Nada saudável	8	2.8	12	3.2	**20**	**3.0**	

Quanto ao número de refeições por dia, a maioria dos adolescentes (57.6%) faz cinco a seis por dia, 31.6% fazem entre três a quatro e 7.3% tomam sete ou mais refeições por dia. Os valores obtidos no sexo masculino, e no feminino são idênticos ao da amostra global, (χ^2=7.562; p=0,056) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Número de refeições por dia

Número de refeições por dia (N=661)						
<3 refeições	10	3.4	13	3.4	**23**	**3.5**
3-4 refeições	99	34.3	110	29.6	**209**	**31.6**
5-6 refeições	152	52.6	229	61.6	**381**	**57.6**
≥7 refeições	28	9.7	20	5.4	**48**	**7.3**
					Teste Qui-Quadrado: χ^2=7.562; p=0.056	

Constatou-se que 83.3% dos adolescentes tomam pequeno-almoço todos os dias, 7.6% uma a três vezes por semana e 2.7% nunca tomam esta refeição. Os valores obtidos pelos rapazes e raparigas são idênticos ao da amostra global, (χ^2=7.106; p=0.069) (cf. Tabela 25).

Quanto à ingestão de alimentos a meio da manhã 48.2% referem que o fazem todos os dias, e 9.9% nunca tomam esta refeição. Os rapazes fazem esta refeição, todos os dias, mais vezes do que as raparigas (54.6% vs 43.4%), verificou-se que existe relação estatística significativa (χ^2=12.248; p=0.007) (cf. Tabela 25). A quase totalidade dos adolescentes da amostra (94.7%) almoça todos os dias. Os resultados obtidos por ambos os sexos são idênticos ao da amostra total (res<1.96) (cf. Tabela 25).

Constatou-se que 65.9% lancha a meio da tarde todos os dias, contudo 2.9% nunca ingerem esta refeição. A dispersão em ambos os sexos é semelhante à da amostra total, (χ^2=3.669; p=0.276) (cf. Tabela 25). Quanto ao jantar, 96.4% dos adolescentes jantam todos os dias mas 1.4% referem que nunca jantam.

O teste Qui-Quadrado revelou que as diferenças não são significativas entre sexos (χ^2=6.145; p=0.105) (cf. Tabela 25). Apurou-se que 39.9% dos adolescentes nunca ceiam e que 28.5% ceiam todas as noites. Existe uma percentagem mais elevada de rapazes que ceiam todos os dias (36.6% vs 22.1%), diferenciando-se neste comportamento de forma altamente significativa das raparigas (p=0.000) (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Refeições ingeridas pelos adolescentes

Refeições \ Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Pequeno-almoço (N=658)							
Nunca	7	2.4	11	3.0	**18**	**2.7**	
Um a três dia por semana	13	4.5	37	9.9	**50**	**7.6**	χ^2=7.106 p=0.069
Quatro a seis dias por semana	20	7.0	22	5.9	**42**	**6.4**	
Todos os dias	246	86.0	302	81.2	**548**	**83.3**	
Lanche a meio da manhã (N=655)							
Nunca	23	8.1	42	11.3	**65**	**9.9**	
Um a três dia por semana	60	21.1	74	19.9	**134**	**20.5**	**χ^2=12.248 p=0.007***
Quatro a seis dias por semana	46	16.2	94	25.3	**140**	**21.4**	
Todos os dias	155	54.6	161	43.4	**316**	**48.2**	
Almoço (N=658)							
Nunca	1	0.3	4	1.1	**5**	**0.8**	
Res		-1,1		1.1			
Um a três dia por semana	6	2.1	3	0.8	**9**	**1.4**	
Res		1.4		-1.4			
Quatro a seis dias por semana	10	3.5	11	3.0	**21**	**3.2**	
Res		0,4		-0.4			
Todos os dias	269	94.1	354	95.1	**623**	**94.7**	
Res		**-0.6**		**0.6**			
Lanche a meio da tarde (N=657)							
Nunca	9	3.1	10	2.7	**19**	**2.9**	
Um a três dia por semana	43	15.0	47	12.7	**90**	**13.7**	χ^2=6.145 p=0.105
Quatro a seis dias por semana	41	14.3	74	19.9	**115**	**17.5**	
Todos os dias	193	44.6	240	64.7	**433**	**65.9**	
Jantar (N=658)							
Nunca	2	0.8	7	1.9	**9**	**1.4**	
Um a três dia por semana	3	1.0	2	0.5	**5**	**0.8**	χ^2=6.145 p=0.105
Quatro a seis dias por semana	1	0.3	8	2.2	**9**	**1.4**	
Todos os dias	280	97.9	355	95.4	**635**	**96.4**	
Ceia (N=647)							
Nunca	107	37.9	151	41.4	**258**	**39.9**	
Um a três dia por semana	46	16.3	86	23.6	**132**	**20.4**	**χ^2=17.944; p=0.000*** **
Quatro a seis dias por semana	26	9.2	47	12.9	**73**	**11.3**	
Todos os dias	103	36.6	81	22.1	**184**	**28.5**	

Ingestão de guloseimas e petiscos

Relativamente à ingestão de guloseimas entre as refeições (cf. Tabela 26) 45.5% dos adolescentes referiram comer às vezes guloseimas entre as principais refeições, sendo que 26.4% raramente o faz, 15.9% mencionam que ingerem guloseimas quase todos os dias e 5.8% todos os dias. Os valores obtidos em ambos os sexos são semelhantes aos da amostra total, (p=0.942). Averiguou-se que 27.5% dos adolescentes não petiscam fora das principais refeições e 56.3% o fazem uma a duas vezes por dia. A percentagem de rapazes que petiscam mais de 4 vezes por dia é superior à das raparigas (6.6% vs 2.2%), existindo diferenças significativas entre os sexos quanto a este hábito (χ^2=11.821; p=0.008) (cf. Tabela 26).

Os alimentos que os adolescentes mais selecionam para petiscar são as sandes (59.6%), bolos e bolachas (51.5%), fruta (50.2%) e os queijos e iogurtes (31.4%). O local de preferência para aquisição dos petiscos é o bar da escola (67.9%), referindo 46.6% que trazem os alimentos de casa e 20.8% do café. Os locais referenciados pelos rapazes e raparigas são idênticos aos da amostra total, (Bar da Escola: χ^2=0.439; p=0.508; Café: χ^2=1.607; p=0.205; Trás de casa: χ^2=3.314; p=0.069) (cf. Tabela 26), Contudo os rapazes utilizam mais as máquinas dispensadoras para adquirirem os "petiscos" do que as raparigas (7.0% vs 1.1), (p=0.001) (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Ingestão de guloseimas e petiscos entre as refeições

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Guloseimas no intervalo das principais refeições (N=655)							
Todos os dias	17	5.9	21	5.7	**38**	**5,8**	χ^2=0.770 p=0.942
Quase todos os dias	44	15.4	60	16.3	**104**	**15,9**	
Às vezes	133	46,5	165	44.6	**298**	**45.5**	
Raramente	72	25.2	101	27.4	**173**	**26.4**	
Nunca	20	7.0	22	6.0	**42**	**6.4**	
Petiscar intervalo das principais refeições (N=661)							
Não	76	26.3	106	28.5	**182**	**27.5**	**$\chi^{2=}$11.821 p=0.008****
1 a 2 vezes	152	52.6	220	59.1	**372**	**56.3**	
3 a 4 vezes	42	14.5	38	10.2	**80**	**12.1**	
Mais de 4 vezes	19	6.6	8	2.2	**27**	**4.1**	
O que petiscam (N=479)							
Sandes	137	64.0	148	56.1	**285**	**59.6**	
Gomas	48	22.4	44	16.7	**92**	**19.2**	
Fruta	96	44.9	144	54.5	**240**	**50.2**	
Bolos e bolachas	101	47.2	145	54.9	**246**	**51.5**	
Bolicao e Chipicao	26	12.2	17	6.5	**43**	**9.0**	
Queijos e iogurtes	68	31.8	82	31.1	**150**	**31.4**	
Rebuçados	50	23.4	65	24.6	**115**	**24.1**	
Chocolate	50	23.4	65	24.6	**115**	**24.1**	
Local onde os adolescentes adquirem os petiscos (N=479)							
Bar da Escola	142	66.4	182	69.2	**324**	**67.9**	
Máquinas dispensadoras	15	7.0	3	1.1	**18**	**3.8**	
Café	50	23.4	49	18.6	**99**	**20.8**	
Trás de casa	89	42.0	131	50.4	**220**	**46.6**	
							Máquinas dispensadoras **(χ^2=11.191; p=0.001**)**

Ingestão de líquidos

A ingestão de líquidos fora das refeições (cf. Tabela 27) é praticada por 93.5% dos adolescentes. Os líquidos, mais ingeridos são, a água (82.2%), refrigerantes (46.4%) e os sumos naturais (42.1%). Os rapazes ingerem mais refrigerantes (56,5 vs 38.6%), mais cervejas ou outras bebidas alcoólicas (7.4% vs 1.7%) e mais café (8.1% vs 4.0%) do que as raparigas. Por sua vez as raparigas ingerem mais sumos naturais (46.7% vs 36.2%) e mais água (87.9% vs 74.9%) do que os rapazes. O teste Qui-Quadrado revelou diferenças significativas no caso dos refrigerantes: p=0.000; Sumos naturais: p=0.009; Cervejas e outras

bebidas alcoólicas: p=0.000; Café: p=0.032; Chá: p=0.036 e Água: p=0.000, no caso do iogurte líquido as diferenças não são significativas (p>0.05).

O local onde habitualmente os adolescentes adquirem os líquidos (cf. Tabela 27) é o bar da escola (78.5%) e o café (22.0%). Os rapazes adquirem-nos mais em máquinas dispensadoras (8.5% vs 4.4%) e no café (28.9% vs 16.6%), por sua vez as raparigas mais no bar da escola (82.3% vs 73.3%). O teste Qui-Quadrado revelou diferenças significativas relativamente ao Bar da escola: p=0.010; Máquina dispensadoras: p=0.034; Café: p=0.000; ou Trás de casa: p=0.009.

Tabela 27 - Líquidos ingeridos e local de aquisição

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Beber fora das principais refeições (N=661)							
Não	18	5.9	25	6.5	**43**	**6.5**	χ^2=0.089; p=0.765
Sim	217	94.1	347	93.5	**618**	**93.5**	
Bebidas (N=661)							
Refrigerantes	153	56.5	134	38.6	**287**	**46.4**	**χ^2=19.472 p=0.000*****
Sumos naturais	98	36.2	162	46.7	**260**	**42.1**	**χ^2=6.914; p=0.009****
Cervejas ou outras beb. alcoólicas	20	7.4	6	1.7	**26**	**4.2**	**χ^2=12.130; p=0.000*****
Café	22	8.1	14	4.0	**36**	**5.8**	**χ^2=4.625; p=0.032***
Chá	32	11.8	24	6.9	**56**	**9.1**	**χ^2=4.419; p=0.036***
Água	203	74.9	305	87.9	**508**	**82.2**	**χ^2=17.545; p=0.000*****
Iogurte líquido	19	7.0	22	6.3	**41**	**6.6**	ns
Local onde adquirem os líquidos (N=615)							
Bar da escola	199	73.7	284	82.3	**483**	**78.5**	**χ^2=6.669; p=0.010***
Máquinas dispensadoras	23	8.5	15	4.4	**38**	**6.2**	**χ^2=4.505; p=0.034***
Café	78	28.9	57	16.6	**135**	**22.0**	**χ^2=13.384; p=0.000*****
Trás de casa	106	39.3	171	49.9	**277**	**45.2**	**χ^2=6.847; p=0.009****

A maioria dos adolescentes (81.7%) referiu que ingere refrigerantes, sendo este um hábito mais comum nos rapazes que nas raparigas (85.5% vs 78.8), (χ^2=4.888; p=0.027) (cf. Tabela 28).

Quanto à frequência com que ingerem refrigerantes, 13.5% fazem-no mais do que uma vez por dia, 32.5% uma vez por dia e 35.7% raramente. Constatou-se que existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas quanto ao hábito de beberem refrigerantes (p=0.001), sendo no grupo dos rapazes que se encontra maior percentagem de indivíduos que ingerem refrigerantes mais do que uma vez por dia (18.3% vs 9.7%) (cf. Tabela 28).

Procurou-se ainda saber como é que os adolescentes ingerem os refrigerantes, concluindo-se que 76.8% bebem pelo copo, 42.2% utilizam palhinha e 23.1% bebem pela garrafa. O teste Qui-Quadrado evidencia diferenças significativas na ingestão de refrigerante pela garrafa (χ^2=9.762; p=0.002), observando-se que os rapazes utilizam mais este método do que as raparigas (29.2% vs 18.0%). Nos restantes métodos, ingestão de refrigerantes (pelo copo: χ^2=0.009; p=0.926, pela palhinha: χ^2=0.022; p=0.882e pela garrafa: χ^2=1.968; p=0.161), as diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Ingestão de refrigerantes

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Refrigerantes (N=661)							
Não	42	14.5	79	21.2	**121**	**18.3**	**χ^2=4.888 p=0.027***
Sim	247	85.5	293	78.8	**540**	**81.7**	
Frequência da ingestão de refrigerante (N=661)							
Raramente	91	31.5	145	39.0	**236**	**35.7**	**χ^2=17.142 p=0.001****
Uma vez por dia	103	35.6	112	30.1	**215**	**32.5**	
Mais de uma vez por dia	53	18.3	36	9.7	**89**	**13.5**	
Utensilio utilizado para beber (N=551)							
Copo	193	76.6	230	70.9	**423**	**76.8**	ns
Palhinha	106	41.9	128	42.5	**234**	**42.2**	ns
Garrafa	74	29.2	54	18.0	**128**	**23.1**	**χ^2=9.762; p=0.002****
Lata	10	3.9	6	1.9	**16**	**2.8**	ns

Quanto aos hábitos alimentares (cf. Tabela 29) o score global foi obtido com base nas pontuações das questões constantes no questionário (Anexo 3) e operacionalizado conforme descrito na metodologia. Os valores das pontuações oscilaram entre 18 e 41 (sendo que, como referido, quanto maior for a pontuação melhores serão os hábitos alimentares), com um valor médio de 32.52 (DP=3.355), os valores entre rapazes e raparigas são semelhantes, revelando o teste U de Mann-Whitney diferenças não significativas (p=0.781).

Tabela 29 - Estatísticas relativas ao somatório dos hábitos alimentares

	n	%	Min	Max	$\bar{x}$	DP	$Sk/_{erro}$	$K/_{erro}$	CV (%)	Orden. Médias	U de Mann Whitney
Hábitos alimentares (score global)											
Masculino	278	43.5	20	40	32.51	3.324	-4.493	3.144	10.22	317.70	U=49540.0 Z=-0.278 *p*=0.781
Feminino	361	56.5	18	41	32.53	3.382	-5.500	3.371	10.39	321.77	
Total	**639**	**1000**	**18**	**41**	**32.52**	**3.355**	**-7.062**	**4.503**	**10.32**		

Observou-se que os adolescentes que possuem melhores hábitos alimentares, score global, (OM=323.41) e que apresentam baixo risco de problemas dentários (OM=344.16), são os que residem em meio rural. Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (Zona de Residência: p=0.456; Classificação do Risco: p=0.289 (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Teste U de Mann Whitney entre os hábitos alimentares, a zona de residência e a classificação do risco

Zona Residência	Rural	Urbano	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Hábitos alimentares	323.41	311.38	39888.0	-0.746	0.456
Classificação do risco	**Baixo risco**	**Alto risco**	**U de Mann Whitney**		
	Ordenação Média	**Ordenação Média**	**U**	**Z**	**p**
Hábitos alimentares	**344.16**	**317.54**	**15684.5**	**-1.060**	**0.289**

A idade associou-se de forma inversa com os hábitos alimentares (score global) dos adolescentes. Os adolescentes mais novos apresentaram melhores hábitos alimentares (r=-0.155; p=0.000). A idade explica 2.4% da variância do score global dos hábitos alimentares dos adolescentes (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Regressão linear simples entre a idade, o CPOD, o IPS e os hábitos alimentares

	Hábitos alimentares (score global)				
	r	**r^2(%)**	**p**	***t***	**p**
Idade	**-0.155**	**2.4**	**0.000*** **	**-3.956**	**0.000*** **
CPOD	-0.033	0.1	0.202	-0.835	0.404
IPS	0.005	0.002	0.849	0.127	0.899

Verificou-se que existem diferenças estatísticas significativas entre a escolaridade e os hábitos alimentares dos adolescentes (H=14.422; p=0.001), sendo os adolescentes que frequentam o 7º ano de escolaridade que possuem melhores hábitos alimentares (OM=350.41) e os adolescentes que frequentam o 8º ano os piores (OM=287.06) (cf. Tabela 32).

Após a ordenação das médias foi utilizado a ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) localizando as diferenças entre os adolescentes que frequentam o 7º e 8º ano, sendo atribuído 2.26% da variação dos hábitos alimentares à escolaridade.

Tabela 32 - Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e os hábitos alimentares

Escolaridade	**7º Ano (n=274)**	**8º Ano (n=196)**	**9º Ano (n=1694)**	**Teste de Kruskal-Wallis**	
	Ordenação Média	**Ordenação Média**	**Ordenação Média**	**H**	**p**
Hábitos Alimentares	350.41	287.06	308.91	14.422	0.001**

Frequência do consumo de alimentação acidogénica

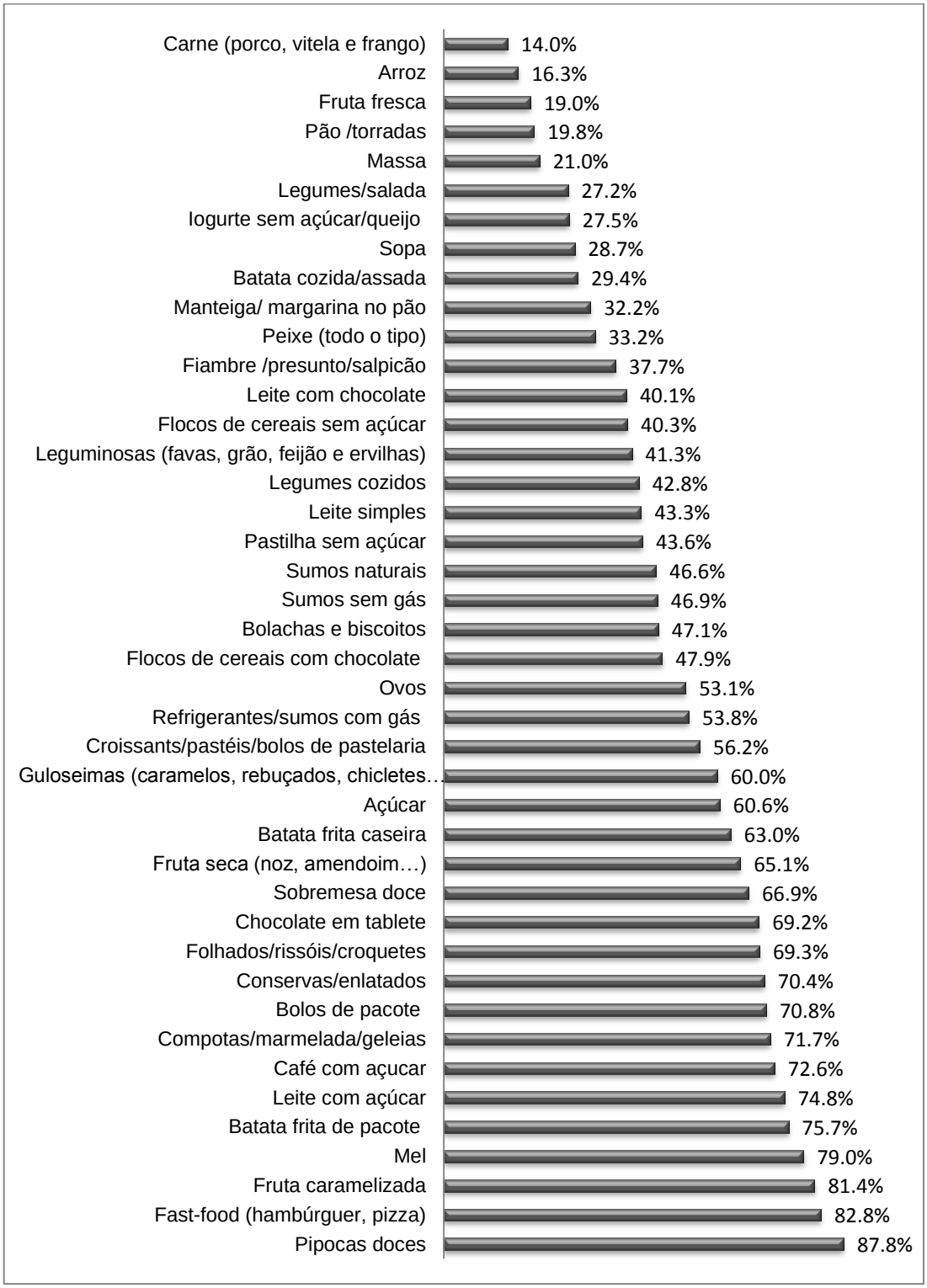
Relativamente ao consumo dos alimentos, observou-se que os adolescentes apresentam uma baixa ingestão de alimentos acidogénicos de maior grau, como por exemplo, pipocas doces (87.5%), *fast-food* (82.8%), fruta caramelizada (81.4%), mel (79%), batatas fritas de pacote (75.7%), leite com açúcar (74.8%) e compotas, marmeladas ou geleias (71.7%). Por sua vez, ingerem de forma moderada os alimentos acidogénicos de menor grau, como sejam, arroz (56.6%), massa (56.4%) e batata cozida/assada (50.5%), e os não acidogénicos, como carne (45%), peixe (44.7%), legumes cozidos (32.2%) e leguminosas (31.2%). Com elevada ingestão, diariamente, os adolescentes consomem alimentos não acidogénicos ou acidogénicos de menor grau, como por exemplo, água (86.8%), fruta fresca (59.6%), pão/torradas (59.2%), legumes/saladas (48.1%), sopa (47.8%), leite simples (46.5%) e iogurte sem açúcar (46.2%) (cf. Tabela 33 e Gráficos 1, 2, e 3).

Tabela 33 - Caracterização da frequência alimentar por tipo de alimento consumido

Frequência	Baixa Ingestão (um dia/semana)		Moderada Ingestão (dois a três dias/semanas)		Elevada Ingestão (todos os dias da semana)	
	n	%	n	%	n	%
Alimentos não acidogénicos						
Água	48	7.3	39	5.9	573	86.8
Legumes/salada	178	27.2	162	24.7	315	48.1
Carne (porco, vitela e frango)	92	14.0	296	45.0	270	41.0
Peixe (todo o tipo)	218	33.2	293	44.7	145	22.1
Ovos	346	53.1	200	30.8	105	16.1
Leguminosas (favas, grão, feijão e ervilhas)	272	41.3	206	31.2	181	27.5
Fruta seca (noz, amendoim…)	396	65.1	113	18.6	99	16.3
Leite simples	285	43.3	678	10.2	306	46.5
Iogurte sem açúcar/queijo	180	27.5	172	26.3	302	46.2
Flocos de cereais sem açúcar	262	40.3	133	20.5	255	39.2
Pastilha sem açúcar	266	43.6	155	25.4	189	31.0
Alimentos acidogénicos de menor grau						
Legumes cozidos	281	42.8	211	32.2	164	25.0
Sopa	188	28.7	154	23.4	315	47.9
Fruta fresca	124	19.0	140	21.4	389	59.6
Sumos naturais	306	46.6	162	24.7	188	28.7
Conservas/enlatados	458	70.4	111	17.1	82	12.5
Fiambre /presunto/salpicão	248	37.7	195	29.7	214	32.6
Pão /torradas	130	19.8	138	21.0	388	59.2
Manteiga/ margarina no pão	208	32.2	187	28.9	251	38.9
Arroz	107	16.3	371	56.6	178	27.1
Massa	138	21.0	371	56.4	149	22.6
Batata cozida/assada	193	29.4	332	50.5	132	20.1
Batata frita caseira	384	63.0	155	25.4	71	11.6
Folhados/rissóis/croquetes	455	69.3	118	18.0	84	12.7
Alimentos acidogénicos de maior grau						
Leite com chocolate	246	40.1	86	14.0	281	45.9
Leite com açúcar	457	74.8	43	7.0	111	18.2
Sumos sem gás	286	46.9	147	24.1	177	29.0
Refrigerantes/sumos com gás	353	53.8	129	19.7	174	26.5
Chá com açúcar	492	75.0	70	10.7	94	14.3
Café com açúcar	475	72.6	88	13.5	91	13.9
Batata frita de pacote	499	75.7	93	14.1	67	10.2
Fast-food (hambúrguer, pizza)	544	82.8	58	8.8	55	8.4
Croissants/pastéis/bolos de pastelaria	365	56.2	154	23.7	130	20.1
Bolachas e biscoitos	308	47.1	190	29.1	156	23.8
Pipocas doces	532	87.8	37	6.1	37	6.1
Bolos de pacote	460	70.8	104	16.0	86	13.2
Flocos de cereais com chocolate	314	47.9	117	17.9	224	34.2
Pão com chocolate	448	73.6	72	11.8	89	14.6
Sobremesa doce	404	66.9	122	20.2	78	12.9
Fruta caramelizada	493	81.4	50	8.3	63	10.3
Mel	482	79.0	61	10.0	67	11.0
Açúcar	371	60.6	115	18.8	126	20.6
Guloseimas (caramelos, rebuçados, chicletes ou gomas)	393	60.0	154	23.5	108	16.5
Compotas/marmelada/geleias	469	71.7	92	14.1	93	14.2
Chocolate em tablete	423	69.2	107	17.5	81	13.3

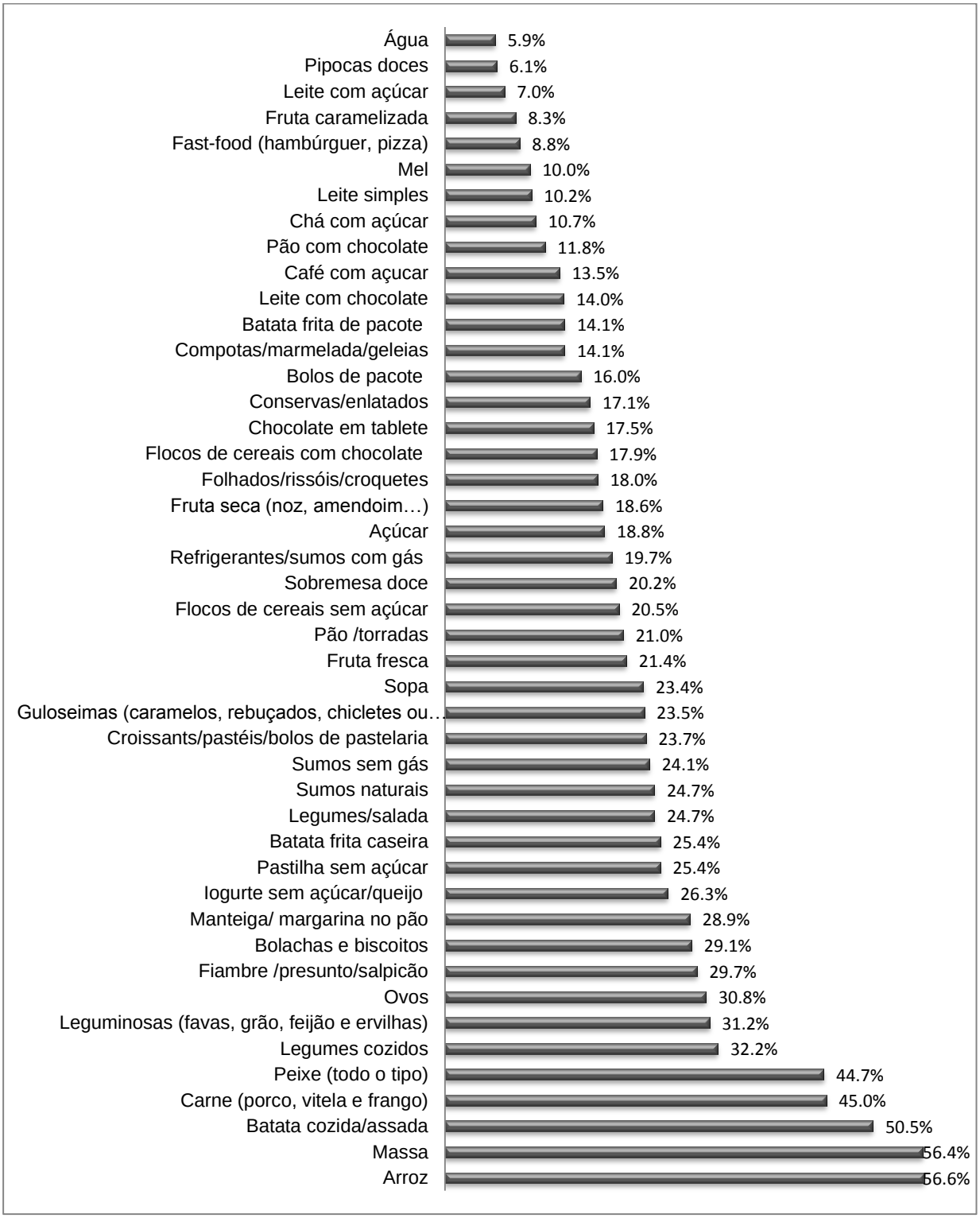
O gráfico 1 representa a percentagem da baixa ingestão de alimentos consumidos pelos adolescentes, pela sua análise pode-se verificar que são os alimentos menos saudáveis, como as pipocas doces, *fast-food*, fruta carameliza, mel, que são menos consumidos.

Gráfico 1 - Percentagem de baixa ingestão de alimentos por parte dos adolescentes



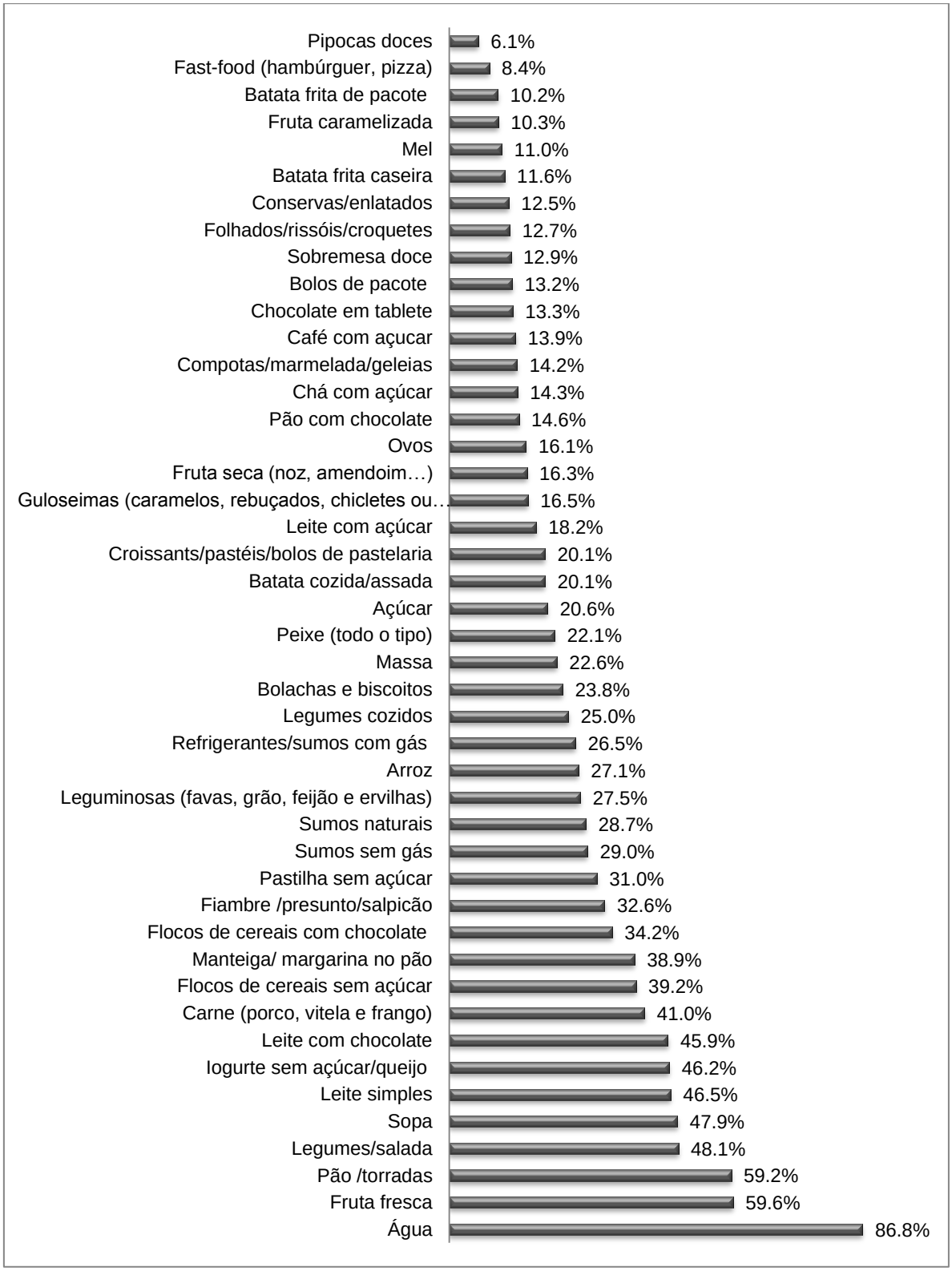
Os alimentos ingeridos moderadamente pelos adolescentes, em maior percentagem são do grupo dos acidogénicos de menor grau (arroz, batata cozida/assada e peixe) e do grupo dos não acidogénicos (carne, peixe, legumes cozidos, leguminosas e ovos) (cf. Gráfico 2).

Gráfico 2 - Percentagem de moderada ingestão de alimentos por parte dos adolescentes



Os alimentos que os adolescentes referem ingerir mais frequentemente são do grupo dos não acidogénicos ou acidogénicos de menor grau (água, fruta fresca, pão, legumes, sopa, leite e derivados, carne). Contudo, verificou-se que 45.9% ingerem leite com chocolate (cf. Gráfico 3).

Gráfico 3 - Percentagem de elevada ingestão de alimentos por parte dos adolescentes



Os adolescentes estudados apresentavam na sua maioria uma moderada ingestão de alimentos não acidogénicos (56.1%) e acidogénicos de menor grau (69.2%), não existindo adolescentes que fizessem uma baixa ingestão destes alimentos. O teste Qui-Quadrado, revelou que as diferenças não são significativas, entre raparigas e rapazes (alimentos não acidogénicos: χ^2=0.277; p=0.599: alimentos acidogénicos de menor grau: χ^2=1.476; p=0.224) (cf. Tabela 34).

Relativamente aos alimentos acidogénicos de maior grau, 85.4% dos adolescentes consome-os de forma moderada, 12.1% de forma elevada e 2.5% faz uma baixa ingestão destes alimentos. Os rapazes apresentam uma ingestão mais elevada de alimentos acidogénicos de maior grau face as raparigas (17.1% vs 8.1%), com diferenças significativas (p=0.004) (cf. Tabela 34).

Tabela 34 - Características do consumo de alimentos não acidogénicos, acidogénicos de menor grau e de maior grau em função do sexo dos adolescentes

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Alimentos não acidogenicos (N=576)							
Moderada Ingestão	141	54.9	182	57.1	**323**	**56.1**	χ^2=0.277 p=0.599
Elevada Ingestão	116	45.1	137	42.9	**253**	**43.9**	
Alimentos acidogénicos de menor grau (N=575)							
Moderada Ingestão	165	66.5	233	71.3	**398**	**69.2**	χ^2=1.476 p=0.224
Elevada Ingestão	83	33.5	94	28.7	**177**	**30.8**	
Alimentos acidogénicos de maior grau (N=553)							
Baixa Ingestão	4	1.6	10	3.3	**14**	**2.5**	**χ^2=11.276 p=0.004****
Moderada Ingestão	200	81.3	272	88.6	**472**	**85.4**	
Elevada Ingestão	42	17.1	25	8.1	**67**	**12.1**	

O consumo de alimentos não acidogénicos, pelos adolescentes, variou entre 12 e um máximo de 33, com um valor médio de 22.20 (DP=4.136). O teste U de Mann-Whitney não evidencia diferenças significativas entre rapazes e raparigas (U=40809; Z=-0.092; p=0.927) (cf. Tabela 35).

Face à ingestão de alimentos acidogénicos de menor grau, o valor médio para os participantes foi de 24.88 (DP=5.131), sendo os valores em ambos os sexos semelhantes ao da amostra global e sem significância estatística, (U=40536.5; Z=-0.006; p=0.995) (cf. Tabela 35).

Nos alimentos acidogénicos de maior grau, o valor médio foi de 31.62 (DP=8.854). Os rapazes apresentam um valor de consumo de alimentos acidogénicos de maior grau superior ao das raparigas (OM=302.50 vs OM=256.57), com diferenças significativas (U=31489.0; Z=-3.364; p=0.001) (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Estatísticas relativas ao consumo de alimentos não acidogénicos, acidogénicos de menor grau e acidogénicos de maior grau

	Min	Max	$\overline{x}$	DP	Sk/$_{erro}$	K/$_{erro}$	CV (%)	Orden. Médias	U de Mann Whitney
Consumo de alimentos não acidogénicos									
Masculino	13	33	22.22	4.393	1.987	-1.112	19.77	287.79	U=40809.0
Feminino	12	33	22.18	3.924	2.058	-0.202	17.69	289.07	Z=-0.092
Total	**12**	**33**	**22.20**	**4.136**	**2.891**	**-0.906**	**18.26**		*p*=0.927
Consumo de alimentos acidogénicos de menor grau									
Masculino	14	39	24.98	5.496	3.703	-0.149	21.99	288.05	U=40536,5
Feminino	14	39	24.80	4.843	5.118	2.632	19.53	287.96	Z=-0,006
Total	**14**	**39**	**24.88**	**5.131**	**6.254**	**1.635**	**20.62**		*p*=0,995
Consumo de alimentos acidogénicos de maior grau									
Masculino	21	63	33.11	9.613	7.858	2.967	29.03	302.50	**U=31489.0**
Feminino	21	63	30.43	8.015	12.992	13.722	26.34	256.57	**Z=-3.364**
Total	**21**	**63**	**31.62**	**8.854**	**14.519**	**10.207**	**28.00**		***p*=0.001****

Os adolescentes que vivem em meio urbano consomem mais alimentos não acidogénicos (OM=300.45) e acidogénicos de menor grau (OM=295.52) e menos alimentos acidogénicos de maior grau (OM=259.93). Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas nos três tipos de alimentos, ou seja o tipo de alimentos que os adolescentes consomem não é associado com a zona de residência (cf. Tabela 36).

Tabela 36 - Teste U de Mann Whitney entre a zona de residência e o tipo de alimentos

Zona Residência	Rural	Urbano	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Alimentos não acidogénicos	283.41	300.45	32688.0	-1.128	0.259
Alimentos acidogénicos de menor grau	284.71	295.52	33684.0	-0.720	0.472
Alimentos acidogénicos de maior grau	284.20	259.93	29098.0	-1.634	0.102

A idade, associa-se de forma inversa com o consumo de alimentos não acidogénicos, ou seja, os adolescentes mais velhos ingerem menos alimentos não acidogénicos. No consumo de alimentos acidogénicos de menor grau e de maior grau a associação é positiva, verificando-se que ao aumentar a idade o consumo deste tipo de alimentos é incrementado. Os resultados são estatisticamente significativos no consumo de alimentos acidogénicos de maior grau (r=0.109; p=0.011) (cf. Tabela 37).

Os valores de t são elucidativos para o consumo de alimentos acidogénicos de maior grau, explicando a idade 1.2% da sua variância (cf. Tabela 37).

Tabela 37 - Análise de regressão linear simples entre a idade e o consumo de alimentos

	r	r^2(%)	p	t	p
Alimentos não acidogénicos	-0.026	0.01	0.541	-0.612	0.541
Alimentos acidogénicos de menor grau	0.002	0.001	0.969	0.039	0.969
Alimentos acidogénicos de maior grau	**0.109**	**1.2**	**0.011***	**2.564**	**0.011***

Verificou-se ainda que os adolescentes com 11 anos são os que mais consomem alimentos não acidogénicos (OM=337.65) e os de 12 anos os que mais ingerem alimentos acidogénicos de menor grau (OM=299.59).

O consumo de alimentos acidogénicos de maior grau vai aumentando à medida que aumenta a idade. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas no consumo de alimentos acidogénicos de maior grau (H=10.324; p=0.035) (cf. Tabela 38). Constatou-se que a idade explicava 1.87% da variação CPOD. Foram de seguida realizados testes para comparação múltipla de médias (ANOVA e Tukey) não se localizaram as diferenças entre as idades (cf. Tabela 38).

Tabela 38 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade e o consumo de alimentos

Idade	11 anos	12 anos	13 e 14 anos	15 anos	16 e 17 anos	Teste de Kruskal Wallis	
	Orden. Média	Orden. Média	Orden. Média	Orden. Média	Orden. Média	H	p
Alimentos não acidogénicos	337.65	291.25	287.09	300.47	221.86	4.357	0.360
Alimentos acidogénicos de menor grau	289.75	299.59	281.55	295.18	266.80	1.730	0.785
Alimentos acidogénicos de maior grau	230.04	261.10	275.85	330.22	338.76	**10.324**	**0.035***

Os adolescentes que frequentam o 7º ano de escolaridade, são os que mais frequentemente ingerem alimentos não acidogénicos (OM=298.24) e acidogénicos de menor grau (OM=307.04) e os que menos consomem acidogénicos de maior grau (OM=273.82). Os a que frequentam o 8º ano são os que ingerem menos frequentemente alimentos acidogénicos de menor grau.

Observou-se que as diferenças encontradas face aos anos de escolaridade (cf. Tabela 39), são estatisticamente significativas, no consumo de alimentos acidogénicos de menor grau (H=6.015; p=0.049).

Tabela 39 - Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e o consumo de alimentos acidogénicos

Escolaridade	7º Ano (n=237)	8º Ano (n=184)	9º Ano (n=155)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
Alimentos não acidogénicos	298.24	272.02	293.18	2.754	0.252
Alimentos acidogénicos de menor grau	307.04	268.38	280.72	**6.015**	**0.049****
Alimentos acidogénicos de maior grau	273.82	280.57	277.72	0.180	0.914

A análise do consumo de alimentos avaliada em função do contexto de empregabilidade do pai e da mãe (cf. Tabela 40), revela que quanto à situação de emprego do pai, apenas existem diferenças significativas no consumo de alimentos acidogénicos de maior grau (H=10.055; p=0.007). Os adolescentes cujo pai está empregado são os que menos frequentemente consomem alimentos acidogénicos de maior grau (OM=247.59). No que concerne à situação de emprego da mãe, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas na ingestão de alimentos não acidogénicos e acidogénicos, de menor e de maior grau (cf. Tabela 40).

Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis entre situação de emprego dos Pais/EE e consumo de alimentos acidogénicos

	Empregado	Desempregado	Reformado	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
Situação de emprego do pai					
Alimentos não acidogénicos	263.83	253.43	331.50	4.072	0.131
Alimentos acidogénicos de menor grau	263.14	268.27	324.64	3.424	0.196
Alimentos acidogénicos de maior grau	247.59	291.29	333.59	**10.055**	**0.007***
Situação de emprego da mãe					
Alimentos não acidogénicos	272.61	266.33	248.17	0.379	0.827
Alimentos acidogénicos de menor grau	269.19	266.33	317.44	0.938	0.626
Alimentos acidogénicos de maior grau	255.31	264.64	304.31	1.151	0.562

Relativamente à classificação do risco em saúde oral, inferiu-se que as diferenças são significativas apenas no consumo de alimentos acidogénicos de maior grau (U=10115.5; Z=-2.838; p=0.005). São os adolescentes do grupo de alto risco que ingerem mais frequentemente alimentos acidogénicos de maior grau (OM=283.27 vs OM=217.86) (cf. Tabela 41).

Tabela 41 - Teste U de Mann Whitney entre o consumo de alimentos acidogénicos e a classificação do risco

Classificação do risco	Baixo risco	Alto risco	U de Mann Whitney		
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	Z	p
Alimentos não acidogénicos	291.99	287.44	14862.5	-0.133	0.894
Alimentos acidogénicos de menor grau	285.36	288.29	14612.0	-0.127	0.899
Alimentos acidogénicos de maior grau	217.86	283.27	**10115.5**	**-2.838**	**0.005****

O consumo de alimentos não acidogénicos, explica 0.7% da variância do IPS (r=-0.083; p=0.045). Verificou-se que quanto maior o valor de IPS dos adolescentes menor é a frequência de ingestão deste tipo de alimentos (cf. Tabela 42).

A ingestão de alimentos acidogénicos de menor grau não influencia na variância do CPOD e do IPS (cf. Tabela 42). Os alimentos acidogénico de maior grau, explicam 3.1% da variância do CPOD (r=0.177; p=0.000), pelo que se concluiu que quanto mais frequente a ingestão de alimentos acidogénicos de maior grau maior é o valor de CPOD (cf. Tabela 42).

Tabela 42 - Análise de regressão linear simples entre o consumo de alimentos acidogénicos, o CPOD e o IPS

Alimentos não acidogénicos					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
CPOD	0.071	0.5	0.088	1.710	0.088
IPS	**-0.083**	**0.7**	**0.045***	**-2.007**	**0.045***
Alimentos acidogénicos de menor grau					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
CPOD	0.079	0.62	0.058	1.900	0.058
IPS	-0.073	0.53	0.082	-1.742	0.082
Alimentos acidogénicos de maior grau					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
CPOD	**0.177**	**3.1**	**0.000*****	**4.222**	**0.000*****
IPS	0.029	0.08	0.501	0.673	0.501

Síntese dos resultados relativos aos hábitos alimentares do adolescente

Os resultados evidenciam que os adolescentes consideram ter uma alimentação saudável (67.8%), influenciada pela família (77.8%), fazem entre cinco a seis refeições por dia (57.6%), ingerem guloseimas às vezes (45.5%), petiscam uma a duas vezes por dia (56.3%), preferencialmente sandes (59.6%), adquiridas no bar da escola (67.9%). Ingerem líquidos fora das refeições (93.5%), nomeadamente água (82.2%) e refrigerantes (46.4%), adquiridos no bar da escola (78.5%).

7.2.3 – Saúde oral dos adolescentes

Para avaliar a saúde oral dos adolescentes teve-se em conta a perceção destes acerca da sua saúde oral e o exame objetivo da boca. O diagnóstico de saúde oral foi efetuado com recurso aos parâmetros Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados, Índice de Placa Bacteriana Simplificado e Índice de Cárie Significativo.

Diagnóstico atual da saúde oral dos adolescentes

A maioria dos adolescentes (62.1%) desconhece com que idade foi pela primeira vez ao dentista (cf. Tabela 43), sendo os valores percentuais dos rapazes e das raparigas idênticos aos da amostra total (χ^2=1.210; p=0.271).

Como principais motivos para irem ao dentista (cf. Tabela 43) os participantes referiram a prevenção (38.9%), odontalgias (26.8%) e as cáries (21.1%), razões semelhantes entre rapazes e raparigas (χ^2=3.745; p=0.587).

Inferiu-se que 73.1% dos adolescentes foram ao dentista no último ano, sendo idênticos os valores para rapazes e raparigas (p>0.05) (cf. Tabela 43).

A maioria (50.5%) dos inquiridos referiu que a última consulta no dentista foi há menos de um ano, sendo os valores obtidos pelos rapazes idênticos aos do sexo feminino e aos da amostra total (χ^2=3.774; p=0.287) (cf. Tabela 43).

Tabela 43 - Vigilância de saúde oral

Sexo / Vigilância de Saúde Oral	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Idade da primeira consulta no dentista (N=651)							
Não	183	64.4	221	60.2	**404**	**62.1**	**χ^2=1.210; p=0.271**
Sim	101	35.6	146	39.8	**247**	**37.9**	
Motivo da primeira consulta no dentista (N=298)							
Traumatismo dentário	7	5.5	6	3.5	**13**	**4.4**	**χ^2=3.745; p=0.587**
Odontalgias	35	27.6	45	26.3	**80**	**26.8**	
Cárie	31	24.4	32	18.7	**63**	**21.1**	
Prevenção	43	33.9	73	42.7	**116**	**38.9**	
Correção	8	6.3	9	5.3	**17**	**5.7**	
Outro motivo (extração)	3	2.3	6	3.5	**9**	**3.1**	
Consulta no médico dentista no último ano (N=655)							
Não	77	26.9	99	26.8	**176**	**26.9**	**χ^2=0.001; p=0.979**
Sim	209	73.1	270	73.2	**479**	**73.1**	
Última consulta no dentista (N=637)							
1 ano	76	27.3	77	21.4	**153**	**24.0**	**χ^2=3.774; p=0.287**
Mais de 1 ano	57	20.5	79	22.0	**136**	**21.4**	
Menos de 1 ano	132	47.5	190	52.9	**322**	**50.5**	
Nunca foi ao dentista	13	4.7	13	3.7	**26**	**4.1**	

Os adolescentes foram ao dentista pela primeira vez (cf. Tabela 44), em média, aproximadamente, aos sete anos de idade, variando esta consulta entre os seis meses e os 14 anos. A dispersão é elevada em torno da média, com uma curva simétrica e mesocúrtica. O teste t Student revelou que as diferenças entre rapazes e raparigas não são significativas (t=0.427; p=0.670).

Tabela 44 - Estatísticas relativas à idade com que os adolescentes foram pela primeira vez ao dentista

	n	%	Min	Max	$\bar{x}$	DP	$Sk/_{erro}$	$K/_{erro}$	CV (%)	*t Student*
Masculino	96	39,8	0.5	14.0	6.734	2.514	0.862	1.182	37.33	*t*=0.427; *p*=0.670
Feminino	145	60,2	0.5	13.0	6.590	2.665	0.542	-0.865	40.44	
Total	**241**	**100,0**	**0.5**	**14.0**	**6.647**	**2.602**	**0.892**	**-0.138**	**39.15**	

Perceção dos adolescentes face à saúde oral

Verificou-se que a maioria dos adolescentes (73.7%) já sofreu de odontalgias, revelando o teste Qui-Quadrado, não existirem diferenças estatísticas significativas entre os sexos, (χ^2=0.166; p=0.684) (cf. Tabela 45).

Dos que participaram no estudo, 22.9% referiram que tinham cáries, verificando-se existir maior número de raparigas que reportavam este problema do que rapazes, (26.1% vs 18.9%), (χ^2=4.693; p=0.030) (cf. Tabela 45). O número de total de cáries percecionadas, pelos adolescentes, variou entre uma e oito, sendo em média duas cáries (DP=1.217). Os adolescentes do sexo masculino e feminino não se diferenciam quanto à perceção do número de cáries (U=1220.5; Z=-1.532; p=0.126) (cf. Tabela 46).

Apurou-se que 51.2% dos adolescentes utilizam de forma regular o flúor na higiene oral, os resultados obtidos no sexo masculino e feminino são idênticos aos da amostra total, (p>0.05) (cf. Tabela 45).

Tabela 45 - Perceção dos adolescentes sobre a sua saúde oral

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Odontalgias (N=658)							
Não	78	27.1	95	25.7	**173**	**26.3**	χ^2=0.166 p=0.684
Sim	210	72.9	275	74.3	**485**	**73.7**	
Cáries (N=641)							
Não	228	81.1	266	73.9	**494**	**77.1**	**χ^2=4.693 p=0.030***
Sim	53	18.9	94	26.1	**147**	**22.9**	
Flúor na higiene oral (N=658)							
Não	145	50.3	176	47.6	**321**	**48.8**	**χ^2=4.693 p=0.030***
Sim	143	49.7	194	52.4	**337**	**51.2**	

Quanto ao número de dentes obturados, referidos pelos adolescentes, variou entre um e 13, com um valor médio de 2.60 (DP=2.082). As raparigas referiram em média maior número de dentes obturados do que os rapazes (OM=121.99 vs OM=110.12), contudo o teste U de Mann Whitney não revelou diferenças estatísticas significativas (U=5941.0; Z=-1.380; p=0.166) (cf. Tabela 46).

Tabela 46 - Perceção dos adolescentes sobre os seus problemas dentários

	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/$_{erro}$	K/$_{erro}$	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Dentes cariados									
Masculino	1	4	1.88	0.968	2.537	-0.050	51.49	61.26	U=1220.5 Z=-1.532 *p*=0.126
Feminino	1	8	1.77	1.352	9.691	13.646	76.38	51.94	
Total	**1**	**8**	**1.81**	**1.217**	**10.122**	**15.069**	**67.24**		
Dentes obturados									
Masculino	1	12	2.41	1.999	10.291	18.076	82.95	110.12	U=5941.0 Z=-1.380 *p*=0.166
Feminino	1	13	2.74	2.137	9.270	10.865	77.99	121.99	
Total	**1**	**13**	**2.60**	**2.082**	**13.660**	**17.776**	**80.08**		

A maioria dos adolescentes (90.3%) não usa aparelho ortodôntico. No entanto, são as raparigas as que mais referem esta situação (11.7% vs 7.0%), mostrando o teste Qui-Quadrado que as diferenças encontradas entre os sexos são estatisticamente significativas (χ^2=4.103; p=0.043) (cf. Tabela 47). Dos que usam aparelho 10.2% referiram que nunca ou quase nunca ficavam com comida no aparelho, 57.6% que esse problema ocorria às vezes, 18.6% muitas vezes e 3.4% sempre (cf. Tabela 47).

Tabela 47 - Presença de comida no aparelho ortodôntico

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Presença de comida no aparelho ortodôntico (N=59)						
Nunca	3	15.8	3	7.5	**6**	**10.2**
Quase nunca	1	5.2	5	12.5	**6**	**10.2**
Às vezes	12	63.2	22	55.0	**34**	**57.6**
Muitas vezes	3	15.8	8	20.0	**11**	**18.6**
Sempre	0	0.0	2	5.0	**2**	**3.4**

Constatou-se que 82.8% dos adolescentes referiram que já recorreram à consulta médica por causa dos dentes, contudo a maioria consultou um médico de família (59.3%), e apenas 38.9% um médico dentista (cf. Tabela 48).

Tabela 48 - Consulta médica por motivos dentários

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Consulta médica (N=661)							
Não	54	18.7	60	16.1	**114**	**17.2**	χ^2=0.745 p=0.388
Sim	235	81.3	312	83.9	**547**	**82.8**	
Profissional (N=547)							
Médico de família	137	58.8	187	59.5	**321**	**59.3**	
Médico dentista	89	38.2	124	39.5	**210**	**38.9**	
Outro	7	3.0	3	1.0	**10**	**1.8**	

Observação da cavidade oral

Avaliação do índice de CPOD e do índice de Placa Simplificado (IPS)

Os adolescentes apresentaram valores de CPOD oscilando entre zero e 17, com um valor médio de 2.23 (DP=2.484), e uma dispersão elevada em torno da média (CV=111.39%). As raparigas apresentam em média valor mais elevado de CPOD que os rapazes (OM=342.30 vs OM=316.46), com diferenças estatísticas significativas, (U=49205.0; Z=-1.914; p=0.049), inferindo-se que, o sexo feminino apresentou pior saúde oral com índice de CPOD final mais alto. O índice de placa simplificado (IPS), variou entre os zero e os três, com um valor médio de 1.61 (DP=0.581), apresentando uma dispersão elevada em torno da média (36.09%). As diferenças entre rapazes e raparigas não são significativas (p=0.584) (cf. Tabela 49).

Tabela 49 - Estatísticas relativas ao índice de CPOD e ao IPS

	Min	Max	$\bar{x}$	DP	$Sk/_{erro}$	$K/_{erro}$	CV (%)	Ordenações Médias	Testes
CPOD									**U de Mann Whitney**
Masculino	0	17	2.03	2.398	13.091	20.727	118.13	316.46	**U=49205.0**
Feminino	0	13	2.38	2.542	10.301	7.702	106.81	342.30	**Z=-1.914**
Total	**0**	**17**	**2.23**	**2.484**	**16.105**	**17.721**	**111.39**		***p*=0.049***
IPS									**t student**
Masculino	0.17	3	1.62	0.546	-0.377	-0.996	33.70	---	t=0.541
Feminino	0	3	1.60	0.607	-1.436	-0.385	37.94	---	*p*=0.584
Total	**0**	**3**	**1.61**	**0.581**	**-1.494**	**-0.679**	**36.09**		

Através do cálculo do índice CPOD podem ser definidos cinco níveis de severidade segundo a WHO (2003a) aos 12 anos:

- 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;

Tendo por base a classificação de severidade da OMS, determinou-se a prevalência do índice de CPOD na amostra em estudo e nos adolescentes com 12 anos, concluindo-se que era muito baixa em 49.0% dos adolescentes muito elevada em 5.4%. As raparigas apresentaram valores de prevalência elevada e muito elevada superiores aos rapazes (13.7% vs 7.6% e 6.2% vs 4.5%, respetivamente), contudo as diferenças encontradas não foram significativas (χ^2=7.647; p=0.105) (cf. Tabela 50).

Tabela 50 - Prevalência do CPOD na amostra global em função do sexo

Sexo	Masculino (n=289)		Feminino (n=372)		Total (N=661)		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Prevalência muito baixa	147	50.9	177	47.6	**324**	**49.0**	
Prevalência baixa	45	15.6	50	13.4	**95**	**14.4**	
Prevalência moderada	62	21.5	71	19.1	**133**	**20.1**	χ^2=7.647; p=0.105
Prevalência elevada	22	7.6	51	13.70	**73**	**11.0**	
Prevalência muito elevada	13	4.5	23	6.2	**36**	**5.4**	

O estudo da prevalência do CPOD para os adolescentes com 12 anos revela que a maioria (52.5%) apresenta prevalência muito baixa, 26.0% tem prevalência moderada e 8.0% têm prevalência elevada ou muito elevada. Aos doze anos as raparigas apresentam uma prevalência de CPOD mais elevada do que os rapazes. Globalmente os adolescentes com 12 anos têm valores de prevalência mais baixos quando comparados com a amostra global de adolescentes que participaram nesta investigação (cf. Tabela 51 e 52).

Tabela 51 - Prevalência do CPOD aos 12 anos em função do sexo

Sexo	Masculino (n=95)		Feminino (n=105)		Total (N=200)	
	n	%	n	%	n	%
Prevalência muito baixa	52	54.7	53	50.5	105	52.5
Prevalência baixa	15	15.8	12	11.4	27	13.5
Prevalência moderada	23	24.2	29	27.6	52	26.0
Prevalência elevada	3	3.2	7	6.7	10	5.0
Prevalência muito elevada	2	2.1	4	3.8	6	3.0

A idade, associou-se de forma positiva com o índice de CPOD, ou seja, quando a idade aumenta há tendência a aumentar o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (r=0.175; p=0.000). Observou-se pelo valor de t que a associação é significativa, ou seja, a idade influencia em 3.1% da variabilidade do índice de CPOD dos adolescentes (cf. Tabela 52).

Tabela 52 - Análise de regressão linear simples entre a idade e o CPOD

	r	r^2(%)	p	t	p
CPOD	**0.175**	**3.1**	**0.000*** **	**4.559**	**0.000*** **

O estudo do índice de CPOD em função dos grupos etários, revelou que os valores das ordenações médias do índice de CPOD vão aumentando à medida que aumenta a idade. Os adolescentes de 11 anos apresentam os valores mais baixos (OM=293.58) e os 16 e 17 anos valores mais elevados (OM=425.06). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas (H=15.213; p=0.004). Relativamente ao IPS, observou-se que são os adolescentes com idades entre os 16 e os 17 anos que possuem pior IPS (OM=408.38), sendo as diferenças estatísticas significativas (H=14.094; p=0.007) (cf. Tabela 53).

Tabela 53 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade, o CPOD e o IPS

Idade	11 anos	12 anos	13 aos 14 anos	15 anos	16 aos 17 anos	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
CPOD	293.58	309.23	329.23	393.32	425.06	**15.213**	**0.004****
IPS	380.31	360.17	311.81	308.07	408.38	**14.094**	**0.007****

O registo da observação evidenciou que 46.3% dos adolescentes apresentavam 2/3 do 1º molar superior direito com placa e apenas 5.9% não tinham placa. O exame do incisivo central superior direito revelou que 40.2% tinham 2/3 do dente com placa, 29.2% todo o dente com placa e apenas 6.8% não apresentavam placa. Ainda no maxilar superior a observação do 1º molar superior esquerdo permitiu constatar que 45.7% tinham 2/3 do dente com placa e apenas 5.6% não tinham placa neste dente (cf. Tabela 54). A análise de três dentes do maxilar inferior revelou que no 1º molar inferior esquerdo, incisivo central inferior esquerdo e no 1º molar inferior direito maioritariamente os adolescentes apresentavam 1/3 do dente com

placa bacteriana (58.9%, 42.5%, e 58.1%, respetivamente). Apenas 7.3% (1º molar inferior esquerdo), 10.6% (incisivo central inferior esquerdo) e 8.6% (1º molar inferior direito) tinham os dentes sem placa bacteriana (cf. Tabela 54).

Tabela 54 - Características do índice de Placa Simplificado por dente

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
1º Molar superior direito (N=661)							
Sem placa	15	5.2	24	6.5	**35**	**5.9**	
1/3 do dente com placa	75	26.0	92	24.7	**167**	**25.3**	χ^2=2.077
2/3 do dente com placa	140	48.4	166	44.6	**306**	**46.3**	p=0.577
Todo o dente com placa	59	20.4	90	24.2	**149**	**22.5**	
Incisivo central superior direito (N=661)							
Sem placa	14	4.8	31	8.3	**45**	**6.8**	
1/3 do dente com placa	67	23.2	90	24.2	**157**	**23.8**	χ^2=3.672
2/3 do dente com placa	123	42.6	143	38.4	**266**	**40.2**	p=0.299
Todo o dente com placa	85	29.4	108	29.1	**193**	**29.2**	
1º Molar superior esquerdo (N=661)							
Sem placa	14	4.8	23	6.2	**37**	**5.6**	
1/3 do dente com placa	84	29.2	95	25.5	**179**	**27.1**	χ^2=5.894
2/3 do dente com placa	140	48.4	162	43.5	**302**	**45.7**	p=0.117
Todo o dente com placa	51	17.6	92	24.8	**143**	**21.6**	
1º Molar inferior esquerdo (N=661)							
Sem placa	14	4.8	34	9.1	**48**	**7.3**	
1/3 do dente com placa	184	63.7	205	55.1	**389**	**58.9**	χ^2=7.179
2/3 do dente com placa	79	27.3	113	30.4	**192**	**29.0**	p=0.066
Todo o dente com placa	12	4.2	20	5.4	**32**	**4.8**	
Incisivo central inferior esquerdo (N=661)							
Sem placa	28	9.7	42	11.3	**70**	**10.6**	
1/3 do dente com placa	108	37.4	173	46.5	**281**	**42.5**	χ^2=7.652
2/3 do dente com placa	120	41.5	125	33.6	**245**	**37.1**	p=0.054
Todo o dente com placa	33	11.4	32	8.6	**65**	**9.8**	
1º Molar inferior direito (N=661)							
Sem placa	20	6.9	37	9.9	**57**	**8.6**	
1/3 do dente com placa	170	58.8	214	57.7	**384**	**58.1**	χ^2=1.980
2/3 do dente com placa	87	30.1	105	28.1	**192**	**29.1**	p=0.577
Todo o dente com placa	12	4.2	16	4.3	**28**	**4.2**	

Os valores do sexo masculino e feminino são idênticos aos da amostra total para todos os seis dentes observados, verificando-se pelo teste Qui-Quadrado que as diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que se considerou que o estado da placa dentária é semelhante nos rapazes e raparigas.

Comparação valores dos Índices de CPOD, de Placa Simplificado (IPS) e SiC com os resultados do Estudo Nacional na região Centro

A análise da Tabela 55 permite comparar os resultados do presente estudo com os valores apurados para a região centro nos estudos nacionais de prevalência da cárie dentária na população escolarizada (DGS, 2000, 2008). O valor médio do índice de CPOD aos 12 anos foi de 1.88, superior à média nacional para a região centro em 2005/2006 (1.48) e inferior à média (2.99) em 2000. Aos 15 anos o valor também foi superior ao em 2005/2006 (3.12 vs 2.87). A média de dentes cariados aos 12 foi de 0.86, superior à média de 2005/2006 para a

região centro 0.67. Aos 15 anos de idade a média foi inferior à média da região centro (1.33 vs 1.40) (cf. Tabela 55).

A média de dentes perdidos aos 12 e 15 anos, 0.06 e 0.15 respetivamente foi inferior à média de dentes perdidos (0.14 e 0.32) aos 12 e 15 anos na região centro. Verificou-se um aumento na média de dentes tratados nestas faixas etárias.

Relativamente ao índice de placa bacteriana não existem dados nos estudos nacionais. Verificou-se, no entanto, que os valores do índice de placa bacteriana observados se situam na sua maioria entre 0.7 e 1.8, o que indica de acordo com Greene and Vermillion (1964) uma higiene oral moderada.

O índice Sic aos 12 anos apresentou um valor médio (4.29) superior ao valor médio (3.7) do estudo nacional referente à região centro e aos 15 anos inferior à média (6.47 vs 6.7) (cf. Tabela 55).

Tabela 55 - Estudo comparativo entre o índice de CPOD e o índice Sic

Amostra em estudo			**Estudos Nacionais (região centro)**	
			(2005/6)	(2000)
	Média	DP	Média	Média
Dentes Cariados				
11 anos	1.08	2.253		
12 anos	**0.86**	**1.742**	**0.67**	-
13-14 anos	0.84	1.335		
15 anos	**1.33**	**2.423**	**1.40**	-
16-17anos	2.17	2.729		
Valor global	**0.93**	**1.673**		
Dentes Perdidos				
11 anos	0.00	0.00		
12 anos	**0.06**	**0.277**	**0.14**	-
13-14 anos	0.17	0.584		
15 anos	**0.15**	**0.638**	**0.32**	-
16-17anos	0.29	0.999		
Valor global	**0.14**	**0.533**		
Dentes Obturados				
11 anos	0.77	1.536		
12 anos	**0.93**	**1.336**	**0.67**	-
13-14 anos	1.21	1.863		
15 anos	**1.63**	**1.941**	**1.15**	-
16-17anos	1.50	2.284		
Valor global	**1.16**	**1.746**		
CPOD				
11 anos	1.85	2.544		
12 anos	**1.88**	**2.145**	**1.48**	**2.99**
13-14 anos	2.22	2.467		
15 anos	**3.12**	**3.104**	**2.87**	**5.07**
16-17anos	3.54	2.949		
Valor global	**2.22**	**2.478**		
IPS				
11 anos	1.79	0.472		
12 anos	1.70	0.562	-	-
13-14 anos	1.55	0.608		
15 anos	1.55	0.530	-	-
16-17anos	1.84	0.429		
Valor global	**1.61**	**0.580**		
Índice de Sic				
11 anos	5.0	2.44		
12 anos	**4.29**	**1.95**	**3.7**	-
13-14 anos	5.60	1.94		
15 anos	**6.47**	**3.18**	**6.7**	-
16-17anos	6.50	2.44		
Valor global	5.04	2.15		

Os adolescentes que raramente/nunca têm odontalgias são os que possuem um índice de CPOD e de IPS mais baixo (OM=317.70; OM=321.63), por sua vez os que têm uma vez por semana são os que apresentam um índice de CPOD mais elevado (OM=437.09) e os que têm odontalgias todos os dias têm um IPS mais elevado (OM=431.00). Verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas para o índice de CPOD (H=14.896, p=0.001) (cf. Tabela 56).

Tabela 56 - Teste de Kruskal-Wallis entre problemas de saúde dos adolescentes com os índices de CPOD e IPS

Odontalgias (N=648)	Raramente/Nunca (n=603)	1 vezes por semana (n=37)	Todos os dias (n=8)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
CPOD	317.70	437.09	316.56	**14.896**	**0.001****
IPS	321.63	348.32	431.00	3.357	0.187

Quanto à terapêutica, inferiu-se que os adolescentes que fazem medicação para odontalgias têm índices mais elevados de CPOD (OM=406.01 vs OM=315.07) e de IPS (OM=367.42 vs OM=322.95), revelando o teste U de Mann Whitney diferenças significativas quer no CPOD (U=22230.5; Z=-4.713; p=0.000) quer no IPS (U=26553.0; Z=-2.258; p=0.024), ou seja, a toma de medicação para a odontalgia está relacionada com o índice de CPOD e de placa bacteriana dos adolescentes (cf. Tabela 57).

Tabela 57 - Teste U de Mann Whitney entre a terapêutica para a odontalgia, o CPOD e o IPS

Terapêutica para odontalgia (N=660)	Não (n=548)	Sim (n=112)	U de Mann Whitney		
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	Z	P
CPOD	315.07	406.01	**22230.5**	**-4.713**	**0.000*****
IPS	322.95	367.42	**26553.0**	**-2.258**	**0.024***

Analisada a relação sobre o tipo de alimentação dos adolescentes e os indicadores clínicos, apurou-se que o índice de CPOD é mais elevado nos participantes que referem ter uma alimentação bastante saudável, o IPS nos que possuem uma perceção sobre alimentação muito saudável. Todavia o teste de Kruskall Wallis não revela significâncias estatísticas (cf. Tabela 58).

Tabela 58 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tipo de alimentação, o CPOD e o IPS

Tipo de alimentação (N=661)	Nada Saudável (n=20)	Pouco Saudável (n=75)	Saudável (n=58)	Bastante Saudável (n=58)	Muito Saudável (n=61)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
CPOD	323.65	292.99	334.41	345.95	332.00	3.925	0.416
IPS	280.68	298.09	338.97	315.59	397.62	7.647	0.105

Relacionou-se a frequência de ingestão das refeições com os mesmos indicadores clínicos verificando-se que o índice de CPOD e o IPS são mais elevados nos participantes que referem ingerir entre três a quatro refeições diárias e mais baixos nos que ingerem menos de três refeições por dia. Contudo que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 59).

Tabela 59 - Teste de Kruskal-Wallis entre a frequência das refeições, o CPOD e o IPS

Frequência da ingestão das refeições (N=661)	<3 refeições (n=48)	3-4 refeições (n=23)	5-6 refeições (n=209)	> ou = 7 refeições (n=381)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
CPOD	325.50	372.35	327.26	331.25	1.259	0.739
IPS	296.88	416.87	334.96	327.94	6.423	0.093

É assumido que as guloseimas contribuem favoravelmente para o aumento dos indicadores clínicos que se têm vindo a estudar. Porém não se encontrou significância estatística entre os que não consomem ou consomem com menor ou maior frequência. Contudo o CPOD apresenta um índice mais elevado nos que consomem às vezes e o IPS nos que referiram nunca ingerir guloseimas (cf. Tabela 60).

Tabela 60 - Teste de Kruskal-Wallis entre a ingestão de guloseimas, o CPOD e o IPS

Ingestão de Guloseimas (N=655)	Todos os dias (n=38)	Quase todos os dias (n=104)	Às vezes (n=298)	Raramente (n=173)	Nunca (n=42)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
CPOD	294.17	319.55	336.61	325.56	328.50	2.169	0.705
IPS	335.30	327.15	317.50	337.24	359.92	2.605	0.626

Ao estudar-se a relação entre o hábito de petiscar fora das principais refeições e os dados clínicos apurou-se que o CPOD se regista com índice mais elevado nos que petiscam uma a duas vezes e o IPS nos que petiscam três a quatro vezes, contudo não se verificaram diferenças estatísticas significativas (cf. Tabela 61).

Tabela 61 - Teste de Kruskal-Wallis entre o hábito de petiscar, o CPOD e o IPS

Costumas petiscar (N=661)	Não (n=138)	1 a 2 vezes (n=372)	3 a 4 vezes (n=80)	Mais de 4 vezes (n=27)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	P
CPOD	316.41	337.97	330.97	333.43	1.639	0.650
IPS	333.26	329.24	338.38	318.19	0.300	0.960

No que concerne à ingestão de refrigerantes verificou-se que os adolescentes que nunca os consomem têm índice de CPOD mais baixo (OM=301.45) e os que referiram beber uma vez por dia são os que têm o CPOD mais elevado (OM=362.80), sendo as diferenças

significativas (H=10.338; p=0.016). Os adolescentes que consomem refrigerantes mais de uma vez por dia têm um índice de placa bacteriana mais elevado (OM=349.05) e os que nunca consomem um IPS mais baixo (OM=319.57), contudo as diferenças encontradas não são significativas (cf. Tabela 62).

Tabela 62 - Teste de Kruskal-Wallis entre a ingestão de refrigerantes, o CPOD e o IPS

Ingestão de refrigerantes (N=661)	Mais de uma vez por dia (n=89)	1 vez por dia (n=215)	Raramente (n=236)	Nunca (n=121)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
CPOD	326.11	362.80	319.02	301.45	**10.338**	**0.016***
IPS	349.05	337.04	324.55	319.57	1.728	0.631

Perceção parental sobre a saúde oral dos adolescentes

Foram encontradas diferenças significativas entre o índice de CPOD dos adolescentes e a Q_2VRSOC/A, segundo a perceção dos Pais/EE, assim como em ambas as subescalas (impacto na criança e impacto na família). As subescalas associaram-se de forma positiva com o índice de CPOD dos adolescentes, ou seja, os pais dos adolescentes cujo índice de CPOD é mais baixo têm melhor perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos filhos. O valor de t revela que a Q_2VRSOC/A e as subescalas (impacto na criança e impacto na família) explicam, respetivamente, 2.9%, 4.8% e 1.9% da variabilidade do CPOD dos adolescentes (cf. Tabela 63).

Tabela 63 - Análise de regressão linear simples entre o CPOD, o IPS e a Q_2VRSOC/A

CPOD					
	r	r^2(%)	p	t	p
Impacto na criança/adolescente	0.220	4.8	0.000***	5.309	0.000***
Impacto na família	0.137	1.9	0.001**	3.289	0.001**
Q_2RSOC/A (score global)	0.169	2.9	0.000***	4.087	0.000***
IPS					
	r	r^2(%)	p	t	p
Impacto na criança/adolescente	-0.009	0.0	0.840	-0.202	0.840
Impacto na família	-0.009	0.0	0.830	-0.214	0.830
Q_2RSOC/A (score global)	-0.014	0.02	0.731	-0.344	0.731

Síntese da saúde oral dos adolescentes

O perfil médio, revelou um adolescente que foi ao dentista pela primeira vez de forma preventiva aos sete anos (38.9%), utiliza flúor na sua higiene oral (51.2%), foi ao dentista no último ano (73.1%), não usa aparelho ortodôntico (90.3%), já teve dor de dentes (73.7%), CPOD com uma prevalência muito baixa (49%) e um IPS médio de 1.61.

7.2.4 – Avaliação de risco em saúde oral

O risco pode ser definido como a probabilidade de ocorrer um determinado evento num determinado período de tempo (DGS, 2006a). Essa ocorrência dependerá, não só, de uma

dimensão temporal, mas também, de uma dimensão de causalidade, em que determinado evento poderá ocorrer após uma exposição particular. Tendo em consideração a estratégia de intervenção individual e comunitária que o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral preconiza, a análise de risco baseia-se no exame objetivo da boca, antecedentes pessoais, conteúdo da dieta, frequência de ingestão de alimentos, controlo da placa bacteriana, utilização de fluoreto e motivação para a saúde oral. O índice do risco permite correlacionar a cárie dentária com os seus determinantes (DGS, 2006a).Relativamente aos participantes do presente estudo identificou-se que 50.2% tinham cáries dentárias e que 30.7% não tinham dentes obturados nem perdidos devido às cáries. As raparigas têm maior número de dentes com cáries comparativamente com os rapazes (52.7% vs 47.1%9), contudo o teste Qui-Quadrado mostra que as diferenças estatísticas não são significativas (χ^2=4.040; p=0.257) (cf. Tabela 64).

Inferiu-se que 96.2% dos adolescentes se consideram saudáveis, contudo 3.0% (n=20) têm doença ou condição de saúde que pode influenciar direta ou indiretamente o processo de cárie, os rapazes e as raparigas não se diferenciaram (res<1.96).

Verificou-se que 45.4% dos adolescentes ingerem de forma moderada alimentos cariogénicos, 28.9% consomem alimentos de baixo valor cariogénico e 25.7% de elevado valor cariogénico. Os rapazes são os que mais ingerem alimentos cariogénicos (30.1% vs 22.3%), existindo diferenças estatísticas significativas (χ^2=6.253; p=0.044) quanto à ingestão deste tipo de alimentos (cf. Tabela 64).

A maioria dos adolescentes (72.3%) ingere até cinco refeições por dia, 23.8% comem entre cinco a sete e os restantes 3.9% mais de sete refeições por dia. Os valores obtidos por ambos os sexos são idênticos aos da amostra global, (χ^2=0.199; p=0.905) (cf. Tabela 64).

O controlo da placa bacteriana permitiu apurar que os grupos mais representados são acumulação de placa bacteriana visível a olho nú (48.1%) e placa bacteriana cobrindo metade das superfícies dentárias (34.2%), não se verificando diferenças significativas entre os adolescentes do sexo masculino e os do sexo feminino (res<1.96) (cf. Tabela 64).

A maioria dos adolescentes escova os dentes diariamente duas vezes por dia (61.3%), contudo 12.2% escovam-nos de forma irregular. Concluiu-se que este hábito é menos comum nos rapazes do que nas raparigas, (51.6% vs 68.8%), (χ^2=21.426; p=0.000) (cf. Tabela 64).

Quanto à motivação para a saúde oral, constatou-se que 40.7% dos adolescentes apresentam um prognóstico favorável e compatível com a observação dentária, contudo 24.1% consideram a probabilidade de desenvolver cárie a breve prazo como elevada. Não existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas (res<1.96) (cf. Tabela 64).

Por último observou-se que a maioria dos adolescentes apresenta alto risco de desenvolver problemas dentários (90.5%). Os rapazes têm um maior risco face às raparigas na classificação do risco de problemas dentários (93.1% vs 88.4%), revelando o teste Qui-Quadrado diferenças estatísticas significativas (χ^2=4.059; p=0,044) (cf. Tabela 64).

Tabela 64 - Características dos quantificadores de risco de problemas dentários

Fatores de risco	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
		n	%	n	%	n	%	
Exame objetivo da boca (N=661)								
Livre de cáries		95	32.9	108	29.0	**203**	**30.7**	
Sem cáries ativas (índice de cárie melhor que o do grupo etário na região)		37	12.8	35	9.4	**72**	**10.9**	χ2=4.040 p=0.257
Sem cáries ativas (índice de cárie semelhante ao do grupo etário na região)		21	7.2	33	8.9	**54**	**8.2**	
Com cáries		136	47.1	196	52.7	**332**	**50.2**	
Antecedentes pessoais (N=661)								
Saudável		277	95.8	359	96.5	**636**	**96.2**	
	Res		-0,4		0,4			
Com doença ou condição de saúde que possa influenciar direta ou indiretamente o processo de cárie		8	2.8	12	3.2	**20**	**3.0**	
	Res		-0,3		0,3			
Doença severa e de longa duração		4	1.4	1	0.3	**5**	**0.8**	
	Res		1,6		-1,6			
Conteúdo da dieta (N=661)								
Baixa ingestão de alimentos cariogénicos		73	25.3	118	31.7	**191**	**28.9**	
Moderada ingestão de alimentos cariogénicos		129	44.6	171	46.0	**300**	**45.4**	**χ2=6.253 p=0.044***
Elevada ingestão de alimentos cariogénicos		87	30.1	83	22.3	**170**	**25.7**	
Frequência de ingestão de alimentos (N=661)								
Até 5 por dia		207	71.6	271	72.8	**478**	**72.3**	
5 a 7 por dia		71	24.6	86	23.2	**157**	**23.8**	χ2=0199 p=0.905
Mais de 7 por dia		11	3.8	15	4.0	**26**	**3.9**	
Controlo da placa bacteriana (N=661)								
Dentes limpos		3	1.0	11	3.0	**14**	**2.1**	
	Res		-1.7		1.7			
Placa bacteriana cobrindo metade das superfícies dentárias		98	33.9	128	34.4	**226**	**34.2**	
	Res		-0.1		0.1			
Acumulação de placa bacteriana visível a olho nú		145	50.2	173	46.5	**318**	**48.1**	
	Res		0.9		-0.9			
Presença evidente de placa bacteriana recobrindo todas as superfícies dentárias		43	14.9	60	16.1	**103**	**15.6**	
	Res		-0.4		0.4			
Utilização de fluoretos (N=661)								
Escovagem dos dentes diariamente (2 x dia)		149	51.6	256	68.8	**405**	**61.3**	
Escovagem dos dentes diariamente (1 x dia)		92	31.8	83	22.3	**175**	**26.5**	**χ2=21.426 p=0.000*** **
Escovagem dos dentes de forma irregular (menos de 1 x dia)		48	16.6	33	8.9	**81**	**12.2**	
Motivação para a saúde oral (N=661)								
Prognóstico muito favorável e compatível com a observação		4	1.4	15	4.0	**19**	**2.9**	
	Res		-1.9		1.9			
Prognóstico favorável e compatível com a observação		124	42.9	145	39.0	**269**	**40.7**	
	Res		1.0		-1.0			
Prognóstico menos favorável do que sugerido pela observação		91	31.5	123	33.1	**214**	**32.4**	
	Res		-0.4		0.4			
A perspetiva de desenvolver cárie é muito grande a breve prazo		70	24.2	89	23.9	**159**	**24.1**	
	Res		0.1		-0.1			
Classificação do risco[4] (N=661)								
Baixo risco		20	6.9	43	11.6	**63**	**9.5**	**χ2=4.059 p=0.044***
Alto Risco		269	93.1	329	88.4	**598**	**90.5**	

[4] **A Classificação do Risco** obteve-se através da avaliação do risco individual, efectuada pelos investigadores que realizaram o exame objetivo da boca, do qual resultou um valor atribuído a cada um dos sete fatores expressos na grelha dos quantificadores de risco. Do somatório dos valores atribuídos a cada fator de risco, obteve-se um valor total, que permitiu classificar o adolescente como de "Baixo Risco" (até 5 pontos) e "Alto Risco" (6 ou mais pontos) de acordo com a Circular Normativa Nº09/DSE de 07 de junho (DGS, 2006a) (cf. Quadro …p. 119). Esta avaliação do risco pode ser efetuada pelos profissionais de saúde que realizam o exame objetivo da boca da criança ou do adolescente e deve ser registada em: Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, nas idades chave, em *Observações*; Ficha Individual de Saúde Oral, sempre que a avaliação for realizada no Centro de Saúde (DGS, 2006a).

A perceção parental sobre a Q_2VRSO/A associou-se de forma positiva com o score global do risco de problemas dentários, ou seja, é no grupo de Pais/EE que melhor percecionam a Q_2VRSO/A que se encontram os adolescentes que têm menor risco de problemas dentários (r=0.177; p=0.000). Sendo que a Q_2VRSOC/A é responsável por 3.1% da variância do risco de problemas dentários que os adolescentes apresentam (cf. Tabela 65).

Tabela 65 - Análise de regressão linear simples entre o risco em saúde oral e a Q_2VRSOC/A

Risco de Problemas Dentários (score global)					
	r	r^2(%)	p	t	p
Q_2RSOC/A (score global)	0.177	3.1	0.000***	4.273	0.000***

Perfil do risco de saúde oral dos adolescentes

Os resultados evidenciam adolescentes com presença de cárie dentária (50.2%), que ingerem moderadamente alimentos cariogénicos (45.4%), realizam cinco refeições por dia (72.3%), com acumulação de placa bacteriana visível a olho nú (48.1%), que escovam os dentes duas vezes por dia (61.3%) e com alto risco de desenvolver problemas dentários (90.5%).

7.2.5 – Hábitos de higiene oral dos adolescentes

No que se refere aos hábitos de higiene oral, a maioria dos adolescentes escova os dentes duas vezes por dia (63.8%), contudo 0.8% afirmaram que nunca escovam os dentes. As raparigas escovam-nos mais vezes que os rapazes (76.5% e 47.4%), sendo as diferenças altamente significativas (res=7.7) (cf. Tabela 66).

Quando questionados se escovam os dentes à noite antes de deitar, 40.7% dos adolescentes afirmam que o fazem sempre e 14.9% que nunca o faz. Existe uma maior percentagem de raparigas a referir este hábito que de rapazes (44.4% vs 35.7%), (χ^2=11.559; p=0.009) (cf. Tabela 66). Os utensílios usados na escovagem dos dentes são preferencialmente escova/pasta/elixir (bochechos) (54.1%), embora 24.4% apenas usem a escova de dentes. Concluiu-se que é no grupo das raparigas que se encontra maior percentagem de adolescentes que usam a escova/pasta/fio dentário/escovilhão, sendo as diferenças entre os sexos significativas (χ^2=11.671; p=0.003) (cf. Tabela 66). Averiguou-se que 43.1% não usam fio dentário, 31.8% raramente o usam e 19.5% utilizam-no uma vez por dia. A percentagem de rapazes que nunca usa o fio dentário é superior à das raparigas (48.8% vs 38.6%). O teste Qui-Quadrado, revela diferenças estatísticas significativas entre os sexos, (χ^2=12.785; p=0.005) (cf. Tabela 66). A escova de dentes macia/média é a preferida dos adolescentes (96.5%), tendência observada em rapazes e raparigas, (χ^2=0.751; p=0.386) (cf. Tabela 66). A maioria dos adolescentes (51.1%) refere que faz higiene oral escovando os dentes, língua e

gengivas e 30.1% escovam os dentes e a língua. Demoram entre dois a cinco minutos na escovagem dos dentes (62.2%). Não se observaram diferenças significativas entre rapazes e raparigas, (realização da higiene oral: χ^2=3.610; p=0.307: tempo de escovagem dos dentes: χ^2=2.676; p=0.262) (cf. Tabela 66).

A mudança de escova de dentes ocorre em intervalos inferiores a três meses (29.0%), ou de três em três meses (28.3%), enquanto 3.6% dos adolescentes apenas substituem a escova de dentes quando está estragada (χ^2=4.996; p=0.416) (cf. Tabela 66).

Tabela 66 - Caracterização dos hábitos de higiene oral dos adolescentes

Sexo / Hábitos de HO	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Frequência da escovagem dos dentes por dia (N=660)							
Nunca	4	1.4	1	0.3	**5**	**0.8**	
Res		1.6		-1.6			
Às vezes	34	11.8	17	4.6	**51**	**7.7**	
Res		3.4		-3.4			
Uma vez	114	39.4	69	18.6	**183**	**27.7**	
Res		5.9		-5.9			
Duas ou mais vezes	137	47.4	284	76.5	**421**	**63.8**	
Res		-7.7		7.7			
Escovagem dos dentes antes de deitar (N=637)							
Nunca	41	14.8	54	15.0	**95**	**14.9**	
Poucas vezes	72	26.0	56	15.6	**128**	**20.1**	**χ^2=11.559**
Muitas vezes	65	23.5	90	25.0	**155**	**24.3**	**p=0.009****
Sempre	99	35.7	160	44.4	**259**	**40.7**	
Utensílios utilizados na higiene oral (N=661)							
Escova	81	28.0	80	21.5	**161**	**24.4**	
Escova/pasta/elixir (bochechos)	163	56.4	195	52.4	**358**	**54.1**	**χ^2=11.671**
Escova/pasta/fio dentário/escovilhão	45	15.6	97	26.1	**142**	**21.5**	**p=0.003****
Frequência da utilização do fio dentário (N=655)							
Nunca	139	48.8	143	38.6	**282**	**43.1**	
Raramente	90	31.5	118	3.9	**208**	**31.8**	**χ^2=12.785**
Duas ou mais vezes	17	6.0	20	5.4	**37**	**5.6**	**p=0.005****
Uma vez	39	13.7	89	24.1	**128**	**19.5**	
Tipo de escova (N=657)							
Dura	12	4.2	11	3.0	**23**	**3.5**	χ^2=0.751
Média/Macia	273	95.8	361	97.0	**634**	**96.5**	p=0.86
Realização da higiene oral (N=661)							
Escova somente os dentes	34	11.8	34	9.1	**68**	**10.3**	
Escova dentes e gengivas	29	10.0	27	7.3	**56**	**8.5**	χ^2=3.610
Escova dentes e língua	80	27.7	119	32.0	**199**	**30.1**	p=0.307
Escova dentes, língua e gengiva	146	50.5	192	51.6	**338**	**51.1**	
Tempo de escovagem dos dentes (N=658)							
Menos de 2 minutos	94	32.9	107	28.8	**201**	**30.5**	
Mais de 5 minutos	24	8.4	24	6.4	**48**	**7.3**	χ^2=2.676
De 2 a 5 minutos	168	58.7	241	64.8	**409**	**62.2**	p=0.262
Intervalo de tempo de mudança da escova de dentes (N=661)							
Não sei	47	16.3	44	11.8	**91**	**13.3**	
Quando estiver estragada	13	4.5	11	3.0	**24**	**3.6**	
Anualmente	12	4.2	13	3.5	**25**	**3.8**	χ^2=4.996
3 a 6 meses	61	21.1	81	21.8	**142**	**21.5**	p=0.416
3 em 3 meses	74	25.5	113	30.3	**187**	**28.3**	
Menos de 3 meses	82	28.4	110	29.6	**192**	**29.0**	

A maioria dos adolescentes começou a lavar os dentes com ajuda (66.0%). Existe uma percentagem mais elevada de rapazes a iniciar a escovagem dos dentes sozinhos face às raparigas (41.3% vs 28.1%), sendo as diferenças significativas face ao sexo dos adolescentes (χ^2=12.228; p=0.000) (cf. Tabela 67).

Dos que tiveram ajuda na primeira vez que escovaram os dentes, 60.3% referiram ter tido a ajuda da mãe, 32.5% do pai e 7.2% de outros, a distribuição em ambos os sexos é idêntica à amostra global, revelando o teste Qui-Quadrado que as diferenças não são significativas (χ^2=4.330; p=0.503) (cf. Tabela 67).

Tabela 67 - Quem ajuda a escovar os dentes

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Começas-te escovar os dentes (N=645)							
Sozinho	118	41.3	101	28.1	**219**	**34.0**	**χ2=12.228 p=0.000*** **
Com Ajuda	168	58.7	258	71.9	**426**	**66.0**	
Ajuda de quem (N=151)							
Pai	18	33.3	31	32.0	**48**	**32.5**	
Mãe	31	57.4	60	61.9	**91**	**60.3**	**χ2=4.330 p=0.503**
Outros	5	9.3	6	6.1	**11**	**7.2**	

Analisando a idade com que os adolescentes começaram a lavar os dentes, obteve-se para a totalidade da amostra idades compreendidas entre um ano e os 15 anos, com uma média de 3.58 anos (DP=2.062). As raparigas começaram a fazê-lo mais cedo do que os rapazes, contudo as diferenças não são significativas (p=0.064) (cf. Tabela 68).

Tabela 68 - Estatísticas relativas à escovagem dos dentes pela primeira vez

Sexo	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	$Sk/_{erro}$	$K/_{erro}$	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	112	1	15	5	2.269	5.684	8.719	58.48	143.07	U=7440.5; Z=-1.855 *p*=0.064
Feminino	153	1	11	3.36	1.873	5.096	4.325	55.74	125.63	
Total	**265**	**1**	**15**	**3.58**	**2.062**	**8.127**	**11.208**	**57.59**		

Inferiu-se que 95.5% dos adolescentes receberam informação acerca da higiene oral, sendo os valores de ambos os sexos idênticos aos da amostra total (p=0.739). O dentista (75.9%) foi quem mais informou os adolescentes acerca da higiene oral, seguido dos professores (60.2%) e dos parentes (56.7%), de salientar que apenas 16.7% referem que foi o enfermeiro que os informou (cf. Tabela 69). Constatou-se que 95.0% dos adolescentes já foram ao dentista. Destes 40.7% fizeram-no apenas quando tiveram problemas e 28.4% anualmente. Rapazes e raparigas não se distinguem na ida ao dentista (p=0.354).

Tabela 69 - Educação sobre higiene oral e acompanhamento no dentista

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Já te falaram de higiene oral? (N=661)							
Não	14	4.8	16	4.3	**30**	**4.5**	***χ2*=0.111 *p*=0.739**
Sim	275	95.2	356	95.7	**631**	**95.5**	
Quem?							
Professores (N=643)	173	61.3	214	59.3	**387**	**60.2**	
Dentista (N=644)	202	71.6	287	79.3	**489**	**75.9**	
Enfermeiro (a) (N=642)	46	16.3	61	16.9	**107**	**16.7**	
Higienista Oral (N=644)	41	14.5	45	12.4	**86**	**13.4**	
Médico de Família (N=642)	85	30.2	126	34.9	**211**	**32.9**	
Parentes (N=644)	136	48.2	229	63.3	**365**	**56.7**	
Televisão (N=644)	132	46.8	167	46.1	**299**	**46.4**	
Rádio (N=643)	30	10.7	28	7.7	**58**	**9.0**	
Internet (N=644)	64	22.7	73	20.2	**137**	**21.3**	
Revistas (N=643)	65	23.1	116	32.0	**181**	**28.2**	
Livros (N=644)	47	16.7	65	18.0	**112**	**17.4**	
Jornais (N=643)	41	14.6	49	13.5	**90**	**14.0**	
Já foste ao dentista? (N=661)							
Não	17	5.9	16	4.3	**33**	**5.0**	**χ2=0.857 p=0.354**
Sim	272	94.1	356	95.7	**628**	**95.0**	
Se Sim, com que frequência? (N=624)							
Mensalmente	1	0.4	3	0.8	**4**	**0.6**	
Duas vezes por ano	73	26.9	116	32.9	**189**	**30.3**	
Anualmente	80	29.5	97	27.5	**177**	**28.4**	
Só quando tens problemas	117	43.2	137	38.8	**254**	**40.7**	

Os hábitos de higiene oral dos adolescentes foram operacionalizados de acordo com o proposto no Quadro 25 tendo-se averiguado que variaram entre um mínimo de 11 e um máximo de 30, com um valor médio de 22.29 (DP=3.517). As raparigas apresentam melhores hábitos de higiene oral face aos rapazes ($\bar{x}$=22.99 vs $\bar{x}$=21.36), sendo as diferenças entre os sexos significativas (t=-5.887; p=0.000) (cf. Tabela 70).

Tabela 70 - Hábitos de higiene oral dos adolescentes em função do sexo

Sexo	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	t Student
Masculino	268	12	29	21.36	3.399	-0.879	-0.575	12.91	
Feminino	359	11	30	22.99	3.447	-1.178	-1.178	12.99	**t=-5.887 p=0.000*** **
Total	**627**	**11**	**30**	**22.29**	**3.517**	**-1.285**	**-1.189**	**15.77**	

A recodificação do índice de hábitos de higiene oral dos adolescentes (score global), foi efetuada através da construção de três grupos, pela fórmula Média ± 0,25 x desvio padrão (Pestana & Gageiro, 2008).

Do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação:

- ⇢ Maus hábitos de higiene oral ≤ 21,41
- ⇢ Razoáveis hábitos de higiene oral 21,41<M<23,17
- ⇢ Bons hábitos de higiene oral ≥ 23,7

Verificou-se 39.6% dos adolescentes apresentam maus hábitos de higiene oral, 36.8% bons e os restantes 23.6% razoáveis hábitos. A percentagem de rapazes que apresentam maus hábitos de higiene oral é superior à das raparigas (49.6% vs 32.0%), pelo contrário no que concerne aos bons hábitos de higiene oral a percentagem de raparigas é superior (44.3% vs 26.9%). Inferiu-se que as diferenças entre os sexos são estatisticamente significativas (χ^2=24.655, p=0.000), ou seja, pode-se afirmar que as raparigas apresentam melhores hábitos de higiene oral (cf. Tabela 71).

Tabela 71 - Hábitos de higiene oral dos adolescentes

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Maus hábitos de higiene oral	133	49.6	115	32.0	**248**	**39.6**	
Razoáveis hábitos de higiene oral	63	23.5	85	23.7	**148**	**23.6**	**χ2=24.655 p=0.000*** **
Bons hábitos de higiene oral	72	26.9	159	44.3	**231**	**36.8**	

O índice de placa simplificado associou-se de forma inversa com os hábitos de higiene oral dos adolescentes (score global), ou seja, os adolescentes com melhores hábitos possuem um IPS melhor (r=-0.093; p=0.020). O valor de t revela que os hábitos de higiene oral dos adolescentes explicam 0.9% da variância do IPS (cf. Tabela 72).

O índice de CPOD revelou ser independente dos hábitos de higiene oral (p>0.05).

Tabela 72 - Análise de regressão linear simples entre os hábitos de higiene oral dos adolescentes, o CPOD e o IPS

IPS					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
Hábitos de higiene oral dos adolescentes (score global)	-0.093	0.9	0.020*	-2.325	**0.020***
CPOD					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
Hábitos de higiene oral dos adolescentes (score global)	0.000	0.0	0.998	0.002	0.998

Os hábitos de higiene oral dos Pais/EE associaram-se de forma positiva com os hábitos higiene oral dos adolescentes (score global), ou seja, quanto melhores são os hábitos de higiene dos Pais/EE melhores hábitos de higiene oral os adolescente apresentam (r=0.293; p=0.000). O valor de t revela que os hábitos dos Pais/EE explicam 8.6% da variância dos hábitos dos adolescentes (cf. Tabela 73).

Tabela 73 - Análise de regressão linear simples entre os hábitos de higiene oral dos pais com os dos adolescentes

Hábitos de Higiene Oral dos Adolescentes (score global)					
	r	r^2(%)	p	t	p
Hábitos de higiene oral dos pais	0.293	8.6	**0.000*** **	7.097	**0.000*** **

Averiguou-se que os adolescentes que referiram ainda não tinham ouvido falar em saúde oral eram os que apresentavam piores hábitos de higiene oral (OM=318.31 vs OM=225.07), sendo as diferenças significativas (U=6092.0; Z=-2.717; p=0.007) (cf. Tabela 74).

Tabela 74 - Teste U de Mann Whitney entre a educação dos adolescentes em SO com os hábitos de higiene oral

Já te falaram de Higiene Oral (N=631)	Não (n=29)	Sim (n=598)	U de Mann Whitney		
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	Z	p
Hábitos de higiene oral	225.07	318.31	**6092.0**	**-2.717**	**0.007****

Os adolescentes que foram antes dos três anos de idade ao dentista têm melhores hábitos de higiene oral (OM=161.04) pelo contrário os que foram entre os sete e os 10 anos manifestam piores hábitos (OM=101.17). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas (H=15.696; p=0.001) (cf. Tabela 75).

Tabela 75 - Teste de Kruskal-Wallis entre os hábitos de higiene oral e a idade com que foi ao dentista pela primeira vez

Idade com que foi pela 1ª vez ao dentista (N=229)	< 3 anos (n=12)	3 a 5 anos (n=28)	5 a 7 anos (n=78)	7 a 10 anos (n=111)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
Hábitos de higiene oral	161.04	142.46	117.46	101.17	**15.696**	**0.001****
Conhecimentos sobre saúde oral	43.83	85.03	82.49	71.43	6.068	0.108

Síntese das características dos hábitos relativas à higiene oral do adolescente

O perfil médio, revelou um adolescente que escova os dentes duas vezes ao dia (63.8%), lavando sempre os dentes à noite (40.7%), utilizando escova/pasta/elixir (bochechos) (54.1%), não usando fio dentário (43.1%), preferindo uma escova média/macia (96.5%), que troca antes dos três meses (29.0%), escova os dentes, a língua e gengivas (51.1%). A maioria (66.0%) começou a lavar os dentes com ajuda aproximadamente aos três anos e seis meses, foi ao dentista (95.0%), quando teve problemas dentários (40.7%). Os resultados evidenciam ainda que 39.6% dos adolescentes possuem maus hábitos de higiene oral.

7.2.6 – Conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral

Com vista a quantificar os conhecimentos relativos à saúde oral, foi realizado um score que engloba 21 questões, que serão posteriormente analisadas.

O somatório dos conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral pode variar entre 19 e 57, sendo que quanto maior for o valor obtido maior será o nível de conhecimento dos inquiridos sobre esta temática.

A maioria dos adolescentes considera que os dentes devem ser escovados duas ou mais vezes por dia (94.2%). Existe uma percentagem mais elevada de rapazes a referir que a escovagem dos dentes deve ocorrer uma vez por dia face às raparigas (7.0% vs 2.7%), sendo as diferenças estatísticas significativas (res=2.6), por sua vez, as raparigas estão mais representadas na escovagem de dentes duas ou mais vezes ao dia face aos rapazes (96.5 % vs 91.3%), com diferença significativa (res=2.8) (cf. Tabela 76).

Sobre os utensílios que devem ser usados na higiene oral 64.6% mencionam a escova/pasta/fio dentário/escovilhão. Não se observando diferenças estatísticas significativas entre rapazes e raparigas, (χ^2=4.614; p=0.100) (cf. Tabela 76).

A maioria dos adolescentes (52.0%) entende que se deve usar o fio dentário duas vezes por dia e 35.7% uma vez por dia (cf. Tabela 76). Aplicado o teste Qui-Quadrado, verificou-se que, as diferenças entre sexos são significativas (χ^2=15.875; p=0.001). Quanto à escova que deve ser usada na escovagem dos dentes 96.2% consideram que é a média/macia. Raparigas e rapazes não se diferenciaram (p>0.198).

Apurou-se que a maioria dos adolescentes entende que a higiene oral deve ser feita escovando os dentes, língua e gengivas (85.2%), não se observando diferenças estatísticas significativas (χ^2=1.005; p=0.800) relacionadas com o sexo dos participantes (cf. Tabela 76). Maioritariamente (72.1%) pensam que se deve demorar entre dois a cinco minutos na escovagem dos dentes. Para 18.6% o tempo ideal de escovagem é superior a cinco minutos e os restantes 9.3% entendem que são necessários menos de 2 minutos. As diferenças encontradas face ao sexo não são significativas (p=0.054) (cf. Tabela 76).

Verificou-se que 34.1% dos adolescentes entendem que se deve mudar de escova de dentes de três em três meses e 36.7% consideram que deve ser substituída antes dos três meses. As diferenças entre o sexo masculino e feminino são significativas (χ^2=14.682; p=0.012), havendo um maior número de rapazes que demonstrou não saber quando se deve mudar de escova de dentes (6.8% vs 2.5%).

A maioria (72.5%) dos adolescentes entende que a escovagem dos dentes deve ser iniciada a partir do primeiro ano de idade, devendo ser feita autonomamente entre os três e os seis anos (51.7%). As diferenças entre rapazes e raparigas não são significativas nas variáveis analisadas (p>0.05) (cf. Tabela 76).

Tabela 76 - Conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral (1)

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Número de vezes que deves escovar os dentes (N=655)							
Uma vez por dia	20	7.0	10	2.7	**30**	**4.6**	
Res		2.6		-2.6			
Antes de deitar	5	1.7	3	0.8	**8**	**1.2**	
Res		1.1		-1.1			
Duas ou mais vezes	262	91.3	355	96.5	**617**	**94.2**	
Res		-2.8		2.8			
Utensílios que devem ser utilizados na higiene oral (N=661)							
Escova	50	17.3	44	11.8	**94**	**14.2**	**χ2=4.614 p=0.100**
Escova/pasta/elixir (bochechos)	55	19.0	85	22.8	**140**	**21.2**	
Escova/pasta/fio dentário/escovilhão	184	63.7	243	65.4	**427**	**64.6**	
Utilização do fio dentário (N=648)							
Nunca	20	7.0	21	5.8	**41**	**6.3**	**χ2=15.875 p=0.001****
Raramente	25	8.7	14	3.9	**39**	**6.0**	
Duas ou mais vezes	126	44.1	211	58.3	**337**	**52.0**	
Uma vez	115	40.2	116	32.0	**231**	**35.7**	
Tipo de escova (N=653)							
Dura	14	4.9	11	3.0	**25**	**3.8**	**χ2=1.655 p=0.198**
Média/Macia	270	95.1	358	97.0	**628**	**96.2**	
Como deves realizar a higiene oral (N=661)							
Escovar somente os dentes	7	2.4	9	2.4	**16**	**2.4**	**χ2=1.005 p=0.800**
Escovar dentes e gengivas	7	2.4	6	1.6	**13**	**2.0**	
Escovar dentes e língua	27	9.4	41	11.1	**68**	**10.4**	
Escovar dentes, língua e gengiva	246	85.6	313	84.9	**559**	**85.2**	
Tempo de escovagem dos dentes (N=655)							
Menos de 2 minutos	34	11.9	27	7.3	**61**	**9.3**	**χ2=5.836 p=0.054**
Mais de 5 minutos	58	20.4	64	17.3	**122**	**18.6**	
De 2 a 5 minutos	193	67.7	279	75.4	**472**	**72.1**	
Intervalo de tempo com que deves mudar a escova de dentes (N=661)							
Não sei	18	6.8	9	2.5	**27**	**4.3**	**χ2=14.682 p=0.012**
Quando estiver estragada	22	8.4	22	6.1	**44**	**7.1**	
Anualmente	8	3.0	10	2.8	**18**	**2.9**	
3 a 6 meses	46	17.5	47	13.0	**93**	**14.9**	
3 em 3 meses	74	28.1	139	38.5	**213**	**34.1**	
Menos de 3 meses	95	36.1	134	37.1	**229**	**36.7**	
Idade em que se deve iniciar a escovagem dos dentes (N=661)							
Não sei	73	25.3	95	25.5	**168**	**25.4**	**χ2=0.012 p=0.994**
Seis meses ou primeiro dente	6	2.0	8	2.2	**14**	**2.1**	
1ano ou mais	210	72.7	269	72.3	**479**	**72.5**	
Idade em que se deve iniciar a escovagem dos dentes autonomamente (N=507)							
Menos de 3 anos	17	7.9	20	6.8	**37**	**7.3**	**χ2=0.230 p=0.892**
Entre os 3 e os 6 anos	110	51.4	152	51.9	**262**	**51.7**	
Mais de 6 anos	87	40.7	121	41.3	**208**	**41.0**	

Analisando a resposta à questão com que idade se deve ir pela primeira vez ao dentista, verificou-se que as opiniões variaram entre o meio ano e os 10 anos (cf. Tabela 77), com uma média de 4.40 anos (DP=2.091). Constatou-se que as raparigas entendem que se deve ir mais tarde ao dentista do que os rapazes ($\bar{x}$=4.55 vs $\bar{x}$=4.37), contudo o teste t Student mostrou que as diferenças não são estatisticamente significativas (p=0.220).

Tabela 77 - Idade em que deve ocorrer a primeira consulta no dentista

	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	$Sk/_{erro}$	$K/_{erro}$	CV (%)	t *Student*
Masculino	96	0.5	10	4.37	2.147	1.174	-0.525	49.13	
Feminino	145	0.5	10	4.55	2.017	0.920	-0.701	44.33	**t=1.511 p=0.220**
Total	**241**	**0.5**	**10**	**4.40**	**2.091**	**1.161**	**-1.308**	**47.52**	

Apurou-se que 34.6% dos adolescentes entendem que deve ir ao dentista anualmente, 29.8% defende que o tempo correto é de seis em seis meses. É no grupo dos rapazes que se encontra uma percentagem mais elevada de adolescentes que refere que não sabe a frequência com que se deve ir ao dentista, sendo as diferenças estatisticamente significativas (χ^2=14.708; p=0.005) (cf. Tabela 78).

A grande maioria dos adolescentes (75.9%), concorda com a utilização de pasta de dentes com flúor não se verificando existirem diferenças estatísticas significativas entre rapazes e raparigas (p>0.05) (cf. Tabela 78).

Relativamente à definição de placa bacteriana, 46.1% não sabem o que é, e para 26.1% é um conjunto de bactérias que se acumulam nos dentes. Existe uma percentagem mais elevada de rapazes que não sabe definir placa bacteriana (53.5% vs 40.4%), e de raparigas que definem placa bacteriana como ”bactérias que se acumulam nos dentes” (30.9% vs 20.0%), sendo as diferenças significativas (χ^2=15.322; p=0.009) (cf. Tabela 78).

Os adolescentes acreditam que os hábitos alimentares têm influência na saúde oral (91.5%). Os rapazes pontuaram com valores mais baixos do que as raparigas (88.5% vs 94.0%), (χ^2=6.280; p=0.012) (cf. Tabela 78). Relativamente aos conhecimentos sobre saúde oral 89% dos adolescentes consideram que estes influenciam as suas práticas de saúde oral. Não se diferenciando os rapazes das raparigas, (χ^2=0.038; p=0.845) (cf. Tabela 78)

A maioria dos rapazes e raparigas (90.7%) advoga que a higiene oral e o consumo de bebidas alcoólicas (84.2%), influencia a saúde oral (p>0.05). O teste Qui-Quadrado, revela que as diferenças estatísticas não são significativas para o sexos, (p=0.256; p=0.488, respetivamente) (cf. Tabela 78).

Quanto ao consumo de tabaco a maioria (92%) dos participantes entende que interfere na saúde oral, contudo observou-se que existe uma percentagem mais elevada de raparigas a concordar com esta relação (94.6% vs 88.9%: χ^2=7.150; p=0.007) (cf. Tabela 78).

De igual forma verificou-se ser maior a percentagem de raparigas que entendem que o consumo de drogas ilícitas influencia a saúde oral (90.6% vs 84.7%), (χ^2=5.261; p=0.022) (cf. Tabela 78).

Para 86% dos estudantes a placa bacteriana influencia a saúde oral (p=0.550). Averiguou-se, ainda, que a maioria dos rapazes e raparigas entende que o uso de *piercings* orais e periorais tem influência na saúde oral (p=0.369) (cf. Tabela 78).

Tabela 78 - Conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral (2)

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Com que frequência se deve ir ao dentista (N=661)							
Não sei	42	14.5	22	7.3	**69**	**10.5**	**χ2=14.708 p=0.005****
Mais de 1 ano	11	3.8	6	1.6	**17**	**2.6**	
Anualmente	91	31.5	138	37.1	**229**	**34.6**	
Menos de 6 meses	68	23.5	81	21.8	**149**	**22.5**	
Seis em seis meses	77	26.7	120	32.2	**197**	**29.8**	
Pasta dentífrica com flúor (N=661)							
Não	74	25.6	85	22.8	**159**	**24.1**	χ2=.676 p=0.411
Sim	215	74.4	287	77.2	**502**	**75.9**	
Definição de placa bacteriana (N=505)							
Não sei	118	53.5	115	40.4	**233**	**46.1**	**χ2=15.322 p=0.009***
Aparelho/Prótese dentária	6	2.7	5	1.8	**11**	**2.2**	
Cárie dentária	19	8.6	20	7.0	**39**	**7.7**	
Tártaro/placa amarelada que se acumula nos dentes	7	3.2	21	7.4	**28**	**5.5**	
Comida/sujidade que se acumula nos dentes	26	11.8	36	12.6	**62**	**12.3**	
Bactérias que se acumulam nos dentes	44	20.0	88	30.9	**132**	**26.1**	
Os hábitos alimentares influenciam a higiene oral (N=653)							
Não	33	11.5	22	6.0	**55**	**8.4**	**χ2=6.280 p=0,012***
Sim	254	88.5	344	94.0	**598**	**91.6**	
Os conhecimentos sobre saúde oral influenciam as práticas de SO (N=648)							
Não	32	11.2	39	10.7	**71**	**11.0**	χ2=0.038 p=0.845
Sim	253	88.8	324	89.3	**577**	**89.0**	
Os hábitos de higiene oral têm influência na saúde oral (N=653)							
Não	31	10.8	30	8.2	**61**	**9.3**	χ2=1.289 p=0.256
Sim	256	89.2	336	91.8	**592**	**90.7**	
A ingestão de bebidas alcoólicas têm influência na saúde oral (N=651)							
Não	48	16.8	54	14.8	**102**	**15.7**	χ2=0.480 p=0.488
Sim	238	83.2	311	85.2	**549**	**84.2**	
O consumo de tabaco têm influência na saúde oral (N=654)							
Não	32	11.1	20	5.4	**52**	**8.0**	**χ2=7.150 p=0.007****
Sim	255	88.9	347	94.6	**602**	**92.0**	
Consumo de substâncias ilícitas têm influência na saúde oral (N=655)							
Não	44	15.3	34	9.4	**78**	**12.0**	**χ2=5.261 p=0.022***
Sim	244	84.7	238	90.6	**572**	**88.0**	
A presença de placa bacteriana têm influência na saúde oral (N=637)							
Não	42	14.9	47	13.2	**89**	**14.0**	χ2=0.358 p=0.550
Sim	240	85.1	308	86.8	**548**	**86.0**	
	Teste Qui-Quadrado: χ2=0.358; p=0.550						
A existência de piercings orais e periorais têm influência na saúde oral (N=645)							
Não	97	34.3	112	30.9	**209**	**32.4**	χ2=0.807 p=0.369
Sim	186	65.7	250	69.1	**436**	**67.6**	

Analisando o somatório dos conhecimentos dos inquiridos relativos à saúde oral (cf. Tabela 79), os valores oscilaram entre mínimo de 30 e um máximo de 56, com uma média de 47.89 (DP=4.649). As raparigas têm melhores conhecimentos sobre saúde oral do que os rapazes, (OM=189.16 vs OM=164.97), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas (U=13421.0; Z=-2.191; p=0.028).

Tabela 79 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre saúde oral

Sexo	n	Min	Max	$\overline{x}$	DP	Sk/$_{erro}$	K/$_{erro}$	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	150	32	56	47.22	4.917	-2.530	-0.071	10.41	164.97	
Feminino	207	30	56	48.37	4.393	-4.934	3.083	9.08	189.16	**U=13421.0 Z=-2.191 *p*=0.028***
Total	**357**	**30**	**56**	**47.89**	**4.649**	**-5.370**	**1.766**	**9.71**		

Após calcular o valor total dos conhecimentos, procurou-se avaliar o nível de conhecimentos por grupos, sendo a sua classificação obtida através da fórmula (Mediana ± 0.25 Amplitude InterQuartílica[5)] (Pestana & Gageiro, 2008).

- Fracos conhecimentos ≤ 46,75
- Razoáveis conhecimentos 46,75 <M <49,25
- Bons conhecimentos ≥ 49,25

Após a criação destes três grupos, constatou-se que 39.5% dos adolescentes apresentam bons conhecimentos sobre saúde oral, 35.3% fracos e 25.2% razoáveis (cf. Tabela 80). A percentagem de raparigas que apresentam bons conhecimentos é superior à dos rapazes (44.0% vs 33.%), contudo, as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas (χ^2=4.328, p=0.115).

Tabela 80 - Características dos conhecimentos sobre saúde oral

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Fracos conhecimentos	60	40.0	66	31.9	**126**	**35.3**	
Razoáveis conhecimentos	40	26.7	50	24.1	**90**	**25.2**	**χ2=4.328; p=0.115**
Bons conhecimentos	50	33.3	91	44.0	**141**	**39.5**	

A relação entre os conhecimentos sobre saúde oral dos adolescentes (score global) e o índice de CPOD e o IPS dos participantes, evidencia que quanto melhores são os conhecimentos dos adolescentes, menor é o índice de CPOD (r=0.071; p=0.069), e melhor é o IPS (r=-0.088; p=0.098). Contudo a regressão linear evidencia que a associação não é significativa, ou seja o índice de CPOD e o IPS não se associam com os conhecimentos em saúde oral que os adolescentes possuem (cf. Tabela 81).

[5] A fórmula Mediana ± 0.25 Amplitude InterQuartilica utiliza-se quando a distribuição não é normal, Pestana & Gageiro, 2008, p. 114).

Tabela 81 - Análise de regressão linear simples entre os conhecimentos sobre saúde oral, o CPOD e o IPS

CPOD					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
Conhecimentos sobre saúde oral (score global)	0.071	0.5	0.069	-1.658	0.069
IPS					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
Conhecimentos sobre saúde oral (score global)	-0.088	0.8	0.098	-1.341	0.098

Os adolescentes que avaliam a sua alimentação como muito saudável apresentam melhores hábitos de higiene oral (OM=337.68) e melhores conhecimentos sobre saúde oral (OM=195.54). O Teste de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas (hábitos de higiene oral: H=11.956; p=0.018; conhecimentos sobre saúde oral: H=12.757; p=0.013) (cf. Tabela 82).

Tabela 82 - Associação entre o tipo de alimentação, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral

Tipo de alimentação	**Nada Saudável**	**Pouco Saudável**	**Saudável**	**Bastante Saudável**	**Muito Saudável**	**Teste de Kruskal-Wallis**	
	Ordenação Médio	**Ordenação Médio**	**Ordenação Médio**	**Ordenação Médio**	**Ordenação Médio**	**H**	**p**
Hábitos de higiene oral	250.00	289.85	309.23	367.07	337.68	**11.956**	**0.018***
Conhecimentos sobre saúde oral	78.67	194.38	180.91	176.85	195.54	**12.757**	**0.013***

A análise da frequência da ingestão das refeições evidenciou que são os adolescentes que ingerem entre cinco a seis refeições por dia que têm melhores hábitos de higiene oral (OM=336.69) e que os que fazem menos de três refeições são os que apresentam piores conhecimentos sobre saúde oral (OM=106.50). As diferenças encontradas são significativas, quer nos hábitos de higiene oral (H=16.598; p=0.001), quer nos conhecimentos sobre saúde oral (H=11.273; p=0.010) (cf. Tabela 83).

Tabela 83 - Teste de Kruskal-Wallis entre a frequência da ingestão das refeições, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral

Frequência da ingestão das refeições	**<3 refeições**	**3-4 Refeições**	**5-6 refeições**	**≥ 7 refeições**	**Teste de Kruskal-Wallis**	
	Ordenação Médio	**Ordenação Médio**	**Ordenação Médio**	**Ordenação Médio**	**H**	**p**
Hábitos de higiene oral	228.55	293.78	336.69	263.45	**16.598**	**0.001*****
Conhecimentos sobre saúde oral	106.50	167.06	189.62	187.45	**11.273**	**0.010***

No que concerne à ingestão de guloseimas, os adolescentes que as consomem todos os dias têm piores hábitos de higiene oral (OM=279.79) e poucos conhecimentos sobre a saúde oral (OM=135.61), embora os que têm piores conhecimentos nunca consumam guloseimas

(OM=134.07). Em sentido inverso os adolescentes que consomem guloseimas raramente são os que têm melhores hábitos e melhores conhecimentos. As diferenças estatísticas são significativas quer nos hábitos de higiene oral (H=15.322; p=0.004) quer nos conhecimentos relativos à saúde oral (H=9.555; p=0.049) (cf. Tabela 84).

Tabela 84 - Teste de Kruskal-Wallis entre a ingestão de guloseimas, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral

Ingestão de Guloseimas	Todos os dias	Quase todos os dias	Às vezes	Raramente	Nunca	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	p
Hábitos de higiene oral	279.79	320.56	288.48	353.68	300.19	**15.322**	**0.004****
Conhecimentos sobre saúde oral	135.61	173.60	181.60	194.58	134.07	**9.555**	**0.049***

Verificou-se que os adolescentes que não petiscam são os que possuem melhores hábitos de higiene oral (OM=338.94) e os que mais vezes petiscam os que possuem piores hábitos (OM=204.48). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas (H=14.140; p=0.002). Relativamente aos conhecimentos sobre saúde oral, inferiu-se que são independentes do hábito que os adolescentes têm de petiscar (p>0.05) (cf. Tabela 85).

Tabela 85 - Teste de Kruskal-Wallis entre o hábito de petiscar, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral

Costumas petiscar	Não	1 a 2 vezes	3 a 4 vezes	Mais de 4 vezes	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Médio	Ordenação Médio	Ordenação Médio	Ordenação Médio	H	p
Hábitos de higiene oral	338.94	316.40	283.01	204.48	**14.410**	**0.002****
Conhecimentos sobre saúde oral	180.67	182.62	164.42	158.94	1.710	0.635

A ingestão de refrigerantes pelos adolescentes revelou ser independente dos seus hábitos de higiene oral (H=5.557; p=0.135) e dos seus conhecimentos relativos à saúde oral (H=2.115; p=0.549) (cf. Tabela 86).

Tabela 86 - Teste de Kruskal-Wallis entre a ingestão de refrigerantes, os hábitos de higiene oral e os conhecimentos sobre saúde oral

Ingestão de refrigerantes	Mais de uma vez por dia	1 vez por dia	Raramente	Nunca	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação Médio	Ordenação Médio	Ordenação Médio	Ordenação Médio	H	p
Hábitos de higiene oral	291.48	297.94	324.54	337.09	5.557	0.135
Conhecimentos sobre saúde oral	191.10	174.15	173.19	190.27	2.115	0.549

O estudo entre a associação dos conhecimentos sobre saúde oral dos adolescentes (score global) com o consumo de alimentos, mostra que quanto melhores são os conhecimentos

menor é a ingestão de alimentos acidogénicos de menor grau (r=-0.159; p=0.004) e menor é o consumo de alimentos acidogénicos de maior grau (r=-0.232; p=0.000). Revelando o valor de t, que os conhecimentos sobre saúde oral explicam 2.5% da variância do consumo de alimentos acidogénicos de menor grau e 5.4% da variância do consumo de alimentos acidogénicos de maior grau (cf. Tabela 87).

Tabela 87 - Análise de regressão linear simples entre os conhecimentos sobre saúde oral e o consumo de alimentos

Consumo de alimentos não acidogénicos					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
Conhecimentos sobre saúde oral (score global)	-0.050	0.25	0.336	-0.964	0.336
Consumo de alimentos acidogénicos de menor grau					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
Conhecimentos sobre saúde oral (score global)	**-0.159**	**2.5**	**0.004****	**-2.892**	**0.004****
Consumo de alimentos acidogénicos de maior grau					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
Conhecimentos sobre saúde oral (score global)	**-0.232**	**5.4**	**0.000*****	**-4.228**	**0.000*****

Perfil dos conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral

Os resultados evidenciam um adolescente que acha que se deve escovar os dentes duas vezes por dia (94.2%), com uma escova média/macia (96.2%), usando escova/pasta/fio dentário/escovilhão (64.6%), utilizando pelo menos uma vez por dia o fio dentário (35.7%), escovando dentes, língua e gengivas (85.2%), demorando entre dois a cinco minutos (72.1%), mudando de escova de dentes de três em três meses (34.1%). Para a maioria a escovagem de dentes deve começar a partir do ano de idade (72.5%) e autonomamente entre os três e os seis anos (51.7%), devendo consultar o dentista anualmente (34.6%), considerando 26.1% que a placa bacteriana é a acumulação de bactérias nos dentes. Globalmente 39.5% dos adolescentes possuem bons conhecimentos sobre saúde oral.

7.2.7 – Impacto da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes foi calculada pelo método de contagem simples, método padronizado/peso ponderado e método aditivo, conforme descrito no capítulo da metodologia. Na avaliação da QVRSO pelo método de contagem simples - QVRSO-SC, constatou-se que 43.7% dos adolescentes não referiu nenhum impacto em todos os itens.

Os itens que apresentam maior percentual de impacto situam-se nas dimensões Limitação funcional e Dor física. Na dimensão Limitação funcional é o item 3 “Dente visível que não

parece bem" (23.9%) e o item 7 "Comida presa" (20.0%) Na dimensão Dor física é o item 13 "Dentes sensíveis" (26.0%) e o item 14 Dor de dentes (15.3%). (cf. Tabela 88).

Tabela 88 - Impacto da QVRSO dos adolescentes pelo método de contagem simples

Indicadores / Impacto	Sem impacto		Com impacto	
	n	%	n	%
Limitação funcional				
Q1 Dificuldade de mastigação	580	89.7	68	10.3
Q2 Problemas pronunciar palavras	611	92.4	42	6.4
Q3 Dente visível que não parece bem	481	72.8	158	**23.9**
Q4 Aparência afetada	548	82.9	90	13.6
Q5 Mau hálito	567	85.8	76	11.5
Q6 Paladar piorou	610	92.3	34	5.2
Q7 Comida presa	515	77.9	132	**20.0**
Q8 Pior digestão	609	92.1	26	4.0
Dor física				
Q10 Dor incómoda	594	89.9	57	8.6
Q11 Maxilar dolorido	599	90.6	52	7.9
Q12 Dor de cabeça	599	90.6	41	6.2
Q13 Dentes sensíveis	473	71.6	172	**26.0**
Q14 Dor de dentes	552	83.5	101	**15.3**
Q15 Gengivas doloridas	599	90.6	52	7.9
Q16 Desconforto a comer	608	92.0	42	6.4
Q17 Pontos dolorosos na boca	599	90.6	46	7.0
Desconforto psicológico				
Q19 Preocupado	572	86.5	80	12.1
Q20 Constrangido	594	89.9	48	7.3
Q21 Deprimido	605	91.5	38	5.7
Q22 Aparência	578	87.4	74	11.2
Q23 Tenso	611	92.4	39	5.9
Incapacidade física				
Q24 Discurso pouco claro	619	93.6	30	4.5
Q25 Outros não me entendem bem	620	93.8	28	4.2
Q26 Menos sabor na comida	627	94.9	21	3.2
Q27 Incapaz de escovar os dentes	617	93.9	32	4.8
Q28 Evita alguns alimentos	599	90.6	53	8.0
Q29 Dieta insatisfatória	616	93.2	26	3.9
Q31 Evita sorrir	586	88.7	62	9.4
Q32 Interrompe refeições	617	93.3	33	5.0
Incapacidade psicológica				
Q33 Sono interrompido	618	93.5	30	4.5
Q34 Incomodado	612	92.6	36	5.4
Q35 Difícil de relaxar	611	92.4	36	5.4
Q36 Deprimido	606	91.7	43	6.5
Q37 Concentração afetada	612	92.6	35	5.3
Q38 Sentir-se embaraçado	602	91.1	41	6.2
Incapacidade social				
Q39 Evitar sair	621	93.9	27	4.1
Q40 Menos tolerante com outros	620	93.8	30	4.5
Q41 Dificuldade em relacionar com outros	620	93.8	30	4.5
Q42 Irritável com outros	620	93.8	30	4.5
Q43 Dificuldade em cumprir as tarefas	629	95.2	23	3.5
Desvantagem				
Q44 Saúde piorou	623	94.3	25	3.8
Q45 Perda financeira	579	87.6	64	9.7
Q46 Incapaz de desfrutar a companhia das pessoas	618	93.5	33	5.0
Q47 Vida insatisfatória	620	93.8	30	4.5
Q48 Incapaz de realizar atividades de lazer	627	94.9	25	3.8
Q49 Dificuldade em estudar	623	94.3	30	4.5

O estudo da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescente teve por base o método da contagem simples, tendo sido considerados os resultados com impacto na sua qualidade de vida oral.

O estudo da prevalência do impacto da QVRSO, avaliou as respostas dos adolescentes dadas nas seguintes categorias "ocasionalmente"," frequentemente" ou "muito frequentemente". Constatando-se que 43.7% dos adolescentes não têm impacto em nenhum item.

Na prevalência de impacto por dimensões constatou-se que a dimensão mais afetada é a Limitação funcional (40.9%), seguida da Dor física (36.1%). As menos afetadas são a Incapacidade social (8.2%) e a Limitação física (13.4%) (cf. Tabela 89).

Considerando que quanto maior o valor obtido maior a prevalência do impacto na dimensão, a dimensão Limitação funcional foi a mais afetada com um valor médio de 0.95 (DP=1.46) e a Desvantagem a menos afetada com um valor médio de 0.21 (DP=0.83) (cf. Tabela 89).

Na QVRSO total, em média esta amostra teve 3.51 itens afetados de forma severa (cf. Tabela 89).

Tabela 89 - Prevalência do impacto na qualidade de vida oral dos adolescentes

Estatísticas / Impacto nas Dimensões	n	%	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Limitação funcional	360	40.9	0	8	0.95	1.46	27.71	29.27	154.07
Dor física	282	36.1	0	8	0.85	1.54	25.38	30.93	180.93
Incapacidade física	139	17.8	0	5	0.42	1.06	30.36	42.18	250.40
Desconforto psicológico	136	17.4	0	8	0.43	1.24	42.56	95.59	287.49
Incapacidade psicológica	82	11.0	0	5	0.27	0.94	40.47	76.04	346.31
Desvantagem	96	13.4	0	5	0.21	0.83	47.07	107.56	390.01
Incapacidade social	64	8.2	0	6	0.31	1.03	45.61	103.58	327.96
QVRSO total sem Q9. Q18. Q 30 QVRSO	440	56.3	0	46	3.51	6.91	35.56	67.99	196.70

Analisando a relação do sexo dos adolescentes no impacto da QVRSO, verificou-se que os rapazes têm pior qualidade de vida no global face às raparigas contudo as diferenças não são significativas (U=9348.0; Z=-1.056; p=0.291). Sendo as diferenças significativas nas dimensões Incapacidade psicológica (p=0.040) e na Desvantagem (p=0.010), tendo as raparigas melhor qualidade de vida nestas dimensões (cf. Tabela 90).

Tabela 90 - Estatísticas relativas ao impacto da QVRSO total e nas distintas dimensões em função do sexo

QVRSO	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Limitação funcional										
Masculino	109	1	8	2.27	1.728	8.034	6.782	76.12	135.85	U=7210.5 Z=-1.478 p=0.139
Feminino	147	1	8	1.89	1.319	10.260	12.377	69.78	123.05	
Total	**256**	**1**	**8**	**2.05**	**1.542**	**13.434**	**14.486**	**75.22**		
Dor física										
Masculino	88	1	8	2.14	1.977	7.338	4.889	92.38	110.49	U=5807.0 Z=-0.808 p=0.419
Feminino	140	1	8	2.07	1.534	7.565	4.541	74.10	117.02	
Total	**228**	**1**	**8**	**2.09**	**1.715**	**11.075**	**7.947**	**82.06**		
Desconforto psicológico										
Masculino	45	1	5	2.51	1.590	1.644	-1.905	63.34	61,34	U=1334.5 Z=-1.204 p=0.229
Feminino	68	1	5	2.07	1.237	3.522	0.233	59.76	54,13	
Total	**113**	**1**	**5**	**2.25**	**1.398**	**3.797**	**-1.288**	**62.13**		
Incapacidade física										
Masculino	45	1	8	2.51	2.408	4.288	1.250	95.93	56.84	U=1267.0 Z=-0.919 p=0.358
Feminino	62	1	8	1.84	1.427	7.049	8.652	77.55	51.94	
Total	**107**	**1**	**8**	**2.12**	**1.922**	**8.418**	**6.710**	**90.66**		
Incapacidade psicológica										
Masculino	27	1	6	3.74	2.067	-0.294	-1.934	55.27	38.57	U=362.5 Z=-2.050 p=0.040*
Feminino	38	1	6	2.68	1.710	1.900	-0.936	63.81	29.04	
Total	**65**	**1**	**6**	**3.12**	**1.924**	**1.265**	**-2.339**	**61.66**		
Incapacidade social										
Masculino	27	1	5	2.89	1.694	0.531	-1.949	58.62	30.00	U=270.0 Z=-1.495 p=0.135
Feminino	26	1	5	2.15	1.255	1.910	0.006	58.37	23.88	
Total	**53**	**1**	**5**	**2.53**	**1.526**	**1.788**	**-1.701**	**60.31**		
Desvantagem										
Masculino	41	1	6	2.83	2.178	1.615	-2.024	76.96	52.21	U=729.5; Z=-2.566; p=0.010*
Feminino	49	1	6	1.63	1.349	7.406	8.357	82.76	39.89	
Total	**90**	**1**	**6**	**2.18**	**1.863**	**5.244**	**0.260**	**85.45**		
QVRSO total										
Masculino	122	1	46	5.28	9.046	14.963	24.439	171.32	138.12	U=9348.0 Z=-1.056 p=0.291
Feminino	165	1	41	4.93	6.158	15.089	27.789	124.91	148.35	
Total	**287**	**1**	**46**	**5.08**	**7.509**	**23.076**	**43.446**	**147.81**		

No estudo da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes procurou-se determinar a prevalência, severidade e peso médio dos itens de resposta. Ao analisar os resultados do estudo pelo método ponderado/peso padronizado (PP) por item em cada dimensão, verificou-se que na dimensão Limitação funcional, o item que apresentou maior severidade média foi o 3 "Dente visível que não parece bem"; na dimensão Dor física, foi o 13 "Dentes sensíveis"; na dimensão Desconforto psicológico, foi o item 19 "Preocupado"; na Incapacidade física, foram os itens 28 "Evita alguns alimentos" e 31 "Evita sorrir", os mais prevalentes; na Incapacidade psicológica, foi o 36 "Deprimido"; na Incapacidade social, foi o 42 "Irritável com os outros" e na dimensão Desvantagem foi o item 47 "Vida insatisfatória", o que apresentou maior severidade (cf. Tabela 91). Foram ainda calculados os pesos médios de cada item (cf. Tabela 91), pela sua análise verificou-se que na dimensão Limitação funcional foi atribuído maior peso ao item 3 "Dente visível que não parece bem"*;* na dimensão Dor física, o item a que foi atribuído maior peso foi o 13 "Dente sensível"; no Desconforto psicológico, foi o item 19 "Preocupado" que teve maior peso; na Incapacidade física foi o item 31 "Evita sorrir"; na Incapacidade psicológica foi o item 36 "Deprimido"; na Incapacidade

social, foi o item 42 “Irritável com os outros” que teve maior peso e na Desvantagem foi o item 45 “Perda financeira” que teve maior peso dentro da dimensão. O item que pontuou com maior peso no global foi “Dentes sensíveis”, item 13 (22.880), na dimensão Dor física.

Tabela 91 - Prevalência, severidade e peso médio do impacto da QVRSO

QVRSO	% em branco/não sei	Prevalência: % de Ocasionalmente, frequentemente ou muito frequentemente	Severidade: Média do item	Peso Médio do Item
Limitação funcional				
Q1 Dificuldade de mastigação	2.0	10.3	0.43	4.429
Q2 Problemas pronunciar palavras	1.2	6.4	0.24	1.536
Q3 Dente visível que não parece bem	3.3	**23.9**	**0.77**	**18.403**
Q4 Aparência afetada	3.5	13.6	0.46	6.256
Q5 Mau hálito	2.7	11.5	0.45	5.175
Q6 Paladar piorou	2.6	5.2	0.22	1.144
Q7 Comida presa	2.2	**20.0**	**0.67**	13.400
Q8 Pior digestão	3.9	4.0	0.16	0.640
Q9 Dentadura/placa/aparelho*	91.7			
Dor física				
Q10 Dor incómoda	1.5	8.6	0.42	3.612
Q11 Maxilar dolorido	1.6	7.9	0.37	2.923
Q12 Dor de cabeça	3.2	6.2	0.26	1.612
Q13 Dentes sensíveis	2.5	**26.0**	0.88	**22.880**
Q14 Dor de dentes	1.2	15.3	0.60	9.180
Q15 Gengivas doloridas	1.5	7.9	0.36	2.844
Q16 Desconforto a comer	1.7	6.4	0.31	1.984
Q17 Pontos dolorosos na boca	2.5	7.0	0.30	2.100
Q18Desconforto (placa/dentadura/aparelho)*	90.9			
Desconforto psicológico				
Q19 Preocupado	1.4	**12.1**	**0.44**	**5.324**
Q20 Constrangido	2.9	7.3	0.31	2.263
Q21 Deprimido	2.7	5.7	0.25	1.425
Q22 Aparência	1.4	11.2	0.41	4.592
Q23 Tenso	1.7	5.9	0.25	1.475
Incapacidade física				
Q24 Discurso pouco claro	1.8	4.5	0.20	0.900
Q25 Outros não me entendem bem	2.0	4.2	0.17	0.714
Q26 Menos sabor na comida	2.0	3.2	0.15	0.480
Q27 Incapaz de escovar os dentes	1.8	4.8	0.22	1.056
Q28 Evita alguns alimentos	**1.4**	**8.0**	**0.31**	2.480
Q29 Dieta insatisfatória	2.9	3.9	0.16	0.624
Q30 Incapaz de comer (dentadura/placa/aparelho)*	91.1			
Q31 Evita sorrir	**2.0**	**9.4**	**0.31**	**2.914**
Q32 Interrompe refeições	1.7	5.0	0.20	1.00
Incapacidade psicológica				
Q33 Sono interrompido	2.0	4.5	0.19	0.855
Q34 Incomodado	2.0	5.4	0.22	1.188
Q35 Difícil de relaxar	2.1	5.4	0.20	1.080
Q36 Deprimido	1.8	**6.5**	**0.23**	**1.495**
Q37 Concentração afetada	2.1	5.3	0.21	1.113
Q38 Sentir-se embaraçado	2.7	6.2	0.21	1.302
Incapacidade social				
Q39 Evitar sair	2.0	4.1	0.16	0.656
Q40 Menos tolerante com outros	1.7	**4.5**	0.17	0.765
Q41 Dificuldade em relacionar com outros	1.7	**4.5**	0.16	0.720
Q42 Irritável com outros	1.7	**4.5**	**0.18**	**0.810**
Q43 Dificuldade em cumprir as tarefas	1.4	3.5	0.16	0.560
Desvantagem				
Q44 Saúde piorou	2.0	3.8	0.16	0.608
Q45 Perda financeira	2.7	**9.7**	**0.33**	**3.201**
Q46 Incapaz de desfrutar a companhia das pessoas	1.5	5.0	0.19	0.950
Q47 Vida insatisfatória	1.7	4.5	0.21	0.945
Q48 Incapaz de realizar atividades de lazer	1.4	3.8	0.15	0.675
Q49 Dificuldade em estudar	1.2	4.5	0.18	0.810

Sintetizando, tendo em conta a frequência e a severidade do impacto, as dimensões que se apresentam com maior peso são, Dor física e Limitação funcional, as que ostentam menor peso são as dimensões, Incapacidade social e Incapacidade psicológica. Posteriormente foi analisada a prevalência e a severidade de cada um dos itens em função do sexo dos adolescentes, observando-se que em ambos os sexos nos itens 9, 18 e 30 obtiveram-se valores percentuais superiores a 89% em "branco" ou "não sei". Quanto à prevalência dos itens, constatou-se que nos rapazes os itens com maior prevalência são o item 13 "Dentes sensíveis" (7.3%), o item 3 "Dente visível que não parece bem" (6.3%) e o item 7 "Comida presa" (5.8%). Por sua vez nas raparigas os itens 13 e 3 são também os que têm maior prevalência (9.7% e 8.3% respetivamente) seguidos do item 45 "Perda financeira" (5.1%). A severidade segue a tendência dos valores da prevalência sendo mais elevada nos itens 13, 3 e 7 nos rapazes. Nas raparigas são os itens 13, 3, 7 e 14 os que apresentam valores mais elevados (cf. Tabela 92).

Tabela 92 - Prevalência e a severidade do impacto da QVRSO em função do sexo

QVRSO	Masculino (n=289)			Feminino (n=372)		
	% em branco/não sei	Prevalência: % Ocasional/, frequente/ ou muito frequente/	Severidade: Média do item	% em branco/não sei	Prevalência: % de Ocasional/, frequente/ ou muito frequente/	Severidade: Média do item
Limitação funcional						
Q1 Dificuldade de mastigação	3.8	1.0	0.41	0.5	1.6	0.45
Q2 Problemas pronunciar palavras	2.1	1.7	0.27	0.5	1.3	0.21
Q3 Dente visível que não parece bem	4.2	**6.3**	**0.73**	2.7	**8.3**	**0.84**
Q4 Aparência afetada	5.5	3.5	0.51	1.9	4.6	0.45
Q5 Mau hálito	4.2	3.1	0.53	1.6	3.0	0.41
Q6 Paladar piorou	3.5	2.4	0.28	1.9	0.5	0.19
Q7 Comida presa	3.5	5.8	**0.72**	1.1	4.0	**0.65**
Q8 Pior digestão	4.2	1.0	0.22	3.8	0.3	0.13
Q9 Dentadura/placa/aparelho*	**93.4**			**90.3**		
Dor física						
Q10 Dor incómoda	2.8	0.3	0.36	0.5	1.6	0.48
Q11 Maxilar dolorido	2.8	0.7	0.37	0.5	1.9	0.37
Q12 Dor de cabeça	4.5	2.4	0.29	2.2	1.0	0.25
Q13 Dentes sensíveis	2.4	**7.3**	**0.81**	2.4	**9.7**	**0.96**
Q14 Dor de dentes	2.1	2.4	**0.55**	0.5	4.0	0.65
Q15 Gengivas doloridas	2.8	1.7	0.37	0.5	1.9	0.36
Q16 Desconforto a comer	2.8	1.3	0.32	0.8	1.3	0.32
Q17 Pontos dolorosos na boca	2.8	2.1	0.35	2.2	1.1	0.28
Q18Desconforto (placa/dentadura/aparelho)*	**93.4**			**89.0**		
Desconforto psicológico						
Q19 Preocupado	1.7	3.8	0.45	1.1	2.4	0.44
Q20 Constrangido	3.8	3.5	0.37	2.2	1.8	0.27
Q21 Deprimido	3.1	2.4	0.28	2.4	1.1	0.24
Q22 Aparência	2.8	2.8	0.42	0.3	3.5	0.42
Q23 Tenso	2.4	3.1	0.33	1.1	0.8	0.20
Incapacidade física						
Q24 Discurso pouco claro	2.4	1.4	0.27	1.3	0.8	0.16
Q25 Outros não me entendem bem	2.4	1.7	0.23	1.6	0.8	0.13
Q26 Menos sabor na comida	2.1	1.0	0.22	1.9	0.3	0.10
Q27 Incapaz de escovar os dentes	2.8	1.7	0.27	1.1	1.1	0.20
Q28 Evita alguns alimentos	1.7	2.8	0.36	1.1	0.6	0.27
Q29 Dieta insatisfatória	2.4	1.3	0.23	3.2	0.0	0.12
Q30 Incapaz de comer (dentadura/placa/aparelho)*	**93.4**			**89.2**		
Q31 Evita sorrir	2.8	2.1	0.30	1.3	2.7	0.33
Q32 Interrompe refeições	2.4	2.0	0.27	1.1	0.0	0.15
Incapacidade psicológica						
Q33 Sono interrompido	3.1	0.6	0.20	1.1	0.5	0.18
Q34 Incomodado	2.4	1.4	0.26	1.6	0.5	0.19
Q35 Difícil de relaxar	3.1	1.7	0.24	1.3	0.5	0.18
Q36 Deprimido	2.4	2.8	0.28	1.3	0.8	0.19
Q37 Concentração afetada	2.4	2.4	0.27	1.9	1.3	0.17
Q38 Sentir-se embaraçado	3.8	1.0	0.24	1.9	0.0	0.21

(continua)

(continuação)

QVRSO	Masculino (n=289)			Feminino (n=372)		
	% em branco/não sei	Prevalência: % Ocasional/, frequente/ ou muito frequente/	Severidade: Média do item	% em branco/não sei	Prevalência: % de Ocasional/, frequente/ ou muito frequente/	Severidade: Média do item
Incapacidade social						
Q39 Evitar sair	2.1	1.7	0.22	1.3	0.5	0.11
Q40 Menos tolerante com outros	2.1	2.4	0.23	1.3	0.8	0.12
Q41 Dificuldade em relacionar com outros	2.1	1.7	0.19	1.3	0.0	0.15
Q42 Irritável com outros	2.1	1.0	0.23	1.3	0.3	0.14
Q43 Dificuldade em cumprir as tarefas	1.7	1.7	0.24	1.1	0.3	0.10
Desvantagem						
Q44 Saúde piorou	1.7	0.6	0.22	2.2	0.3	0.11
Q45 Perda financeira	3.1	2.7	0.33	2.4	**5.1**	0.35
Q46 Incapaz de desfrutar a companhia das pessoas	2.1	3.1	0.24	1.1	1.3	0.16
Q47 Vida insatisfatória	2.4	2.1	0.28	1.1	0.6	0.15
Q48 Incapaz de realizar atividades de lazer	1.7	2.1	0.24	1.1	0.0	0.09
Q49 Dificuldade em estudar	1.7	3.8	0.29	0.8	0.0	0.10

Na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral pelo método aditivo-QVRSO-AD, o nível de impacto, quantificado pelo somatório das pontuações de cada item, é maior na dimensão Dor física com um valor médio de 3.49 (DP=4.15), seguida da Limitação funcional com um valor médio de 3.38 (DP=3.94).

O menor nível de impacto ocorre na Incapacidade social com um valor médio de 1.23 (DP=2.82) e na Desvantagem 0.82 (DP= 2.19) (cf. Tabela 93). A média do QVRSO total foi de 13.58 (DP=24.49).

Tabela 93 - Nível de impacto por dimensão na QVRSO dos adolescentes - método aditivo

Estatísticas Impacto nas Dimensões	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Limitação funcional	655	0	22	**3.38**	3.94	16.42	12.72	116.31
Dor física	649	0	27	**3.49**	4.15	18.01	19.33	118.88
Desconforto psicológico	655	0	20	1.67	3.04	26.21	38.01	182.19
Incapacidade física	654	0	23	1.73	3.47	29.09	43.01	200.85
Incapacidade psicológica	659	0	18	1.26	2.98	31.77	49.68	237.47
Desvantagem	657	0	15	0.82	2.19	35.31	62.85	267.07
Incapacidade social	658	0	19	1.23	2.82	33.35	58.38	230.16
QVRSO total sem Q9. Q18. Q 30 QVRSO	633	0	110	13.58	19.64	24.49	30.30	144.61

Verificou-se que os valores de ordenações médias são mais elevados nas raparigas relativamente aos rapazes nas dimensões Dor física, Desconforto psicológico, Incapacidade física e Incapacidade psicológica e na QVRSO, contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (p>0.05) (cf. Tabela 94).

Tabela 94 - Estatísticas relativas à QVRSO total e nas dimensões em função do sexo

QVRSO	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Limitação funcional										
Masculino	254	0	17	3.43	4.104	9.549	5.253	119.65	299,63	U=42638.0; Z=-0.266; p=0.790
Feminino	340	0	22	3.08	3.635	14.363	17.875	118.02	295,91	
Total	**594**	**0**	**22**	**3.23**	**3.843**	**16.870**	**15.33**	**118.98**		
Dor física										
Masculino	270	0	27	3.23	4.176	13.898	19.586	129.28	297.26	U=43675.5; Z=-1.351; p=0.177
Feminino	345	0	24	3.43	3.860	12.183	12.167	112.54	316.40	
Total	**615**	**0**	**27**	**3.34**	**4.000**	**18.353**	**22.705**	**119.76**		
Desconforto psicológico										
Masculino	270	0	20	1.72	3.303	17.873	27.725	192.03	307.11	U=46336.0; Z=-0.877; p=0.381
Feminino	356	0	16	1.57	2.767	18.410	24.139	176.24	318.34	
Total	**626**	**0**	**20**	**1.63**	**3.009**	**26.142**	**39.646**	**184.60**		
Incapacidade física										
Masculino	267	0	17	1.67	3.511	18.657	25.581	210.23	309.22	U=46784.5; Z=-0.039; p=0.969
Feminino	351	0	16	1.41	2.765	20.684	30.042	196.10	309.71	
Total	**618**	**0**	**17**	**1.52**	**3.109**	**28.755**	**42.556**	**204.54**		
Incapacidade psicológica										
Masculino	275	0	18	1.29	3.173	20.394	30.740	245.96	316.86	U=49185.5; Z=-0.334; p=0.739
Feminino	362	0	16	1.12	2.619	24.078	40.207	233.84	320.63	
Total	**637**	**0**	**18**	**1.20**	**2.871**	**31.762**	**51.528**	**239.25**		
Incapacidade social										
Masculino	281	0	15	1.06	2.625	20.600	30.300	247.64	333.86	U=478475.0; Z=-1.899; p=0.058
Feminino	363	0	10	0.61	1.688	26.218	45.682	276.72	320.63	
Total	**644**	**0**	**15**	**0.81**	**2.157**	**35.104**	**62.734**	**266.29**		
Desvantagem										
Masculino	277	0	19	1.54	3.439	19.047	26.414	233.31	323.54	U=46941.5; Z=-1.167; p=0.243
Feminino	354	0	15	0.95	2.212	25.846	52.335	232.84	310.10	
Total	**631**	**0**	**19**	**1.21**	**2.829**	**33.072**	**58.427**	**233.80**		
OHIP total										
Masculino	231	0	95	11.52	18.732	16.582	22.887	162.60	253.26	U=31708.0; Z=-1.182; p=0.237
Feminino	292	0	87	11.31	15.839	16.545	21.954	140.04	268.91	
Total	**523**	**0**	**95**	**11.41**	**17.157**	**23.841**	**33.309**	**150.37**		

Em síntese, verificou-se pela análise dos resultados efetuados pela avaliação dos três métodos, método de contagem simples, método padronizado/peso ponderado, método aditivo, que as dimensões que têm maior impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes, são: Dor física e Limitação funcional. A dimensão com menor impacto na QVRSOA comuns aos três métodos foi a Incapacidade social.

Relativamente à relação entre a zona de residência e a QVRSO dos adolescentes, observou-se que os adolescentes que possuem pior QVRSO (score total) são os que residem em meio urbano (OM=265.62). Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 95).

Tabela 95 - Teste U de Mann Whitney entre a zona de residência e a QVRSO total

Residência	Rural	Urbano	U de Mann Whitney		
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	Z	P
QVRSO total	260.54	265.62	27431.5	-0.350	0.727

Verificou-se que são os inquiridos do 9º ano de escolaridade que possuem pior QVRSO (PM=280.34) mas também não se verificou existirem diferenças significativas (c.f. Tabela 96).

Tabela 96 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO total e a escolaridade

Escolaridade	7º Ano	8º Ano	9º Ano	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	264.71	240.79	280.34	5.381	0.068

A idade dos adolescentes, associou-se de forma positiva com o valor total e com as dimensões da QVRSO, ou seja, quando aumenta a idade pior é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Contudo, verificou-se pelo valor de t que as associações não são significativas com no valor total da QVRSO (t=1.132; p=0.258), sendo significativa a associação com as dimensões Dor física (p=0.014), Incapacidade social (p=0.024) e Desvantagem (p=0.005). Concluindo-se que a idade explica 0.98%, 0.79% e 1.23% da variabilidade da Dor física, Incapacidade social e da Desvantagem (cf. Tabela 97).

Tabela 97 - Análise de regressão linear simples entre a idade e a QVRSO

	Idade				
	r	r2(%)	p	t	p
Limitação funcional	0.047	0.22	0.249	1.153	0.249
Dor física	**0.099**	**0.98**	**0.014***	**2.463**	**0.014***
Desconforto psicológico	0.053	0.28	0.182	1.335	0.182
Incapacidade física	0.062	0.38	0.124	1.541	0.124
Incapacidade psicológica	0.074	0.54	0.063	1.864	0.063
Incapacidade social	**0.089**	**0.79**	**0.024***	**2.255**	**0.024***
Desvantagem	**0.111**	**1.23**	**0.005****	**2.797**	**0.005****
QVRSO total	0.050	0.25	0.258	1.132	0.258

Os adolescentes que foram ao dentista pela primeira vez com menos de três anos de idade são os que têm melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral (PM=237.14), por sua vez os que foram entre os sete e os 10 anos de idade são os que apresentam menor QVRSO (PM=280.11), contudo as diferenças encontradas não são significativas (H=4.469; p=0.364). Apurou-se que apenas na dimensão Incapacidade física as diferenças são significativas, ou

seja quanto mais cedo ocorrer a primeira consulta no dentista melhor a qualidade de vida dos adolescentes nesta dimensão da saúde oral (cf. Tabela 98).

Tabela 98 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade com que foi pela primeira vez ao dentista e a QVRSO

1ª consulta / QVRSO	Menos de 3 anos	Entre os 3 e 5 anos	Entre os 5 e os 7 anos	Entre os 7 e os 10 anos	Nunca	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Limitação funcional	275.38	292.17	291.85	315.21	267.44	3.823	0.430
Dor física	295.25	307.90	292.05	319.14	294.00	2.347	0.672
Desconforto psicológico	286.13	306.27	304.48	335.86	294.91	6.090	0.193
Incapacidade física	281.58	294.33	300.25	340.27	309.57	**9.988**	**0.041***
Incapacidade psicológica	299.84	304.71	308.19	344.62	319.12	8.750	0.068
Incapacidade social	299.88	301.88	321.47	335.93	349.32	9.308	0.054
Desvantagem	288.05	303.24	312.02	330.47	303.06	5.218	0.266
QVRSO total	237.14	262.70	251.10	280.11	241.08	4.469	0.364

Relativamente à relação entre a QVRSO total e a variável quem ensinou a escovar os dentes, verificou-se que os que foram ensinados pelos pais têm melhor qualidade de vida (PM=258.22), contudo as diferenças encontradas não são significativas (H=1.164; p=0.559). Concluiu-se que existem diferenças significativas nas dimensões, Incapacidade psicológica (H=6.469; p=0.039) e Desvantagem (H=9.629; p=0.008), são os que foram ensinados a escovar os dentes pelos pais os que têm menor Incapacidade psicológica e menor Desvantagem (cf. Tabela 99).

Tabela 99 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO e quem ensinou a escovar dentes

QVRSO	Pais	Familiares ou Amigos	Outros	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
Limitação funcional	294.60	288.37	336.18	1.540	0.463
Dor física	302.83	333.68	348.31	2.624	0.269
Desconforto psicológico	309.63	305.28	367.64	3.673	0.159
Incapacidade física	304.79	337.93	336.02	2.474	0.290
Incapacidade psicológica	313.61	330.74	380.96	**6.469**	**0.039***
Incapacidade social	318.41	340.09	351.46	2.515	0.284
Desvantagem	308.65	341.74	386.57	**9.629**	**0.008****
QVRSO total	258.22	285.45	276.32	1.164	0.559

Em síntese, verificou-se que os adolescentes com pior QVRSO são os rapazes, os que residem em meio urbano, os que têm o 9º ano de escolaridade e os mais velhos, contudo as diferenças encontradas não são significativas.

Relativamente à vigilância de saúde dos adolescentes desde a infância, os inquiridos que foram ao dentista pela primeira vez em idades mais precoces apresentam melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral (p>0.05) e os que foram ensinados a escovar os dentes pelos pais têm menor incapacidade psicológica e menor desvantagem face aos restantes, contudo as diferenças não são significativas com a QVRSO total.

Para analisar a associação entre a perceção da saúde dos adolescentes e a QVRSO recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis que evidenciou que os adolescentes que referem ser bastante saudáveis (PM=220.21) são os que têm melhor qualidade de vida e os que se avaliam como sendo pouco saudáveis (PM=272.35) são os que apresentam em média pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral (H=13.789; p=0.001). Verificou-se, igualmente, a existência de diferenças significativas em todas as dimensões da QVRSO (cf. Tabela 100).

Tabela 100 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO e a autoperceção de saúde

QVRSO \ Perceção saúde	Bastante saudável	Saudável	Pouco saudável	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
Limitação funcional	263.17	304.41	369.53	**9.925**	**0.007****
Dor física	263.60	316.85	395.68	**15.562**	**0.000*****
Desconforto psicológico	274.77	321.67	372.34	**12.794**	**0.002****
Incapacidade física	278.01	314.09	370.06	**9.452**	**0.009****
Incapacidade psicológica	286.40	322.84	423.13	**19.104**	**0.000*****
Incapacidade social	298.93	324.32	408.33	**13.565**	**0.001****
Desvantagem	301.41	314.48	404.81	**9.575**	**0.008****
QVRSO total	220.21	272.35	322.33	**13.789**	**0.001****

Relativamente à existência de problemas de saúde, constatou-se que os adolescentes que raramente ou nunca têm odontalgias são os que apresentam melhor qualidade de vida face à saúde oral (PM=248.95). Sendo as diferenças estatisticamente significativas (p=0.000) (cf. Tabela 101).

Tabela 101 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO total e a existência de odontalgias

Odontalgias	Raramente /Nunca	Uma vez por semana	Todos os dias	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	248.95	410.76	361.17	**29.339**	**0.000*****

Em consonância, os adolescentes que tomam medicação para a dor de dentes possuem menor qualidade de vida relacionada com a saúde oral (U=12709.5; Z=-3.639; p=0.000) (cf. Tabela 102).

Tabela 102 - Teste U de Mann Whitney entre QVRSO total e a terapêutica para odontalgias

Terapêutica	Não	Sim	U de Mann Whitney		
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	Z	p
QVRSO total	251.56	318.94	**12709.5**	**-3.639**	**0.000*** **

Resumindo são os adolescentes que se avaliam como pouco saudáveis e que tomam medicação para a odontalgia os que apresentam, em média, pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Em oposição têm melhor qualidade de vida os que raramente manifestam odontalgias.

O estudo da relação entre a avaliação da imagem corporal dos adolescentes e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, revela que os adolescentes que consideram ter um sorriso feio têm uma pior QVRSO (PM=330.67), sendo as diferenças encontradas significativas, (H=29.914; p=0.000) (cf. Tabela 103).

Os adolescentes que avaliam a sua imagem corporal como bonita são os que têm melhor qualidade de vida (PM=227.03), em sentido oposto quando a autoimagem é avaliada como feia, a qualidade de vida é menor (PM=288.05), contudo as diferenças não são significativas (H=4.310; p=0.116) (cf. Tabela 103).

Tabela 103 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO total, a avaliação do próprio sorriso e da autoimagem

Avaliação do próprio sorriso	Bonito	Feio	Não Sorri	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	241.59	330.67	208.88	**29.914**	**0.000*** **
Avaliação da Autoimagem	**Bonita**	**Normal**	**Feia**	**Teste de Kruskal-Wallis**	
	Peso Médio	**Peso Médio**	**Peso Médio**	**H**	**p**
QVRSO total	227.03	248.93	288.05	4.310	0.116

Ao relacionar o tipo de alimentação dos adolescentes e o consumo de guloseimas com a QVRSO, verificou-se que as variáveis em estudo são independentes (tipo de alimentação: H=3.316; p=0.506; consumo de guloseimas: H=4.477; p=0.345) (cf. Tabela 104).

Tabela 104 - Teste de Kruskal-Wallis entre o QVRSO total, o tipo de alimentação e o consumo de guloseimas

Tipo de alimentação	Pouco saudável	Nada saudável	Saudável	Bastante saudável	Muito saudável	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	228.04	237.71	263.54	280.23	260.58	3.316	0.506
Consumo de guloseimas	**Todos os dias**	**Quase todos os dias**	**Às vezes**	**Raramente**	**Nunca**	**Teste de Kruskal-Wallis**	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	275.35	229.12	265.33	263.55	260.29	4.477	0.345

Relativamente ao hábito de petiscar, os adolescentes que não petiscam fora das principais refeições são quem possui melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral (PM=224.62), por sua vez os que petiscam entre três a quatro vezes por dia são quem tem pior qualidade de vida na QVRSO total (PM=355.65), sendo as diferenças estatisticamente significativas (H=23.624; p=0.000). Inferindo-se que o hábito de petiscar entre as principais refeições tem associação com a QVRSO dos adolescentes (cf. Tabela 105).

Tabela 105 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVRSO e o petiscar no intervalo das refeições

Pestiscar / QVRSO	Mais de 4 vezes	3 a 4 vezes	1 a 2 vezes	Não	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	258.78	335.65	265.13	224.62	**23.624**	**0.000*** **

Quanto à ingestão de refrigerantes verificou-se que os adolescentes que nunca os consomem têm melhor qualidade de vida (PM=250.04). Contudo as diferenças não são significativas com a QVRSO total (H=1.120; p=0.772) (cf. Tabela 106).

Tabela 106 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVSRO e ingestão de refrigerantes

Frequência da ingest. / QVRSO	Mais de uma vez por dia	Uma vez por dia	Raramente	Nunca	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	262.98	269.92	260.76	250.04	1.120	0.772

Os hábitos alimentares dos adolescentes associaram-se de forma inversa com a QVRSO total, ou seja, os adolescentes com melhores hábitos alimentares têm melhor qualidade de vida (r=-0.124; p=0.006). Os hábitos alimentares dos adolescentes explicam 1.5% da variabilidade da qualidade de vida relacionada com a saúde oral (cf. Tabela 107).

Tabela 107 - Análise de regressão linear simples entre o score global dos hábitos alimentares e a QVRSO total

	r	r2(%)	p	t	p
QVRSO total	**-0.124**	**1.5**	**0.006****	**-2.786**	**0.006****

O consumo de alimentos não acidogénicos explica 1.4%, o de acidogénicos de menor grau 1.3% e o de acidogénicos de maior grau explica 4.6% da variabilidade da QVRSO, pelo que se concluiu que os adolescentes que consomem mais alimentos não acidogénicos são os que têm melhor QVRSO (cf. Tabela 108).

Tabela 108 - Análise de regressão linear simples entre o consumo de alimentos acidogénicos e a QVRSO total

	QVRSO total				
	r	r2(%)	p	t	p
Alimentos não acidogénicos	-0.120	1.4	0.010**	-2.595	0.010**
Alimentos acidogénicos de menor grau	0.115	1.3	0.014*	2.466	0.014*
Alimentos acidogénicos de maior grau	0.215	4.6	0.000***	4.636	0.000***

Em síntese apurou-se que os hábitos de alimentação saudáveis dos adolescentes e o consumo de guloseimas não se relacionam com a QVRSO. Os participantes que petiscam entre as refeições têm pior QVRSO e os que nunca consomem refrigerantes têm melhor QVRSO.

Os hábitos alimentares influenciam 1.5% na QVRSO, sendo os adolescentes com melhores hábitos alimentares os que têm melhor QVRSO. Relativamente ao consumo de alimentos, verificou-se que quanto maior é a frequência de ingestão de alimentos não acidogénicos e menor a frequência de alimentos acidogénicos, melhor é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes.

Analisou-se também se o índice de CPOD, o índice de placa bacteriana, o risco em saúde oral e os hábitos de higiene oral se associam com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes. Verificou-se que o CPOD e o IPS associaram-se de forma positiva com a QVRSO (score total) dos adolescentes, ou seja, os adolescentes com pior CPOD (r=0.168; p=0.000) e pior IPS (r=0.077; p=0.078) apresentam pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral. O CPOD explica 2.8% da variabilidade do score total da QVRSO dos adolescentes (cf. Tabela 109).

Tabela 109 - Análise de regressão linear simples entre o CPOD e o IPS com a QVRSO total

	QVRSO total				
	r	r2(%)	p	t	p
CPOD	**0.168**	**2.8**	**0.000*****	**3.893**	**0.000*****
IPS	0.077	0.6	0.078	1.788	0.078

A classificação do risco em saúde oral revelou que os adolescentes que têm baixo risco têm melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral (OM=215.65), sendo as diferenças estatisticamente significativas (U=9998.5; Z=-2.368; p=0.018). Concluiu-se que o risco em saúde oral se associa com a QVRSO (cf. Tabela 110).

Tabela 110 - Teste U de Mann Whitney entre QVRSO total com a classificação do risco em saúde oral

QVRSO / Risco	Baixo Risco	Alto Risco	U de Mann Whitney		
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	Z	p
QVRSO total	215.65	267.23	**9998.5**	**-2.368**	**0.018***

Os hábitos de higiene oral associaram-se de forma inversa com a QVRSO dos adolescentes, ou seja, os que têm melhores hábitos de higiene possuem melhor qualidade de vida (r=-0.083; p=0.065), contudo o valor de t evidencia que os hábitos de higiene oral dos adolescentes não se associam de forma significativa com a QVRSO. Os hábitos de higiene oral explicam 1.0% da variabilidade da Limitação funcional, 0.8% da Dor física, Incapacidade social e Desvantagem, 0.7% da Incapacidade física e 0.4% do Desconforto psicológico (cf. Tabela 111).

Tabela 111 - Análise de regressão linear simples entre os hábitos de higiene oral e a QVRSO nas distintas dimensões

	Hábitos de higiene oral				
	r	r^2(%)	p	t	p
Limitação funcional	**-0.101**	**1.0**	**0.016***	**-2.413**	**0.016***
Dor física	**-0.089**	**0.8**	**0.032***	**-2.155**	**0.032***
Desconforto psicológico	-0.066	0.4	0.110	-1.602	0.110
Incapacidade física	**-0.084**	**0.7**	**0.043***	**-2.029**	**0.043***
Incapacidade psicológica	-0.074	0.5	0.070	-1.815	0.070
Incapacidade social	**-0.089**	**0.8**	**0.028***	**-2.200**	**0.028***
Desvantagem	**-0.089**	**0.8**	**0.029***	**-2.179**	**0.029***
QVRSO total	-0.083	0.7	0.065	-1.853	0.065

Em síntese, os adolescentes com valores mais elevados de CPOD e com um IPS menor apresentam melhor QVRSO, contudo apenas o CPOD se associou com a QVRSO. O risco em saúde oral relacionou-se com a QVRSO sendo os adolescentes que apresentam baixo risco os que têm melhor qualidade de vida. Os participantes com melhores hábitos de higiene oral são os que possuem melhor QVRSO.

Constatou-se que os conhecimentos sobre saúde oral se associaram de forma inversa com a QVRSO (r=-0.020) e as suas dimensões, ou seja quanto melhores forem os conhecimentos melhor é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes. Os valores de t

evidenciam que os conhecimentos não se relacionam com a QVRSO (score total, p=0.740). Contudo verificou-se que se associaram com a dor física, desconforto psicológico e incapacidade social (cf. Tabela 112).

Tabela 112 - Análise de regressão linear simples entre os conhecimentos sobre saúde oral e a QVRSO nas distintas dimensões

Conhecimentos sobre Higiene Oral					
	r	**r^2(%)**	**p**	**t**	**p**
Limitação funcional	-0.011	0.01	0.845	-0.195	0.845
Dor física	**-0.126**	**1.6**	**0.021***	**-2.316**	**0.021***
Desconforto psicológico	**-0.127**	**1.6**	**0.019***	**-2.366**	**0.019***
Incapacidade física	-0.033	0.1	0.541	-0.613	0.541
Incapacidade psicológica	-0.063	0.4	0.241	-1.175	0.241
Incapacidade social	**-0.168**	**2.8**	**0.002****	**-3.177**	**0.002****
Desvantagem	-0.064	0.4	0.238	-1.181	0.238
QVRSO total	-0.020	0.04	0.740	-0.332	0.740

O estudo da relação entre a QVRSO e a profissão dos Pais/EE dos inquiridos, revelou que os adolescentes cujo pai ou mãe são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas referem melhor QVRSO, contudo as diferenças encontradas não são significativas (cf. Tabela 113).

Tabela 113 - Teste de Kruskal-Wallis entre a QVRSO e a profissão dos Pais/EE

Profissão do pai (N=469)	**QVRSO**	**Teste de Kruskal-Wallis**	
	Ordenação Média	**H**	**p**
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	225.00		
Especialista de profissões intelectuais e científicas	272.58		
Técnicos e profissionais de nível intermédio	242.53		
Pessoal administrativo e similar	268.95		
Pessoal dos serviços e vendedores	252.57	11.198	0.191
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	185.23		
Operários, artífices e trabalhadores similares	222.57		
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	256.57		
Trabalhadores não qualificados	236.24		
Profissão da mãe (N=469)	**QVRSO**	**Teste de Kruskal-Wallis**	
	Ordenação Média	**H**	**p**
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	251.83		
Especialista de profissões intelectuais e científicas	240.59		
Técnicos e profissionais de nível intermédio	260.63		
Pessoal administrativo e similar	241.22	6.430	0.599
Pessoal dos serviços e vendedores	248.44		
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	171.25		
Operários, artífices e trabalhadores similares	223.96		
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	205.79		
Trabalhadores não qualificados	237.51		

Quanto à situação profissional dos pais constatou-se que esta variável é independente da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes (p>0.05) (cf. Tabela 114).

Tabela 114 - Teste de Kruskal-Wallis entre QVSRO e situação profissional dos Pais/EE

Pai	Empregado	Desempregado	Reformado	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	238.93	241.35	264.68	0.979	0.806
Mãe	**Empregado**	**Desempregado**	**Reformado**	**Teste de Kruskal-Wallis**	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
QVRSO total	240.49	259.43	235.14	1.956	0.581

No estudo da perceção parental sobre a qualidade de vida relacionada com saúde oral das crianças/adolescente procurou-se determinar se esta variável (total e subescalas).se associa com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes (QVRSO).

Verificou-se que as subescalas Impacto na criança (r=0.297; p=0.000) e Impacto na família (r=0.240; p=0.000) se associaram de forma positiva com a QVRSO (score total) dos adolescentes, ou seja, quando aumentam os problemas de saúde oral ou o impacto destes na qualidade de vida da família, menor é QVRSO. A perceção parental sobre a saúde oral das crianças/adolescentes (Q_2VRSOC/A), explica 9.6% da variância do score global da qualidade de vida da saúde oral dos adolescentes, ou seja quando aumenta a perceção parental dos pais menor é qualidade de vida dos adolescentes (cf. Tabela 115).

Tabela 115 - Análise de regressão linear simples entre Q_2VRSOC/A e a QVRSO total

	QVRSO total				
	r	r2(%)	p	t	p
Impacto na criança/adolescente	0.297	8.8	0.000***	6.595	0.000***
Impacto na família	0.240	5.7	0.000***	5.272	0.000***
Q_2VRSOC/A (score global)	0.310	9.6	0.000***	6.904	0.000***

Em síntese, os itens que foram percecionados pelos Pais/EE com mais impacto na qualidade de vida da criança/adolescente foram Dor de dentes/boca e Dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias, os itens que foram percecionados com mais impacto na qualidade de vida da família foram Impacto financeiro e Ficou aborrecido/chateado.

São os pais (pai/mãe) com habilitações do 3º Ciclo do Ensino Básico quem perceciona valores mais baixos no score global do Q_2VRSOC/A, sendo as diferenças significativas (p=0.046).

No que se refere à situação no emprego do pai e o Q_2VRSOC/A (score global) as diferenças são estatisticamente significativas (p=0.013).

Para completar o estudo diferencial realizou-se uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo de algumas variáveis independentes consideradas de maior interesse estatístico (idade dos adolescentes, consumo de alimentos não acidogénicos, acidogénicos de menor e de maior grau, hábitos alimentares, CPOD, IPS, conhecimentos em saúde oral, hábitos de higiene oral, perceção parental sobre a saúde oral das crianças/adolescentes) em relação à variável dependente QVRSO (cf. Tabela 116). Investigando-se desta forma se os mesmos se constituem como fatores preditores da QVRSO.

O erro padrão da estimativa diminuiu para 1.001 neste modelo de regressão e o valor da "*variance inflaction factor*" (VIF)[6] permite concluir que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que o valor de VIF é de 1.000, valor inferior a 5.0 conforme preconizado por Maroco (2011).

Dos fatores que entraram no modelo de predição, apenas três: Q_2VRSOC/A, consumo de alimentos acidogénicos de maior grau e hábitos de higiene oral predizem a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes explicando 30.2% da sua variabilidade.

A variável Q_2VRSOC/A foi a que apresentou maior coeficiente de correlação, sendo a primeira a entrar no modelo de regressão, que configurou três passos e apresentou um coeficiente de correlação de 0.947, que corresponde a 15.8% da variância explicada da QVRSO, seguido do consumo de alimentos acidogénicos de maior grau que explica 10.5% e dos hábitos de higiene oral responsável por 3.9%.

A análise comparativa dos coeficientes de beta sugere-nos que a variável hábitos de higiene oral varia na razão inversa, ou seja, quanto melhores hábitos de higiene oral melhor a QVRSO dos adolescentes, por sua vez quando menor a perceção parental sobre a saúde oral das crianças/adolescentes e maior o consumo de alimentos acidogénicos de maior grau, menor é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes (cf. Quadro 116).

[6] Utilizou-se o valor de variance inflaction factor para diagnosticar a multicolinearidade das variáveis, sendo que valores de VIF superiores a 5 ou mesmo a 10 indicam que as variáveis em estudo são colineares (Maroco, 2011).

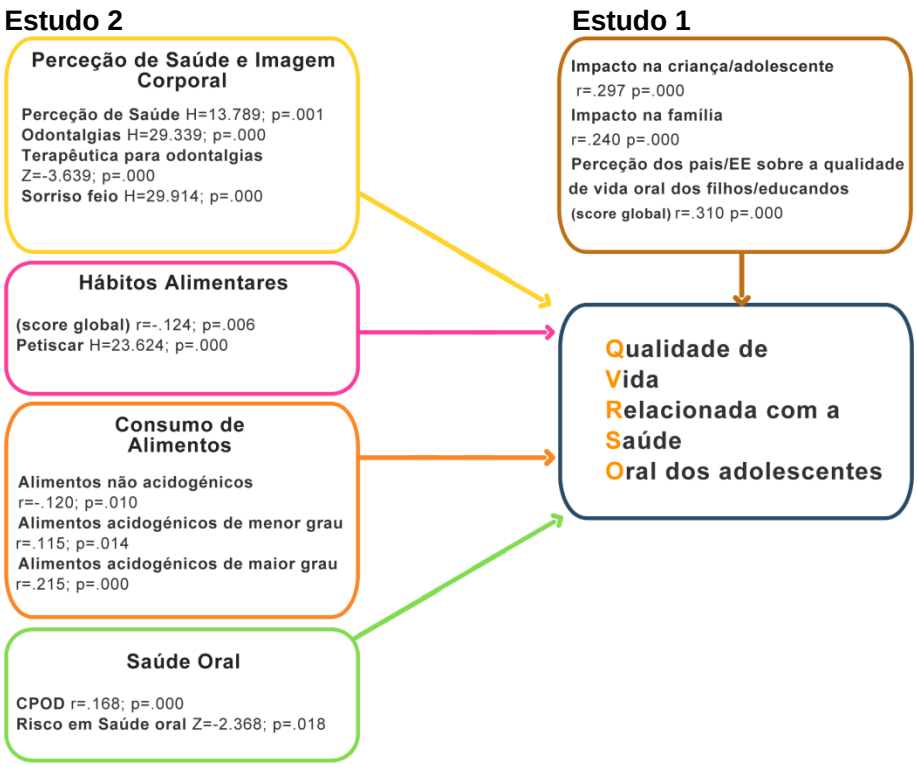
Tabela 116 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes

Variável dependente = *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes*						
R Múltiplo = 0.576 **R2 = 0,332** **R2 Ajustado = 0.302** **Erro padrão da estimativa = 12.947** **F= 4.832** **p= 0.031**						
Sumário da Regressão						
Variáveis Independentes	**Coeficiente padronizado**	**Coeficiente de Regressão**	**Incremento de R2**	**t**	**p**	**Colinearidade VIF**
Constante	-	5.538	-	0.462	0.646	
Q_2VRSOC/A	0.947	0.403	0.158	4.040	0.000	**1.001**
Consumo de alimentos acidogénicos de maior grau	0.679	0.344	0.105	3.442	0.001	**1.001**
Hábitos de higiene oral	-0.966	-0.220	0.039	-2.198	0.031	**1.0001**
Análise de Variância						
Fonte	**Soma Quadrados**	**gl**	**Média dos Quadrados**	**F**		**p**
Regressão	5584.321	3	1861.440	11.104		0.000***
Residual	11231.510	67	167.634			
Total	**16815.831**	**70**				

O Estudo 1, relação entre as variáveis de contexto familiar (nível socioprofissional, situação no emprego e a perceção dos Pais/EE) e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes, permitiu constatar que a QVRSO está relacionada com a perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida oral dos filhos/educandos (score global e subescalas) (cf. Figura 8)

O Estudo 2, relação entre as variáveis independentes (perceção da saúde, imagem corporal, hábitos alimentares, consumo de alimentos, saúde oral) e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes, permitiu constatar que a QVRSO se relacionou com a perceção de saúde (odontagias e sua terapêutica), a imagem corporal (sorriso), hábitos alimentares (score global e pesticar no intervalo das refeições), consumo de alimentos (não acidogénicos, acidogénicos de menor e maior grau) e a saúde oral (CPOD e risco em saúde oral). (cf. Figura 8).

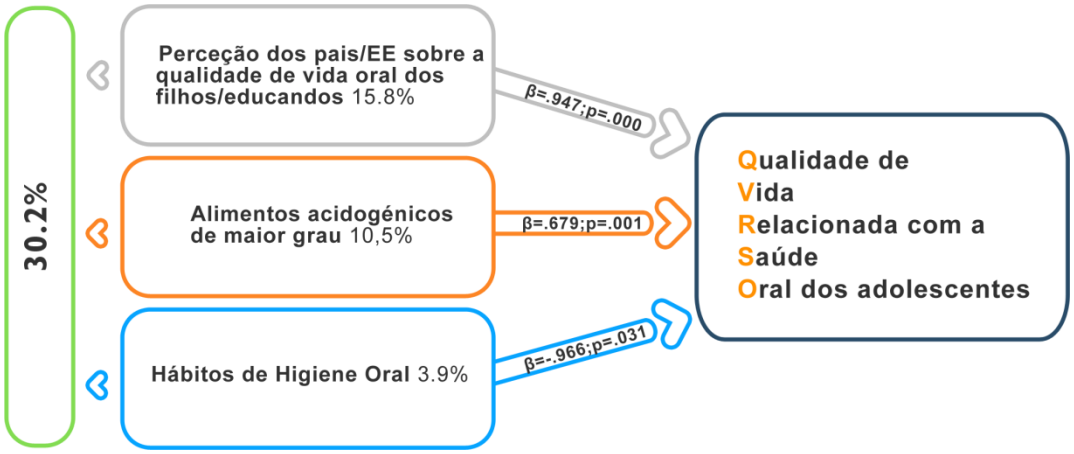
Figura 8 - Modelo explicativo do impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes (Estudo 1 e Estudo 2)



Para completar o estudo diferencial realizou-se uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo de algumas variáveis independentes consideradas por nós de maior interesse estatístico (idade dos adolescentes, consumo de alimentos não acidogénicos, acidogénicos de menor e de maior grau, hábitos alimentares, CPOD, IPS, conhecimentos em saúde oral, hábitos de higiene oral, perceção parental sobre a saúde oral das crianças/adolescentes) em relação à variável dependente QVRSO. A Figura 9 sintetiza os resultados das regressões múltiplas efetuadas.

O modelo de regressão linear múltipla explica 30.2% da variabilidade da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes e reforça que o consumo de alimentos acidogénicos de maior grau e a perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos filhos/educandos, se assumem como preditores da QVRSO, atestando também que os hábitos de higiene oral são igualmente preditores da QVRSO (cf. Figura 9).

Figura 9 - Modelo preditivo qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes



7.3 – Discussão do impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes

Apresentar-se-á, de seguida, a discussão dos resultados que mais se evidenciaram, confrontando-os com vários estudos nacionais e internacionais sobre a aparência e perceção de saúde, saúde oral (indicadores clínicos CPOD e IPS, risco em saúde oral, hábitos e conhecimentos em saúde oral), hábitos alimentares e qualidade de vida relacionada com a saúde oral, segundo a sequência anunciada.

7.3.1 – Perceção da aparência e de saúde dos adolescentes

Neste estudo, 49.0% dos adolescentes consideram ter uma aparência razoável, 90.6% referem ser importante ter dentes saudáveis e bonitos, 78.3% consideram que têm um sorriso bonito e 75.7% mencionam que têm uma imagem corporal normal. Apesar destes resultados, positivos para a maioria dos adolescentes, 41.8% dos adolescentes pretendem mudar alguma coisa no seu corpo. Estes resultados corroboram os dos estudos de outros investigadores (R. Costa et al., 2012; M. G. Matos et al., 2006), em que 55.1% e 51%, respetivamente, dos adolescentes referiram que gostavam de alterar algo no seu corpo. Os resultados que se obtiveram sobre a importância de ter dentes bonitos e saudáveis para uma boa imagem corporal estão de acordo com Bica et al. (2011) que concluíram que a maioria (86.4%) dos adolescentes considerava importante para a sua imagem corporal ter uns dentes saudáveis e bonitos. Os resultados obtidos no que concerne ao sorriso e à avaliação da aparência pelos adolescentes estão de acordo com os do estudo de R. Costa et al. (2012), em que 73.2% adolescentes consideraram ter um aspeto normal e 79% um sorriso bonito. Também o estudo da DGS (2008) concluiu que os adolescentes portugueses tinham uma perceção positiva da sua saúde oral, aos 12 e 15 anos, havendo, respetivamente, 39% e 45% dos participantes a considerar a condição da sua boca e dentes como “boa ou muito boa”.

Uma perceção positiva sobre a aparência, o sorriso e a imagem corporal normal são promotores da autoestima e da autoimagem. Como refere (Weyne, 1997), a nível psicossocial, uma boca saudável garante a manutenção de uma expressão e comunicação interpessoal agradável e uma boa aparência, constituindo, assim, um fator importante na promoção e preservação da autoestima. O sorriso interliga-se com a autoimagem que o adolescente possui, quer enquanto veículo de uma comunicação não-verbal, quer como complemento do seu ideal de beleza, que é extremamente importante nesta fase da vida. Para além disso, o sorriso faz bem à saúde, é uma linguagem universal e acarreta aspetos positivos a quem sorri e a quem recebe um sorriso, exigindo atualmente a sociedade, um sorriso harmonioso e bonito (Vieira, Priore, Ribeiro, & Franceschini, 2005).

Em termos de saúde, a maioria dos adolescentes refere não apresentar problemas e perceciona-se como saudável, sem referir manifestação de qualquer sintomatologia. Sendo estes resultados semelhantes aos de outros estudos representativos dos adolescentes portugueses (M. Matos, Simões, & Carvalhosa, 2000; M. G. Matos et al., 2006). A perceção e a avaliação positiva que os adolescentes fazem de si são importantes. Contudo, não estão, necessariamente, relacionadas às condutas mais apropriadas, como demonstram os resultados obtidos neste estudo e no de Clemente and Faria (2009), em que uma percentagem significativa de adolescentes tem comportamentos inadequados no que respeita aos hábitos de higiene dentária e aos hábitos alimentares, o que, como referido anteriormente, pode condicionar o seu estado de saúde. Estes resultados permitem-nos, também, sustentar que a perceção de saúde depende de muitos fatores, e por isso não poderá ser conceituada a partir de um único significado. Mesmo num grupo de pessoas com as mesmas características e que desfrutam do mesmo universo social, a maneira como percebem a saúde é expressa com muita singularidade (C. R. L. D. Silva & Simão, 2012). Compreende-se, assim, que a conceção de saúde apesar de estar ao alcance de de todo o ser humano, não é a mesma para todos e, sim, única a cada indivíduo (C. R. L. D. Silva & Simão, 2012).

7.3.2 – Hábitos alimentares dos adolescentes

Uma alimentação saudável tem um impacto positivo não só na saúde em geral como também na saúde oral. Existe uma relação clara entre o tipo de alimentos e a frequência da sua ingestão com o desenvolvimento de cárie dentária, defeitos de esmalte, erosão dentária e doenças periodontais, especialmente se não forem tomadas medidas preventivas adequadas (DGS, 2008). Por isso, é importante analisar o conteúdo e a frequência da ingestão de alimentos e bebidas pelos adolescentes, quer enquanto fator de risco de doenças orais, quer pelo efeito benéfico que a educação alimentar tem na redução das doenças crónicas (DGS, 2008).

Constatou-se que é a família quem mais influencia a alimentação dos adolescentes (77.8%), seguindo-se os amigos (19.2%), a televisão (17.0%), os profissionais de saúde (médico/enfermeiro) (12%), os professores (11.5%), sendo 6.8% influenciados pela informação que leem nos jornais/Internet e revistas.

A maioria dos adolescentes (62%) refere que o tipo de alimentação que faz se baseia na seleção de alimentos saudáveis e na escolha dos alimentos que mais gostam (68%), em 44.2% dos casos as escolhas alimentares são de acordo com os hábitos familiares.

A maioria dos adolescentes (57.6%) faz 5 a 6 refeições por dia, toma todos os dias o pequeno-almoço, almoço, lanche a meio da tarde e janta. Quanto ao lanche a meio da manhã, apenas 48.2% o fazem e 28.5% ingerem a ceia. O pequeno-almoço é uma refeição importante para crescimento e desenvolvimento do adolescente. Os resultados obtidos relativamente à ingestão do pequeno-almoço são concordantes com a de outros autores relativamente ao facto desta ser uma refeição que a maioria dos adolescentes realiza diariamente. Contudo as percentagens obtidas (16.7%) são superiores às de outros estudos portugueses (M. M. S. R. S. Ferreira, 2008; M. G. Matos, 2010) que obtiveram resultados de 7.8% e 13.2%, respetivamente.

Verificou-se que, a maioria dos adolescentes considera que tem hábitos alimentares saudáveis (67.9%), sendo que 14.7% os considera bastante saudáveis. A percentagem de adolescentes que considera os seus hábitos alimentares saudáveis é superior aos 29% reportados no estudo de M. Matos et al. (2001).e semelhante ao estudo de Clemente and Faria (2009), com 68.4%. Apesar de 67.9% dos adolescentes referirem que têm hábitos alimentares saudáveis, 45.5% dos adolescentes comem às vezes guloseimas entre as principais refeições, 56.3% petiscam uma a duas vezes por dia, sobretudo sandes (59.6%), bolos e bolachas (51.5%), fruta (50.2%), e queijos e iogurtes (31.4%). O local de preferência para aquisição dos petiscos é no bar da escola (67.9%), seguido de trazer de casa (46.6%) e do café (20.8%). Os rapazes utilizam mais as máquinas dispensadoras para adquirirem os "petiscos" do que as raparigas. Os líquidos mais ingeridos são a água (82.2%), refrigerantes (46.4%) e os sumos naturais (41.1%). O local de eleição para aquisição de líquidos é o bar da escola por (78.5%) e o café (22.0%). Realce-se que é, também, no bar da escola que a maioria dos adolescentes adquire os petiscos. A escola ocupa um lugar de extrema importância na prevenção das doenças orais e no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, seja através da oferta de alimentos saudáveis (ou menos cariogénicos) no bar da escola, seja na confeção e apresentação das refeições na cantina, seja na oferta de saídas de água potável (bebedouros), seja em campanhas de sensibilização sobre higiene oral e alimentação saudável. Atendendo a que o bar escolar constitui um serviço complementar ao refeitório, no fornecimento de refeições intercalares aos alunos e restante comunidade educativa, deve disponibilizar alimentação equilibrada e promotora de saúde (DGE, 2012).

Tendo em consideração a classificação dos géneros alimentícios de acordo com as suas características nutricionais, os princípios pelos quais se deve reger a oferta alimentar em meio escolar, nomeadamente nos bares escolares, são, 1- Géneros alimentícios a promover; 2- Géneros alimentícios a limitar; 3- Géneros alimentícios a não disponibilizar (DGE, 2012). As características tidas em conta para a classificação dos géneros alimentícios nos três grupos considerados (a promover, a limitar e a não disponibilizar) foram: o valor calórico, o teor de açúcares (sobretudo os açúcares adicionados), de gorduras (sobretudo as gorduras trans) e de sódio (sal). Outros critérios como o teor de fibras e de antioxidantes, a existência de edulcorantes e conservantes e/ou corantes tiveram também um peso crucial (DGE, 2012). Como refere C. M. Almeida (2000), é muito importante que se revejam os critérios de seleção de alimentos e guloseimas a vender pelas pastelarias e cafés que situem nas proximidades das escolas, uma vez que o acesso potencia o consumo.

De acordo com Palmer (2001), alguns alimentos considerados saudáveis são grandemente cariogénicos, como sejam aos hidratos de carbono, devido à capacidade de produção de ácidos. Os alimentos mais acidogénicos consumidos com maior frequência pelos adolescentes, uma vez por dia ou mais de uma vez por dia, são o leite com chocolate (45.9%), sumos sem gás (29.0%), os refrigerantes/sumos com gás (26.5%), bolachas e biscoitos (23.8%) e croissants/pasteis/bolos de pastelaria (20.1%). O consumo de refrigerantes/sumos com gás, altamente acidogénicos, potencia o risco dos adolescentes desenvolverem cáries dentárias se não efetuarem uma correta higiene oral após a sua ingestão. Para além deste risco o seu consumo constitui uma preocupação, já que aumentam a ingestão calórica diária, apresentam um baixo valor nutricional e substituem muitas vezes a ingestão de leite na dieta das crianças e adolescentes (Guthrie & Morton, 2000; Krebs-Smith, 2001; Lo et al., 2008).

Os alimentos consumidos pelos adolescentes com mais frequência, são a água (86.8%), a fruta fresca (59.6%), o pão/torradas (59.2%), os legumes/saladas (48.1%), a sopa (47.9%), o leite simples (46.5%), o iogurte sem açúcar/queijo (46.2%), o leite com chocolate (45.9%), a manteiga/margarina no pão (38.9%). De entre eles, alguns não são acidogénicos (água, legumes/saladas, leite simples, e iogurte sem açúcar/queijo) e outros são acidogénicos de menor grau. Os alimentos acidogénicos de maior grau que são consumidos com menos frequência são o mel (11.0%), a fruta caramelizada (10.3%), o *fast food* (8.4%) e as pipocas doces (6.1%).

Comparando os resultados obtidos com os de outros investigadores, Clemente and Faria (2009); DGS (2008); M. G. Matos et al. (2006), verificou-se que o comportamento alimentar identificado é análogo ao reportado pelos adolescentes destes estudos que afirmaram que dos hábitos alimentares fazia parte o consumo regular de fruta, bolos de pastelaria, bolachas, leite com chocolate e refrigerantes.

No que respeita ao consumo de alimentos acidogénicos (menor grau e maior grau) verificou-se que aumenta à medida que aumenta a idade dos adolescentes. Os resultados são estatisticamente significativos no consumo de alimentos acidogénicos de maior grau (p=0.011). Apurou-se ainda os adolescentes com 11 anos são os que consomem mais alimentos não acidogénicos. Estes resultados corroboram os de Fonseca et al. (2009), que concluíram que os adolescentes mais novos (11 anos) consomem mais frequentemente alimentos saudáveis e menos frequentemente alimentos pouco saudáveis.

No que se refere ao risco em saúde oral, são os adolescentes pertencentes ao grupo de alto risco que consomem com maior frequência alimentos acidogénicos de maior grau, sendo as diferenças estatisticamente significativas apenas no consumo deste tipo de alimentos (quanto mais frequente a ingestão de alimentos acidogénicos de maior grau, maior é o valor do CPOD p=0.000). Estes resultados estão conformes com a evidência científica que refere que o alto consumo de refrigerantes é um fator de risco para o aparecimento de cáries dentárias (Hamasha, Warren, Levy, Broffitt, & Kanellis, 2006) e que os ácidos presentes nas bebidas carbonadas podem ter um efeito prejudicial, como a erosão do esmalte, maior que os ácidos da flora oral gerados pelos açúcares de bebidas açucaradas (American Academy of Pediatric Dentistry, 2005). A WHO (2003b) enfatiza a necessidade de limitar o acesso a refrigerantes para se reduzirem problemas de saúde associados ao seu consumo, que vão desde a obesidade aos riscos de cáries dentária, de osteoporose e fraturas ósseas.

7.3.3 – Saúde oral dos adolescentes

A observação da cavidade oral dos adolescentes, permitiu a avaliação dos indicadores clínicos de saúde oral, índice de CPOD e IPS.

Verificou-se que os participantes apresentavam valores de CPOD médio de 2.23. Este valor, apesar de ser superior ao 1.48 do CPOD português encontrado no ENPDO (DGS, 2008), é bastante inferior ao valor médio de 3.17 de CPOD observado no estudo de D. S. Alves and Gonçalves (2009), obtido em adolescentes entre os 11 e 14 anos, e aos 3.80 do estudo da OMS, DGS, e ESMDL, no ano de 1983/84 (DGS, 2000). O resultado encontrado, a nível nacional, situa-se no intervalo entre os 3.80, em 1983/1984, e 1.48, em 2005/2006 (DGS, 2000, 2008).

Comparando com estudos mais recentes, realizados em Portugal, pode-se constatar que o resultado é similar ao estudo de Bica et al. (2012), realizado no concelho do Satão, com um índice de CPOD de 2.32, mas bastante inferior aos 4.05 encontrados por Barata et al. (2013). Considerando a classificação da OMS, que utiliza como referencial os níveis de cárie dentária (índice de CPOD) aos 12 anos, o resultado (2.23) encontra-se afastado do valor preconizado para a região europeia em 2020 (1.50) e do resultado (1.48) encontrado em Portugal (2005/6), no ENPDO (DGS, 2008). O resultado obtido é, também, menos favorável que o de

alguns países europeus, no ano de 2005, nomeadamente, Espanha 1.33, França 1.2, Suécia 1.0, Dinamarca 0.8, Alemanha e Reino Unido 0.7 e no ano 2010, Bélgica 0.9, Dinamarca 0.6 e Luxemburgo 0.7, constata-se que o resultado é menos favorável (OECD, 2012; SESPO, 2006).

Para avaliar a prevalência da cárie, complementarmente ao índice CPOD, foi determinado o índice SiC aos 12 e 15 anos, obtendo-se uma média, respetivamente, de 4.3 e 6.5. Valor, também, superior ao obtido no ENPDO, em 2005/6, em adolescentes de 12 anos da região centro e a nível nacional, onde se observou um índice SiC de 3.7 e 3.8, respetivamente, e ao índice SiC (3.5) em Espanha no ano de 2005 (DGS, 2008). O resultado encontra-se, também, afastado do índice SiC preconizado pela OMS para o grupo etário dos 12 anos, que deverá ser inferior a 3.0 no ano 2015 (DGS, 2008). Contudo, assemelha-se aos valores do índice SiC aos 15 anos na região centro e a nível nacional, respetivamente, 6.7 e 6.9 (DGS, 2008).

A média de dentes cariados aos 12 anos (0.86) foi superior à média nacional para a região centro (0.67) e aos 15 anos (0.15) foi inferior à média nacional para a mesma região (0.32). No que se refere aos dentes perdidos para os mesmos grupos etários, as médias são inferiores às da região centro e a média de dentes obturados é superior aos encontrados no estudo nacional para a região centro (DGS, 2008).

Os resultados obtidos indicam que a saúde oral dos adolescentes deve continuar a ser objeto de intervenção, devidamente planeada, de forma a obter ganhos em saúde, e a permitir a sua aproximação aos valores preconizados pela OMS. Não se pode nem deve, portanto, regatear esforços para promover a saúde oral global dos adolescentes como refere a resolução sobre saúde oral: Oral Health: action plan for promotion and integrated disease prevention, aprovada em 2007 na Assembleia Mundial da Saúde (DGS, 2008),ao solicitar aos Estados Membros que adotem medidas que assegurem a incorporação da saúde oral nas políticas de prevenção e tratamento das doenças transmissíveis e não transmissíveis, assim como nas políticas de saúde da mulher e da criança. Esta resolução revela bem a importância das estratégias globais de promoção de saúde e prevenção das doenças crónicas, cujos determinantes são comuns às doenças orais

A partir do momento que a placa bacteriana foi considerada o fator etiológico principal da cárie e doenças periodontais, é de suma importância o seu controlo e a prevenção para diminuir a incidência dessas patologias orais, sendo a escova e o fio dentário considerados os instrumentos mais efetivos para a sua remoção, (Nyvad, 2003).

A acumulação da placa bacteriana é um sinal evidente de uma higienização pouco adequada. O valor, considerado moderado, é suportado num predomínio de presença de placa bacteriana nos 2/3 cervicais da coroa no maxilar superior e um predomínio de presença de placa bacteriana nos 1/3 cervicais da coroa do maxilar inferior. Os dados observados no estudo evidenciaram um IPS entre o 0 e os 3, com um valor médio de 1.61, sendo os

adolescentes mais novos (11 anos) os que apresentam um IPS mais elevado, o qual diminui, progressivamente, até aos 15 anos. Os resultados obtidos, nesta investigação, para o IPS do maxilar superior, corroboram os de Bica et al. (2012), e são inferiores aos encontrados por Noborikawa-kahatsu (2009).

De acordo com Gomes and Silva (2010), o uso regular da escovagem com pasta dentífrica fluoretada e o uso do fio dentário na prática da higiene oral são requisitos necessários para a eliminação adequada da placa bacteriana e controlo da cárie. O valor de placa bacteriana revelado no estudo parece demonstrar que a escovagem não está a ser suficientemente eficaz, apesar da maioria dos adolescentes escovar os dentes duas ou mais vez por dia. A utilização do fio dentário está, também, abaixo do recomendado, pois, este, raramente ou nunca é usado por uma grande percentagem de adolescentes. Atendendo a estes resultados, concorda-se com Long (2004) que refere que além da instrução e motivação sobre o tempo e forma correta de escovagem e tempos de substituição da escova de dentes, os profissionais de saúde devem também indicar os dispositivos adequados para a higiene oral e, com Gomes e Silva (2010), quando afirmam que o método utilizado para medir a acumulação de placa bacteriana pode ser usado como ferramenta para avaliar a motivação, o envolvimento e o autocuidado dos adolescentes (Gomes & Silva, 2010).

A associação dos indicadores clínicos, índice de CPOD e IPS, com os problemas de saúde, permitiu concluir que os adolescentes que nunca, ou raramente, têm odontalgias são os que apresentam melhor CPOD. Os que têm odontalgias uma vez por semana apresentam um índice de CPOD mais elevado, com diferenças estatísticas significativas ($p=0.001$), o mesmo acontecendo com os adolescentes que tomam terapêutica para a odontalgia. Tal facto indicia que estes adolescentes já tiveram uma ou mais experiências de cárie, resultados similares ao estudo realizado por L. L. Ferreira et al. (2012), no qual a odontalgia em adolescentes está associada à alta experiência de cárie ($p<0.01$).

A ingestão de refrigerantes revelou que os adolescentes que nunca os consomem têm um índice de CPOD mais baixo e os que consomem uma vez por dia são os que têm o índice mais elevado ($p=0.016$). Este resultado é semelhante ao obtido por Bica et al. (2012); Bica et al. (2011). Concorda-se com Sohn, Burt, and Sowers (2006), que referem que o alto consumo de refrigerantes por crianças e adolescentes é um fator de risco e por isso deve ser desencorajado.

Na perceção parental sobre a Q_2RSOC/A, fruto dos resultados obtidos, as subescalas impacto na criança e na família associaram-se de forma positiva com o índice de CPOD, ou seja, os pais dos adolescentes com um índice de CPOD mais baixo têm melhor perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos filhos(as)/educandos. Tal acontecimento prende-se, provavelmente, ao facto dos filhos disporem de uma condição de saúde oral livre de dores que lhes permite falar, mastigar, sorrir, saborear, viver livre de dor e desconforto e

se relacionar com outras pessoas. Pois, a saúde oral comprometida é responsável por dores consideráveis, dificuldade em ingerir alimentos e bebidas, dificuldade na dicção, absentismo escolar, tratamentos dentários e diminuição da qualidade de vida e bem-estar, o que, acontecendo, condiciona a perceção dos Pais/EE.

O défice de saúde oral afeta o indivíduo, física e psicologicamente influenciando o seu crescimento e desenvolvimento. Neste âmbito, os enfermeiros têm um papel relevante na sensibilização dos pais para a sua responsabilidade na saúde da criança a curto, médio e longo prazo. Isto porque, são os pais os seus primeiros educadores e referências modelares que lhes incutem os princípios básicos de higiene. O enfermeiro na educação para a saúde deve promover um conjunto de medidas que vão capacitar os pais/educadores, crianças e adolescentes para os cuidados de higiene oral e vigilância da saúde oral, tendo em vista não só a qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança e do adolescente mas também a qualidade de vida geral.

Risco em saúde oral

A definição de risco de cárie é importante para identificar e relacionar os fatores determinantes, fornecer subsídios para decidir sobre o tratamento e permitir a avaliação da adequação das estratégias propostas (Reich, Feldman, & Goldstein, 1999). Para determinar a probabilidade de ocorrência de novas lesões ou de progressão das já estabelecidas recorre-se à avaliação de fatores, indicadores e preditores de risco. Assim, tendo em consideração a estratégia de intervenção individual e comunitária que o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral preconiza, a análise de risco baseia-se no exame objetivo da boca, antecedentes pessoais, conteúdo da dieta, frequência de ingestão de alimentos, controlo da placa bacteriana, utilização de fluoreto e motivação para a saúde oral (DGS, 2005b).

Concluiu-se que a maioria dos adolescentes (90.5%) apresenta alto risco de desenvolver problemas dentários e apenas 9.5% existe baixo risco. Os rapazes têm um maior risco (93.1% vs 88.4%), sendo diferenças significativas, (p=0,044). Este resultado é semelhante ao estudo de Bica et al. (2012) que apurou que 92.6% dos adolescentes tinham alto risco de desenvolverem cárie, havendo, também, significância estatística e um predomínio dos percentuais dos rapazes (94.4% vs 91.0%). Outros estudos (Bica et al., 2011; R. Costa et al. (2012), revelaram valores de risco mais baixos, respetivamente, 86% e 83.6%. Segundo Hale, Householder, and Greene (2003) cada criança deveria ser alvo de uma avaliação do risco individual de saúde oral, a partir dos 6 meses de idade, por um pediatra, enfermeiro, médico de família ou outro profissional de saúde. Em caso de alto risco devem ter prioridade e ser encaminhadas para um médico dentista, a partir dessa idade e antes dos 12 meses (ou até 6 meses depois da erupção do 1º dente), onde se tomarão as medidas preventivas adequadas. O exame da boca deve ser registado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, nas idades

chave, em “Observações”; Ficha Individual de Saúde Oral, sempre que a avaliação for realizada no Centro de Saúde (DGS, 2006a).

Os fluoretos, sob as mais diversas formas, são, reconhecidamente, a componente central de uma estratégia de prevenção da cárie dentária. A partir dos 6 anos de idade os bochechos fluoretados fazem parte dos programas escolares de prevenção da cárie dentária. Os selantes de fissura, quando aplicados corretamente, são eficazes na prevenção das lesões de cárie que se localizam nas superfícies oclusais dos dentes molares e pré-molares (DGS, 2008).

7.3.4 – Hábitos de higiene oral

Os determinantes comportamentais, tais como os hábitos de higiene oral e os hábitos alimentares, estão relacionados com a saúde oral (DGS, 2008).

Da análise dos determinantes de saúde que mais influenciam a saúde oral, concluiu-se que a maioria dos adolescentes (63.8%) escova os dentes duas ou mais vezes por dia, sendo a percentagem de raparigas superior (76.5%), e com diferenças altamente significativas entre sexos. Comparando os resultados deste estudo com os 66% obtidos no ENPDO em 1999 (DGS, 2000), os 67% reportados no ENPDO 2005/6 (DGS, 2008) e os 62.7%, e 67.4% dos relatórios HBSC 2006 e 2010, verificou-se que entre eles existe homogeneidade (M. G. Matos et al., 2012; M. G. Matos et al., 2006). No estudo de Lima and Schneider (2010) a percentagem de adolescentes que afirmava escovar os dentes mais de três vezes por dia era de 41.3%, os resultados analisados, também, corroboram os destes autores no concerne à percentagem de adolescentes que afirmam nunca escovar os dentes. Estão também de acordo com os achados de Freddo et al. (2008), Honkala, Rajala, and Rlmpelä (1981), N. C. N. Santos et al. (2007) e Yokoyama et al. (2010) no que concerne aos hábitos de higiene oral serem associados ao sexo feminino. Contudo no estudo deste último autor a percentagem de adolescentes que refere que só escova os dentes às vezes é superior à que foi encontrada no presente estudo (14.8% vs 7.7%, respetivamente). Estes resultados são superiores aos do estudo de Veiga (2009), no qual apenas um em cada quatro adolescentes cumpre as regras de higiene oral, escovando os dentes duas ou mais vezes por dia e, aos do estudo de M. G. Matos et al. (2006), no qual existe um predomínio da escovagem dos dentes de uma vez por dia. Perante os dados, parece existir uma tendência de melhoria na escovagem diária dos dentes, dado que os resultados obtidos, se aproximam das duas ou mais vezes por dia preconizadas pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2008).

A escovagem dos dentes ao deitar era realizada, sempre, por 40.7% dos adolescentes, valor inferior aos 58.0% reportados no ENPDO (DGS, 2008). Tal como no número de escovagens por dia, os adolescentes do sexo feminino têm uma maior percentagem de escovagem dos dentes à noite e todos os dias.

Na higiene oral, a escova de dentes, a pasta dentífrica e o elixir são os utensílios utilizados, preferencialmente, por 54.1% dos adolescentes. Apenas 19.5% dos inquiridos referiram usar diariamente o fio dentário, valor inferior aos 25% encontrados no ENPDO (DGS, 2008), aos 31.9% citados por Freddo et al. (2008), e aos referidos por Cukovic-Bagic, Dumancic, Nuzzolese, Marusic, and Lepore (2012) que mencionaram que 44% dos adolescentes italianos e 35.3% dos croatas usam o fio dentário na higiene oral e muito superior aos (4.4%) reportados por (Veiga, 2009). Os resultados obtidos no estudo são concordantes com os de M. G. Matos et al. (2006) que, também, apuraram que as raparigas escovam mais os dentes e utilizam o fio dentário com mais frequência.

A escova utilizada na higiene oral, por 96.5% dos adolescentes, é, preferencialmente, de dureza macia ou média e substituída antes dos três meses (29.0%) ou de 3 em 3 meses (28.3%). A maioria dos adolescentes (51.1%) escova os dentes, as gengivas e a língua, demorando 2 a 5 minutos na escovagem da boca (62.2%). Estes procedimentos estão de acordo com as orientações do PNPSO (DGS, 2005b) e com o preconizado pela maioria dos fabricantes e investigadores que afirmam que o tempo médio para a troca das escovas é de 3 meses (Mialhe, Silva, & Possobon, 2007).

A maioria (66.0%) dos participantes refere que iniciou a escovagem de dentes com ajuda. Destes, 60.3% teve ajuda da mãe e 32.5% do pai. Facto que parece não ser surpresa, tal como mencionam vários estudos, pois é frequente a figura materna ser a responsável pelo estabelecimento de regras e rotinas de higiene e alimentação, (Franzin & Bijella, 2005; Serra-Negra et al., 2006; D. D. F. Silva et al., 2008; Theodoro et al., 2007).

As principais fontes de informação sobre higiene oral citadas pelos adolescentes foram o dentista (75.9%), os professores (60.2%), os parentes (56.7%), médico de família (32.9), o enfermeiro (16.7) e os vários meios de comunicação social (televisão, 46.4%; revistas, 28.2%; internet, 21.3%, etc.). No estudo realizado por Freire et al. (2007), apesar de serem os mesmos protagonistas, a ordem decrescente foi a mãe, o pai, o dentista e o professor. Similarmente, C. R. L. D. Silva and Simão (2012) apuraram, também, que os responsáveis por transmitirem os conhecimentos sobre saúde oral foram os pais (78.4%) e o dentista (66.7%). Apesar da informação ser maioritariamente obtida através de profissionais de saúde (92.6%), considerou-se preocupante que apenas 16.7% dos inquiridos referissem que os enfermeiros lhes falaram de higiene oral, porque, promover a saúde oral é um dos objetivos dos exames das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (DGS, 2005b). Este percentual, diminuto, pode ser explicado pelo facto do boletim individual de saúde infantil e juvenil integrar um espaço próprio destinado ao registo dos resultados da observação da cavidade oral, apenas, a partir de 2008, e só com a entrada em vigor do PNPSO-Plano B (2011) ter sido enfatizado o aproveitamento de todas as oportunidades para a vigilância da saúde oral, por exemplo, como no momento da vacinação (DGS, 2011). Atendendo à

acuidade desta valência, o Programa de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013b) vem reforçar as medidas de promoção da saúde oral com a conexão para o PNPSO. Nestes contextos de trabalho, espaços privilegiados de atendimento de crianças e adolescentes, os enfermeiros têm um papel crucial para promover a educação para a saúde oral direcionada aos pais, crianças e adolescentes.

Observou-se que 95.0% dos adolescentes já foram ao dentista, dos quais, 30.3% duas vezes por ano, 28.4% anualmente e 40.7% devido a problemas. Estes resultados são semelhantes aos encontrados no ENPDO, aos 12 e aos 15 anos, em que mais de 60% dos adolescentes foram uma ou mais vezes por ano a consultas de saúde oral, sendo os seus principais motivos a vigilância da saúde da boca e dos dentes (56% e 39%) e os tratamentos dentários (22% e 36%) (DGS, 2008).

Em relação à qualidade dos hábitos de higiene oral, 39.6% apresentam maus hábitos, 36.8% bons e 23.6% razoáveis. As raparigas apresentam melhores hábitos do que os rapazes (p=0.000), resultados que corroboram os de outros estudos (Bica et al., 2012; Freddo et al., 2008; N. C. N. Santos et al., 2007);

Constatou-se que os adolescentes com melhores hábitos de higiene têm melhor IPS e os bons hábitos de higiene oral dos Pais/EE se refletem nos bons hábitos de higiene dos filhos/educandos. Evidências em concordância com vários estudos, nos quais se observa que o padrão de saúde oral dos pais tem tendência a ser perpetuado nos seus filhos (Alquilante et al., 2002; Couto et al., 2000; Mattila et al., 2005). De acordo com os resultados obtidos por J. F. R. Costa, Chagas, and Silvestre (2006) no que diz respeito à escovagem dos dentes, os pais que escovam duas ou mais vezes têm filhos com o mesmo hábito e estes têm menor prevalência de cárie.

Em relação à higiene oral, os adolescentes que não ouviram falar da placa bacteriana apresentam piores hábitos e os que foram ao dentista antes dos três anos de idade têm melhores práticas, existindo, em ambos os casos, diferenças estatísticas significativas. Pensa-se que se fossem cumpridas as orientações da DGS (2005b) na consulta de vigilância de saúde infantil, realizada pelo médico assistente e/ou pelo enfermeiro, para que se sensibilizem os pais a incorporarem na rotina de higiene diária do seu filho, também, a higiene da boca, informando-os de que esta deve ter início logo após a erupção do primeiro dente, os resultados obtidos seriam, provavelmente, mais positivos. A Academia Americana de Odontopediatria (AAO) recomenda que a 1ª consulta ocorra por volta do sexto mês de vida ou com a erupção do primeiro dente, não ultrapassando o primeiro ano de idade, contrapondo-se, a isso, a Academia Americana de Pediatria que recomenda a idade de três anos (Tinanoff, 1998).

7.3.5 – Conhecimentos sobre saúde oral

É importante avaliar o nível de conhecimentos que os adolescentes detêm sobre SO pois estes podem ser precursores de melhores cuidados de HO o que poderá refletir-se em melhor QVRSO.

Cukovic-Bagic et al. (2012, p. 225) afirmam que "poucos são os estudos que têm investigado os conhecimentos dos adolescentes em relação à saúde oral". Na investigação efetuada concluiu-se que a maioria dos adolescentes consideram que os dentes devem ser escovados duas ou mais vezes por dia (94.2%), revelando as raparigas a melhores conhecimentos que os rapazes (96.5 % vs 91.3%). O resultado está de acordo com a OMS e FDI (Federação Dentária Internacional), que recomendam duas escovagens por dia, tão cedo quanto possível, sendo uma delas antes de deitar (Areias, Macho, Frias-Bulhosa, Guimarães, & Andrade, 2008; CDC, 2001).

Os adolescentes entendem que os utensílios que devem ser usados na higiene oral são escova/pasta/fio dentário/escovilhão (64.6%), e 21.2% opinam que são a Escova/pasta/elixir (bochechos). A maioria (52.0%) refere que se deve usar o fio "duas vezes por dia" e 35.7% "uma vez por dia", sendo as diferenças, entre sexos, significativas (p=0.001). Referem, ainda, que a escova dos dentes deve ser de dureza média ou macia (96.2%). A DGS (2005b) recomenda o uso do fio dentário uma vez por dia e uma escova de dureza macia ou em alternativa média, o que revela que os adolescentes, nesta matéria, revelam bons conhecimentos.

Verificou-se que 85.2% dos adolescentes entende que a higiene oral deve ser feita escovando os dentes, língua e gengivas e 72.1% pensa que se deve demorar entre 2 a 5 minutos na escovagem dos dentes, resultado que está de acordo com o preconizado pela DGS (2005b). Quanto à substituição da escova, 34.1% entendem que deve ocorrer de três em três meses, havendo uma percentagem de rapazes (6.8%) e raparigas (2.5%) que não sabe quando se deve mudar.

A maioria dos adolescentes (72.5%) entende que a escovagem dos dentes deve ser iniciada a partir do primeiro ano de idade, devendo ser feita, autonomamente, entre os 3 e os 6 anos (51.7%). Esta opinião é reveladora de parcos conhecimentos uma vez que a higiene dentária deve iniciar-se com a erupção do primeiro dente, com escova macia ou gaze (Areias et al., 2010). Em saúde infantil e juvenil, a observação da boca e dos dentes feita pela equipa de saúde (médico dentista, higienista), médico de família ou pelo pediatra e pelo enfermeiro, começa aos 6 meses e prolonga-se até aos 18 anos (DGS, 2005b; Limeback, 1999).

Em relação à questão com que idade se deve ir pela primeira vez ao dentista, obtiveram-se respostas que variaram entre os 6 meses e os 10 anos, com uma média de 4.4 anos, sendo as raparigas que entendem que se deve ir mais tarde. Não existe consenso no que se refere à idade com que a criança deve ir pela primeira vez ao dentista (Areias et al., 2008; Chung,

Kaste, Koerber, Fadavi, & Punwani, 2006). Como já referido, segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP), a primeira visita ao médico dentista deve ocorrer entre o primeiro e o terceiro ano de vida, com a ressalva de que algumas crianças podem necessitar de uma atenção mais precoce. A AAO, como mencionado anteriormente, recomenda que a criança deve ser avaliada no espaço de seis meses após a erupção do primeiro dente decíduo e nunca após os 12 meses. Já a Academia Americana de Dentistas Pediátricos (American Academy of Pediatric Dentistry) recomenda que a primeira consulta de odontopediatria seja realizada entre os 12 e os 18 meses, pelo facto de nesta idade, ocorrerem modificações orais importantes. Em Portugal, não existe um protocolo definido, no entanto alguns autores aconselham a primeira consulta por volta dos seis meses aquando da erupção do primeiro dente (Areias et al., 2008; Areias et al., 2010; Okeigbemen, 2004).

Em relação à periocidade da ida ao dentista, os resultados revelam que 34.6% dos adolescentes entendem que devem ir ao dentista anualmente, 29.8% defende que o tempo correto é de 6 em 6 meses. Os rapazes são quem mais menciona não saber a frequência com que se deve ir ao dentista (p=0.005).

A maioria dos adolescentes evidencia conhecimentos no que concerne à importância do flúor na HO pois refere que se deve utilizar pasta de dentes com flúor (75.9%). O flúor pela sua presença na saliva, na placa ou no esmalte, perturba a colonização das bactérias, seu desenvolvimento e/ou sua atuação e contribuiu para a formação mais adequada dos dentes, prevenindo patologia do esmalte (Rompante, 2009).

Relativamente à definição de placa bacteriana, 46.1% continuam sem saber defini-la, sendo as raparigas que melhor a definem (p=0.009). Para 86% dos estudantes a placa bacteriana influencia a saúde oral. Estes resultados corroboram os do estudo de Ramos-Gomez, Crystal, Ng, Crall, and Featherstone (2010). A percentagem de adolescentes em estudo que desconhece o que é a placa bacteriana é ligeiramente inferior à do estudo de Lima and Schneider (2010) que apuraram que 54.8% dos participantes não detinham este conhecimento.

A maioria dos adolescentes (89%) menciona que os conhecimentos que possui sobre a saúde oral influencia as suas, práticas, sendo que os conhecimentos sobre saúde oral se revelaram bons em 39.5% dos adolescentes, fracos em 35.3% e razoáveis em 25.2%. A percentagem de raparigas que apresenta bons conhecimentos é superior à dos rapazes (44.0% vs 33.0%). Estes resultados são concordantes com o referido por Cukovic-Bagic et al. (2012) que referem que os adolescentes têm poucos conhecimentos sobre saúde oral.

7.3.6 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes

A investigação em saúde tem cada vez mais a preocupação com a avaliação da qualidade de vida. Sendo a saúde oral importante para a QV é necessário evidenciar o peso que as doenças orais têm na saúde física e psicológica dos indivíduos.

A qualidade de vida em saúde oral é um território novo, quer em termos de investigação, quer de análise, que exige uma leitura cautelosa. A OMS recomenda a avaliação da qualidade de vida em saúde oral a partir dos 12-14 anos. Existe, como referido anteriormente, uma grande variedade de instrumentos usados para avaliar a QVRSO, sendo a informação, normalmente, obtida por questionários. Estes de acordo com a sua especificidade dão-nos perfis, mais gerais ou mais específicos.

No presente estudo a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes foi avaliada pelo questionário da QVRSO com 49 itens, pelo método de contagem simples, método padronizado/peso ponderado, método aditivo.

Face aos resultados obtidos concluiu-se que as dimensões mais afetadas, na avaliação efetuada pelos três métodos, eram: pelo método de contagem Simples - QVRSO-SC, a Limitação funcional (40.9%) e Dor física (36.1%). Os itens que apresentam maior percentual são na dimensão Dor física o 13 Dentes sensíveis (26.0%) e na dimensão Limitação funcional o 3 Dente visível que não parece bem (23.9%). Pelo método do peso padronizado - QVRSO-PP, a dimensão que obteve maior peso foi a Limitação funcional seguida da Dor física. Verificou-se que os itens com maior peso foram igualmente o 3 (18.40) e o 13 (22.88). Pelo método aditivo - QVRSO-AD, o nível de impacto foi maior na dimensão Dor física, com um valor médio de 3.49, seguida da Limitação funcional, com um valor médio de 3.38.

Resumindo, na avaliação pelos três métodos, as dimensões que apresentam maior impacto na qualidade de vida são, Dor física e Limitação funcional. Os estudos realizados por diferentes investigadores (D. S. Alves & Gonçalves, 2009; DGS, 2008; Duarte, 2010; C. Ferreira et al., 2004; Feu, Quintão, & Miguel, 2010) verificaram, também, que estas dimensões eram das mais afetadas em maior ou menor grau, como consequência do estado de saúde oral, dos fatores clínicos ou comportamentais. De realçar que o ENPDO, apresenta a limitação funcional como uma das mais representativas (DGS, 2008). O índice de CPOD é um fator que contribui, significativamente, para os resultados expressivos da dimensão dor física (D. S. Alves & Gonçalves, 2009; C. Ferreira et al., 2004; Feu et al., 2010).

No decurso do trabalho houve dificuldade em encontrar estudos, em Portugal e noutros países, que se referissem à análise da QVRSOA em função dos hábitos alimentares, hábitos de higiene, conhecimentos e a perceção dos Pais/EE, através da aplicação do questionário QVRSO-49. Por esse motivo, a comparação dos resultados efetuou-se com outros estudos que utilizam o OHIP como descritor epidemiológico do bem - estar oral em idades similares.

No que concerne à relação do contexto sociodemográfico e da vigilância de saúde oral do adolescente desde a infância com a QVRSO, verificou-se que os estudantes com pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral (total) são os rapazes mais velhos, residentes em meio urbano e possuidores do 9º ano de escolaridade, não existindo, contudo, diferenças estatísticas significativas no total da QVRSO. No entanto, individualmente, verificaram-se diferenças estatísticas significativas nas dimensões Dor física (p=0.14), Incapacidade Social (p=0.024) e na Desvantagem (p=0.005), nos mais velhos. No estudo realizado por J. S. Costa et al. (2012) o grupo dos adolescentes que apresentavam os valores médios mais elevados foram, também, os que tinham mais idade.

Os adolescentes que foram ao dentista com menos de 3 anos de idade, pela primeira vez, são os que apresentam melhor QVRSO, com diferenças significativas na dimensão Incapacidade física (p=0.041). Ou seja, quanto mais novos eram os adolescentes, na ida ao dentista pela primeira vez, melhor a sua qualidade de vida atual. Face a este resultado corrobora-se as orientações da Academia Americana de Pediatria que aconselha a primeira visita ao dentista ocorra antes dos 3 anos.

Relativamente à relação entre a QVRSO e a variável quem ensinou os adolescentes a escovar os dentes, verificou-se que os que foram ensinados pelos pais têm melhor qualidade de vida, contudo as diferenças encontradas, na escala total, não são significativas (p=0.559). No que se refere às dimensões, as crianças ensinadas a escovar os dentes pelos pais têm menor incapacidade psicológica e menor desvantagem, com diferenças significativas respetivamente (p=0.039 e p=0.008). Parece-nos poder concluir que os pais, exerceram forte influência na promoção de estilos de vida saudável no que concerne aos hábitos de HO dos seus filhos.

Pela análise da associação entre a perceção da saúde dos adolescentes e a QVRSO, verificou-se que os estudantes que se percecionam como bastante saudáveis são os que apresentam melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Foram encontradas diferenças estatísticas muito significativas na QVRSO total (p=0.001) e em todas as dimensões, sendo altamente significativas nas dimensões Incapacidade psicológica (p=0.000) e Dor física (p=0.000).

Na perceção dos adolescentes sobre a existência de problemas de saúde, constatou-se que os adolescentes que raramente ou nunca têm odontalgias, são os que apresentam melhor QVRSO, sendo as diferenças estatisticamente significativas nas variáveis odontalgias (p=0.000). Verificou-se, ainda, que os participantes que fazem terapêutica para odontalgias possuem menor QVRSO (p=0.000).

Sendo a pessoa um todo e a saúde oral importante para a QV dos indivíduos parece-nos lógico que os adolescentes que têm melhor QVRSO, sejam os que se percecionam como bastante saudáveis, e os que raramente ou nunca têm odontalgias. Estes resultados reforçam

a importância de se investir na saúde oral e na educação para a saúde dos adolescentes sobre saúde oral e de se sensibilizarem os enfermeiros para esta área tão específica e com tantas implicações para a saúde dos adolescentes e das suas famílias.

Na sociedade atual os dentes são um componente importante do cuidado e do aspeto pessoal, desempenhando um papel fundamental na fala, na comunicação e no sorriso. A aparência, consubstanciada num rosto harmonioso, na qual os dentes têm cada vez mais importância, é um determinante da integração de uma pessoa na sociedade e contribui para a sensação de bem-estar individual Elias et al. (2001). Para os adolescentes, um sorriso saudável é, sem dúvida, um meio de desenvolver relações interpessoais e a autoestima (Rebok et al., 2001). Nem sempre, porém, estes conseguem sorrir como gostariam, pois dependendo da gravidade de algumas patologias orais, podem ter dificuldade em falar, comer, comunicar e sorrir, levando-os a uma condição de desvantagem psicossocial. Seja em função da dor ou da estética, as alterações causadas por algumas doenças e/ou alterações da boca, interferem na qualidade de vida dos adolescentes afetados (T. S. Barbosa & Gaviao, 2008; Do & Spencer, 2007; Filstrup et al., 2003; Pahel et al., 2007).

Para os adolescentes a imagem corporal é de extrema importância e pode influenciar a sua qualidade de vida. Neste estudo concluiu-se que os que consideram ter um sorriso feio têm pior qualidade de vida (p=0.000).

Relativamente ao efeito dos hábitos alimentares e do consumo de alimentos acidogénicos na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, concluiu-se que os participantes com melhores hábitos alimentares apresentam melhor QVRSO (p=0.006). Quanto aos hábitos de petiscar, os inquiridos que referiram não petiscar fora das principais refeições são os que possuem melhor QVRSO, concluindo-se que o hábito de petiscar entre as principais refeições influencia negativamente a QVRSOA (p=0.000).

Os adolescentes que nunca consomem refrigerantes são os que têm melhor qualidade de vida embora as diferenças não sejam significativas.

Na variância da QVRSO, o consumo de alimentos não acidogénicos explica 1.4%, o de alimentos acidogénicos de menor grau 1.3% e o acidogénicos de maior grau 4.6%, pelo que se infere que quanto maior é a frequência do consumo de alimentos não acidogénicos e menor o consumo de alimentos acidogénicos, melhor é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes. De facto, a alimentação tem influência no desenvolvimento de doenças infeciosas, nomeadamente a cárie dentária e a doença periodontal (Touger-Decker, Sirois, & Mobley, 2005). Estas, apesar de não colocarem diretamente a vida humana em risco, afetam a qualidade de vida e têm impacto negativo na autoestima, na capacidade de mastigação, no estado nutricional e na saúde em geral (Moynihan, 2002; WHO, 2003c).

O estudo da relação entre a variável QVRSO e as variáveis de saúde oral, o índice de CPOD, índice de placa bacteriana, o risco em saúde oral, os hábitos de higiene oral e conhecimentos

em saúde oral, indicam que o CPOD e o IPS se associam de forma positiva com a QVRSO (score total) dos adolescentes, ou seja, os adolescentes com pior CPOD (r=0.168; p=0.000) e com pior IPS (p=0.078) apresentam pior qualidade de vida. Quanto ao risco em saúde oral revelou que os participantes que têm baixo risco têm melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral (p=0.018). Os resultados estão em concordância com os de vários autores, entre os quais se destacam os de Broder et al. (2000), que ao relacionarem um indicador objetivo de saúde oral (o índice de CPOD) com o relato de impacto na qualidade de vida em saúde oral (OHIP), verificaram que os participantes com maior valor de CPOD relataram maior impacto das condições orais na qualidade de vida. De igual modo, R. Costa et al. (2012), ao relacionarem os indicadores de avaliação objetiva da cavidade oral e a escala de OHIP, encontraram correlações positivas entre os índices de CPOD e a Qualidade de vida total (p= 0.008).

Os adolescentes que têm melhores hábitos de higiene possuem melhor qualidade de vida (p=0.065), contudo os hábitos de higiene oral dos adolescentes não se associam de forma significativa a qualidade de vida no total. Verificaram-se porém, diferenças significativas nas dimensões, Limitação funcional, Desconforto psicológico, Incapacidade física, Incapacidade social e Desvantagem (p<0.05).

Pela análise da regressão linear simples verificou-se que os conhecimentos sobre higiene oral se associaram com as dimensões, Dor física, Desconforto psicológico e Incapacidade social, embora os adolescentes com mais conhecimentos tenham melhor a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, a diferença não se revelou significativa (p=0.740). Pensa-se que estes resultados espelham a realidade de serem consideradas inquestionáveis as interdependências entre os mecanismos de desenvolvimento no âmbito da saúde, dos cuidados de saúde oral e da promoção da literacia.

Quanto à relação das variáveis de contexto familiar (socioprofissionais, saúde oral dos pais e perceção parental sobre o impacto dos problemas orais dos filhos/educandos) e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes, apesar das diferenças não serem significativas na relação entre o nível socioprofissional do pai e da mãe e a QVRSO, verificou-se que os adolescentes cujo pai ou mãe são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas referem melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Estes resultados contrariam a maioria dos estudos em que se observa que um baixo nível socioeconómico influencia negativamente a saúde oral das crianças e adolescentes (D. S. Alves & Gonçalves, 2009; Locker & Allen, 2007).

Pela análise da associação entre a perceção parental sobre a qualidade de vida relacionada com saúde oral das crianças/adolescentes (Q_2VRSOC/A) e a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral dos adolescentes, observou-se que as subescalas Impacto na criança/adolescente (p=0.000) e Impacto na família (p=0.000) se associaram de forma

positiva com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVRSO). Quando os Pais/EE percecionam menor qualidade de vida na saúde oral das crianças/adolescentes (Q_2VRSOC/A) também é percecionado pelos adolescentes menor qualidade de vida relacionada com a sua saúde oral.

O estudo da relação entre a variável dependente, qualidade de vida relacionada com a saúde oral, com as variáveis independentes, consideradas com maior interesse clínico (idade dos adolescentes, o consumo de alimentos não acidogénicos, consumo de alimentos acidogénicos (em menor e em maior grau), os hábitos alimentares, o CPOD, o IPS, os conhecimentos em saúde oral, os hábitos de higiene oral e a perceção parental sobre a saúde oral das crianças/adolescentes) foi efetuado, conforme referido, com recurso à análise da regressão linear múltipla, para testar o valor preditivo. Os resultados obtidos acusam que dos fatores que entraram no modelo de predição, apenas três: a perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescente, o consumo de alimentos acidogénicos de maior grau e os hábitos de higiene oral, são preditores da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes.

A variável perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral da criança/adolescentes é a que apresentava maior coeficiente de correlação, sendo a primeira a entrar no modelo de regressão, que configurou três passos e apresentou um coeficiente de correlação de 0.947, que corresponde a 15.8% da variância explicada da qualidade de vida realacionada com a saúde oral, seguido do consumo de alimentos acidogénicos de maior grau que explica 10.5% e dos hábitos de higiene oral responsável por 3.9%.

Quanto melhores são os hábitos de higiene oral melhor é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes, por sua vez quanto menor é a perceção parental sobre a qualidade de vida relacionada com saúde oral das crianças/adolescentes e maior o consumo de alimentos acidogénicos de maior grau, pior é a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes. Os resultados revelaram que a perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida oral dos filhos/educandos é coincidente com a perceção da qualidade de vida oral dos adolescentes. O que contradiz, Morales (2005), que refere que a perspetiva dos pais, sobre estes assuntos, nem sempre corresponde à dos filhos. No entanto de acordo com Jokovic et al. (2004), apesar de alguns pais terem conhecimento insuficiente sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de seu filho, as informações dadas por eles são úteis, mesmo que incompletas. Além disso, Piovesan et al. (2009) enfatizam que mesmo que as crianças tenham capacidade de responder ao questionário, as mães têm uma influência importante sobre as decisões de saúde de seus filhos.

Capítulo 8 – Estudo 3 - Programa de intervenção educacional em saúde oral – *ProSorriso* em adolescentes

A Declaração de Liverpool sobre Promoção da Saúde Oral no século XXI, de setembro de 2005, consagra a escola como uma das plataformas para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção da doença em crianças e adolescentes e prevê o envolvimento das famílias e restante comunidade.

A escola como local de eleição que é, para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis, deve assumir que a promoção e educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização que deve levar as crianças e os adolescentes, a sentirem-se competentes, felizes e valorizados, por adotarem e manterem estilos de vida saudáveis (V. Rodrigues et al., 2007). É necessário também ter em consideração que a educação para a saúde não se pode limitar a abordagens simplistas das doenças, nem tão pouco privilegiar apenas a sua informação. É preciso sim, uma resposta organizada de todo o sistema envolvente para que a EpS tenha influência na vida das pessoas e no seu quotidiano, com a finalidade de elas adquirirem competências e assim fazerem uma escolha informada, contribuindo deste modo, para melhorar a sua qualidade de vida, o desenvolvimento e consolidação da literacia para a saúde (A. Carvalho & Carvalho, 2006). Torna-se assim evidente a relevância do papel dos atores envolvidos no efetivo processo de educação e promoção da saúde.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar, uma das áreas prioritárias para a promoção da qualidade de vida é a saúde oral (DGS, 2006b). É neste contexto que os diversos parceiros (EB Integrada de Campia, ES com 3º Ciclo do EB Frei Rosa Viterbo, EB do 2º e 3º Ciclo de Satão e ES com 3º Ciclo de Vila Nova de Paiva, Centros de Saúde de Vouzela, de Satão e de Vila Nova de Paiva e Escola Superior de Saúde de Viseu) participaram na implementação do Programa de Promoção da Saúde Oral - "*ProSorriso* em Adolescentes" (cf. Anexo 1). O objetivo deste programa foi o de contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde oral diagnosticados nos adolescentes, para a promoção da saúde oral nos adolescentes e prevenção dos fatores de risco das patologias orais nos adolescentes. Procurando ser um valor acrescentado para o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004), que desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolvido ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam (DGS, 2005b).

A educação e motivação do adolescente são fatores determinantes no processo de promoção da saúde oral, pois permitem que haja compreensão da necessidade dos cuidados com os dentes, resultando na manutenção de um estado de saúde satisfatório (Gontijo, Eskenazi, Linhares, & Serra-Negra, 2004; Menezes & Tebechrani, 2000). A motivação é um requisito

indispensável para o adolescente e representa um conjunto de fatores que agem entre si e determinam a conduta do indivíduo. A motivação humana é complexa e está baseada numa combinação de expectativas, ideias, crenças, sentimentos, esperanças, atitudes e valores que iniciam, mantêm e regulam o comportamento. Fatores como experiências prévias, falta de conhecimento, não aceitação do problema, diminuição da autoimagem, circunstâncias sociais ou económicas e situações emocionais podem determinar comportamentos negativos em relação à saúde. A eficácia de um programa de saúde oral na adolescência depende, além do tipo de recursos utilizados, do envolvimento ativo dos adolescentes e do reforço da educação da higiene oral, que pode melhorar o conhecimento, as práticas, a saúde gengival e diminuir os níveis de placa bacteriana (Ericsson, Ostberg, Wennstrom, & Abrahamsson, 2012).

8.1 – Metodologia

O estudo da implementação do programa de intervenção educacional *ProSorriso* em adolescentes é do tipo quase – experimental, antes e depois, sem grupo de controlo (Fortin, 2009; Pallás & Villa, 2007) e expõe os resultados decorrentes da eficácia da sua implementação, como se explícita no Capítulo 5, metodologia geral.

Com a implementação do programa de intervenção educacional *ProSorriso* em adolescentes, pretendeu-se dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Em que medida os adolescentes modificam os seus hábitos alimentares e diminuem a frequência do consumo de alimentos acidogénicos após a participação no programa *ProSorriso*?
- Será que o estado de saúde oral dos adolescentes, nomeadamente índice de CPOD, índice de placa bacteriana, risco em saúde oral e os hábitos de higiene oral sofrem modificação após participação no programa *ProSorriso*?
- Qual o nível de melhoria nos conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral após participação no programa *PropSorriso*?
- Qual o impacto da implementação do programa *ProSorriso* na QVRSO dos adolescentes?

O desenvolvimento deste estudo foi ancorado nos seguintes objetivos:

- Desenvolver um programa de intervenção educacional em saúde oral – *ProSorriso.*
- Avaliar a eficácia da implementação do programa *ProSorriso* nos hábitos alimentares, na saúde oral (índices de CPOD e IPS), no risco em saúde oral, nos hábitos de higiene oral, nos conhecimentos sobre saúde oral e no impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes.

8.1.1 – Instrumentos de avaliação

Os instrumentos utilizados na colheita de informação foram os mesmos do Estudo 2.

Instrumentos de autopreenchimento pelos adolescentes:

- Questionário de Frequência e Hábitos Alimentares (QFHA)
- Questionário de Hábitos de Higiene Oral (QH_2O)
- Questionário de Conhecimentos em Saúde Oral (QCSO)
- Questionário da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (Health Impact Profile - OHIP 49, (Frias-Bulhosa & Slade, 2003)

Instrumentos preenchidos pelos investigadores:

- Ficha de Avaliação de Saúde Oral (DGS, 2008; WHO, 1997)
- Descrição dos Quantificadores do Risco em Saúde Oral (DGS, 2006a)

8.1.2 – Procedimentos

O estudo foi realizado em três fases, apresentadas esquematicamente no Quadro 30.

Na primeira, a partir das oito escolas da amostra inicial (661 estudantes), foi efetuada a seleção aleatória de quatro escolas (316 alunos). Contudo, apenas 200 constituem a amostra do estudo. Foram fatores de exclusão de 116 adolescentes a mudança de estabelecimento de ensino, ausência nas sessões de educação para a saúde e/ou na recolha de dados.

Na primeira fase, participaram 316 adolescentes, os mesmos que já haviam integrado o Estudo 2. Nesta etapa procedeu-se à recolha de dados, avaliação da cavidade oral (CPOD e IPS) e distribuído um kit individual de higiene oral (escova e pasta dos dentes).

Nesta fase foi ainda criada uma ferramenta virtual, um site sobre o programa ProSorriso, onde se descreve o programa, as fases de implementação, o material pedagógico sobre saúde oral (vídeos, jogos lúdicos e conteúdos das sessões letivas).

Na segunda fase de intervenção educacional implementou-se o programa ProSorriso.Para o efeito foi organizado um Dossiê Pedagógico de suporte à intervenção, cujos constituintes, incluíram:

- Descrição do Programa ProSorriso;
- Equipa Pedagógica;
- Lista de Equipamentos e Materiais Clínicos e Pedagógicos;
- Orientações para os Investigadores;
- Plano e Material Pedagógico das Sessões (diapositivos, jogos lúdicos e folhetos informativos);
- Instrumentos de Colheita de Dados;
- Panfleto de divulgação do ProSorriso no site - http://www.prosorriso.host56.com

A intervenção educacional versou as temáticas da saúde oral e alimentação. Priorizou-se a promoção da saúde baseada na identificação prévia de necessidades aferidas pelo Estudo 2. Constou de sessões de educação para a saúde, em contexto de sala de aula, duas teóricas sobre saúde oral/higiene oral e saúde oral/alimentação, cada uma com a duração de 45 minutos, e duas sessões práticas sobre higiene oral/escovagem dos dentes, com a duração de 90 minutos, cada.

Nas sessões teóricas de EpS utilizaram-se os métodos expositivo, com recurso aos audiovisuais, e o método demonstrativo, com o intuito de aumentar a motivação e participação dos adolescentes. Na demonstração dos procedimentos de higiene oral foram usados macromodelos (dentadura, dente molar com cárie, escova e fio dentário), para exemplificação da técnica correta de escovagem de dentes.

No final de cada sessão teórica procedeu-se à distribuição de folhetos ilustrados, elaborados pela Direção Geral de Saúde, que demonstram as técnicas de higiene oral (escovagem e utilização do fio dentário) e à divulgação da página http://www.prosorriso.host56.com.

Nas sessões práticas utilizou-se o método demonstrativo, com recurso ao material e técnica, referidos na sessão teórica. Cada adolescente teve a oportunidade de praticar a técnica correta de escovagem dos dentes, nos macromodelos, e na sua própria boca.

De forma lúdica, com o intuito de facilitar a aprendizagem, realizaram-se jogos pedagógicos sobre higiene oral e alimentação saudável, nas sessões práticas de educação para a saúde.

A terceira fase iniciou-se três meses após o término do programa de intervenção educacional tendo sido realizada novamente a observação da cavidade oral (avaliação de CPOD e IPS) e distribuído um kit individual de higiene oral (escova e pasta dos dentes). Um mês após esta observação foi aplicado, de novo, o instrumento de colheita de dados aos adolescentes (cf. Quadro 30).

Quadro 30 - Estudo 3 - Fases da investigação e adolescentes envolvidos

	FASE I (Diagnóstico - Estudo 2)/Avaliação inicial	**FASE II** (Intervenção Educacional)	**FASE III** (Pós intervenção)
Destinatários	Todos os adolescentes do 3º ciclo que frequentaram as 4 escolas selecionadas e participaram no Estudo 2	Todos os adolescentes do 3º ciclo que frequentaram as 4 escolas selecionadas e participaram no Estudo 2	Todos os adolescentes do 3º ciclo que frequentaram as 4 escolas selecionadas e participaram em todas as sessões
Critérios	Autorização formal dos Pais/EE e comparência na recolha de dados	Participação nas sessões*	Assiduidade em todas as sessões* e na recolha de dados
Ação	Recolha de dados - Instrumentos -Observação da cavidade oral (avaliação de CPOD e IPS) -Escovagem dos dentes	Sessões de educação para a saúde Saúde Oral/higiene oral Saúde Oral/alimentação Higiene Oral/escovagem dos dentes (http://www.prosorriso.host56.com)	Recolha de dados -Observação da cavidade oral (avaliação de CPOD e do IPS) -Escovagem dos dentes - Instrumentos
Amostra	316	267	200

*A assiduidade em todas as sessões constituiu um critério de inclusão no estudo, contudo, dado o cariz da intervenção educativa e a salvaguarda dos procedimentos éticos foi permitida a participação de todos os estudantes interessados.

8.1.3 – Amostra e sua caracterização

A amostra, como referido no capítulo da metodologia geral, é constituída por 200 adolescentes que participaram no Estudo 2 e que concluíram o programa *ProSorriso*. É maioritariamente do sexo feminino (56.0%) (cf. Tabela 117).

Os adolescentes apresentavam idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, com uma média de 13.21 anos (DP=1.014), e uma dispersão baixa em torno da média. A média de idade das raparigas é mais elevada do que a dos rapazes, não se observando contudo significância estatística (U=4678.0; Z=-0.642; p=0.521), aceitando-se por isso que a idade dos adolescentes é semelhante em ambos os grupos (cf. Tabela 117).

Tabela 117 - Estatísticas relativas à idade dos adolescentes

	n	**%**	**Min**	**Max**	$\bar{x}$	**DP**	**Sk/erro**	**K/erro**	**CV (%)**	**OM**	**U de Mann Whitney**
Masculino	88	44.0	12	16	13.16	1.027	1.517	-1.470	7.80	97.66	U=4678.0 Z=-0.642 *p*=0.521
Feminino	112	56.0	11	16	13.24	1.007	1.816	-0.450	7.61	102.73	
Total	**200**	**100.0**	**11**	**16**	**13.21**	**1.014**	**2.308**	**-1.365**	**7.67**		

Os adolescentes que participaram no programa de intervenção – *ProSorriso*, residem na sua maioria em zona rural (72.5%). Valores semelhantes aos da amostra total, são observados no sexo masculino e feminino, (77.3% e 68.8% respetivamente), (χ^2=1.795; p=0.180). No que se refere à situação escolar, 41.0% dos adolescentes frequentam o 7º ano de escolaridade (cf. Tabela 118).

Tabela 118 - Caraterísticas biográfica em função do sexo dos adolescentes

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
	88	44.0	112	56.0	200	100.0	
Zona de Residência (N=200)							
Rural	68	77.3	77	68.8	**145**	**72.5**	**χ2=1.795 p=0.180**
Urbano	20	22.7	35	31.2	**55**	**27.5**	
Ano Escolaridade (N=200)							
7º Ano	39	44.3	43	38.4	**82**	**41.0**	**χ2=0.732 p=0.693**
8º Ano	29	33.0	40	35.7	**69**	**34.5**	
9º Ano	20	22.7	29	25.9	**49**	**24.5**	

O perfil biográfico médio da amostra revelou ser adolescente do sexo feminino (56.0%), com cerca de 13 anos, a residir em meio rural (72.5%), e frequentando o 7º ano de escolaridade (41.0%).

8.2 – Resultados

Na aplicação de um programa de intervenção educacional é essencial avaliar a sua eficácia. Com esse intuito, procede-se à análise dos resultados do estudo com o objetivo de verificar se houve efeito significativo do programa. Assim, os sujeitos foram observados com os mesmos instrumentos antes e depois do programa de intervenção – *ProSorriso*.

8.2.1 – Hábitos alimentares

O estudo dos hábitos alimentares dos adolescentes, revelou que antes do programa 87.5% dos adolescentes ingeriam todos os dias o pequeno-almoço, 50.0% faziam o lanche a meio da manhã, 97.5% almoçavam todos os dias, 71% lanchavam a meio da tarde, 97.0% jantavam todos os dias e 37.5% referiram não ingerir alimentos à ceia (cf. Quadro 119).

Após o programa - *ProSorriso*, os valores são semelhantes, concluindo-se que embora a percentagem de adolescentes que referiu tomar o pequeno-almoço todos os dias se mantenha, diminuiu a percentagem de inquiridos que nunca ingere esta refeição e aumentou a dos que ingerem 1 a 3 dias por semana e 4 a 6 dias por semana. Verificou-se, igualmente, que a frequência de ingestão das outras refeições se manteve praticamente inalterável entre os dois momentos com exceção para o lanche a meio da manhã. A avaliação revelou que os adolescentes após o programa - *ProSorriso* ingerem menos vezes o lanche a meio da manhã (após: 43.0% vs antes: 50.0%), revelando o teste t diferenças significativas (t=2.359; p=0.019) (cf. Tabela 119). No momento pós intervenção a percentagem de rapazes que ingerem o pequeno-almoço quatro a seis dias por semana por semana é superior à das raparigas (11.4% vs 2.7%). São também eles que mais referem tomar diariamente o lanche a meio da tarde (78.4% vs 62.5%), sendo as diferenças estatisticamente significativas (pequeno almoço: res=2.4; lanche a meio da tarde: res=2.4) (cf. Tabela 119).

Tabela 119 - Hábitos alimentares antes e após o programa – *ProSorriso*

Antes do *Programa ProSorriso*							Teste Qui-Quadrado	Após o *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Teste t para amostras emparelhadas
Sexo	**Masculino**		**Feminino**		**Total**			**Masculino**		**Feminino**		**Total**			
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Quantas vezes tomas o pequeno almoço (N=200)															
Nunca	1	1.1	3	2.7	**4**	**2.0**		-	-	1	0.8	**1**	**0.5**		
Res		-0.8		0.8					0		1.3				
1 a 3 dias por semana	4	4.5	6	5.3	**10**	**5.0**		4	4.5	7	6.3	**11**	**5.5**		
Res		-0.3		0.3					-0.3		0.3				**t=1.640 p=0.103**
4 a 6 dias por semana	9	10.2	2	1.8	**11**	**5.5**		10	11.4	3	2.7	**13**	**6.5**		
Res		2.6		-2.6					2.4		-2.4				
Todos os dias	74	84.2	101	90.2	**175**	**87.5**		74	84.1	101	90.2	**175**	**87.5**		
Res		-1.3		1.3					-1.3		1.3				
Quantas vezes lanchas a meio da manhã (N=200)															
Nunca	4	4.5	11	9.8	**15**	**7.5**		6	6.8	16	14.3	**22**	**11.0**		
1 a 3 dias por semana	15	17.0	16	14.3	**31**	**15.5**	**χ2=2.669 p=0.445**	16	18.2	28	25.0	**44**	**22.0**	**χ2=5.960 p=0.114**	**t=2.359 p=0.019**
4 a 6 dias por semana	22	25.0	32	28.6	**54**	**27.0**		21	23.9	27	24.1	**48**	**24.0**		
Todos os dias	47	53.5	53	47.3	**100**	**50.0**		45	51.1	41	36.6	**86**	**43.0**		
Quantas vezes almoças (N=200)															
Nunca	1	1.1	-	-	**1**	**0.5**		-	-	-	-	**-**	**-**		
Res		1.1		-1.1					0.0		0.0				
1 a 3 dia por semana	1	1.1	1	0.9	**2**	**1.0**		1	1.1	1	0.9	**2**	**1.0**		
Res		0.2		-0.2					0.2		-0.2				**t=0.185 p=0.853**
4 a 6 dias por semana	2	2.2	-	-	**2**	**1.0**		-	-	6	5.4	**6**	**3.0**		
Res		1.6		-1.6					-2.2		2.2				
Todos os dias	84	95.6	111	99.1	**195**	**97.5**		87	98.9	105	93.7	**192**	**96.0**		
Res		-1.6		1.6					1.8		-1.8				
Quantas vezes lanchas a meio da tarde (N=200)															
Nunca	2	2.3	3	2.7	**5**	**2.5**		3	3.4	1	0.9	**4**	**2.0**		
Res		-0.2		0.2					1.3		-1.3				
1 a 3 dia por semana	14	15.9	9	8.0	**23**	**11.5**		5	5.7	17	15.2	**22**	**11.0**		
Res		1.7		-1.7					-2.1		2.1				**t=0.001 p=0.999**
4 a 6 dias por semana	15	17.0	15	13.4	**30**	**15.0**		11	12.5	24	21.4	**35**	**17.5**		
Res		0.7		-0.7					-1.6		1.6				
Todos os dias	57	64.8	85	75.9	**142**	**71.0**		69	78.4	70	62.5	**139**	**69.5**		
Res		-1.7		1.7					2.4		-2.4				
Quantas vezes jantas (N=200)															
Nunca	1	1.1	1	0.9	**2**	**1.0**		1	1.1	-	-	**1**	**0.5**		
Res		0.2		-0.2					-1.1		1.1				
1 a 3 dia por semana	-	-	-	-	**-**	**-**		1	1.1	-	-	**1**	**0.5**		
Res		0.0		0.0					1.1		-1.1				**t=0.316 p=0.753**
4 a 6 dias por semana	1	1.1	3	2.7	**4**	**2.0**		2	2.2	5	4.5	**7**	**3.5**		
Res		-0.8		0.8					-0.8		0.8				
Todos os dias	86	97.8	108	96.4	**194**	**97.0**		84	95.6	107	95.5	**191**	**95.5**		
Res		0.5		-0.5					0.0		0.0				
Quantas vezes ceias (N=200)															
Nunca	30	34.1	45	40.2	**75**	**37.5**		28	31.8	44	39.3	**72**	**36.0**		
1 a 3 dia por semana	13	14.8	28	25.0	**41**	**20.5**	**χ2=6.319 p=0.097**	26	29.5	34	30.4	**60**	**30.0**	**χ2=1.847; p=0.605**	**t=1.013 p=0.312**
4 a 6 dias por semana	13	14.8	13	11.6	**26**	**13.0**		9	10.2	8	7.1	**17**	**8.5**		
Todos os dias	32	36.3	26	23.2	**58**	**29.0**		25	28.5	26	23.2	**51**	**25.5**		

Quanto às características dos hábitos alimentares antes do programa – *ProSorriso* concluiu-se que 55% dos adolescentes fazem 5-6 refeições por dia, 27.5% fazem entre 3-4 refeições, 3.6% comem menos de três refeições e 13.3% sete ou mais refeições por dia. Após participação no mesmo existiu um aumento de adolescentes que fazem 5-6 refeições por dia (63%) e entre 3-4 refeições por dia (33%) e, uma diminuição de participantes que comem menos de três refeições (1%) e sete ou mais (3%), sendo as diferenças entre os dois momentos de avaliação significativas (t=-3.739; p=0.000), ou seja após o programa - *ProSorriso* os adolescentes melhoram os hábitos face ao número de refeições que fazem por dia (cf. Tabela 120).

A percentagem de adolescentes que antes do programa - *ProSorriso* referia comer guloseimas, no intervalo das refeições, todos os dias, quase todos os dias e às vezes era superior à encontrada no final (10.5% vs 3%; 26% vs 8%; 47% vs 43.5%) respetivamente. Verificou-se, também, um aumento na proporção de participantes que raramente ou nunca consomem guloseimas do pré para o pós intervenção. As diferenças encontradas nos dois momentos são altamente significativas (t=-6.929; p=0.000) (cf. Tabela 120).

Não se observaram diferenças significativas na melhoria de hábitos alimentares após a intervenção do programa - *ProSorriso* no consumo de petiscos fora da refeições (p>0.05). Relativamente ao consumo de refrigerantes, apurou-se que antes da intervenção 35.5% dos adolescentes ingeria refrigerantes uma vez por dia e 13.0% mais do que uma vez por dia. Após a participação no programa, não existem adolescentes que referiram ingerir refrigerantes mais do que uma vez por dia e apenas 1.0% o faz todos os dias. As diferenças entre os dois momentos de avaliação são significativas (t=-6.270; p=0.000), ou seja, os adolescentes antes de participarem no programa - *ProSorriso* relatavam um maior consumo de refrigerantes, logo piores hábitos alimentares (cf. Tabela 120).

Tabela 120 - Características dos hábitos alimentares antes e após o programa - *ProSorriso*

Sexo	Antes do *Programa ProSorriso*						Após o *Programa ProSorriso*						Test t Emparelhada
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frequência de ingestão de alimentos (N=200)													
<3 refeições	4	54.5	4	3.6	**8**	**4.0**	-	-	2	1.8	**2**	**1.0**	
Res		0.3		-0.3				0.3		-0.3			
3-4 Refeições	24	27.4	31	27.7	**55**	**27.5**	24	27.3	42	37.5	**66**	**33.0**	
Res		-0.1		0.1				-1.3		1.3			**t=-3.739; p=0.000*** **
5-6 refeições	48	4.5	62	55.4	**110**	**55.0**	61	69.3	65	58.0	**126**	**63.0**	
Res		-0.1		0.1				-1.5		1.5			
≥7 refeições	12	13.6	15	13.3	**27**	**13.5**	3	3.4	3	2.7	**6**	**3.0**	
Res		0.1		-0.1				1.6		-1.6			
No intervalo das principais refeições comes guloseimas (N=200)													
Todos os dias	9	10.2	12	10.7	**21**	**10.5**	3	3.4	3	2.7	**6**	**3.0**	
Res		-0.1		0.1				0.3		-0.3			
Quase todos os dias	27	30.7	25	22.3	**52**	**26.0**	10	11.4	6	5.4	**16**	**8.0**	
Res		1.3		-1.3				1.6		-1.6			
Às vezes	41	46.6	53	47.3	**94**	**47.0**	38	43.2	49	43.8	**87**	**43.5**	**t=-6.929; p=0.000*** **
Res		-0.1		0.1				-0.1		0.1			
Raramente	9	10.2	17	15.2	**26**	**13.0**	31	35.2	44	39.3	**75**	**37.5**	
Res		-1.0		1.0				-0.6		0.6			
Nunca	2	2.3	5	4.5	**7**	**3.5**	6	6.8	10	8.8	**16**	**8.0**	
Res		-0.8		0.8				-0.5		0.5			
Fora das principais refeições costumas "petiscar" (N=200)													
Nunca	29	33.0	30	26.8	**59**	**29.5**	25	28.4	30	26.8	**55**	**27.5**	
1 ou 2 vezes	47	53.3	63	56.3	**110**	**55.0**	42	47.7	58	51.8	**100**	**50.0**	t=1.495; p=0.136
3 ou 4 vezes	5	5.7	14	12.5	**19**	**9.5**	13	14.8	18	16.0	**31**	**15.5**	
Mais que 4 vezes	7	8.0	5	4.4	**12**	**6.0**	8	9.1	6	5.4	**14**	**7.0**	
Teste Qui-Quadrado: χ2=4.120; p=0.1249							**Teste Qui-Quadrado: χ2=1.245; p=0.742**						
"Costumas beber refrigerantes" (N=200)													
Nunca	11	12.5	22	19.6	**33**	**16.5**	84	95.5	88	78.6	**172**	**86.0**	
Res								3.4		-3.4			
Raramente	27	30.7	43	38.4	**70**	**35.0**	3	3.4	23	20.5	**26**	**13.0**	
Res								-3.6		3.6			**t=6.270; p=0.000*** **
Uma vez por dia	35	39.8	36	32.1	**71**	**35.5**	1	1.1	1	0.9	**2**	**1.0**	
Res								0.2		-0.2			
Mais do que uma vez/dia	15	17.0	11	9.9	**26**	**13.0**							
Teste Qui-Quadrado: χ2=5.147; p=0.161													

Na globalidade os adolescentes apresentam melhores hábitos alimentares após participarem no programa - *ProSorriso* ($\bar{x}$=32.45 vs $\bar{x}$=32.36), contudo as diferenças encontradas entre os dois momentos de observação não são significativas (Teste t Student para amostras emparelhadas: t=-0.389; p=0.698) (cf. Tabela 121).

As raparigas e os rapazes não se distinguem quanto aos hábitos alimentares (antes: t=-0.421; p=0.675) (após: t=1.483; p=0.140) (cf. Tabela 121).

Tabela 121 - Estatísticas relativas aos hábitos alimentares (somatório) antes e após o programa - *ProSorriso*

	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenação Média	Teste t Student	Test t amostras emparelhadas
Hábitos alimentares (somatório) (antes)											
Masculino	88	21	39	32.26	3.027	-3.210	3.755	9.38	99.17	t=--0.421 p=0.675	
Feminino	112	23	39	32.45	3.167	-1.381	-0.044	9.75	101.54		
Total	**200**	**21**	**39**	**32.36**	**3.099**	**-2.988**	**2.102**	**9.57**			
Hábitos alimentares (somatório) (após)											**t=-0.389 p=0.698**
Masculino	88	24	39	32.81	3.836	-0.903	0.715	11.69	106.51	t=1.483 p=0.140	
Feminino	112	21	39	32.20	3.232	-2.561	3.095	10.04	95.78		
Total	**200**	**21**	**39**	**32.45**	**3.073**	**-2.872**	**3.411**	**9.46**			

Frequência de consumo de alimentos não acidogénicos, acidogénicos de menor e maior grau

O consumo de alimentos não acidogénicos, como referido anteriormente, foi classificado num índice que varia entre uma pontuação mínima de 11 e máxima de 33 pontos, indicando que quanto mais elevada a pontuação, mais elevada a frequência do consumo de alimentos não acidogénicos.

Verificou-se que os adolescentes consomem com mais frequência alimentos não acidogénicos antes do programa – *ProSorriso* ($\bar{x}$ =23.04 vs $\bar{x}$ =22.23), sendo as diferenças entre os dois momentos de avaliação significativas (t=-2.523; p=0.012), ou seja, os adolescentes antes de receberem a formação sobre saúde oral relatam a ingestão mais frequente de uma alimentação não acidogénica (cf. Tabela 122).

Concluiu-se, ainda, que as raparigas consomem mais alimentos não acidogénicos que os rapazes, quer antes quer após o programa, contudo sem significância estatística (antes: t=-0.765; p=0.445; após: t=-0.647; p=0.518) (cf. Tabela 122).

O consumo de alimentos de menor grau acidogénico, como explicitado anteriormente, varia entre os 13 e os 39 pontos, sendo que quanto maior o valor deste, mais elevada a frequência do consumo de alimentos acidogénicos de menor grau. Os adolescentes ingerem com mais frequência alimentos de menor grau acidogénico antes do programa - *ProSorriso* ($\bar{x}$=25.51 vs $\bar{x}$=24.67), as diferenças encontradas nos dois momentos de avaliação são estatisticamente significativas (Teste t Student: t=-1.971; p=0.049), ou seja, os adolescentes após receberem formação em saúde, consomem menos frequentemente alimentos de menor grau acidogénico. Os rapazes e as raparigas não se diferenciam quanto à frequência do consumo de alimentos de menor grau acidogénico, (antes: t=-0.238; p=0.812; após: t=-627; p=0.531) (cf. Tabela 122).

O consumo de alimentos de maior grau acidogénico varia, como mencionado anteriormente, entre os 21 e os 63 pontos, significando que quanto mais elevada a pontuação, mais elevada a frequência do consumo de alimentos acidogénicos de maior grau.

Apurou-se que os adolescentes diminuíram a frequência do consumo de alimentos de maior grau acidogénico após o programa - *ProSorriso*, contudo as diferenças encontradas antes e depois do programa não são significativas (teste t Student para amostras emparelhadas: t=0.619; p=0.537) (cf. Tabela 122).

Quanto ao consumo em função do sexo dos adolescentes, constatou-se que os rapazes consomem mais frequentemente alimentos acidogénicos do que as raparigas, quer antes do programa ($\bar{x}$=33.74 vs $\bar{x}$=31.24) quer após ($\bar{x}$=33.48 vs $\bar{x}$=30.80), sendo as diferenças estatisticamente significativas (antes: t=-2048; p=0.042; após: t=-2.153; p=0.033) (cf. Tabela 122).

Tabela 122 - Consumo de alimentos antes e após o programa- *ProSorriso*

	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenação Média	Teste t Student	Test t amostras emparelhadas
Consumo de alimentos não acidogénicos (antes)											
Masculino	88	16	33	22.78	4.041	1.785	-0.629	17.74		0.765 p=0.445	
Feminino	112	14	33	23.24	4.306	-0.096	-1.229	18.53			
Total	**200**	**14**	**33**	**23.04**	**4.187**	**1.017**	**-1.520**	**18.17**			
Consumo de alimentos não acidogénicos (após)											**t=2.523; p=0.012***
Masculino	88	15	31	22.01	3.961	2.412	-0.129	17.99		t=-0.647 p=0.518	
Feminino	112	13	31	22.40	4.434	0.131	-1.896	19.79			
Total	**200**	**13**	**31**	**22.23**	**4.227**	**1.482**	**-1.822**	**19.01**			
Consumo de alimentos de menor grau acidogénico (antes)											
Masculino	88	16	39	25.41	5.095	2.365	0.131	20.05	99.05	t=-0.238 p=0.812	
Feminino	112	16	39	25.58	4.973	3.052	1.024	19.89	101.64		
Total	**200**	**16**	**39**	**25.51**	**5.016**	**3.831**	**0.719**	**19.66**			
Consumo de alimentos de menor grau acidogénico (após)											**t=1.971; p=0.049***
Masculino	88	15	39	24.39	5.808	2.910	-0.029	23.81	95.10	t=-0.627 p=0.531	
Feminino	112	15	37	24.89	4.933	1.504	-0.613	19.82	104.75		
Total	**200**	**15**	**39**	**24.67**	**5.327**	**3.180**	**-0.394**	**21.59**			
Consumo de alimentos de maior grau acidogénico (antes)											
Masculino	88	21	59	33.74	8.262	3.719	0.719	24.49	112.48	**t=-2.048 p=0.042***	
Feminino	112	22	63	31.24	8.481	8.250	8.346	27.14	91.09		
Total	**200**	**21**	**63**	**32.34**	**8.611**	**8.227**	**5.386**	**26.62**			
Consumo de alimentos de maior grau acidogénico (após)											t=0.619; p=0.537
Masculino	88	21	63	33.48	9.335	5.175	3.092	27.88	110.81	**t=-2.153; p=0.033***	
Feminino	112	21	56	30.80	7.865	6.364	4.501	25.53	92.40		
Total	**200**	**21**	**63**	**31.98**	**8.625**	**8.226**	**5.617**	**26.97**			

Em síntese, concluiu-se que a frequência do consumo de alimentos acidogénicos de maior grau após a participação dos adolescentes no programa – *ProSorriso*, reduziu ligeiramente.

8.2.2 – Saúde oral dos adolescentes

O índice de dentes cariados dos adolescentes era superior antes do programa - *ProSorriso* ($\bar{x}$=1.02 vs $\bar{x}$=0.60), sendo as diferenças significativas (Teste t Student: t=4.267; p=0.000), ou seja, os adolescentes após participarem no programa tinham menos dentes cariados (cf. Tabela 123).

Constatou-se ainda que o número de dentes perdidos e o número de dentes obturados aumentava após participarem no programa - *ProSorriso* (Índice dentes Perdidos: antes $\bar{x}$ =0.17 vs após $\bar{x}$=0.25; Índice Dentes Obturados: antes $\bar{x}$=1.15 vs após $\bar{x}$=1.66), as diferenças encontradas entre os dois momentos de avaliação são significativas nos dentes perdidos (t=-2.083; p=0.039), e no índice de dentes obturados (t=-5.243; p=0.000), ou seja existe um aumento no número de dentes perdidos e no número de dentes obturados após a participação no programa - *ProSorriso* (cf. Tabela 123).
Observou-se existirem diferenças significativas segundo o sexo dos adolescentes (U=4788.5; Z=-2.208; p=0.027) apenas no índice de dentes perdidos após a participação no programa – *ProSorriso*. As raparigas tinham menor quantidade de dentes perdidos face aos rapazes, (OM=95.39 vs OM=107.00) (cf. Tabela 123).

Tabela 123 - Índice de CPOD antes e após o programa – *ProSorriso*

	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenação Média	Teste U de Mann Whitney	Test t amostras emparelhadas
Índice de Dentes Cariados (antes)											
Masculino	88	0	6	0.98	1.422	7.031	6.257	145.10	102.52	U=4750.0 Z=-0.485 p=0.628	
Feminino	112	0	12	1.05	1.912	13.096	24.985	182.09	98.91		
Total	**200**	**0**	**12**	**1.02**	**1.710**	**16.139**	**31.029**	**167.64**			
Índice de Dentes Cariados (após)											**t=4.267 p=0.000*** **
Masculino	88	0	7	0.64	1.252	10.937	19.702	195.62	100.70	U=4910.0 Z=-0.055 p=0.957	
Feminino	112	0	7	0.56	1.105	12.885	24.913	197.32	100.34		
Total	**200**	**0**	**7**	**0.60**	**1.170**	**16.686**	**30.705**	**195.0**			
Índice de Dentes Perdidos (antes)											
Masculino	88	0	2	0.17	0.485	11.295	15.042	285.29	102.43	U=4758.0 Z=-0.787 p=0.431	
Feminino	112	0	4	0.16	0.623	21.403	57.287	389.37	98.98		
Total	**200**	**0**	**4**	**0.17**	**0.565**	**25.610**	**66.377**	**332.35**			
Índice de Dentes Perdidos (após)											**t=-2.083 p=0.039***
Masculino	88	0	2	0.32	0.635	7.085	3.913	198.44	107.00	**U=4788.5 Z=-2.208 p=0.027***	
Feminino	112	0	4	0.19	0.623	17.320	37.792	327.89	95.39		
Total	**200**	**0**	**4**	**0.25**	**0.630**	**16.988**	**27.295**	**252.0**			
Índice de Dentes Obturados (antes)											
Masculino	88	0	7	1.24	1.788	5.583	2.610	144.19	102.09	U=4788.5 Z=-0.378 p=0.705	
Feminino	112	0	9	1.07	1.680	9.061	10.569	157.01	99.25		
Total	**200**	**0**	**9**	**1.15**	**1.726**	**10.186**	**8.576**	**150.09**			
Índice de Dentes Obturados (após)											**t=-5.243 p=0.000*** **
Masculino	88	0	9	1.64	2.129	5.719	3.877	129.81	96.45	U=4572.0 Z=-0.911 p=0.362	
Feminino	112	0	10	1.68	1.851	6.346	6.300	110.19	103.68		
Total	**200**	**0**	**10**	**1.66**	**1.973**	**8.447**	**6.839**	**118.86**			

Apurou-se que os adolescentes não melhoraram o índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados após participarem no programa - *ProSorriso*, (t=-0.797; p=0.426) (cf. Tabela 124).

O Índice de CPOD avaliado em função do sexo revela que apesar de os rapazes terem pior índice de CPOD, as diferenças não são significativas (antes: U=4709.0; Z=-0.550; p=0.582 e após: U=4879.5; Z=-0.122; p=0.903) (cf. Tabela 124).

Tabela 124 - Estatísticas relativas ao índice de CPOD antes e após o programa – *ProSorriso*

	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenação Média	Teste U de Mann Whitney	Test t amostras emparelhadas
Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (antes)											
Masculino	88	0	11	2.42	2.458	4.397	2.159	101.57	102.99	U=4709.0 Z=-0.550 p=0.582	t=-0.797; p=0.426
Feminino	112	0	12	2.28	2.494	5.574	3.172	109.38	98.54		
Total	**200**	**0**	**12**	**2.34**	**2.472**	**6.971**	**3.564**	**106.64**			
Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Após)											
Masculino	88	0	12	2.47	2.608	4.478	2.399	105.58	99.95	U=4879.5 Z=-0.122 p=0.903	
Feminino	112	0	10	2.38	2.306	3.653	0.130	96.89	100.93		
Total	**200**	**0**	**12**	**2.42**	**2.438**	**5.843**	**2.147**	**100.74**			

Face aos resultados obtidos concluiu-se que o índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados é independente do programa - *ProSorriso* que os adolescentes frequentaram.

O estudo do IPS (através da avaliação de cada dente) revelou que antes do programa - *ProSorriso*, 44.0% dos participantes apresentavam 2/3 do 1º molar superior direito com placa bacteriana e 14.5% todo o dente com placa. Após a participação no programa, verificou-se que 39.7% dos adolescentes apresentam 1/3 do 1º molar superior direito com placa bacteriana, 17.6% não tem placa e apenas 8% ostentavam todo o dente com placa, sendo as diferenças entre os dois momentos de avaliação significativas (Z=-8.060; p=0.000) (cf. Tabela 125).

Concluiu-se também que no incisivo central superior direito 40.0% tinham 2/3 do dente com placa bacteriana, 31.5% 1/3 do dente com placa e apenas 8.0% não tinham placa neste dente, no momento inicial. Já no momento após intervenção, considerando o mesmo dente, 14% dos adolescentes não tinham placa, 38% tinham 1/3 com placa, 39% 2/3 e a percentagem de adolescentes que ostentavam placa em todo o dente reduziu para 9% . As diferenças entre os dois momentos de avaliação são significativas (Z=-6.674; p=0.000). A percentagem de raparigas que apresentavam o incisivo central direito sem placa antes de participarem no programa - *ProSorriso* é superior à dos rapazes (13.4% vs 1.1%), sendo as diferenças significativas (χ^2=10.965; p=0.012).

A observação do 1º molar superior esquerdo, revelou que antes da participação no programa – *ProSorriso* 42.0% dos adolescentes tinham 2/3 do dente com placa bacteriana e 17% todo o dente com placa, por sua vez após participação no programa os valores baixaram para 34.5% de adolescentes com 2/3 do dente com placa e 6.5% com placa bacteriana em todo o dente, apurando-se que as diferenças entre os dois momentos eram estatisticamente significativas (Z=-9.026; p=0.000).

No que concerne ao 1º molar inferior esquerdo, considerando os dois momentos, antes e após a intervenção, averiguou-se que tinham 2/3 do dente com placa 24.5% vs 17.5%, respetivamente, todo o dente com placa 4.0% vs 1.0%, respetivamente, e sem placa 11.0% vs 21.0%. As diferenças entre os dois momentos de avaliação são significativas (Z=-6.079; p=0.000) (cf. Tabela 1125). Observou-se ainda, após participarem no programa – *ProSorriso*, um aumento percentual de adolescentes sem placa bacteriana no dente incisivo central inferior esquerdo (antes 13.0%; após 18.0%) e no 1º molar inferior direito (antes 11.5%; após 23.5%). A avaliação feita antes e após o programa – *ProSorriso*, revelou diferenças significativas nos dois dentes (Incisivo central inferior esquerdo: Z=-2.715; p=0.007; 1º molar inferior direito: Z=-7.530; p=0.000) (cf. Tabela 125)

Tabela 125 - IPS por dente antes e após o programa – *ProSorriso*

Sexo	Antes do *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Após o *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Teste Wilcoxon
	Masculino		Feminino		Total			Masculino		Feminino		Total			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
1º molar superior direito (N=200)															
Sem placa	5	5.7	10	8.9	**15**	**7.5**		8	9.0	27	24.3	**35**	**17.6**		
1/3 do dente com placa	28	31.8	40	35.8	**68**	**34.0**	χ2=2.632	41	46.6	38	34.2	**79**	**39.7**	**χ2=8.496**	**Z=-8.060;**
2/3 do dente com placa	44	50.0	44	39.2	**88**	**44.0**	p=0.452	32	36.4	37	33.3	**69**	**34.7**	**p=0.037***	**p=0.000***
Todo o dente com placa	11	12.5	18	16.1	**29**	**14.5**		7	8.0	9	8.1	**16**	**8.0**		
Incisivo central superior direito (N=200)															
Sem placa	1	1.1	15	13.4	**16**	**8.0**		8	9.1	20	17.9	**28**	**14.0**		
1/3 do dente com placa	28	31.8	35	31.3	**63**	**31.5**	**χ2=10.965**	30	34.1	46	41.1	**76**	**38.0**	χ2=6.615	**Z=-6.674**
2/3 do dente com placa	41	46.6	39	34.8	**80**	**40.0**	**p=0.012***	39	44.3	39	34.8	**78**	**39.0**	p=0.085	**p=0.000***
Todo o dente com placa	18	20.5	23	20.5	**41**	**20.5**		11	12.5	7	6.2	**18**	**9.0**		
1º molar superior esquerdo (N=200)															
Sem placa	4	4.5	10	8.9	**14**	**7.0**		10	11.4	25	22.3	**35**	**17.5**		
1/3 do dente com placa	30	34.1	38	33.9	**68**	**34.0**	χ2=1.909	37	42.0	46	41.1	**83**	**41.5**	χ2=4.683	**Z=-9.026;**
2/3 do dente com placa	40	45.5	44	39.3	**84**	**42.0**	p=0.591	34	38.6	35	31.2	**69**	**34.5**	p=0.197	**p=0.000***
Todo o dente com placa	14	15.9	20	17.9	**34**	**17.0**		7	8.0	6	5.4	**13**	**6.5**		
1º molar inferior esquerdo (N=200)															
Sem placa	6	6.8	16	14.3	**22**	**11.0**		14	15.9	28	25.0	**42**	**21.0**		
1/3 do dente com placa	54	61.4	67	59.8	**121**	**60.5**	χ2=5.322	51	58.0	70	62.5	**121**	**60.5**	χ2=7.188	**Z=-6.079;**
2/3 do dente com placa	26	29.5	23	20.5	**49**	**24.5**	p=0.150	22	25.0	13	11.6	**35**	**17.5**	p=0.066	**p=0.000***
Todo o dente com placa	2	2.3	6	5.4	**8**	**4.0**		1	1.1	1	0.9	**2**	**1.0**		
Incisivo central inferior esquerdo (N=200)															
Sem placa	7	8.0	19	17.0	**26**	**13.0**		13	14.8	23	20.5	**36**	**18.0**		
Res									-1.1		1.1				
1/3 do dente com placa	40	45.5	51	45.5	**91**	**45.5**		37	42.0	52	46.4	**89**	**44.5**		
Res							χ2=5.528		-0.6		0.6				**Z=-2.715;**
2/3 do dente com placa	37	42.0	34	30.4	**71**	**35.5**	p=0.137	35	39.8	33	29.5	**68**	**34.0**		**p=0.007**
Res									1.5		-1.5				
Todo o dente com placa	4	4.5	8	7.1	**12**	**6.0**		3	3.4	4	3.6	**7**	**3.5**		
Res									-0.1		0.1				
1º molar inferior direito (N=200)															
Sem placa	7	8.0	16	14.3	**23**	**11.5**		12	13.6	35	31.3	**47**	**23.5**		
Res		-1.4		1.4					-2.9		2.9				
1/3 do dente com placa	52	59.1	67	59.8	**119**	**59.5**		54	61.4	66	58.9	**120**	**60.0**		
Res		-0.1		0.1					0.3		-0.3				**Z=-7.530;**
2/3 do dente com placa	25	28.4	25	22.3	**50**	**25.0**		21	23.9	10	8.9	**31**	**15.5**		**p=0.000***
Res		1.0		-1.0					2.9		-2.9				
Todo o dente com placa	4	4.5	4	3.6	**8**	**4.0**		1	1.1	1	0.9	**2**	**1.0**		
Res		0.3		-0.3					0.2		-0.2				

Constatou-se que o IPS dos adolescentes é em média menor após participarem no programa - *ProSorriso*, revelando o teste t Student que as diferenças do IPS antes e após são significativas (t=7.389; p=0.000) (cf. Tabela 126).

Antes do programa - *ProSorriso*, o valor médio do Índice de Placa Simplificado (IPS) foi de 1.47 (DP=0.621), apresentando os rapazes pior saúde oral ($\bar{x}$=1.53 vs $\bar{x}$=1.41), contudo as diferenças encontrada não são estatisticamente significativas (t=1.384; p=0.169). Após participarem no programa - *ProSorriso*, observou-se que os adolescentes apresentavam um IPS médio de 1.20 (DP=0.779), verificando-se que, o sexo feminino tem melhor saúde oral, com índice de placa simplificado menor, ($\bar{x}$=1.09 Vs $\bar{x}$=1.33), sendo as diferenças estatísticas significativas, (t=2.686; p=0.008) (cf. Tabela 126).

Tabela 126 - Estatísticas relativas ao IPS antes e após o programa – *ProSorriso*

	N	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Teste t Student	Test t amostras emparelhadas
Índice de Placa Bacteriana (antes))										
Masculino	88	0	3	1.53	0.541	0.089	-0.220	35.35	t=1.384 p=0.169	**t=7.389** **p=0.000*** **
Feminino	112	0	3	1.41	0.675	0.342	-1.000	47.87		
Total	**200**	**0**	**3**	**1.47**	**0.621**	**0.016**	**-0.831**	**42.24**		
Índice de Placa Bacteriana (após)										
Masculino	88	0	3	1.33	0.612	0.217	-0.221	46.01	**t=2.686 p=0.008****	
Feminino	112	0	3	1.09	0.621	0.945	0.018	56.97		
Total	**200**	**0**	**3**	**1.20**	**0.626**	**0.779**	**-0.392**	**52.17**		

Observou-se uma melhoria no índice de placa bacteriana após a participação no programa de intervenção *ProSorriso,* o que é revelador de maior acuidade nos hábitos de higiene oral.

Risco em saúde oral

A observação da boca dos adolescentes, antes do programa – *ProSorriso,* permitiu constatar que 50.5% apresentavam cáries e 30.0% não. Após participação no programa, verificou-se que o número de participantes com cáries diminui para 38.5% e aumentou o número de adolescentes livres de cáries (32.0%), contudo as diferenças não são significativas (Z=-1.392; p=0.164) (cf. Tabela 127).

Relativamente à variável antecedentes pessoais, antes do programa - *ProSorriso*, 98.0% dos adolescentes são saudáveis e 2.0% têm doença ou condição de saúde que possa influenciar direta ou indiretamente o processo de cárie. A avaliação após a participação no programa – *ProSorriso*, revelou que nenhum participante apresentava doença ou condição de saúde que possa influenciar direta ou indiretamente o processo de cárie (0.0%) (Z=-2.015; p=0.045) (cf. Tabela 127).

O teste Wilcoxon revela que as diferenças entre os dois momentos de avaliação não são significativas face à variável conteúdo da dieta dos adolescentes (Z=-1.515; p=0.130) (cf. Tabela 127).

Relativamente ao número de refeições por dia verificou-se que antes do *ProSorriso*, 73.5% dos adolescentes faziam Até cinco refeições e 5.0% ingeriam mais de sete, num segundo momento há uma diminuição de adolescentes que faz uma ingestão superior a 7 vezes ao dia (1.5%) e um aumento de participantes que ingere até cinco refeições (76.5%), as diferenças entre os dois momentos de avaliação não são significativas (Z=-1.325; p=0.185) (cf. Tabela 127).

Observou-se um aumento do percentual de adolescentes com dentes limpos (sem placa bacteriana) após participarem no programa – *ProSorriso* (após:10.0% antes: 6.0%) e uma diminuição da Presença evidente de placa bacteriana recobrindo todas as superfícies dentárias (após: 5.5%; antes: 12.0%) e da Acumulação de placa bacteriana visível a olho nú (após: 26.5%; antes: 42.0%). Sendo as diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação, existindo uma melhoria do controlo da placa bacteriana após a participação no programa (Z=-5.465; p=0.000) (cf. Tabela 127).

Tabela 127 - Quantificadores do risco antes e após o *ProSorriso (1)*

Sexo	Antes do *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Após o *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Teste Wilcoxon
	Masculino		Feminino		Total			Masculino		Feminino		Total			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Exame Objetivo da Boca (N=200)															
Livre de cáries	21	23.9	39	34.8	**60**	**30.0**		27	30.7	37	33.0	**64**	**32.0**		
Sem cáries ativas (índice de cárie melhor que o do grupo etário na região)	16	18.1	11	10.7	**27**	**13.5**	χ2=4.649 p=0.199	10	11.4	13	11.6	**23**	**11.5**	χ2=1.400 p=0.706	Z=-1.39 p=0.164
Sem cáries ativas (índice de cárie semelhante ao do grupo etário na região)	5	5.7	7	6.3	**12**	**6.0**		19	21.6	17	15.2	**36**	**18.0**		
Com cáries	46	52.3	55	48.2	**101**	**50.5**		32	36.4	45	40.2	**77**	**38.5**		
Antecedentes Pessoais (N=200)															
Saudável	85	96.6	111	99.1	**196**	**98.0**		88	100.0	112	100.0	**200**	**100.0**		
Com doença ou condição de saúde que possa influenciar direta ou indiretamente o processo de cárie	3	3.4	1	0.9	**4**	**2.0**		-	-	-	-	**-**	**-**		**Z=-2.015 p=0.045***
Doença severa e/ou de longa duração	-	-	-	-	**-**	**-**		-	-	-	-	**-**	**-**		
	Teste Fisher p=0.322														
Conteúdo da Dieta (N=200)															
Baixa ingestão de alimentos cariogénicos	19	21.6	28	25.0	**47**	**23.5**		24	27.3	40	36.6	**65**	**32.5**		
Moderada ingestão de alimentos cariogénicos	50	56.8	67	59.8	**117**	**58.5**	χ2=1.445 p=0.485	42	47.7	57	50.9	**99**	**49.5**	χ2=5.699 p=0.058	Z=-1.515 p=0.130
Elevada ingestão de alimentos cariogénicos	19	21.6	17	15.2	**36**	**18.0**		22	25.0	14	12.5	**36**	**18.0**		
Frequência da ingestão de alimentos (N=200)															
Até cinco vezes por dia	68	77.3	79	70.5	**147**	**73.5**		68	77.3	85	75.9	**153**	**76.5**		
Res									0.2		-0.2				
≥ 5 e ≤ 7 vezes por dia	16	18.2	27	24.1	**43**	**21.5**	χ2=1.174 p=0.556	20	22.7	24	21.4	**44**	**22.0**		Z=-1.325 p=0.185
Res									0.2		-0.2				
Mais de 7 vezes por dia	4	4.5	6	5.4	**10**	**5.0**		0	0.0	3	2.7	**3**	**1.5**		
Res									-1.5		1.5				
Controlo da placa bacteriana (N=200)															
Dentes limpos	1	1.1	11	9.8	**12**	**6.0**		5	5.7	15	13.4	**20**	**10.0**		
Placa bacteriana cobrindo metade das superfícies dentárias	36	40.9	44	39.3	**80**	**40.0**		47	53.5	69	61.7	**116**	**58.0**		
Acumulação de placa bacteriana visível a olho nú	42	47.7	42	37.5	**84**	**42.0**	**χ2=7.867 p=0.049***	30	34.0	23	21.4	**53**	**26.5**	χ2=7.415 p=0.060	**Z=-5.465 p=0.000*****
Presença evidente de placa bacteriana recobrindo todas as superfícies dentárias	9	10.3	15	13.4	**24**	**12.0**		6	6.8	5	4.5	**11**	**5.5**		

Relativamente à Utilização de dentífricos fluoretados na escovagem dos dentes, verificou-se que antes do programa - *ProSorriso*, 61.0% dos adolescentes fazia uma Escovagem dos dentes diariamente (2 x dia) com este tipo de dentífrico e 12.0% de forma irregular (menos de 1 x dia), no segundo momento, há um aumento da percentagem de adolescentes (73.5%) a escovarem os dentes diariamente (2 x dia) com dentífricos fluoretados e uma diminuição dos que a fazem de uma forma irregular (8.0%). As diferenças entre os dois momentos de avaliação são significativas (Z=-2.562; p=0.010) (cf. Tabela 128).
Quanto à Motivação para a saúde oral, inferiu-se que as diferenças nos dois momentos não são significativas (p>0.05) (cf. Tabela 128).

Concluiu-se pela avaliação da classificação do risco que antes de participarem no programa – *ProSorriso*, 13.0% dos adolescentes apresentavam baixo risco e 87.0% alto risco, após a participação no programa diminuiu a percentagem de adolescentes com alto risco (75.5%), pelo que há um maior número de adolescentes com baixo risco de desenvolver problemas orais (24.5%). O teste McNemar revelou que as diferenças encontradas entre os dois momentos de avaliação são significativas (p=0.001), ou seja os adolescentes apresentavam menor risco de problemas orais depois de participarem no programa - *ProSorriso* (cf. Tabela 128).

Tabela 128 - Quantificadores do risco antes e após o programa – *ProSorriso (2)*

Sexo	Antes do *Programa ProSorriso*						Após o *Programa ProSorriso*						Testes
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Utilização de fluoretos (N=200)													
Escovagem dos dentes diária/ (2 x dia)	47	53.5	75	67.0	**122**	**61.0**	56	63.6	90	80.4	**147**	**73.5**	**Teste Wilcoxon Z=2.562 p=0.010***
Escovagem dos dentes diária/ (1 x dia)	26	29.5	28	25.0	**54**	**27.0**	20	22.8	17	16.1	**37**	**18.5**	
Escovagem dos dentes de forma irregular (menos de 1 x dia)	15	17.0	9	8.0	**24**	**12.0**	12	13.6	4	3.5	**16**	**8.0**	
Teste Qui-Quadrado: χ2=5.195; p=0.074							Teste Qui-Quadrado: χ2=9.838; p=0.007**						
Motivação para a saúde oral (N=200)													
Prognóstico muito favorável e compatível com a observação	-	-	2	1.8	**2**	**1.0**	2	2.3	8	7.1	**10**	**5.0**	**Teste Wilcoxon** Z=-0.130 p=0.896
Res		-1.3		1.3				-1.6		1.6			
Prognóstico favorável e compatível com a observação	35	39.8	47	42.0	**83**	**41.5**	31	35.2	49	43.8	**80**	**40.0**	
Res		-0.4		0.4				-1.2		1.2			
Prognóstico menos favorável do que sugerido pela observação	40	45.4	49	43.8	**89**	**44.5**	33	37.5	40	36.6	**74**	**37.0**	
Res		0.2		-0.2				0.1		-0.1			
A perspetiva de desenvolver cárie é muito grande a breve prazo	13	14.8	14	12.4	**26**	**13.0**	22	25.0	14	12.5	**36**	**18.0**	
Res		0.7		-0.7				2.3		-2.3			
Classificação do Risco (N=200)													
Baixo risco	7	8.0	17	16.2	**24**	**12.0**	18	20.5	32	28.6	**50**	**25.5**	**Teste McNemnar p=0.001****
Alto risco	81	92.0	95	84.8	**176**	**88.0**	70	79.5	80	71.4	**150**	**75.5**	
Teste Qui-Quadrado: χ2=2.435; p=0.119							Teste Qui-Quadrado: χ2=1.732; p=0.188						

Observou-se uma redução significativa no desenvolvimento de problemas dentários entre os dois momentos de avaliação antes (87.0%), e após (75.5%) a participação no programa - *ProSorriso* (p=0.001), ou seja, a classificação do risco de problemas dentários baixou após a participação no programa (cf. Tabela 135).

Os adolescentes avaliados apresentavam na sua maioria alto risco de desenvolver problemas dentários, pontuando o sexo masculino com maior risco quer antes do programa - *ProSorriso* (92% vs 84.8%) quer após participação no programa (79.5% vs 71.4%), contudo o teste Qui-Quadrado, revelou que as diferenças não são significativas, (antes: χ^2=2.435; p=0.119; após: χ^2=1.732; p=0.188) (cf. Tabela 135).
Identificou-se que os adolescentes apresentavam menor risco de desenvolver problemas dentários após terem participado no programa – *ProSorriso.*

8.2.3 – Hábitos de higiene oral

O estudo dos hábitos higiene oral dos adolescentes revelou que antes do programa - *ProSorriso*, 71.5% escovavam os dentes duas ou mais vezes por dia, 28.5% faziam-no pelo menos uma vez por dia. Após a participação no programa - *ProSorriso* existe um aumento de adolescentes a escovarem os dentes duas ou mais vezes por dia (74%), contudo as diferenças não são estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação (Teste de Mcnemar p=0.583) (cf. Tabela 129).

Antes do programa - *ProSorriso* a maioria dos adolescentes (57.5%), nunca ou poucas vezes escovava os dentes antes de deitar após participarem no programa a percentagem de adolescentes que refere escovar os dentes à noite muitas vezes ou sempre, aumenta (83%), sendo as diferenças encontradas entre os dois momentos altamente significativas (Teste de Mcnemar p=0.000) (cf. Tabela 129).

Quanto aos utensílios usados pelos adolescentes na sua higiene oral, não se observaram diferenças significativas, antes e após a implementação do programa *ProSorriso* (Z=-0.434; p=0.664), nem na frequência do uso do fio dentário (Teste de Mcnemar p=0.742), nem no tipo de escova que utilizam (teste Mcnemar p=0.999) (cf. Tabela 129).

Tabela 129 - Hábitos higiene oral antes e após o programa – *ProSorriso*

Sexo	Antes do *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Após o *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Testes
	Masculino		Feminino		Total			Masculino		Feminino		Total			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Frequência da escovagem dos dentes por dia (N=200)															
Pelo menos uma vez	36	40.9	21	18.8	**57**	**28.5**	**χ2=11.875 p=0.001****	32	36.4	20	17.9	**52**	**26.0**	**χ2=8.772 p=0.003****	Teste Mcnemar: p=0.583
Duas ou mais vezes	52	59.1	91	81.3	**143**	**71.5**		56	63.6	92	82.1	**148**	**74.0**		
Frequência da escovagem dos dentes antes de deitar (N=200)															
Nunca ou Poucas vezes	49	55.7	66	58.9	**115**	**57.5**	χ2=0.213 p=0.645	18	20.5	16	14.3	**34**	**17.0**	χ2=1.329 p=0.249	**Teste Mcnemar: p=0.000*****
Muitas vezes ou Sempre	39	44.3	46	41.1	**85**	**42.5**		70	79.5	96	85.7	**166**	**83.0**		
Utensílios usados na higiene oral (N=200)															
Escova	26	29.5	23	20.5	**49**	**24.5**	**χ2=9.101 p=0.011***	32	36.4	23	20.5	**55**	**27.5**	**χ2=9.304 p=0.010***	Teste Wilcoxon: Z=-0.434 p=0.664
Escova/pasta/elixir (bochechos)	46	52.3	47	42.0	**93**	**46.5**		35	39.8	42	37.5	**77**	**38.5**		
Escova/pasta/fio dentário/escovilhão	16	18.2	42	37.5	**58**	**29.0**		21	23.8	47	42.0	**68**	**34.0**		
Frequência da utilização do fio dentário (N=200)															
Nunca ou raramente	73	83.0	75	67.0	**148**	**74.0**	**χ2=6.549 p=0.010***	74	84.1	77	68.8	**151**	**75.5**	**χ2=6.270 p=0.012***	Teste Mcnemar: p=0.742
Uma vezes por dia mais vezes por dia	15	17.0	37	33.0	**52**	**26.0**		14	15.9	35	31.3	**49**	**24.5**		
Tipo de escova (N=200)															
Dura	4	4.5	1	0.9	**5**	**2.5**		1	1.1	3	2.7	**4**	**2.0**		Teste Mcnemar: p=0.999
Macia /Média	84	95.5	111	99.1	**195**	**97.5**		87	98.8	109	97.3	**196**	**98.0**		
	Teste Fisher: p=0.171							Teste Fisher: p=0.632							

Relativamente à realização da higiene oral, verificou-se que antes do programa - *ProSorriso*, 57% dos adolescentes escovavam dentes, língua e gengiva, 31% dentes e língua e 6.5% dentes e gengiva, após a participação no programa, há um acréscimo de adolescentes a fazerem uma higiene oral mais corretamente (escova dentes, língua e gengiva: 67% vs 57%), sendo as diferenças entre os dois momentos de avaliação significativas (Z=-2.801; p=0.005). Quanto ao tempo gasto na escovagem de dentes, no pré programa 62.5% dos adolescentes demoravam entre 2 a 5 minutos e 30.0% gastavam menos de 2 minutos. Após a participação no programa, 74.0% gastam entre 2 a 5 minutos na e apenas 22.0% demora menos de 2 minutos. O teste t para amostra emparelhadas revelou que as diferenças encontradas entre os dois momentos de avaliação são significativas (Z=-3.509; p=0.000) (cf. Tabela 130).

No que se refere ao intervalo de tempo com que se deve mudar a escova de dentes, as diferenças entre os dois momentos não são significativas (Teste de Mcnemar: p=504) (cf. Tabela 130).

Tabela 130 - Características dos hábitos de higiene oral antes e após o *ProSorriso*

Sexo	Antes do *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Após o *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Testes
	Masculino		Feminino		Total			Masculino		Feminino		Total			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Realização da higiene oral (N=200)															
Escova somente os dentes	7	8.0	4	3.6	**11**	**5.5**		6	6.8	3	2.7	**9**	**4.5**		
Res		1.3		-1.3					1.4		-1.4				
Escova dentes e gengivas	5	5.7	8	7.1	**13**	**6.5**		3	3.4	6	5.4	**9**	**4.5**		**Test Wilcoxon Z=-2.801; p=0.005****
Res		-0.4		0.4					-0.7		0.7				
Escova dentes e língua	26	29.5	36	32.1	**62**	**31.0**		25	28.4	23	20.5	**48**	**24.0**		
Res		-0.4		0.4					1.3		-1.3				
Escova dentes. língua e gengiva	50	56.8	64	57.2	**114**	**57.0**		54	61.4	80	71.4	**134**	**67.0**		
Res		0.0		0.0					-1.5		1.5				
Tempo de escovagem dos dentes (N=200)															
Menos de 2 minutos	26	29.5	34	30.4	**60**	**30.0**		20	22.7	24	21.4	**44**	**22.0**		
Res									0.2		-0.2				
Mais de 5 minutos	6	6.8	9	8.0	**15**	**7.5**	χ2=0.141 p=0.992	3	3.4	5	4.5	**8**	**4.0**	χ2=0.175 p=0.916	**Test Wilcoxon Z=-3.509; p=0,000*****
Res									-0.4		0.4				
De 2 a 5 minutos	56	63.7	69	61.6	**125**	**62.5**		65	73.9	83	74.1	**148**	**74.0**		
Res									0.0		0.0				
Intervalo de tempo de mudança da escova de dentes (N=200)															
Não sei \ Quando estiver estragada	37	42.0	36	32.1	**73**	**36.5**	χ2=2.085 p=0.149	39	44.3	40	35.7	**79**	**39.5**	χ2=1.527 p=0.217	**Teste Mcnemar:** p=0.504
Pelo Menos de 3 meses	51	58.0	76	67.9	**127**	**63.5**		49	55.7	72	64.3	**121**	**60.5**		

Fazendo uma avaliação global sobre os hábitos de higiene oral dos adolescentes no momento pré e pós intervenção conclui-se que são melhores após a participação no programa - *ProSorriso* ($\bar{x}$=16.52 vs $\bar{x}$=15.77), revelando o Teste t Student diferenças estatísticas significativas entre os dois momentos, (t=-4.591; p=0.000), ou seja, os adolescentes melhoraram os seus hábitos de higiene oral após participarem no programa. As raparigas apresentam melhores hábitos de higiene oral relativamente aos rapazes, quer antes do programa *ProSorriso* ($\bar{x}$=16.13 vs $\bar{x}$=15.31) quer após ($\bar{x}$=16.96 vs $\bar{x}$=15.97), revelando o teste t Student diferenças significativas (antes: t=-2.716; p=0.007; após: t=-3.237; p=0.001) (cf. Tabela 131).

Tabela 131 - Estatísticas relativas aos hábitos de higiene oral antes e após o *ProSorriso*

	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Teste t Student	Test t amostras emparelhadas
Somatório dos Hábitos de Higiene Oral (antes)										
Masculino	88	10	19	15.31	1.938	-0.972	0.191	12.66		
Feminino	112	11	20	16.13	2.232	-0.859	1.578	13.84	**t=-2.716 p=0.007****	
Total	**200**	**10**	**20**	**15.77**	**2.141**	**-0.744**	**1.409**	**13.57**		**t=-4.591; p=0.000*****
Somatório dos Hábitos de Higiene Oral (após)										
Masculino	88	10	20	15.97	2.266	-2.143	0.133	14.19		
Feminino	112	11	20	16.96	2.046	-1.618	-0.768	12.07	**t=-3.237 p=0.001*****	
Total	**200**	**10**	**20**	**16.52**	**2.196**	**-2.872**	**0.085**	**13.29**		

Inferiu-se que os adolescentes apresentam melhores hábitos de higiene oral após participarem no programa - *ProSorriso*.

8.2.4 – Conhecimentos sobre saúde oral

Procurou-se determinar se o programa – *ProSorriso* contribuiu para o aumento de conhecimentos dos adolescentes relativamente à saúde oral, verificou-se que nas questões Frequência de escovagem dos dentes, Tipo de escova utilizada, como Realizar a higiene oral e o tempo de escovagem dos dentes os valores obtidos antes e após a participação no programa - *ProSorriso*, são semelhantes, não existindo diferenças significativas entre os dois momentos. Quanto aos utensílios usados na escovagem dos dentes observou-se que antes do programa, a maioria dos adolescentes (66.5%) considerava que se deve usar a escova/pasta/fio dentário/escovilhão. Após a participação no programa - *ProSorriso* existe um aumento de participantes a considerar a utilização deste conjunto de utensílios como o mais correto (74.5%), (Teste Mcnemar: p=0.057) (cf. Tabela 132). A maioria (83.5%) dos adolescentes antes de participar no programa – *ProSorriso* refere que se deve usar o fio dentário uma ou mais vezes por dia e 16.5% referem que nunca ou raramente deve ser utilizado. Após o programa, verificou-se que existia um maior número de adolescentes a referir que o fio dentário deve ser usado uma ou mais vezes por dia (89.5%). A avaliação nos dois momentos revela que os adolescentes após a participação no programa – *ProSorriso* têm melhores conhecimentos acerca do uso do fio dentário, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas (Teste Mcnemar: p=0.059) (cf. Tabela 132).

Relativamente ao Intervalo de tempo para mudança da escova de dentes, 39.5% dos adolescentes antes – da intervenção considerava que devia ocorrer de 3 em 3 meses, 33.5% em menos de 3 meses, existindo 8.0% que referia não saber quando se tinha de proceder à troca de escova dos dentes. Após o programa - *ProSorriso* os conhecimentos os adolescentes melhoraram, sendo que 48.5% refere que deve ser trocada de 3 em 3 meses e apenas 3.0% persiste sem saber quando deve fazê-lo. As diferenças encontradas nos dois momentos são altamente significativas (t=-13.018; p=0.000) (cf. Tabela 132).

Tabela 132 - Conhecimentos sobre saúde oral antes e após o programa - *ProSorriso*

Sexo	Antes do *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Após o *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Testes
	Masculino		Feminino		Total			Masculino		Feminino		Total			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Frequência da escovagem dos dentes por dia (N=200)															
Pelo menos uma vez	6	6.8	3	2.7	**9**	**4.5**	χ2=1.965 p=0.161	1	1.1	7	6.3	**8**	**4.0**		Teste Mcnemar: p=0.999
Duas ou mais vezes	82	93.2	109	97.3	**191**	**95.5**		87	98.9	105	93.8	**192**	**96.0**		
								Teste Fisher: p=0.064							
Utensílios usados na higiene oral (N=200)															
Escova/pasta/elixir (bochechos)	33	37.5	34	30.4	**67**	**33.5**	χ2=2.190 p=0.335	23	26.1	28	25.0	**51**	**25.5**	χ2=0.033 p=0.855	Teste Mcnemar: p=0.057
Escova/pasta/fio dentário/escovilhão	55	62.5	78	69.6	**133**	**66.5**		65	73.9	84	75.0	**149**	**74.5**		
Frequência da utilização do fio dentário (N=200)															
Nunca ou raramente	20	22.7	13	11.6	**33**	**16.5**	**χ2=4.423 p=0.035***	14	15.9	7	6.2	**21**	**10.5**	**χ2=4.893 p=0.027***	Teste Mcnemar: p=0.059
Uma vezes por dia mais vezes por dia	68	77.3	99	88.4	**167**	**83.5**		74	84.1	105	93.8	**179**	**89.5**		
Tipo de escova (N=200)															
Dura	6	6.8	4	3.6	**10**	**5.0**		3	3.4	5	4.5	**8**	**4.0**		Teste Mcnemar: p=0.405
Macia /Média	82	93.2	108	96.4	**190**	**95.0**		85	96,6	107	95,5	**192**	**96,0**		
	Teste Fisher: p=0.340							Teste Fisher: p=0.999							
Realização da higiene oral (N=200)															
Escova somente os dentes	1	1.1	-	-	**1**	**0.5**		1	1.1	1	0.9	**2**	**1.0**		Test Wilcoxon Z=-1.581 p=0.114
Res		1.1		-1.1					0.2		-0.2				
Escova dentes e gengivas	2	2.3	1	0.9	**3**	**1.5**		3	3.4	-	-	**3**	**1.5**		
Res		0.8		-0.8					2.0		-2.0				
Escova dentes e língua	9	10.2	13	11.6	**22**	**11.0**		5	5.7	5	4.5	**10**	**5.0**		
Res		-0.3		0.3					0.4		-0.4				
Escova dentes, língua e gengiva	76	86.4	98	87.5	**174**	**87.0**		79	89.8	106	94.6	**185**	**92.5**		
Res		-0.2		0.2					-1.3		1.3				
Tempo de escovagem dos dentes (N=200)															
Menos de 2 minutos	10	11.3	8	7.1	**18**	**9.0**	χ2=1.700 p=0.427	4	4.5	5	4.5	**9**	**4.5**	χ2=0.524 p=0.769	Test Wilcoxon Z=-1.784 p=0.074
Mais de 5 minutos	13	14.8	13	11.6	**26**	**13.0**		15	17.0	15	13.4	**30**	**15.0**		
De 2 a 3 minutos	65	73.9	91	81.3	**156**	**78.0**		69	78.5	92	82.1	**161**	**80.5**		
Intervalo de tempo de mudança da escova de dentes (N=200)															
Não sei	11	12.5	5	4.5	**16**	**8.0**		6	6.8	-	-	**6**	**3.0**		Test Wilcoxon **Z=-13.01 p=0.000*** **
Res		2.1		-2.1					2.8		-2.8				
Quando estiver estragada	8	9.1	3	2.7	**11**	**5.5**		11	12.5	5	4.5	**16**	**8.0**		
Res		2.0		-2.0					2.1		-2.1				
Anualmente	1	1.1	2	1.8	**3**	**1.5**		3	3.4	2	1.8	**5**	**2.5**		
Res		-0.4		0.4					0.7		-0.7				
3 a 6 meses	13	14.8	11	9.8	**24**	**12.0**		14	15.9	14	12.5	**28**	**14.0**		
Res		1.1		-1.1					0.7		-0.7				
Menos de 3 meses	24	27.3	43	38.4	**67**	**33.5**		19	21.6	29	25.9	**48**	**24.0**		
Res		-1.7		1.7					0.7		-0.7				
3 em 3 meses	31	35.2	48	42.8	**79**	**39.5**		35	39.8	62	55.4	**97**	**48.5**		
Res		-1.1		1.1					-2.2		2.2				

A maioria dos adolescentes (73.0%), antes do programa - *ProSorriso* acha que se deve começar a escovar os dentes a partir do ano de idade e 27.0% não sabe qual a idade adequada para iniciar. Apurou-se que após a participação no programa os conhecimentos dos adolescentes melhoram, pois 40.0% referem que deve ser aos seis meses ou quando aparecer o primeiro dente e nenhum menciona desconhecer a idade com que se deve começar a higienizar os dentes, as diferenças encontradas nos dois momentos são altamente significativas (Z=-13.018; p=0.000) (cf. Tabela 133).

Relativamente à idade em que se deve iniciar a escovagem dos dentes autonomamente, apurou-se que – no pré intervenção 67.5% dos adolescentes entendem que deve ser entre os 3 e os 6 anos e 12.0% a partir dos 6 anos de idade, contudo após a participação no programa, os conhecimentos aumentam uma vez que 44.5% dos adolescentes considera que só a partir dos seis anos se deve iniciar autonomamente a escovagem dos dentes. As diferenças entre os dois momentos de avaliação são significativas (Z=-8.224; p=0.000), ou seja, os adolescentes após participarem no programa – *ProSorriso* detêm melhores conhecimentos (cf. Tabela 133).

Quanto à definição de placa bacteriana, antes do programa - *ProSorriso* 60.0% dos adolescentes não sabem o que é, 20.0% considera ser Tártaro/placa amarelada que se acumula nos dentes. Após intervenção 10.5% dos participantes definiram corretamente placa bacteriana como sendo Comida/sujidade que se acumula nos dentes (6.5%) e Bactérias que se acumulam nos dentes (4.0%). Houve, também, uma diminuição de estudantes que não sabe o que é placa bacteriana (52.0% vs 60%). As diferenças encontradas nos dois momentos de avaliação revelam que os adolescentes após participarem no programa – *ProSorriso* têm melhor conhecimento na definição de placa bacteriana (Z=-3.716; p=0.000) (cf. Tabela 133).

Após a participação no programa – *ProSorriso* a percentagem de adolescentes que considera que o consumo de tabaco tem influência na saúde oral aumenta (antes: 90.0% vs após: 95.0%) com diferenças significativas entre os dois momentos (p=0.004). Também no que concerne à influência da placa bacteriana na saúde oral se verificou um aumento de conhecimentos (antes: 83.5% vs após: 91.5%), sendo as diferenças nos dois momentos significativas (p=0.000) (cf. Tabela 133).

Não se observam diferenças significativas na melhoria dos conhecimentos nas seguintes variáveis: utilização de pasta de dentes com flúor (p=0.496), influência dos hábitos alimentares sobre a saúde oral (p=0.480), hábitos de higiene oral (p=0.665), consumo de bebidas alcoólicas (p=0.289), consumo de substâncias ilícitas (p=0.566) e uso de *piercings* orais e periorais na saúde oral (p=0.135) (cf. Tabela 133).

Tabela 133 - Características dos conhecimentos sobre saúde oral antes e após o programa – *ProSorriso*

Sexo	Antes do *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Após o *Programa ProSorriso*						Teste Qui-Quadrado	Testes
	Masculino		Feminino		Total			Masculino		Feminino		Total			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Com que idade se deve escovar/limpar os dentes pela primeira vez (N=200)															
Não sabe	26	29.5	28	25.0	**54**	**27.0**		-	-	-	-	**-**	**-**		
1 ano ou mais	32	70.5	84	75.0	**146**	**73.0**	χ2=0.517 p=0.472	46	52,3	74	66,1	**120**	**60,0**	**χ2=3.910 p=0.048***	**Teste Wilcoxon Z=-13.01 p=0.000*****
6 meses ou 1.º dente	-	-	-	-	**-**	**-**		42	47,7	38	33,9	**80**	**40,0**		
Idade em que se deve iniciar a escovagem dos dentes autonomamente (N=200)															
<3 anos	17	19.3	24	21.4	**41**	**20.5**		9	10.2	20	17.9	**29**	**14.5**		
3-6 anos	57	64.8	78	69.6	**135**	**67.5**	χ2=2.281 p=0.320	26	29.5	56	50.0	**82**	**41.0**	**χ2=15.742 p=0.000*****	**Teste Wilcoxon Z=-8.22 p=0.000*****
>6 anos	14	15.9	10	9.0	**24**	**12.0**		53	60.3	36	32.1	**89**	**44.5**		
Deves utilizar uma pasta de dentes com flúor (N=200)															
Não	10	11.4	8	7.1	**18**	**9.0**	χ2=1.072 p=0.301	10	11.4	4	3.6	**14**	**7.0**	χ2=6.659 p=0.084	Teste Mcnemar: p=0.496
Sim	78	88.6	104	92.9	**182**	**91.0**		78	88.6	108	96.4	**186**	**93.0**		
Definição de placa bacteriana (N=200)															
Não sei	60	68.2	60	53.6	**120**	**60.0**		53	60.2	51	45.5	**104**	**52.0**		**Teste Wilcoxon Z=-3.716; p=0.000*****
Res		2.1		-2.1					2.1		-2.1				
Algo que protege os dentes	3	3.5	3	2.7	**6**	**3.0**		-	-	5	4.5	**5**	**2.5**		
Res		0.3		-0.3					-2.0		2.0				
Aparelho/Prótese dentária	4	4.5	5	4.5	**9**	**4.5**		4	4.5	2	1.8	**6**	**3.0**		
Res		-		-					1.1		-1.1				
Cárie dentária	6	6.8	11	9.8	**17**	**8.5**		4	4.5	14	12.5	**18**	**9.0**		
Res		-0.8		0.8					-2.0		2.0				
Tártaro/ placa amarelada que se acumula nos dentes	12	13.6	28	25.0	**40**	**20.0**		21	23.9	25	22.3	**46**	**23.0**		
Res		-2.0		2.0					0.3		-0.3				
Comida/Sujidade que se acumula nos dentes	3	3.4	4	3.6	**7**	**3.5**		5	5.7	8	7.1	**13**	**6.5**		
Res		-0.1		0.1					-0.4		0.4				
Bactérias que se acumulam nos dentes	-	-	1	0.8	**1**	**0.5**		1	1.2	7	6.2	**8**	**4.0**		
Res		-0.9		0.9					-1.8		1.8				
Conhecimentos relativos à influência dos hábitos alimentares sobre a saúde oral (N=200)															
Não	13	14.8	9	8.0	**22**	**11.0**	χ2=2.285 p=0.131	12	13.6	6	5.4	**18**	**9.0**	**χ2=4.124 p=0.042***	Teste Mcnemar: p=0.480
Sim	75	85.2	103	92.0	**178**	**89.0**		76	86.3	106	94.6	**182**	**91.0**		
Conhecimentos relativos à influência dos conhecimentos sobre saúde oral (N=200)															
Não	12	13.6	14	12.5	**26**	**13.0**	χ2=0,056 p=0,812	11	12.5	10	8.9	**21**	**10.5**	χ2=0.669 p=0.413	Teste Mcnemar: p=0.409
Sim	76	86.4	98	87.5	**174**	**87.0**		77	87.5	102	91.1	**179**	**89.5**		
Conhecimentos relativos à influência dos hábitos de higiene oral sobre saúde oral (N=200)															
Não	8	9.1	8	7.1	**16**	**8.0**	χ2=0.254 p=0.614	13	14.8	4	3.6	**17**	**8.5**	**χ2=7.950 p=0.005****	Teste Mcnemar: p=0.665
Sim	80	90.9	104	92.9	**184**	**92.0**		75	85.2	108	96.4	**183**	**91.5**		
Conhecimentos relativos à influência do consumo de bebidas alcoólicas sobre saúde oral (N=200)															
Não	20	22.7	15	13.4	**35**	**17.5**	χ2=2.974 p=0.085	17	19.3	13	11.6	**30**	**15.0**	χ2=2.298 p=0.130	Teste Mcnemar: p=0.289
Sim	68	77.3	97	86.6	**165**	**82.5**		71	80.7	99	88.4	**170**	**85.0**		
Conhecimentos relativos à influência do consumo de tabaco sobre a saúde oral (N=200)															
Não	13	14.8	7	6.3	**20**	**10.0**	**χ2=3.977 p=0.046***	6	6.8	4	3.6	**10**	**5,0**		**Teste Mcnemar: p=0.004****
Sim	75	85.2	105	93.7	**180**	**90.0**		82	93.2	108	96.4	**190**	**95,0**		
								Teste Fisher: p=0.340							
Conhecimentos relativos à influência do consumo de substâncias ilícitas sobre saúde oral (N=200)															
Não	18	20.5	11	9.8	**29**	**14.5**	**χ2=4.494 p=0.034***	13	14,8	13	11,6	**26**	**13,0**	χ2=0.43 p=0.509	Teste Mcnemar: p=0.566
Sim	70	79.5	101	90.2	**171**	**85.5**		75	85,2	99	88,4	**174**	**87,0**		
Conhecimentos relativos à presença de placa bacteriana sobre a saúde oral (N=200)															
Não	16	18.2	17	15.2	**33**	**16.5**	χ2=0.323 p=0.570	13	14.8	4	3.6	**17**	**8.5**		
Sim	72	81.8	95	84.8	**167**	**83.5**		75	85.2	108	96.4	**183**	**91.5**		
								Teste Fisher: p=0,009**							
Conhecimentos relativos à influência do uso de piercings orais e periorais sobre saúde oral (N=200)															
Não	28	31.8	32	28.6	**60**	**30.0**	χ2=0.247 p=0.619	25	28.4	27	24.1	**52**	**26.0**	χ2=0.474 p=0.491	Teste Mcnemar: p=0.135
Sim	60	68.2	80	71.4	**14**	**70.0**		63	71.6	85	75.9	**148**	**74.0**		

Considerando o conhecimento global dos adolescentes sobre saúde oral (score global) verificou-se que é superior após a participação no programa - *ProSorriso* ($\bar{x}$=47.94 vs $\bar{x}$ =45.53), sendo as diferenças significativas (Teste t Student: t=-6.510; p=0.000). Face a este resultado concluiu-se que o nível de conhecimentos, dos adolescentes, sobre a saúde oral após participarem no programa aumentou (cf. Tabela 134).

Constatou-se, ainda, que as raparigas possuem em média melhores conhecimentos em saúde oral comparativamente aos rapazes quer antes ($\bar{x}$=46.46 vs $\bar{x}$=44.35), quer após ($\bar{x}$ =48.62 vs $\bar{x}$=47.07) o programa – *ProSorriso*, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas (antes: t=-4.886 p=0.000; após: t=3.841, p=0.000) (cf. Tabela 134).

Tabela 134 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre saúde oral antes e após o programa - *ProSorriso*

	n	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	OM	Teste t Student	Test t amostras emp.
Somatório dos Conhecimentos sobre saúde oral (antes)											
Masculino	88	28	54	44.35	4.801	-1.938	1.208	10.82	83.78		
Feminino	112	30	53	46.46	3.862	-6.412	8.364	8.31	113.64	**t=-4.886 p=0.000*** **	
Total	**200**	**28**	**54**	**45.53**	**4.417**	**-5.627**	**4.433**	**9.70**			**t=-6.510 p=0.000*** **
Somatório dos Conhecimentos sobre saúde oral (após)											
Masculino	88	33	54	47.07	4.046	-3.455	3.085	8.59	87.67		
Feminino	112	33	56	48.62	3.696	-3.745	4.940	7.60	110.58	**t=-3.841 p=0.000*** **	
Total	**200**	**33**	**56**	**47.94**	**3.919**	**-5.063**	**5.286**	**8.17**			

Procurou-se ainda avaliar o nível de conhecimentos classificando-os em fracos, razoáveis e bons. Os grupos foram concebidos através da fórmula Mediana ± 0.25 Amplitude InterQuartílica (Pestana & Gageiro, 2008).

Face ao resultado obtido considerou-se que no momento antes da intervenção os conhecimentos dos adolescentes eram classificados em:

- Fracos conhecimentos ≤ 44,74
- Razoáveis conhecimentos 44,74 < M < 47,25
- Bons conhecimentos ≥ 47,25

E após o programa - *ProSorriso* em:

- Fracos conhecimentos ≤ 47
- Razoáveis conhecimentos 47 < M < 49
- Bons conhecimentos ≥ 49

O nível de conhecimentos dos adolescentes mantem a mesma tendência do valor global, apurando-se que antes da implementação do programa - *ProSorriso* os adolescentes estão mais representados no grupo bons conhecimentos (antes: 37.0% vs após: 45.5%), contudo o

teste t Student revelou que as diferenças entre o nível de conhecimentos em saúde oral antes e após participação no programa não é significativa, (Z=-0.677; p=0.499) (cf. Tabela 135).

As raparigas têm melhores conhecimentos relativamente aos rapazes quer antes (47.3% vs 23.9%) quer após a participação no programa - *ProSorriso* (52.6% vs 36.3%), com diferenças estatisticamente significativas (antes: χ^2=15.928; p=0.000; após: χ^2=9.866; p=0.007) (cf. Tabela 135).

Tabela 135 - Conhecimento global dos adolescentes sobre saúde oral antes e após o programa - *ProSorriso*

Sexo	ANTES DO *PROGRAMA PROSORRISO*						Teste Qui-Quadrado	APÓS O *PROGRAMA PROSORRISO*						Teste Qui-Quadrado	Teste Wilcoxon
	Masculino		Feminino		Total			Masculino		Feminino		Total			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Fracos Conhecimentos	44	50.0	28	25.0	**72**	**36.0**		46	52.3	34	30.4	**80**	**40.0**		
Razoáveis Conhecimentos	23	26.1	31	27.7	**54**	**27.0**	**χ^2=15.928 p=0.000*** **	10	11.4	19	17.0	**29**	**14.5**	**χ^2=9.866 p=0.007****	Z=-0.677 p=0.499
Bons Conhecimentos	21	23.9	53	47.3	**74**	**37.0**		32	36.3	59	52.6	**91**	**45.5**		

Em síntese, embora não se tenham verificado diferenças significativas a nível dos conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral após a intervenção, apurou-se que aumentou a percentagem de adolescentes que possui melhores conhecimentos (score global) após participarem no programa - *ProSorriso*.

8.2.5 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes

Ao analisar o impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde oral antes e depois do programa - *ProSorriso*, verificou-se que nas dimensões, Limitação funcional, Desconforto psicológico, Incapacidade física, Incapacidade psicológica, Incapacidade social e Desvantagem os valores obtidos revelaram-se piores, contudo as diferenças encontradas entre os dois momentos não são significativas (p>0.05).

A dimensão Dor física apresentou melhores resultados após a participação, dos adolescentes, no programa - *ProSorriso*, com valores médios (Antes $\bar{x}$=2.95 vs Após: $\bar{x}$ =2.94) (cf. Tabela 136)

Tabela 136 - Estatísticas relativas às dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde oral por dimensões antes e após o programa - *ProSorriso*

	N=200	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Test t Student	Test t amostras emparelhadas
Limitação funcional (antes)										
Masculino		0	11	2.45	2.923	3.985	0.042	119.31	t=-0.047 p=0.962	t=-0.651 p=0.516
Feminino		0	17	2.48	3.363	8.399	9.237	135.6		
Total		**0**	**17**	**2.47**	**3.176**	**9.401**	**8.618**	**128.58**		
Limitação funcional (após)										
Masculino		0	17	2.91	4.037	5.623	3.092	138.72	t=0.458 p=0.647	
Feminino		0	15	2.65	3.341	6.523	4.684	126.07		
Total		**0**	**17**	**2.76**	**3.645**	**8.678**	**5.602**	**132.06**		
Dor física (antes)										
Masculino		0	27	2.93	4.756	10.420	19.080	162.32	t=-0.072 p=0.943	t=-0.093; p=0.926
Feminino		0	17	2.97	4.008	7.038	4.535	134.95		
Total		**0**	**27**	**2.95**	**4.330**	**12.892**	**19.430**	**146.77**		
Dor física (após)										
Masculino		0	14	3.05	3.908	5.194	2.281	128.13	t=0.339 p=0.735	
Feminino		0	15	2.85	3.637	6.307	3.995	127.61		
Total		**0**	**15**	**2.94**	**3.747**	**8.395**	**4.209**	**127.45**		
Desconforto psicológico (antes)										
Masculino		0	18	1.44	3.159	12.087	23.179	219.38	t=0.157 p=0.875	t=-0.807; p=0.421
Feminino		0	16	1.37	2.940	13.175	23.629	214.60		
Total		**0**	**18**	**1.40**	**3.030**	**18.057**	**32.149**	**216.42**		
Desconforto psicológico (após)										
Masculino		0	11	1.60	2.641	6.833	5.101	165.06	t=-0.078 p=0.938	
Feminino		0	12	1.63	2.754	8.450	7.166	168.96		
Total		**0**	**12**	**1.62**	**2.698**	**10.742**	**8.467**	**166.54**		
Incapacidade física (antes)										
Masculino		0	13	1.69	2.994	6.640	4.459	177.16	t=0.712 p=0.477	t=-1.386; p=0.167
Feminino		0	16	1.37	3.227	13.436	20.953	235.55		
Total		**0**	**16**	**1.51**	**3.127**	**14.651**	**19.146**	**207.08**		
Incapacidade física (após)										
Masculino		0	21	2.57	4.771	8.454	9.219	185.64	**t=1.992 p=0.048***	
Feminino		0	16	1.37	3.127	13.098	20.987	228.29		
Total		**0**	**21**	**1.90**	**3.965**	**15.354**	**21.225**	**208.68**		
Incapacidade psicológica (antes)										
Masculino		0	12	1.12	2.552	11.225	17.396	227.85	t=0.633 p=0.527	t=-0.869; p=0.386
Feminino		0	16	0.88	2.641	16.311	33.08	300.11		
Total		**0**	**16**	**0.98**	**2.599**	**19.371**	**35.195**	**265.20**		
Incapacidade psicológica (após)										
Masculino		0	15	1.53	3.209	9.477	11.544	209.74	t=1.262 p=0.209	
Feminino		0	14	1.00	2.412	13.292	22.276	241.20		
Total		**0**	**15**	**1.22**	**2.785**	**16.005**	**23.210**	**228.27**		
Incapacidade social (antes)										
Masculino		0	12	0.78	2.088	13.726	27.175	267.69	t=0.167 p=0.867	t=-0.675; p=0.501
Feminino		0	20	0.72	2.445	24.000	82.128	3339.58		
Total		**0**	**20**	**0.75**	**2.289**	**28.146**	**88.653**	**305.2**		
Incapacidade social (após)										
Masculino		0	12	1.14	2.378	9.808	14.095	208.59	t=1.282 p=0.202	
Feminino		0	12	0.73	1.937	14.099	26.237	265.34		
Total		**0**	**12**	**0.91**	**2.141**	**16.590**	**26.828**	**235.27**		
Desvantagem (antes)										
Masculino		0	9	1.17	2.259	8.521	8.646	193.08	t=1.085 p=0.279	t=-0.755; p=0.451
Feminino		0	16	0.81	2.307	18.471	47.692	284.81		
Total		**0**	**16**	**0.96**	**2.287**	**19.188**	**39.755**	**238.22**		
Desvantagem (após)										
Masculino		0	24	1.81	4.081	12.901	25.447	225.46	**t=2.366 p=0.020***	
Feminino		0	10	0.69	1.679	13.858	25.391	242.90		
Total		**0**	**24**	**1.18**	**3.020**	**24.079**	**67.378**	**255.93**		

A perceção dos adolescentes sobre a sua QVRSO (score total) é melhor após a intervenção, contudo o Teste t Student revelou que as diferenças encontradas entre a QVRSO dos adolescentes antes e após a participação no programa não são estatisticamente significativas (t=-0.018; p=0.986) (cf. Tabela 137).

Tabela 137 - Estatísticas relativas ao score total da qualidade de vida relacionada com a saúde oral antes e após o programa - *ProSorriso*

N=200	Min	Max	$\bar{x}$	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Test t Student	Test t amostras emparelhadas
QVRSO total (antes)									
Masculino	0	95	10.09	17.652	9.164	13.943	174.95	t=-0.155 p=0.880	t=0.018; p=0.986
Feminino	0	108	10.54	18.659	12.477	22.132	177.03		
Total	**0**	**108**	**10.35**	**18.182**	**15.319**	**25.280**	**175.84**		
QVRSO total (após)									
Masculino	0	85	12.23	18.379	6.288	5.296	150.28	t=1.245 p=0.216	
Feminino	0	60	8.98	13.103	5.296	8.774	145.91		
Total	**0**	**85**	**10.33**	**15.567**	**10.712**	**11.105**	**150.40**		

O programa de intervenção educativa *ProSorriso* revelou-se eficaz pois os adolescentes após participarem no programa, passaram a consumir mais frequentemente alimentos não acidogénicos e acidogénicos de menor grau, melhoraram os hábitos de higiene oral, aumentaram os seus conhecimentos sobre saúde oral, reduziram o índice de placa bacteriana e o risco de desenvolver problemas dentários. Embora sem significância estatística, os adolescentes percecionam-se, ainda, com melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral (cf. Figura 10).

Figura 10 - Modelo explicativo da eficácia do programa de intervenção *ProSorriso.*

8.3 – Discussão

A educação em saúde representa uma estratégia fundamental no processo de formação de comportamentos que promovam e mantenham a saúde, salientando Mastrantonio and Garcia (2002) que, através da mesma, é possível transformar atitudes e comportamentos, ao longo do ciclo vital, formando hábitos na população em benefício da sua própria saúde. A adolescência, "oferece uma janela de oportunidades para intervir precocemente, não apenas prevenindo a iniciação de comportamentos de risco, mas influenciando a adesão a comportamentos saudáveis que perdurem ao longo da vida" (Story, Neumark-Sztainer, Ireland, & Evans, 2000, p. 362).

Assume particular importância a promoção e a educação para a saúde, imprescindíveis para ajudar os adolescentes a fazerem uma transição saudável para a vida adulta. Como refere M. M. S. R. S. Ferreira (2008, p. 244) "a implementação de intervenções de educação focadas nos estilos de vida que se pretendem otimizar é uma das estratégias a utilizar no sentido de melhorar os comportamentos de saúde dos adolescentes". A educação sobre saúde oral é de extrema importância para a promoção da saúde oral. Deve ter como objetivos fornecer informação que permita a aquisição dos conhecimentos relacionados com a saúde oral, de forma a promover a adoção de comportamentos saudáveis (D'Cruz & Aradhya, 2013), pois, não raro, "a adolescência é tida como um período de risco aumentado à cárie dentária, em decorrência do precário controlo de placa e redução dos cuidados com a escovagem dentária" (Tomita et al., 2001, p. 65).

Pela situação privilegiada de contacto com os adolescentes, em alguns casos 24 horas por dia nas instituições de saúde, os enfermeiros devem desenvolver projetos com esta finalidade, dirigidos a este grupo populacional. Neste estudo, os resultados das variáveis per si e em conjunto contribuíram para concretizar a avaliação da intervenção educacional do programa em saúde oral – *ProSorriso* em adolescentes. Dos elementos mais relevantes daremos conta no decorrer deste subcapítulo. Denotou-se, contudo, que a peculiaridade do estudo dificulta a análise comparativa, em virtude de serem escassas, dentro da área, investigações similares. Assim, na impossibilidade de discutir os resultados com os de outros programas com idênticas características, a discussão dos resultados estabelecer-se-á com investigações realizados na valência da saúde oral.

8.3.1 – Hábitos alimentares

A avaliação revela que os adolescentes que nunca tomavam o pequeno-almoço diminuíram após participarem no programa – *ProSorriso*, mas, por sua vez, passaram a ingerir com menor frequência o lanche a meio da manhã (p=0.019). Tendo presente o período de sono noturno, espaço temporal sem ingestão de alimentos, é essencial a refeição do pequeno-almoço como garante de um bom desempenho físico e intelectual, maior capacidade de

concentração e, com isso, melhores resultados escolares e melhor saúde geral. Para além disso, o pequeno-almoço, completo, equilibrado e variado, deve representar 20% dos alimentos diários (Perdigão, 2011). O facto de ter diminuído o número de adolescentes que ingere o lanche a meio da manhã pode estar relacionado com o aumento do número de adolescentes que passaram a ingerir o pequeno-almoço. Isto porque, o corpo do adolescente se encontra mais saciado, logo com menos necessidade de ingerir alimentos no intervalo das refeições, os grandes responsáveis pelo desenvolvimento de cáries. O facto de tomarem o pequeno-almoço em casa permite, também, um outro aspeto positivo, a escovagem dos dentes após o mesmo.

Relativamente ao número de refeições diárias, antes do programa - *ProSorriso* havia 55.0% dos adolescentes que realizavam 5-6 refeições e após identificámos 63.0%, sendo as diferenças estatísticas muito significativas (p=0.000). Também, em 2008, no estudo de Ferreira, após intervenção de educação para a saúde, houve um aumento significativo do número das refeições diárias ingeridas pelos adolescentes. Para se ter uma alimentação equilibrada e saudável é fundamental a realização de 5 a 6 refeições ao dia, contemplando pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e, dependendo da hora do jantar e de dormir, a ceia. Devendo, contudo, haver o cuidado da escovagem de dentes ser realizada depois da última refeição, antes de deitar.

Verificou-se que a frequência diária do consumo de guloseimas entre as refeições diminuiu após a participação no programa – *ProSorriso*, sendo as diferenças altamente significativas (p=0.000). Facto muito importante, pois, os efeitos mais prejudiciais da ingestão de doces sucedem quando eles são consumidos no intervalo das refeições. Como refere Melo, Azevedo, and Henriques (2008, p. 258), “deve evitar-se a ingestão de doces que tenham alguma adesividade (as gomas, rebuçados, caramelos, etc,) pois o seu tempo de permanência em contacto com os dentes é muito maior, favorecendo a ação das bactérias cariogénicas”

No que se refere ao consumo de refrigerantes, concluiu-se que após a participação no programa nenhum adolescente referiu consumir este tipo de bebidas mais do que uma vez por dia (p=0.000), enquanto, no momento, antes da intervenção 13.0% reportaram esse hábito. Verificou-se, também, uma redução do número de participantes que ingeria refrigerantes uma vez por dia (35.5% antes vs 1% após). Estes resultados parecem ser relevantes, pois, como refere M. M. S. R. S. Ferreira (2008), a mudança no consumo deste tipo de alimentos deve-se mais a escolhas autodeterminadas, enquanto, por exemplo, no consumo de peixe ou carne, legumes e arroz, batatas ou massa às refeições, as decisões dependem, provavelmente, mais de outras pessoas, nomeadamente, a sua própria família.
De acordo com Elias et al. (2001), os tipos de alimentos consumidos variam de acordo com a idade, contudo, na infância e na adolescência o consumo de gomas, chicletes, refrigerantes e

salgadinhos, alimentos altamente cariogénicos, é preocupante. Para Silveira, Brum, and Silva (2002) a educação e a motivação são os procedimentos capazes de gerar mudanças de comportamento. No entanto, a mudança de hábito é muito difícil de ser alcançada, em virtude de influências culturais, sociais e governamentais. A mudança de comportamento pode, no entanto, ser mais facilmente atingida quando o alvo da intervenção é estimulado integrado no seu todo, incluindo o seu núcleo familiar e no caso dos adolescentes também o grupo de pares, pois como referido anteriormente estes são uma referência nesta fase da vida.

8.3.2 – Saúde oral dos adolescentes

Quanto ao índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados concluiu-se que o índice de dentes cariados é superior antes do programa - *ProSorriso* (p=0.000), o índice de dentes perdidos e de dentes obturados é superior após o programa - *ProSorriso*. Na globalidade, após o programa – *ProSorriso*, os adolescentes apresentaram um valor superior no índice de CPOD (p=0.426).

Pensamos que um índice de CPOD, após o Programa – ProSorriso, mais elevado se relaciona com os tratamentos dentários que os adolescentes efetuaram após o encaminhamento ocorrido na primeira observação, sendo o seu estado de saúde oral melhor pois têm uma diminuição de dentes cariados.

O índice de placa bacteriana simplificado, obtido através do estudo de cada dente, permitiu constatar que entre os dois momentos, antes e pós a intervenção, houve melhorias significativas no 1º molar superior direito (p=0.000), no 1º molar superior esquerdo (p=0.000), no 1º molar inferior esquerdo (p=0.000), no 1º molar inferior direito (p=0.000), incisivo central direito (p=0.000) e incisivo central inferior esquerdo (p=0.008). Face a estes resultados, concluiu-se que o IPS dos adolescentes é menor após a implementação do programa - *ProSorriso* (p=0.000). Entre os adolescentes, as raparigas apresentaram melhor índice de placa simplificado (p=0.008). Estes resultados vêm sustentar a eficiência da escovagem de dentes comprovada pelo controlo do índice de placa bacteriana. Marrero, Fortes, and Cárdenas (2006) nos estudos de intervenção educativa em saúde oral, que realizaram com crianças e adolescentes verificaram que depois da mesma, obtiveram resultados muito significativos no controlo do índice de placa bacteriana.

A avaliação da classificação do risco revelou que, antes da implementação do programa – *ProSorriso*, havia 13.0% dos adolescentes que apresentavam baixo risco e 87.0% alto risco. Após a implementação do programa o alto risco diminuiu para 75.0% (p=0.001). Para este resultado contribuíram alguns indicadores, nomeadamente: a diminuição significativa no desenvolvimento de problemas dentários, antes 87.5% e após 71.2%, (p=0.000); a percentagem de adolescentes com cárie, a diminuir de 50% para 38.5%; a melhoria do controlo da placa bacteriana (p=0.000); o aumento da percentagem de adolescentes que

melhoraram a utilização de fluoretos, de 61.0% para 73.5%, passando a escovar os dentes duas vezes por dia; a diminuição na percentagem de adolescentes que escovam os dentes menos de uma vez por dia, de 12% para 8.0% (p=0.01).

8.3.3 – Hábitos de higiene oral

Em relação aos hábitos de higiene oral podemos afirmar que a intervenção, a vários níveis, foi positiva. Houve, após a participação no programa, um aumento do número de adolescentes a escovarem os dentes duas ou mais vezes por dia. Antes do programa *ProSorriso*, 57.5% dos adolescentes referiram que nunca, ou poucas vezes, escovavam os dentes e após a participação no programa a percentagem, com este este hábito, diminuiu para 17%, sendo as diferenças altamente significativas (p=0.000). Relativamente à higiene dos tecidos orais, verificou-se que, antes do programa – *ProSorriso*, 57.0% dos adolescentes escovavam os dentes, língua e gengivas, tendo esta percentagem aumentado para 67% após a implementação do programa, resultados que expressam diferenças significativas (p=0.005). No que concerne ao tempo despendido na escovagem ocorreram, também, mudanças positivas, o percentual de adolescentes que demoravam dois a cinco minutos passou de 62.5%, antes da intervenção, para 74.0% (p=0.000), após a participação no programa.
A avaliação global dos hábitos de higiene oral dos adolescentes permitiu concluir que houve melhorias após a participação no programa - *ProSorriso* (p=0.000), o que realça a importância da intervenção do programa educacional em saúde oral. Os resultados obtidos corroboram os de D'Cruz and Aradhya (2013) que concluíram que após a intervenção sobre saúde oral os hábitos de higiene oral dos adolescentes melhoraram, sendo as melhorias mais evidentes no grupo de participantes que tinham sido submetidos não só às sessões de educação utilizando métodos passivos, mas também, às que incluíam métodos mais ativos como a demonstração.

8.3.4 – Conhecimentos sobre saúde oral

No que respeita aos conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral, antes e após o programa - *ProSorriso*, constatou-se que em relação à Frequência de escovagem dos dentes, ao Tipo de escova utilizada, como Realizar a higiene oral e ao Tempo de escovagem dos dentes, embora tenha havido um aumento do número de participantes que revelaram mais conhecimentos sobre estes aspetos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Houve, contudo, melhoria no conhecimento sobre os utensílios que devem ser usados na escovagem dos dentes. Antes da implementação do programa, havia 66.5% de participantes que consideravam que se devia usar a Escova/pasta/fio dentário/escovilhão e após existiam 74.5% (p=0.057). No uso do fio dentário constatou-se que a percentagem de adolescentes que referiu que devia ser utilizado Uma ou mais vezes por dia, variou de 83.5%, antes, para 89.5%, após (p=0.059). Em relação ao Intervalo de tempo para mudança da

escova de dentes, observou-se que 39.0% dos adolescentes, antes do *ProSorriso*, consideravam que se devia mudar de 3 em 3 meses e 8.0% não sabia quando proceder à sua troca. Após o programa os conhecimentos dos adolescentes melhoraram, havendo 48.5% a referir que deve ser trocada de 3 em 3 meses e apenas 3.0% permaneciam sem saber quando a trocar (p=0.000).

Antes do programa – *ProSorriso*, 27.0% dos adolescentes não sabiam quando se deve iniciar a escovagem de dentes, não autónoma, não tendo nenhum referido que se deve iniciar com o aparecimento do primeiro dente ou aos seis meses. Após a participação no programa, 40.0% referiram que deve ser aos seis meses ou quando aparecer o primeiro dente (p=0.000). Relativamente à idade em que se deve iniciar a escovagem dos dentes, autonomamente, apurou-se que, antes do programa - *ProSorriso*, 67.5% dos adolescentes entendiam que deve ser entre os 3 e os 6 anos e 12.0% a partir dos 6 anos de idade, contudo, após a intervenção educacional os conhecimentos melhoraram, existindo 44.5% de participantes a considerar que só a partir dos 6 anos se deve iniciar, autonomamente, a escovagem dos dentes (p=0.000).

Na definição de placa bacteriana, concluiu-se que, antes da implementação do programa de formação, havia 60.0% dos adolescentes que não sabiam o que era após, reduziu para 52.0% (p=0.000). Estes resultados corroboram os obtidos por Lima and Schneider (2010) que concluíram que 54.8% dos adolescentes desconheciam o que era o biofilme (placa bacteriana). Estes resultados são muito importantes sob o ponto de vista estomatológico, visto que a adolescência é tida como um período em que aumenta o risco de cárie dentária e gengivite, devido ao défice no controlo da placa bacteriana e nos cuidados com a higiene oral (Antunes et al., 2008; Tomita et al., 2001). É, também, uma fase em que alguns estudos têm demonstrado que os adolescentes têm poucos conhecimentos sobre saúde oral. Al-Omiri et al. (2006) concluíram que 70% dos adolescentes que entrevistaram não associavam o biofilme dentário com a doença periodontal e a cárie.

Os adolescentes após o programa - *ProSorriso* têm mais conhecimentos sobre a influência do consumo de tabaco e da placa bacteriana na saúde oral (p=0.004 e p=0.000, respetivamente). Não se verificaram, contudo, diferenças significativas nos conhecimentos sobre a utilização de pasta de dentes com flúor, a influência dos hábitos alimentares, o consumo de bebidas alcoólicas, o consumo de substâncias ilícitas e influência do uso de *piercings* orais e periorais na saúde oral.

No global, concluiu-se que os adolescentes após o programa - *ProSorriso* melhoraram os conhecimentos sobre saúde oral (p=0.000), sendo as raparigas as detentoras de melhores conhecimentos, antes e após o programa - *ProSorriso*. Resultados que corroboram os do estudo realizado por D'Cruz and Aradhya (2013) que apuraram que após o programa de

intervenção sobre saúde oral houve melhoria significativa dos conhecimentos e práticas de higiene oral dos adolescentes.

Apesar dos adolescentes apresentarem melhoria nos conhecimentos e nas atitudes relativas à saúde oral, existe necessidade de educação continuada que inclua estratégias preventivas e educativas. Pois, a adolescência é uma fase crítica, com comportamentos extremos, que varia de períodos exacerbados pelas suas atitudes positivas até aos francamente negligentes com os cuidados relativos à saúde (M. D. A. Ferreira et al., 2007; Graça, 2000). Devemos ter atenção ao comportamento dos adolescentes, pois, nesta fase do ciclo vital, as medidas adequadas de higiene oral podem entrar em conflito com o estilo de vida, uma vez que, neste período, os adolescentes não aceitam a supervisão dos adultos (Freddo et al., 2008).

8.3.5 – Qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes

Atualmente existe um interesse crescente na avaliação da Qualidade de Vida. Ela é considerada fundamental na definição de prioridades, no racionamento de recursos, em intervenções ou avaliação de políticas de saúde e implementação de novas políticas ou estratégias de intervenção bem como na definição de ações de promoção de saúde mais adequadas e direcionadas à população a que se destinam (M. G. Matos & Gaspar, 2008).

Relativamente ao impacto da implementação do programa - *ProSorriso* na qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes verificou-se que melhorou após a participação no programa - *ProSorriso*, contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (p=0.986).

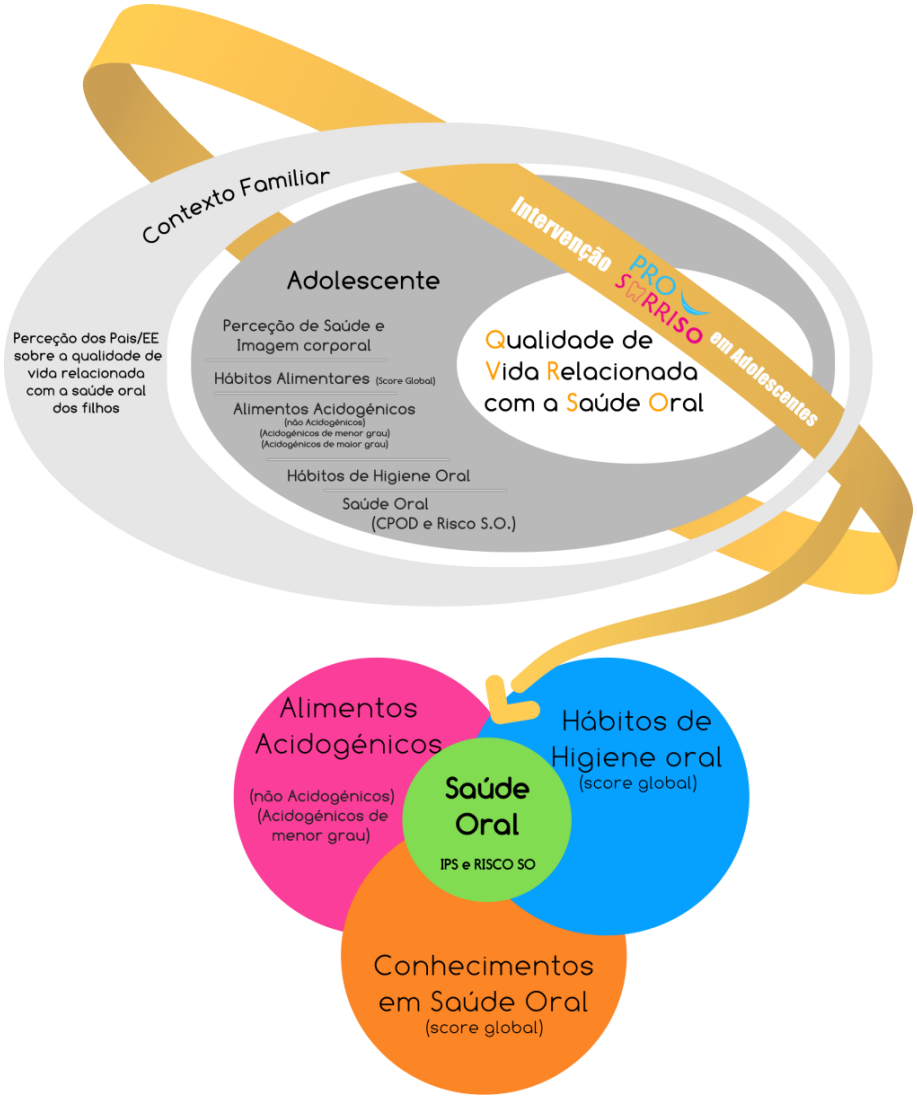
As avaliações de programas do “Love Teeth Day” (LTD) na China sugerem que os comportamentos aprimorados conduziram a melhorias nos índices de doenças orais com o decorrer do tempo. Por exemplo, durante um período de 10 anos, o uso de pasta dentífrica fluoretada aumentou de 14% para 58% e a escovagem dos dentes duas vezes ao dia aumentou em 20%. Uma pesquisa com crianças com 12 anos em 1995 relatou um nível médio de cárie dentária de 0.88. No entanto, em 2005, o nível médio de cárie dentária caiu para 0.54. Esses indicadores de saúde oral são consistentes com as melhorias na conscienciali zação sobre a saúde oral e o autocuidado por causa do programa de saúde oral LTD (Bian, Zhang, & Rong, 1995; Dai, Hao, Li, Hu, & Zhao, 2010).

Em síntese, podemos afirmar que as sessões de educação para a saúde realizadas foram eficazes a nível da aquisição de conhecimentos sobre higiene e saúde oral, melhoria dos hábitos de higiene oral, redução do consumo de alguns alimentos cariogénicos, na redução do índice de dentes cariados e na perceção dos participantes sobre a QVRSO, dado que ocorreu, do momento pré-intervenção para a pós-intervenção, uma melhoria nos resultados obtidos. Destes, realçamos, ainda, o seu significado qualitativo, atendendo ao número de

sessões que pudemos realizar e, sobretudo, tendo em consideração que os comportamentos são complexos e difíceis de mudar. É relevante podermos concluir que a intervenção foi eficaz na aquisição de conhecimentos, pois para os adolescentes melhorarem o seu estado de saúde e aderirem a comportamentos saudáveis, é necessário que obtenham conhecimentos e desenvolvam competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis e adotar atitudes positivas face à sua saúde (Dowdell, 2006; M. M. S. R. S. Ferreira, 2008; Pearlman, Camberg, Wallace, Symons, & Finison, 2002; Rew & Horner, 2003).

Em face dos resultados dos três estudos, elaborou-se o Modelo final da investigação efetuada, o qual aglutina e sintetiza os determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes (cf. Figura 11).

Figura 11 - Modelo final dos determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes



⇢ No Estudo 1, referente ao contexto familiar, revelou-se preditora a perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida oral dos filhos/educandos.

- No Estudo 2, relativo aos adolescentes assumiram-se como significativos os hábitos alimentares, frequência de consumo de alimentos não acidogénicos, acidogénicos de menor e de maior grau, índice de CPOD e hábitos de higiene oral, destes são preditores, a frequência do consumo de alimentos acidogénicos de maior grau e os hábitos de higiene oral.
- No Estudo 3, o programa de intervenção educacional *ProSorriso*, revelou-se eficaz na mudança da frequência de consumo de alimentos não acidogénicos e acidogénicos de menor grau, dos hábitos de higiene oral, dos conhecimentos sobre saúde oral, na redução do índice de placa bacteriana e do risco de desenvolver problemas dentários.

Capitulo 9 – Conclusão

Nos dias de hoje, apesar dos avanços científicos, as patologias orais, nas quais a mais prevalente é a cárie, têm um peso significativo na saúde das pessoas. As crianças e adolescentes continuam a ser atingidas precocemente por aquelas entidades nosológicas, contribuindo para a perda dos dentes definitivos, uma evidente deterioração da autoimagem e convívio social e consequente défice na qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Elias et al., 2001). Não se pode por isso negligenciar a sua importância e o impacto na qualidade de vida nas diferentes dimensões humanas (J. S. Costa et al., 2012), pois, durante anos, a saúde oral não mereceu um agendamento dos governos e organizações internacionais, talvez devido ao facto de que um índice baixo de saúde oral afeta a morbilidade e não a mortalidade.

Nos últimos tempos, no entanto, assistimos a um aumento da perceção da saúde oral como parte integrante da saúde global. É que a saúde oral afeta física e psicologicamente as pessoas no seu desenvolvimento, no usufruto da vida, na forma como falam, comem, saboreiam, se relacionam e nos atraem, assumindo-se como um componente da saúde e esta uma componente do bem-estar, da felicidade e da satisfação com a vida (Chaves, 1986; Sheiham, 2005; WHO, 2003c). São, contudo, o comportamento dos indivíduos em relação à sua saúde oral, assim como as atitudes dos profissionais, que determinam a condição da saúde oral da população (Kawamura et al., 1997) e os conhecimentos, os hábitos adequados de higiene oral e os hábitos alimentares que têm importância no aparecimento, ou não, de doenças orais, dado que, na maioria dos casos, estas são passíveis de serem prevenidas (Navarro et al., 2005).

Na adolescência, uma boa alimentação é fundamental para alcançar todo o potencial de crescimento, contribuir para a saúde e prevenir doenças como a obesidade, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a diabetes tipo 2, mas também para a prevenção das doenças orais. Daí a pertinência de encarar a necessidade de uma dieta saudável na adolescência, tanto pelo interesse imediato quanto pelo investimento na saúde em geral, na qualidade de vida futura e na saúde oral (Fonseca, 2005).

A alimentação saudável, variada e equilibrada, é garantia de um estado nutricional adequado, necessário para manter um bom nível de saúde geral e oral na população, em particular na adolescência (Sánchez, 2008), a qual está associada a três princípios: diversidade – ingestão, em qualidade, de diferentes tipos de alimentos integrados nos diversos grupos alimentares; moderação – ingestão limitada às necessidades do organismo; equilíbrio – respeito pelas quantidades recomendadas para cada grupo de alimentos (Minderico & Teixeira, 2008).

Dada a sua importância, a promoção da saúde é considerada uma estratégia que urge incorporar em todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental). Para isso, em relação aos principais fatores que determinam a saúde, é necessário o desenvolvimento de atividades diferenciadas, fundamentadas em ações de promoção da saúde que se articulem e complementem, e que possam ser sistematizadas em três vertentes de intervenção (WHO, 1986): educação para a saúde, prevenção da doença e proteção da saúde.

Neste contexto, com o intuito de promover a saúde oral, a presente investigação integrou três estudos que se complementam entre si, Saúde oral dos Pais/Encarregados de Educação e sua Perceção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes (1), Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes (2) e Programa de intervenção em saúde oral – *ProSorriso* em adolescentes (3).

Dado que a discussão dos resultados foi descrita no capítulo referente a cada um dos estudos efetuados, a conclusão integrativa será apresentada de acordo com a sequência dos três estudos que compõem a tese doutoral.

O Estudo 1, **Saúde oral dos Pais/Encarregados de educação e sua perceção sobre o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes**, foi realizado numa amostra de 661 Pais/EE, 84.1% do sexo feminino, com uma idade média de 41.01 anos, estando a maioria empregada e a residir em zona rural (71.4%).

Os hábitos de higiene oral dos Pais/EE são bons em 46.3% e maus em 36.7%, sendo as mulheres as que apresentam os melhores hábitos. A maioria escova os dentes e a língua duas vezes ao dia (menos de 2 minutos), nunca utiliza o fio dentário e muda de escova de dentes de 3 em 3 meses, havendo 49.8% dos Pais/EE que vão à consulta ao dentista uma vez por ano.

No que se refere ao estado da saúde oral dos Pais/EE, a falta de dentes (eduntulismo) está mais presente nas mães/EE (58.6%) do que nos pais/EE (48.4%). O número de cáries apresentam valores similares (22.7% vs 23.9%) e o uso de prótese dentária é mais frequente nas mães/EE (26.2%).

Em relação à perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral do seu filho/educando, o sexo feminino perceciona um maior impacto, sendo que este aumenta, em ambos os sexos, com o aumento da idade.

A relação entre a escolaridade e o impacto dos problemas orais na qualidade de vida, revela que são os Pais/EE (pai/mãe) detentores do 3º Ciclo do Ensino Básico quem percecionam um menor impacto dos problemas orais na qualidade de vida.

O Estudo 2, **Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos adolescentes**, foi realizado numa amostra constituída por 661 adolescentes, 56.3% do sexo feminino, com uma média de

idades de 13 anos, a residirem na aldeia (71.9%), dos quais 43.1% frequenta o 7º ano de escolaridade.

Os adolescentes, na sua maioria, percecionam-se como saudáveis, sendo as raparigas que referem mais odontalgias e tomam mais terapêutica relacionada com a saúde oral.

A maioria considera, também, ter uma aparência razoável, com dentes saudáveis, sorriso bonito e uma imagem corporal normal. Há, contudo, 41.8% dos adolescentes que gostariam de mudar alguma coisa no seu corpo.

Os adolescentes consideram ter uma alimentação saudável, influenciada pela família, ingerem entre 5 a 6 refeições diárias, às vezes guloseimas, petiscam 1 a 2 vezes por dia, preferencialmente sandes adquiridas no bar da escola, tal como os líquidos que ingerem fora das refeições (especialmente, água e refrigerantes).

Os adolescentes que possuem melhores hábitos alimentares são os que residem em zona rural, apresentando baixo risco de desenvolver problemas dentários e maior satisfação com a sua imagem corporal.

Os adolescentes que vivem em meio urbano relatam consumir mais alimentos não acidogénicos e acidogénicos de menor grau e menos alimentos acidogénicos de maior grau. O consumo de alimentos acidogénicos de maior grau é mais elevado nos adolescentes de maior idade.

Os adolescentes, de forma preventiva, foram ao dentista a primeira vez aos 7 anos de idade e no último ano uma vez, utilizam flúor na sua higiene oral, não usam aparelho ortodôntico, já sofreram de odontalgias, têm um CPOD com uma prevalência muito baixa e um IPS de prevalência moderada.

Concretizando, os indicadores clínicos do estado de saúde oral são:

- um valor médio de CPOD de 2.23, de dentes cariados de 0.93, de dentes perdidos de 0.14 e obturados de 1.16.
- o Índice de Placa Bacteriana apresentou um valor médio de 1.61, com resultados mais significativos no 1/3 e 2/3 cervical da superfície dentária e maior predomínio no 1º molar inferior e 1º molar superior.
- o índice *Sic* apresentou um valor médio de 5.04.
- a maioria (90.5%) dos adolescentes apresenta alto risco de desenvolverem cárie.

Em relação à qualidade dos hábitos de higiene oral, um grupo significativo de adolescentes apresenta-os maus (39.6%), 36.8% bons e 23.6% razoáveis. As raparigas apresentam melhores hábitos do que os rapazes. A maioria escova os dentes duas vezes ao dia, lava os dentes à noite, utiliza escova/pasta/elixir (bochechos), não usa fio dentário, prefere uma escova média\macia que troca antes dos três meses, escova os dentes, a língua e as

gengivas. A maioria começou a lavar os dentes, com ajuda, por volta dos 3 anos e meio e foi ao dentista apenas quando ocorreram problemas dentários.

O padrão de higiene oral dos adolescentes é influenciado pelos hábitos de higiene oral dos pais e aos melhores hábitos de higiene dos progenitores/educadores correspondem os melhores hábitos de higiene dos adolescentes.

Os adolescentes referem que quem os informou sobre higiene oral foram o dentista, os professores, os parentes, o médico de família, o enfermeiro e, ainda, uma percentagem significativa, os meios de comunicação social.

Globalmente, os adolescentes possuem bons conhecimentos sobre saúde oral. Os resultados evidenciam que os adolescentes consideram que se deve escovar os dentes duas vezes por dia, usar o escova/pasta/fio dentário/escovilhão, usar, pelo menos, uma vez ao dia o fio dentário, escovar os dentes com cerda media/macia, escovar dentes, língua e gengivas, demorando entre 2 a 5 minutos, mudar de escova de dentes de 3 em 3 meses (34.1%). Para a maioria a escovagem de dentes deve começar a partir do ano de idade e autonomamente entre os 3 e os 6 anos, a consulta no dentista deve ser realizada anualmente e 1/4 dos adolescentes consideram que a placa bacteriana é a acumulação de bactérias nos dentes.

Revelaram-se fatores determinantes dos hábitos de higiene oral e dos conhecimentos, para os adolescentes que possuem melhores hábitos de higiene oral, a ingestão de 5 a 6 refeições por dia e não petiscar. Os adolescentes que avaliam a sua alimentação como “muito saudável", e que raramente consomem guloseimas, são os que apresentaram melhores hábitos de higiene oral e melhores conhecimentos em saúde oral.

Relativamente à ingestão de guloseimas, os adolescentes que as consomem todos os dias têm piores hábitos de higiene oral e poucos conhecimentos sobre a saúde oral. Os adolescentes com melhores conhecimentos ingerem menos alimentos com maior grau acidogénico.

As dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde oral mais afetadas são, a limitação funcional e a dor física, e as menos afetadas são a incapacidade social e a desvantagem (handicap).

Os fatores determinantes na qualidade de vida relacionada com a saúde oral são: a perceção dos Pais/EE sobre a qualidade de vida oral dos filhos/educandos, a perceção do estado de saúde, o sorriso, as odontalgias e a toma de terapêutica para as mesmas, os hábitos alimentares e de petiscar, o consumo de alimentos acidogénicos, o CPOD e o risco em saúde oral.

Como principais preditores da qualidade de vida relacionada com a saúde oral apuraram-se o consumo de alimentos acidogénicos de maior grau e os hábitos de higiene oral.

O Estudo 3, **Programa de intervenção em saúde oral – *ProSorriso* em adolescentes**, procurou verificar a eficácia de um programa de intervenção educacional em saúde oral numa amostra de 1/3 (n=200) dos adolescentes participantes.

Após a participação no programa de intervenção educacional, ProSorriso, os adolescentes apresentam melhores hábitos alimentares, consomem com menor frequência alimentos acidogénicos, praticam melhores hábitos de higiene oral, possuem melhores conhecimentos, apresentam um índice de placa simplificado mais baixo, pontuam com menor risco no desenvolvimento de problemas dentários e percecionam-se com melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral, o que atesta da eficácia do programa implementado.

Limitações do estudo

O estudo empírico realizado enquanto investigação quase experimental, antes e depois, sem grupo de controlo, cria dificuldades na avaliação da eficácia do programa de intervenção educacional *ProSorriso*. Não se optou, contudo, por um estudo experimental controlado porque o mesmo incluía a distribuição de um kit de higiene oral, o treino de boas práticas de higiene oral e o encaminhamento dos adolescentes portadores de patologia oral para uma consulta de medicina dentária, a realizar no âmbito dos cuidados de saúde primários. Caso se optasse por realizar esta metodologia, estar-se-ia a limitar o acesso equitativo dos adolescentes a este tipo de cuidados.

Os adolescentes que apresentaram problemas orais, nomeadamente cárie dentária, foram, como referido, atendidos na consulta de saúde oral. Apesar de não ter sido realizado falow up a todos os participantes, no Estudo 3 da intervenção educacional - *ProSorriso*, verificou-se na 2ª observação da cavidade oral que os adolescentes apresentavam mais dentes obturados, o que significa que este estudo, para além de permitir cumprir a finalidade académica e de produzir novo conhecimento, evidencia que o programa *ProSorriso* é uma ferramenta educacional capaz de modificar comportamentos e produzir ganhos em saúde e educação, promotores de bem-estar nos adolescentes.

A estratégia de inclusão dos Pais/EE em atividades de formação sobre saúde oral (higiene oral e alimentação) foi parcialmente eficaz, em virtude da adesão dos mesmos ter sido reduzida.

O site para divulgação de informação/jogos educativos, construído com base no programa educacional *ProSorriso*, destinado, especialmente, a crianças e adolescentes, apesar de ainda não estar a gerar a informação que se pretende, assume-se como um meio promissor para a promoção da saúde oral dos adolescentes, em face da facilidade com que os mesmos utilizam as tecnologias da informação e comunicação.

Sugestões

No âmbito da saúde pública é importante a vigilância permanente da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 reconheceu já a necessidade de reativar a promoção da saúde oral feita nas escolas.

Deste modo, sugere-se:

- a realização de intervenções de educação para a saúde, com maior acuidade, sobretudo no que diz respeito aos procedimentos relativos a uma correta higiene oral e efeito dos alimentos na saúde oral, devendo os pais e os professores ser chamados a participar;
- a concretização de parcerias facilitadoras da promoção da saúde oral com autarquias, escolas e adolescentes/famílias. Estas intervenções devem então ser orientadas para a capacitação dos adolescentes, para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais e sociais mais favoráveis à saúde do cidadão ao longo do ciclo vital;
- a realização de estudos de cariz longitudinal e/ou a repetição do estudo em períodos de tempo regulares, integrando a aplicação dos instrumentos de medida de variáveis promotoras da QVRSO em contexto clínico e escolar, de programas de vigilância de saúde na gravidez, infância, adolescência e saúde escolar;
- a avaliação de programas individuais e comunitários de intervenção e promoção de QVRSO em crianças e adolescentes;
- a promoção de programas de literacia em saúde facilitadores da adoção de estios de vida saudáveis;
- a constituição de um sistema de recolha de informação epidemiológica, que inclua indicadores de processo e de resultados, para que a nível nacional se possa, permanentemente, ter informação atualizada.
- Sugere-se a replicação e avaliação do programa educacional em saúde oral - *ProSorriso,* em diferentes amostras nacionais e internacionais, com a finalidade de avaliar a sua eficácia.

Finalmente a investigação evidência tal como concetualmente defendido, que é pertinente a intervenção na adolescência enquanto janela de oportunidade promotora e protetora da saúde com elevados benefícios a longo prazo. A intervenção educacional em parceria com a família assume ganhos em saúde acrescidos, pelo seu potencial de construção de estilos de vida salutogénicos com implicações positivas na redução de fatores de risco potenciadores de doenças orais.

As intervenções a delinear devem assentar no reconhecimento das competências e recursos dos adolescentes/família, colocando-os no centro das decisões, contrariando os modelos clássicos de (in)formação, assumindo particular relevância intervir nas famílias desfavorecidas.

Os resultados encorajadores do estudo realizado, sobretudo ao nível das implicações do *ProSorriso* na capacitação dos adolescentes, aportam subsídios inovadores para a compreensão e incursão científica da importância do papel dos profissionais de saúde em prole do estado de saúde e melhoria dos indicadores de saúde oral dos adolescentes portugueses.

Referências bibliográficas[7]

ADA. (2003). Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. *J Am Diet Association, 103*(5), 615- 625.

ADA. (2007). Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. *Journal of the American Dietetic Association, 107*(8), 1418- 1428.

Adair, P. M., Pine, C. M., Burnside, G., Nicoll, A. D., Gillett, A., Anwar, S., . . . Young, D. W. (2004). Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economicall diverse groups. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Community Dent Health, 21*(1 Suppl), 102-111.

AHA. (2012). Only 12% Lead Healthy Lifestyle. Retrieved from ThirdAge.com website: www.thirdage.com/heart-health/only-12-lead-healthy-lifestyle

Al-Omiri, M. K., Al-Wahadni, A. M., & Saeed, K. N. (2006). Oral health attitudes, knowledge, and behavior among school children in North Jordan. *J Dent Educ, 70*(2), 179-187.

Almeida, C. M. (1997). *As doenças da cavidade oral nos jovens portugueses: Estudo epidemiológico.* Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa.

Almeida, C. M. (1999). Um programa de saúde oral para os jovens portugueses: 10 propostas. *Port Estomatol Cir Maxilo Fac, 49*(3), 171-179.

Almeida, C. M. (2000). Um programa de saúde oral para jovens portugueses: dez propostas. *Acta Médica Portuguesa, 13,* 295-302.

Almeida, C. M. (2001). A escovagem dos dentes e as visitas ao Dentista segundo o Inquérito Nacional de Saúde (1998-99) e o III Inquérito Nacional Explorador. *Revista de Epidemiologia. Arquivos de Medicina, 15*, 12-32.

Almeida, C. M., Barros, L., Costa, I. C. C., & Alves, M. S. C. F. (2010). *Promoção da saúde oral contributos para a organização e aplicação de programa*. Lisboa: Coisas de Ler.

Almeida, C. M., Emílio, M. C., Moller, I., & Marthaler, T. (1987). *Inquérito nacional preliminar de saúde oral.* Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa, Lisboa.

Almeida, C. M., Petersen, P. E., André, S. J., & Toscano, A. (2003). Changing oral health status of 6 and 12 year old schoolchildren in Portugal. *Community Dent Health, 20*, 211-216.

Alquilante, A. B., Bastos, J. R., Peres, S. H., Leal, R. B., & Iga, A. M. (2002). Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis por escolares do 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. *Rev Odontol UNICID, 14,* 25-34.

[7] As referências bibliográficas foram processadas pelo programa EndNote X5

Alvarez-Arenal, A., Alvarez-Riesgo, J. A., Pena-Lopez, J. M., & Fernandez-Vazquez, J. P. (1998). DMFT, dmft and treatment requirements of schoolchildren in Asturias, Spain. *Community Dent Oral Epidemiol, 26*(3), 166-169.

Alvarez, J. A. A. (2009). *Impacto das doenças orais e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças pré escolares e seus pais* Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo. Retrieved from www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/.../JennyHaydeeAbantoAlvarez.pdf

Alves, A., Frias-Bulhosa, J., Barbosa, P., & Oliveira, T. (2005). *Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes: Centro de Saúde de Castelo de Paiva*. Lisboa: DGS.

Alves, D. S., & Gonçalves, A. (2009). Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11 e os 14 anos. *Revista da Faculdade de Ciências de Saúde,* 296-308.

Alves, M. U., Volschan, B. C. G., & Haas, N. A. T. (2004). Educação em saúde bucal: Sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 4*(1), 47-51.

Amann, G. P., & Cadima, C. F. (2010). Estudo nacional de prevalência das doenças orais 2005-2006. In C. M. Almeida, L. Barros, I. C. C. Costa & M. S. C. F. Alves (Eds.), *Promoção da saúde oral: Contributos para a organização e aplicação de programas* (pp. 27-36). Lisboa: Coisas de Ler.

American Academy of Pediatric Dentistry. (2005). Policy on Vending Machine in the Schools. *Pediatric Dentistry, 27*(7), 38-39.

Antunes, J. L., Peres, M. A., Frias, A. C., Crosato, E. M., & Biazevic, M. G. (2008). [Gingival health of adolescents and the utilization of dental services, state of Sao Paulo, Brazil]. *Rev Saude Publica, 42*(2), 191-199.

Aranceta, J., Serra-Majem, L., Ribas, L., & Perez-Rodrigo, C. (2001). Breakfast consumption in Spanish children and young people. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Public Health Nutr, 4*(6A), 1439-1444.

Areias, C., Macho, V., Frias-Bulhosa, J., Guimarães, H., & Andrade, C. (2008). Saúde oral em pediatria. *Acta Pediatr Port, 39*, 163-170.

Areias, C., Macho, V., Raggio, D., Melo, P., Guimarães, H., Andrade, C., & Guedes-Pinto. (2010). Cárie precoce da infância: O estado da arte. *Acta Pediatr Port, 41*(5), 217-221.

Assumpção Júnior, F. B., Kuczynski, E., Sprovieri, M. H., & Aranha, E. M. G. (2000). Escala de avaliação de qualidade de vida: AUQEI (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq neuropsiquiatr, 58*(1), 119-127.

Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *J Dent Educ, 54*(11), 680-687.

Baldwin, D. C. (1980). Appearance and aesthetics in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol, 8*(5), 244-256.

Barata, C., Veiga, N., Mendes, C., Araújo, F., Ribeiro, O., & Coelho, I. (2013). Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac, 54*, 27-32.

Barbieri, C. H., & Rapoport, A. (2009, Abril/Junho). Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versos próteses totais convencionais. *Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço, 38,* 84-87.

Barbosa, R. M. B. (2011). *Prevalência de cárie dentária e comportamentos de saúde oral numa amostra de pacientes da Clínica Universitária da UCP-Viseu.* Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu.

Barbosa, T. S., & Gaviao, M. B. (2008). Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. [Review]. *Int J Dent Hyg, 6*(2), 108-113. doi: 10.1111/j.1601-5037.2007.00271.x

Bech, P. (1993). Quality of life measurements in chronic disorders. [Review]. *Psychother Psychosom, 59*(1), 1-10.

Bian, J. Y., Zhang, B. X., & Rong, W. S. (1995). Evaluating the social impact and effectiveness of four-year "Love Teeth Day" campaign in China. *Adv Dent Res, 9*(2), 130-113.

Biazevic, M. G., Rissotto, R. R., Michel-Crosato, E., Mendes, L. A., & Mendes, M. O. (2008). Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Braz Oral Res, 22*(1), 36-42.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Santos, M., & Montero, J. (2012). Hábitos alimentares na adolescência: implicações no estado de saúde. *Millenium, 17*(42), 85-103.

Bica, I., Cunha, M., Costa, J. S., Rodrigues, V., Neves, D., Albuquerque, I., . . . Lima, T. (2011). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com a sua saúde oral. *Millenium, 16*(40), 115-131.

Bica, I., Nunes, M., Costa, J. S., Costa, R., & Agostinho, J. (2009). Prevalência de cárie dentária em adolescentes. *Referência, 2*(10), 70.

Boj, J. R., Catalá, M., García Ballesta, C., & Mendoza, A. (2005). *Odontopediatría*. Barcelona: Masson.

Bolan, M. (2007). Guia alimentar: Ênfase na saúde bucal. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica, 22*(4), 305-310.

Bolander, V. B. (1998). Saúde, doença e cuidados de saúde: Conceitos em mudança. In V. B. Bolander, J. Luckman & K. C. Sorensen (Eds.), *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica* (pp. 31-52). Lisboa: Lusodidacta.

Boneu, M., Gomez-Quirante, A., Feijoo, N., Martos, C., & Foz, G. (1994). [Eating habits and the frequency of food consumption in 8th-grade schoolchildren from a Basic Health Area of Mataro]. *Aten Primaria, 14*(2), 591-595.

Brasil - MS. (2011). *Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados Principais*. Brasília-DF: Editora Ministério da Saúde Retrieved from http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.

Bratthall, D. (2000). Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J, 50*(6), 378-384.

Brennan, D. S., & Spencer, A. J. (2009). Life events and oral-health-related quality of life among young adults. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Qual Life Res, 18*(5), 557-565. doi: 10.1007/s11136-009-9479-x

Briefel, R. R., & Johnson, C. L. (2004). Secular trends in dietary intake in the United States. [Review]. *Annu Rev Nutr, 24*, 401-431. doi: 10.1146/annurev.nutr.23.011702.073349

Broadbent, J. M., Thomson, W. M., & Poulton, R. (2006). Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. [Comparative Study, Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Dent Res, 85*(4), 339-343.

Broder, H. L., Janal, M., Wilson-Genderson, M., Reisine, S. T., & Phillips, C. (2005). Reliability and validity of the Child Oral Health Impact Profile. *J Dent Res, 83*(Special Issue A), 2652.

Broder, H. L., Slade, G., Caine, R., & Reisine, S. (2000). Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Public Health Dent, 60*(3), 189-192.

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva, 5*(1), 163-177.

Calado, R. M. (1989). A cárie dentária no concelho do Cartaxo: Diagnóstico de situação e programa global de intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.

Campos, L., Bottan, E. R., Birolo, J. B., Silveira, E. G., & Schmitt, B. H. E. (2010). Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). *Rev Sul-Bras Odontol, 7*(3), 287-295.

Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M., & Ribeiro da Silva, P. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável.* . Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Cangussu, M. T. (2001). Epidemiologia e iniqüidade em saúde dental aos 5, 12 e 15 anos de idade no município de Itabatiba, São Paulo. *Revista de Saúde Pública, 9*(1/2), 77-85.

Capelas, A. M. G. (1994). *Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade da cárie dentária nos dentes temporários das crianças portuguesas.* Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto.

Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação: Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Lisboa: Lusociência.

Carvalho, C. (2001). Redescobrindo o sorriso. *Revista Brasileira de Odontologia, 58*(6), 396-399.

Casamassimo, P. S. (2000). Relationships between oral and systemic health. [Comparative Study Review]. *Pediatr Clin North Am, 47*(5), 1149-1157.

CDC. (2001). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *MMWR, 50*(RR-14), 1-42.

Chaves, E. M. (1986). *Odontologia social* (3ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.

Chung, M. H., Kaste, L. M., Koerber, A., Fadavi, S., & Punwani, I. (2006). Dental and medical students' knowledge and opinions of infant oral health. [Clinical Trial, Comparative Study]. *J Dent Educ, 70*(5), 511-517.

Ciampo, L. A. D., & Ciampo, I. R. L. D. (2010). Adolescência e imagem corporal. *Adolescência e Saúde, 7*(4), 55-59.

Clemente, M., & Faria, N. (2009). *Saúde oral na adolescência: Risco em saúde oral associado aos hábitos alimentares e consumos.* Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Corte, A. (2005). *Educação para a saúde oral*. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda.

Cortes, M. I., Marcenes, W., & Sheiham, A. (2002). Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Community Dent Oral Epidemiol, 30*(3), 193-198.

Costa, C. D., Monteiro, C., & Dias, D. (2009). Comportamento alimentar na adolescência. *Acta Pediatr Port, 40*(5).

Costa, J. F. R., Chagas, L. D., & Silvestre, R. M. (2006). *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Costa, J. S., Montero, J., Bica, I., & Cunha-Nunes, M. (2012). Impact of dietary factors on oral quality of life. [Abstract]. *IADR/LAR General Session: Journal of Dental Research, 91*(Special Issue B).

Costa, M., & Lopéz, E. (1996). *Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Costa, R., Bica, I., Aparício, L., Moreira, A. C., Almeida, A. I., Silva, C., . . . Cunha, M. (2012). Influência do índice de CPOD e variáveis demográficas na qualidade de vida relacionada co a saúde oral de um grupo de adolescentes *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e perspectivas* (pp. 301-311). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.

Couto, G. B. L., Rodrigues, M. J., Ximenes, E. C. P., Vasconcelos, M. M. V. B., & Silva, A. T. V. O. (2000). Comparações clínico-anamnésicas e microbiológicas entre mães e filhos relacionadas com a transmissão da doença cárie. *An Fac Odontol Univ Fed Pernamb, 10*(1), 14-19.

Cruz, J. A. (2000). Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe--Southern Europe. [Review]. *Eur J Clin Nutr, 54 Suppl 1*, S29-35.

Cukovic-Bagic, I., Dumancic, J., Nuzzolese, E., Marusic, M., & Lepore, M. M. (2012). Oral Health Awareness in Croatian and Italian Urban Adolescents. *Coll. Antropol., 36*(1), 221-226.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO.

D'Cruz, A. M., & Aradhya, S. (2013). Impact of oral health education on oral hygiene knowledge, practices, plaque control and gingival health of 13- to 15-year-old school children in Bangalore city. *International Journal of Dental Hygiene, 11*, 126-133.

Dai, J., Hao, Y., Li, G., Hu, D., & Zhao, Y. (2010). 'Love Teeth Day' campaign in China and its impact on oral public health - the twentieth anniversary. *Br Dent J, 209*(10), 523-526. doi: 10.1038/sj.bdj.2010.1039.

Damasceno, V. O., Vianna, V. R. A., Vianna, J. M., Lacio, M., Lima, J. R. P., & Novaes, J. S. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 14*(2), 81-94.

Dec-lei nº 248/2009, de 22 de setembro (2009).

DGE. (2012). *Bufetes Escolares - Orientações*. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação e Ciência - Direção-Geral da Educação.

Circular Normativa n.º 6/DSE. Programa nacional de promoção da saúde oral (1999).

DGS. (2000). Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada. from Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde

DGS. (2004). Programa Nacional de Saúde 2004-2010. *Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde*.

Circular Normativa n.º 1/DSE. Programa nacional de promoção da saúde oral (2005a).

DGS. (2005b). *Programa nacional de promoção da saúde oral*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde.

DGS. (2006a). Programa nacional de promoção da saúde oral: Avaliação do risco em saúde oral. Divisão de Saúde Escolar, Circular Normativa nº 09/DSE de 19/07/06. from Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde

DGS. (2006b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.

DGS. (2008). *Estudo nacional de prevalência das doenças orais: Programa nacional de promoção da Saúde Oral*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde.

DGS. (2011). Programa nacional de promoção da saúde oral - Plano B: Orientação nº007 de 25/03/2011. from Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde

DGS. (2012a). Mais informação mais saúde. Retrieved 20 Abril 2012, from Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde http://www.dgs.pt

DGS. (2012b). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável: Orientações programáticas. from Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde http://www.dgs.pt

DGS. (2013a). ARS Norte, 2013. http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte

DGS. (2013b). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Dias, A. A. (2009). *Saúde bucal colectiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Santos.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.

Do, L. G., & Spencer, A. (2007). Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Public Health Dent, 67*(3), 132-139.

Dowdell, E. B. (2006). Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Comprehensive Pediatric Nursing, 29*, 157-171.

Duarte, T. F. G. M. (2010). *Avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida de adolescentes de Setúbal.* Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2749

Edelstein, B. (2006). The dental caries pandemic and disparities problem. *BMC Oral Health, 6*, 52.

Ekstrand, K. (2000). Diagnóstico da cárie. In Y. A. P. Buischi (Ed.), *Promoção da saúde bucal na clínica odontológica* (Vol. 22, pp. 125-148). São Paulo: Artes Médicas.

Elias, M. S., Cano, M. A., Mestriner Junior, W., & Ferriani, M. G. (2001). [Importance of oral health for adolescents from different social levels in the municipality of Ribeirao Preto]. *Rev Lat Am Enfermagem, 9*(1), 88-95.

Ericsson, J. S., Ostberg, A. L., Wennstrom, J. L., & Abrahamsson, K. H. (2012). Oral health-related perceptions, attitudes, and behavior in relation to oral hygiene conditions in an adolescent population. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Eur J Oral Sci, 120*(4), 335-341. doi: 10.1111/j.1600-0722.2012.00970.x

European Commission. (2005). A selection of Essential Oral Health Indicators. In European Commission. Health and Consumer Protection Directorate-General. Health Surveillance in Europe (Ed.): European Global Oral Health Indicators Development Project. Community Action Programme on Health Monitoring.

Eurostat. (2013). Unemployement statistics. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Unemployment_statistics

Ferrari, R. A. P., Thomson, Z., & Melchior, R. (2006). Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saúde Pública, 22*(11), 2491-2495.

Ferreira, C., Loureiro, C., & Araújo, V. (2004). Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. *Rev Saúde Pública, 38*(3).

Ferreira, L. L., Brandão, G. A. M., Garcia, G., Costa, L. S. T., Ambrosano, G. M. B., & Possobon, R. F. (2012). Odontalgia associada a variáveis socioeconômicas, psicossociais e saúde bucal. *Revista Dor, 13*(4), 343-349.

Ferreira, M. D. A., Alvim, N. A. T., Teixeira, M. L. D. O., & Veloso, R. C. (2007). Saberes de adolescentes: Estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto Enferm, 16*(2), 217-224.

Ferreira, M. M. S. R. S. (2008). *Estilos de vida na adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de enfermagem.* Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto.

Feu, D., Quintão, C., & Miguel, C. (2010). Indicadores de qualidade de vida e sua importância na ortodontia. *Dental Press J Orthod, 15*(6), 61-70.

Filstrup, S. L., Briskie, D., da Fonseca, M., Lawrence, L., Wandera, A., & Inglehart, M. R. (2003). Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. [Comparative Study]. *Pediatr Dent, 25*(5), 431-440.

Fisher-Owens, S. A., Gansky, S. A., Platt, L. J., Weintraub, J. A., Soobader, M., Bramlett, M. D., & Newacheck, P. W. (2007). Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics, 120*(3), e510-e520. doi: 10.1542/peds.2006-3084

Fonseca, H. (2005). *Viver com adolescentes* (3ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Fonseca, H., Matos, M. G., Guerra, A., & Pedro, J. G. (2009). Are overweight adolescents at higher risk of engaging in unhealthy weight-control behaviours? *Acta Paediatr, 98*(5), 847-852.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Franzin, L. C. S., & Bijella, M. F. T. B. (2005). Conhecimento de um grupo de mães sobre a saúde bucal de seus filhos. *JBP: Rev. Ibero-Am. Odontopediatr. Odontol. Bebê, 8*(45), 333-341.

Freddo, S. L., Aerts, D. R., Abegg, C., Davoglio, R., Vieira, P. C., & Monteiro, L. (2008). [Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern Brazil]. *Cad Saude Publica, 24*(9), 1991-2000.

Freire, M. C. M., Pereira, M. F., Batista, S. M. O., Borges, M. R. S., Barbosa, M. I., & Rosa, A. G. F. (1999). Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. *Rev Saude Publica, 33*(4), 385-390.

Freire, M. C. M., Sheiham, A., & Bino, Y. A. (2007). Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev. bras. epidemiol, 10*(4), 606-614.

Freitas, L. B. (1990). *On the control of supragengival dental plaque.* University of Lund School of Dentistry, Malm, Sweden.

Frias-Bulhosa, J. F., & Slade, G. (2003). *Adaptação e validação da versão portuguesa do Oral Health Impact Profile: OHIP*. Paper presented at the XI Jornadas de Ciências Dentárias do Porto, Porto.

Garcia, G. B., Gambardella, A. M. P., & Frutuoso, M. F. P. (2003). Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. *Nutr, 14*, 27-33.

Garzón, D. L. (2005). Contributing factors to preschool unintentional injury. [Research Support, N.I.H., Extramural, Review]. *J Pediatr Nurs, 20*(6), 441-447. doi: 10.1016/j.pedn.2005.03.014

GEPE. (2008). Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação do Ministério da Educação.

Gherunpong, S., Tsakos, G., & Sheiham, A. (2004). Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. [Validation Studies]. *Community Dent Health, 21*(2), 161-169.

Ginzberg, E. (1991). Adolescents at risk conference: overview. *J Adolesc Health, 12*(8), 588-590.

Goldstein, R. E. (1980). *Estética em odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gomes, V. E., & Silva, D. D. (2010). A importância do controle de placa dental na clínica odontológica. *Arq. Odontol, 46*(1), 22-27.

Gonçalves Ferreira, F. A. (1978). Política alimentar e de Nutrição em Portugal. *Rev. do Centro de estudos de Nutrição, 2*(1), 3-28.

Gontijo, A. I., Eskenazi, A. P. E., Linhares, R. M. S., & Serra-Negra, J. M. C. (2004). A importância da promoção de saúde bucal em escolares: avaliação dos dez anos de um projeto de extensão da FO−UFMG. *JBP Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê, 7*(35), 56-64.

Gorbatenko-Roth, K. G., Levin, I. P., Altmaier, E. M., & Doebbeling, B. N. (2001). Accuracy of health-related quality of life assessment: what is the benefit of incorporating patients' preferences for domain functioning? [Evaluation Studies, Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Health Psychol, 20*(2), 136-140.

Graça, T. C. (2000). *A importância da saúde bucal na adolescência: Um estudo no IEPIC.* Tese de Doutoramento, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Gradella, C. M. F., Oliveira, L. B., Ardenghi, T. M., & Marcelo Bönecker, M. (2007). Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. *Revista Gaúcha de Odontologia, 55*(4), 329-334.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning, an educational and environmental approach* (2ª ed.). Indiana, US: Mayfield Publishing Company.

Greene, J. C., & Vermillion, J. R. (1964). The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc, 68*, 7-13.

Gregory, J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2005). Variation and change in the meaning of oral health related quality of life: a 'grounded' systems approach. *Soc Sci Med, 60*(8), 1859-1868. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.039

Guthrie, J. F., & Morton, J. F. (2000). Food sources of added sweeteners in the diets of Americans. *J Am Diet Assoc, 100*(1), 43-51, quiz 49-50. doi: 10.1016/S0002-8223(00)00018-3

Hale, J. L., Householder, B. J., & Greene, K. L. (2003). The theory of reasoned action. In J. P. Dillard & M. Pfau (Eds.), *The persuasion handbook: Developments in theory and practice* (pp. 259-286). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hamasha, A. A., Warren, J. J., Levy, S. M., Broffitt, B., & Kanellis, M. J. (2006). Oral health behaviors of children in low and high socioeconomic status families. *Pediatr Dent, 28*(4), 310-315.

Hennessy, C. H., Moriarty, D. G., Zack, M. M., Scherr, P. A., & Brackbill, R. (1994). Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep, 109*, 665-672.

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hoffmann-Muller, B., & Amstad, H. (1994). [Body image, weight and eating behavior in adolescents]. *Praxis (Bern 1994), 83*(48), 1336-1342.

Honkala, E., Rajala, M., & Rlmpelä, M. (1981). Oral hygiene habits among adolescents in Finland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 9*(2), 61-68. doi: 10.1111/j.1600-0528.1981.tb01030.x

Hunt, R. J., Slade, G. D., & Strauss, R. (1995). Racial variations in social impact among oider community-dwelling adults. *J Public Health Dent, 55*, 205-209.

IEFP. (2001). Classificação Nacional de Profissões. from Instituto do Emprego e Formação Profissional http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/INDICE.pdf

INE. (2006). Destaque: Balança Alimentar Portuguesa 1990-2003. from Instituto Nacional de Estatística

INE. (2010). Balança Alimentar Portuguesa: Dieta portuguesa afasta-se das boas práticas nutricionais. Destaque, Informação à Comunicação Social. from Instituto Nacional de Estatística http://www.ine.pt

Jackson, R. (2006). Parental health literacy and children's dental health: implications for the future. *Pediatr Dent, 28*(1), 72-75.

Jacobson, A. M. (2002). *Depression & HRQoL in diabetes: From research to clinical care. Scientific report: Training session on health-related quality of life assessment and depression in diabetes*. Budapest: MAPI Research Institute.

Jahns, L., Siega-Riz, A. M., & Popkin, B. M. (2001). The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. *J Pediatr, 138*(4), 493-498. doi: 10.1067/mpd.2001.112162

Johal, A., Cheung, M. Y., & Marcene, W. (2007). The impact of two different malocclusion traits on quality of life. *Br Dent J, 202*(2).

Jokovic, A., Locker, D., & Guyatt, G. (2006). Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. [Comparative Study, Research Support, Non-U.S. Gov't, Validation Studies]. *Health Qual Life Outcomes, 4*, 4. doi: 10.1186/1477-7525-4-4

Jokovic, A., Locker, D., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2002). Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Dent Res, 81*(7), 459-463.

Jokovic, A., Locker, D., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2003). Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. [Research Support, Non-U.S. Gov't, Validation Studies]. *J Public Health Dent, 63*(2), 67-72.

Jokovic, A., Locker, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2004). Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. [Evaluation Studies, Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Pediatr Dent, 26*(6), 512-518.

Kallestal, C., Dahlgren, L., & Stenlund, H. (2006). Oral health behavior and self-esteem in Swedish adolescents over four years. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Adolesc Health, 38*(5), 583-590. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.05.021

Kanauth, R. K., & Gonçalves, H. (2006). Juventude na era da Aids: Entre o prazer e o risco. In M. I. M. Almeida & F. Eugenio (Eds.), *Culturas Jovens: Novos mapas do afeto* (pp. 92-120). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Kaplan, R. (2000). Profile versus utility based measures of outcome for clinical trials. In M. J. Staquet, R. D. Hays & P. M. Fayers (Eds.), *Quality of life assessment in clinical trials* (pp. 69-82). Great Britain: Oxford University Press.

Kawamura, M., Iwamoto, Y., & Wright, F. A. (1997). A comparison of self-reported dental health attitudes and behavior between selected Japanese and Australian students. [Comparative Study]. *J Dent Educ, 61*(4), 354-360.

Krebs-Smith, S. M. (2001). Choose beverages and foods to moderate your intake of sugars: measurement requires quantification. *J Nutr, 131*(2S-1), 527S-535S.

Kuczynski, E., & Assumpção Júnior, F. B. (1999). Definições atuais sobre o conceito de qualidade de vida na infância e adolescência. *Pediatr mod, 35*(3), 73-78.

Kuhn, E., & Wambier, D. S. (2007). Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr., 7*(1), 75-81.

Kuzmina, I. N., Kuzmina, E., & Ekstrand, K. R. (1995). Dental caries among children from Solntsevsky--a district in Moscow, 1993. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Community Dent Oral Epidemiol, 23*(5), 266-270.

Lacerda, J. (2005). *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida.* Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S., Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Biometrics, 33*(1), 159-174.

Lash, S. (1990). Convicções e comportamento na educação da saúde. *Nursing, 3*(27), 46-48.

Leao, A., & Sheiham, A. (1996). The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Community Dent Health, 13*(1), 22-26.

Lee, G. H., McGrath, C., Yiu, C. K., & King, N. M. (2009). Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). [Validation Studies]. *Int J Paediatr Dent, 19*(6), 399-405. doi: 10.1111/j.1365-263X.2009.01000.x

Li, S., Veronneau, J., & Allison, P. J. (2008). Validation of a French language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). [Research Support, Non-U.S. Gov't, Validation Studies]. *Health Qual Life Outcomes, 6*, 9. doi: 10.1186/1477-7525-6-9

Li, Y., Wang, W., & Caufield, P. W. (2000). The fidelity of mutans streptococci transmission and caries status correlate with breast-feeding experience among Chinese families. [Research Support, Non-U.S. Gov't, Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Caries Res, 34*(2), 123-132. doi: 16579

Lidon, F., & Silvestre, M. M. (2010). *Princípios de alimentação e nutrição humana*. Lisboa: Escolar Editora.

Lima, R. C. A., & Schneider, L. (2010). Perceção sobre saúde bucal e análise das causas de evasão do tratamento odontológico de adolescentes do ensino público municipal e estadual de Araucária, PR. *Rev. APS, 13*(3), 320-330.

Limeback, H. (1999). A re-examination of the pre-eruptive and post-eruptive mechanism of the anti-caries effects of fluoride: is there any anti-caries benefit from swallowing fluoride? [Review]. *Community Dent Oral Epidemiol, 27*(1), 62-71.

Lisbôa, I. C., & Abegg, C. (2006). Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 15*(4), 29-39.

Lo, E., Coles, R., Humbert, M. L., Polowski, J., Henry, C. J., & Whiting, S. J. (2008). Beverage intake improvement by high school students in Saskatchewan, Canada. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Nutr Res, 28*(3), 144-150. doi: 10.1016/j.nutres.2008.01.005

Locker, D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. [Review]. *Community Dent Health, 5*(1), 3-18.

Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol, 35*(6), 401-411. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x

Locker, D., & Slade, G. (1994). Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. [Comparative Study]. *Gerodontology, 11*(2), 108-114.

Lucer-Verdugo, M., Camacho Alonso, F., & López Jornet, P. (2009). *Impacto de las enfermidades de la mucosa oral en la calidad de vida*. Paper presented at the X International Congress of the Spanish Society of Oral Medicine, Murcia. Abstract retrieved from

Machado, M. C., Alves, M. I., & Couceiro, M. L. (2011). Saúde infantil e juvenil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediatr Port, 42*(5), 195-204.

Magalhães, A. C., Machado, M. A. A. M., Silva, S. M. B., & Honório, H. M. (2005). Avaliação da efetividade do treinamento de mães para a higienização bucal de seus bebês. *Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê, 8*(41), 48-53.

Mahna, R., Passi, S. J., & Khanna, K. (2004). Changing dietary patterns of the young: impact of fast foods. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 13*, 134.

Maroco, J. (2011). *Análise estatística com SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro: Edições Sílabo.

Marrero, D. E. M., Fortes, B. G., & Cárdenas, F. P. (2006). Influencia del programa educativo de salud bucodental:" Cuida tu sonrisa y la de los tuyos", en los niños y niñas de cuarto grado de la escuela Bernardo Arias Castillo, Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana, 8*(1).

Martins-Junior, P. A., Ramos-Jorge, J., Paiva, S. M., Marques, L. S., & Ramos-Jorge, M. L. (2012). Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). [Research Support, Non-U.S. Gov't, Validation Studies]. *Cad Saude Publica, 28*(2), 367-374.

Martins, A. (2005). *Promoção da Saúde: Percursos e Paradigma*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco: Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias.

Mastrantonio, S. D. S., & Garcia, P. P. N. S. (2002). Programas educativos em saúde bucal: Revisão da literatura. *Jornal brasileiro de odontopediatria & odontologia do bebê, 5*(25), 215-222.

Matos, M., Carvalhosa, S., & Fonseca, H. (2001). O comportamento alimentar dos jovens portugueses. *Aventura Social & Saúde, 5*(1), 1-8.

Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: FMH/IRS-MJ.

Matos, M. G. (2010). A higiene oral dos adolescentes portugueses: Dados do estudo HBSC em 1998, 2002 e 2006. In C. M. Almeida, L. Barros, I. C. C. Costa & M. S. C. F. Alves (Eds.), *Promoção da saúde oral: Contributos para a organização e aplicação de programas* (pp. 37-40). Lisboa: Coisas de Ler.

Matos, M. G., & Gaspar, T. (2008). *Manual Kidcreen: Avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes*. Lisboa: FMH e FCT.

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social. (2012). A Saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010 Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL (Ed.) Retrieved from http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje e em 8 anos. *Relatório preliminar do estudo HBSC*.

Mattila, M. L., Rautava, P., Ojanlatva, A., Paunio, P., Hyssala, L., Helenius, H., & Sillanpaa, M. (2005). Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta Odontol Scand, 63*(2), 73-84.

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. [Review]. *J Psychosom Res, 56*(6), 675-685. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00129-6

Meleis, A. I. (1997). *Nursing theory: A elusive mirage or a mirror of reality* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Melo, P., Azevedo, A., & Henriques, M. (2008). Cárie dentária - a doença antes da cavidade *Acta Pediatr Port, 39*(6), 253-259.

Melo, P., Teixeira, L., & Domingues, J. (2006). A Importância do Despiste Precoce da Cárie Dentária. *Ver Port Clin Geral, 22*, 357-366.

Mendes, A. P. (2012). Saúde oral na criança: Ficha técnica do CIM. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos, 101*, 181-182.

Mendes, D. M. L. F., & Moura, M. L. S. (2009). O sorriso humano: Aspectos universais, inatos e os determinantes culturais. *Arquivo Brasileiro de Psicologia, 61*(1).

Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa & Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Menezes, A. L. F., & Tebechrani, C. A. (2000). A importância do cirurgião dentista na orientação e motivação da higiene bucal dirigida ao primeiro molar permanente em erupção. *Revista de Odontología da UNICID, 12*(1), 35-46.

Mialhe, F. L., Silva, D. D., & Possobon, R. F. (2007). Avaliação dos cuidados dos acadêmicos de odontologia relativos ao armazenamento e desinfecção das escovas dentais. *Revista de Odontologia da UNESP, 36*(3), 231-235.

Michelone, A. P. C., & Santos, V. L. C. G. (2004). Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12*(6), 875-883.

Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva, 5*(1), 7-18.

Minderico, C., & Teixeira, P. (2008). Nutrição e alimentação saudável. In P. Teixeira, L. B. Sardinha & J. L. T. Barata (Eds.), *Nutrição, exercício e saúde* (pp. 1-81). Lisboa: Lidel.

Mobley, C. C. (2003). Nutrition and dental caries. [Review]. *Dent Clin North Am, 47*(2), 319-336.

Monteiro, J. P., & Júnior, J. S. C. (2007). *Caminhos da nutrição e terapia nutricional: Da concepção à adolescência*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Montero, M. (2006). *Calidad de vida oral en población general.* Tesis doctoral, Universidad de Granada, Granada.

Morales, N. M. O. (2005). *Avaliação transversal da qualidade de vida em crianças e adolescentes com paralisia cerebral por meio de um instrumento genérico (CHQ-PF50).* Mestrado em Ciências da Saúde Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Moreno, A. B., Faerstein, E., Werneck, G. L., Lopes, C. S., & Chor, D. (2006). [Psychometric properties of the World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment in the Pro-Saude Study]. *Cad Saude Publica, 22*(12), 2585-2597.

Morita, M. C., Gonini, C. J., Iwakura, M. L., & Barczynsc, E. M. F. (1996). Cárie dentária: declínio de prevalência em crianças de 6 a 12 anos em Londrina. *Inf Epidemiol SUS, 4*, 5560.

Moynihan, P. J. (2002). Dietary advice in dental practice. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Br Dent J, 193*(10), 563-568. doi: 10.1038/sj.bdj.4801628

Navarro, L. M. C., Márquez, R. J. A., Márquez, R. M. J., & Castaño, S. A. (2005). Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una zona básica de salud. *Medicina de Família, 1*, 19-27.

Navia, J. M. (1996). Nutrition and dental caries: Ten Findings to be remembered. *Int Dent J, 46*(Suppl 1), 381-387.

Nicholls, D., & Viner, R. (2005). Eating disorders and weight problems. [Review]. *BMJ, 330*(7497), 950-953. doi: 10.1136/bmj.330.7497.950

Noborikawa-kahatsu, A. (2009). Evaluación de un programa educativo-preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia en adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana, 19*(1), 31-38.

Normando, A. D. C., & Araújo, I. C. (1990). Prevalência de cárie dental em uma população de escolares da região Amazônica. *Rev. Saúde públ, 24*(4), 294-299.

Nutmeat, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*, 259-267.

Nyvad, B. (2003). O papel da higiene bucal. In O. Feferskov & E. Kidd (Eds.), *Cárie dentária: A doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Santos Editora.

OE. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Okeigbemen, S. A. (2004). The prevalence of dental caries among 12 to 15-year-old school children in Nigeria: report of a local survey and campaign. *Oral Health Prev Dent, 2*(1), 27-31.

Oliveira, C., & Sheiham, A. (2003). The relationship between normative orthodontic treatment need and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol, 31*, 426-436.

Oliveira, D. C. (2011). *Repercussões das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes em conflito com a lei.* Dissertação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

OMD. (2005). Levantamento informativo efetuado nos centros de saúde e hospitais do continente. Lisboa: Ordem dos Médicos Dentistas.

OMD. (2010). Plano nacional de saúde 2011-2016: Estratégia de saúde oral em Portugal: Um conceito de transversalidade que urge implantar. Porto: Direção Geral da Saúde.

OMS. (1988). *Declaração de Adelaide*. Paper presented at the II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Adelaide, Australia.

OMS. (1991). *Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde*. Paper presented at the III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Sundsvall, Suécia. http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Sundsvall.htm

OMS. (1997). *Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Paper presented at the IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Jacarta, Indonésia. http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jacarta.htm

OMS. (2000). *Declaração do México sobre Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade*. Paper presented at the V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Cidade do México. http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Mexico.htm

OMS. (2005). *Declaração de Banguecoque sobre Promoção da Saúde num Mundo Globalizado de acordo com a Declaração do Milénio - Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ONU 2000)*. Paper presented at the VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Banguecoque. http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm

OMS. (2009). *Conferência Global sobre a Promoção da Saúde*. Paper presented at the 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Sáude, Nairobi-Kenya.

Pahel, B. T., Rozier, R. G., & Slade, G. D. (2007). Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). [Research Support, N.I.H., Extramural, Research Support, U.S. Gov't, P.H.S., Validation Studies]. *Health Qual Life Outcomes, 5*, 6. doi: 10.1186/1477-7525-5-6

Pais-Ribeiro, J. L. (1994). A Importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica, 2-3*(12), 179-191.

Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2 ed.). Coimbra: Quarteto.

Pal, D. K. (1996). Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. [Research Support, Non-U.S. Gov't, Review]. *J Epidemiol Community Health, 50*(4), 391-396.

Pallás, J. M., & Villa, J. (2007). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (3 ed.). Ámsterdam: Elsevier.

Palmer, C. A. (2001). Important Relationships Between Diet, Nutrition, and Oral Health. *Nutrition in Clinical Care, 4*(1), 4-14.

Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.* Tese de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Pearlman, D. N., Camberg, L., Wallace, L. J., Symons, P., & Finison, L. (2002). Tapping youth as agents for change: Evaluation of a peer leadership HIV/AIDS intervention. *Journal of Adolescent Health, 31*, 31-39.

Pedrazzi, V., Souza, S. L. S., Oliveira, R. R., Cimões, R., & Gusmão, E. S. (2009). Métodos mecânicos para o controle do biofilme dentário supragengival. *Revista Periodontia, 19*(3), 26-33.

Peker, K., Uysal, O., & Bermek, G. (2011). Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the early childhood oral health impact scale among 5-6-year-old children. *Health Qual Life Outcomes, 9*, 118. doi: 10.1186/1477-7525-9-118

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Upper Saddle River, N.J.; London: Prentice Hall; Pearson Education [distributor].

Pender, N. J., & Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 699-715): Lusociência.

Perdigão, A. L. (2011). Pequeno-almoço: A escolha certa. http://mulher.sapo.mz/bem-estar/saude/pequeno-almoco-a-escolha-certa-52614-0.html

Pereira, A. (1993). Epidemiologia da cárie dentária: conceitos básicos e metodologia *Cárie dentárias. Etiologia, epidemiologia e prevenção* (pp. 113-142). Porto: Medisa.

Pereira, A. L. (2010). *Influência da condição da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos.* Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.

Pereira, J., & Furtado, C. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Peres, E. (2003). *Saber Comer para Melhor Viver* (5ª ed.). Lisboa: Caminho.

Perez-Rodrigo, C., Aranceta, J., Brug, H., Wind, M., Holdonen, C. H., & Klepp, K. I. (2004). School-based education strtegies to promote fruit and vegetable comsumption: the Pro Children Project. *Arch. Latinoam. Nutr., 54*, 14-19.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Petersen, P. E., & Lennon, M. A. (2004). Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol, 32*(5), 319-321. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00175.x

Piedrola, G. G., & Del Rey Calero, J. (1994). *Medicina Preventiva y salud Pública* (9ª ed.). Barcelona: Ediciones Cientificas y Tecnicas S. A. Mason Salvat Medicina.

Pinto, C. A. S., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! *Texto Contexto Enferm, 16*(1), 142-148.

Pinto, V. G. (2000). *Saúde bucal colectiva* (4 ed.). São Paulo: Santos.

Piovesan, C., Batista, A., Ferreira, F. V., & Ardenghi, T. M. (2009). Oral health-related quality of life in children: Conceptual issues. *Rev. odonto ciênc., 24*(1), 81-85.

Pollard, E., Moss, D., & Yates, T. J. (1995). Population trends of common British butterflies at monitored sites. *Journal of Applied Ecology, 32*, 9-16.

Power, M., Harper, A., & Bullinger, M. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. [Comparative Study, Multicenter Study]. *Health Psychol, 18*(5), 495-505.

Radler, D. R., & Touger-Decker, R. (2007). Nutrition for and dental health. In L. K. Mahan, S. Escott-Stump & J. L. Raymond (Eds.), *Krauses´s food and nutrition therapy* (12 ed., pp. 636-651). Philadelphia: Saunders.

Ramaglia, L., Sbordone, L., Ciaglia, R. N., Barone, A., & Martina, R. (1999). A clinical comparison of the efficacy and efficiency of two professional prophylaxis procedures in orthodontic patients. [Clinical Trial, Comparative Study]. *Eur J Orthod, 21*(4), 423-428.

Ramos-Gomez, F. J., Crystal, Y. O., Ng, M. W., Crall, J. J., & Featherstone, J. D. (2010). Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *J Calif Dent Assoc, 38*(10), 746-761.

Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., & Robertson, J. (2001). Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res, 10*(1), 59-70.

Regulamento nº 123/2011, 2 C.F.R. (2011).

Regulamento nº 128/2011, 2 C.F.R. (2011).

Reich, D. E., Feldman, M. W., & Goldstein, D. B. (1999). Statistical properties of two tests that use multilocus data sets to detect population expansions. *Mol Biol Evol, 16*(4), 453-466.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1996).

Rew, L., & Horner, S. D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing, 18*(6), 379-388.

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2012). Educação para a saúde.

Rodrigues, S. S., & de Almeida, M. D. (2001). Portuguese household food availability in 1990 and 1995. *Public Health Nutr, 4*(5B), 1167-1171.

Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A., & Carvalho, G. (2007). Situações de risco para a saúde de jovens adolescentes *Encontro de Investigação, Perspectivar a investigação em saúde* (pp. 65-71). Vila Real: Escola Superior de Educação da UTAD.

Rodrigues, V., Carvalho, G. S., Gonçalves, A., & Albuquerque, C. (2008). *Estilos de vida: o que dizem os professores; a realidade dos alunos*. Paper presented at the Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto.

Rompante, P. (2009). Mecanismos preventivos do flúor e cárie dentária. *Acta Pediatr Port, 40*(5), 223-228.

Sá, P. H. F. (2010). *Impacto da cárie na qualidade de vida de escolares aos 12 e 15 anos no município de Caaporã-PB.* Curso de Graduação em Odontologia Monografia, Universidade de Paraíba, João Pessoa.

Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais* (4ª ed.). Lisboa: Caminho.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2003). *Metodología de la investigación* (3 ed.). Mexico: McGraw Hill.

Sánchez, M. V. E. (2008). *Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la provincia de Salamanca.* Tese de Doutoramento, Universidad de Salamanca, Salamanca.

Santos, N. C. N., Alves, T. D. B., Freitas, V. S., Jamelli, S. R., & Sarinho, E. S. C. (2007). A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*(5), 1155-1166.

Santos, O. (2010). O papel da literacia em saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade, 4*(3), 127-134.

Serra-Negra, J. M. C., Vilela, L. C., Rosa, A. R., Andrade, E. L. S. P., Paiva, S. M., & Pordeus, I. A. (2006). Hábitos bucais deletérios: Os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos? *Revista Odonto Ciência, 21*(52), 146-152.

SESPO. (2006). *Propuesta de objetivos en salud oral para España: 2012 y 2020*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología e Salud Pública Oral.

Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. [Editorial]. *Bull World Health Organ, 83*(9), 644. doi: /S0042-96862005000900004

Sheiham, A., Steele, J. G., Marcenes, W., Tsakos, G., Finch, S., & Walls, A. W. (2001). Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Community Dent Oral Epidemiol, 29*(3), 195-203.

Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. [Review]. *Community Dent Oral Epidemiol, 28*(6), 399-406.

Silva, A. C. S., & Santos, I. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de nola pender. *Texto & Contexto - Enfermagem, 19*, 745-753.

Silva, C. R. L. D., & Simão, V. M. (2012). A condição humana e a saúde do adolescente: Experiência do programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET saúde. *Ensino aprendizagem e formação contínua*.

Silva, D. D. F., Ritter, F., Nascimento, I. M., Fontanive, P. V. N., Persici, S., & Rossoni, E. (2008). Cuidados em saúde bucal na primeira infância: Percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev. odonto ciênc., 23*(4), 375-379.

Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo.* Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Porto.

Silva, I., Meneses, R., & Silveira, A. (2008). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Universidade Fernando Pessoa*, 264-274.

Silva, I., Meneses, R. F., & Silveira, A. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 4,* 264 - 274.

Silva, I. M. S. L. (2006). *Psicologia da diabetes: Análise dos aspetos psicossociais, problemática e intervenção* (1 ed.). Coimbra: Quarteto.

Silveira, R. G., Brum, S. C., & Silva, D. C. (2002). Influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças. *RMAB, 52*(1/2), 6-10.

Skaret, E., Astrom, A., & Haugejorden, O. (2004). Oral health-related quality of life (OHRQoL): Review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe *European global oral health indicators development project* (pp. 99-110). Francia: Quintessence International.

Slade, G. D. (1997a). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. [Research Support, Non-U.S. Gov't, Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Community Dent Oral Epidemiol, 25*(4), 284-290.

Slade, G. D. (1997b). *Oral impacts on daily performances: Measuring oral health and quality of life.* University of North Carolina, School of Dentistry, Chapel Hill.

Slade, G. D. (1998). Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. [Research Support, Non-U.S. Gov't, Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Community Dent Oral Epidemiol, 26*(1), 52-61.

Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Community Dent Health, 11*(1), 3-11.

Slavkin, H. C. (2001). Expanding the boundaries: enhancing dentistry's contribution to overall health and well-being of children. *J Dent Educ, 65*(12), 1323-1334.

Sohn, W., Burt, B. A., & Sowers, M. R. (2006). Carbonated soft drinks and dental caries in the primary dentition. *J Dent Res, 85*(3), 262-266.

Souza, L. V., Abrão, L. S. O., Novaes, M. S. P., Loureiro, R. M. T., Castro, A. M., & Oliveira, F. S. (2010). Percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com paralisia cerebral. *Horizonte Científico, 4*(2), 1-29.

Story, M., Neumark-Sztainer, D., Ireland, M., & Evans. (2000). Adolescent health and nutrition: A survey of perceived knowledge and skill competencies and training interests among dietitians working with youth. *Research and Professional Briefs, 100*(3), 362-364.

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1989). *Health measurement scales : a practical guide to their development*. Oxford ; New York: Oxford University Press.

Tesch, F. C., Oliveira, B. H., & Leão, A. (2008). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saúde Pública, 24*(8), 1897-1909.

Theodoro, D. S., Gigliotti, M. P., Oliveira, T. M., Silva, S. M. B., & Machado, M. A. A. M. (2007). Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. *Odontologia Clín-Científ, 6*(2), 133-137.

Thomsen, J. L., Lauritzen, T., & Engberg, M. (2002). [Preventive health examinations and health promotion in general practice for middle aged population]. *Ugeskr Laeger, 164*(45), 5240-5241.

Tinanoff, N. (1998). Introduction to the Early Childhood Caries Conference: initial description and current understanding. *Community Dent Oral Epidemiol, 26*(1 Suppl), 5-7.

Tomita, N. E., Pernambuco, R. A., Lauris, J. R. P., & Lopes, E. S. (2001). Educação em saúde bucal para adolescentes: Uso de métodos participativos. *Rev. Fac. Odontol, 9*(1/2), 63-69.

Tomita, N. E., & Torres, F. C. (2000). Saúde bucal de pré-escolares: as iniquidades sociais e a subjectividade da dor. *Rev Bras Odont Saúde Coletiva, 1*(1), 35-41.

Torres, M. T. C. L. S. (2009). *Hábitos alimentares e saúde oral em odontopediatria.* Monografia, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Touger-Decker, R., Sirois, D. A., & Mobley, C. C. (2005). *Nutrition and oral medicine* (Vol. 1). Totowa, NJ: Humana Press.

Touger-Decker, R., & Thomson, C. A. (2003). Complementary and alternative medicine: competencies for dietetics professionals. [Comment]. *J Am Diet Assoc, 103*(11), 1465-1469. doi: 10.1016/S0002

Touger-Decker, R., & van Loveren, C. (2003). Sugars and dental caries. [Research Support, Non-U.S. Gov't, Review]. *Am J Clin Nutr, 78*(4), 881S-892S.

Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública, 20*(2), 190-198.

Truin, G. J., Konig, K. G., & Bronkhorst, E. M. (1994). Caries prevalence in Belgium and The Netherlands. [Comparative Study, Meta-Analysis]. *Int Dent J, 44*(4 Suppl 1), 379-385.

Unfer, B., Braun, K., Silva, C. P., & Pereira Filho, L. D. (2006). Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 10*(19), 217-226.

Val, T. L., Estivariz, C. F., Icaya, P. M., Jaunsolo, M. A., Olmo, D., & Martínez, C. V. (1997). Consumo de alimentos del grupo "dulces y golosinas" en la población infantil escolarizada de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Med Clin, 109*, 88-91.

Vargas, C. M., Crall, J. J., & Schneider, D. A. (1998). Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. *J Am Dent Assoc, 129*(9), 1229-1238.

Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica, 21*(4), 279-308.

Veiga, N. J. (2009). *Comportamentos de Saúde Oral em Adolescentes Portugueses.* Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto.

Victor, J. F., Lopes, M. V. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem, 18*(3), 235-240.

Videon, T. M., & Manning, C. K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. [Comparative Study]. *J Adolesc Health, 32*(5), 365-373.

Vieira, V. C. R., Priore, S. E., Ribeiro, S. M. R., & Franceschini, S. C. C. (2005). Alterações no padrão alimentar de adolescentes com adequação pôndero-estatural e elevado percentual de gordura corporal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5*(1), 93-102.

Walter, L. R. F., Ferelle, A., & Issao, M. (1996). *Odontologia para o bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Weissenbach, M., Chau, N., Benamghar, L., Lion, C., Schwartz, F., & Vadot, J. (1995). Oral health in adolescents from a small French town. *Community Dent Oral Epidemiol, 23*(3), 147-154.

Weyne, S. C. (1997). A construção do paradigma de promoção de saúde: Um desafio para as novas gerações. In L. O. Kriger (Ed.), *Promoção de saúde bucal* (pp. 1-26). São Paulo: Artes Médicas.

WHO. (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps *A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Can J Public Health, 77*(6), 425-430.

WHO. (1995). *Physical status : the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization Expert Committee.

WHO. (1997). Oral health survey: Basic methods (4 ed.). Genebra: World Health Organization.

WHO. (1999). Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Regions *European Health for All Series* (Vol. 6): World Health Organization.

WHO. (2003a). Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme., from World Oral Health

WHO. (2003b). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. (0512-3054). from World Health Organization

WHO. (2003c). The world health report 2003: Oral health, general health and quality of life. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2003d). The World Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century - The approach of the WHO Global Oral Health Program. from World Health Organization

WHO. (2004). Global Oral Health Data Bank. In M. a. F. T. D. i. a.-y.-o. w. Dental caries levels (Decayed (Ed.). Geneva: World Health Organization.

WHO. (2009). Health Promoting Health Systems. from World Health Organization http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf

WHO. (2010). Social determinants of health and the role of evaluation. from World Health Organization

WHOQOL. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine, 41*(10), 1403-1409.

Wolf, S. M. R. (1998). O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev. APCD, 52*(4), 307-316.

Yokoyama, S., Ohnuki, M., Shinada, K., Ueno, M., Clivewright, F. A., & Kawaguchi, Y. (2010). Oral Malodor and Related Factors in Japanese Senior High School Students. *Journal of School Health, 80*(72010).

ANEXOS

Anexo 1 – Programa de intervenção educacional ProSorriso

U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria Isabel Bica Carvalho Costa

PROSORRISO - SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA

Viseu

Maria Isabel Bica Carvalho Costa

PROSORRISO - SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA

Programa desenvolvido no âmbito do doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, sob a Orientação da Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, da Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira e do Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues.

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
SFRH/PROTEC/50337

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA

Designação do Programa:	**ProSorriso** – Promoção da Saúde Oral				
Duração do Programa:	Ano lectivo 2008/2009 2009/2010	Início Previsto	01/11/2008	Fim Previsto	30/10/2009

Enquadramento Teórico

A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos o índice de dentes perdidos, obturados e cariados (CPOD) não ultrapasse o valor de 1,5 (WHO, 1999). Estas metas para a saúde oral exigem um esforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação.

A Declaração de Liverpool sobre Promoção da saúde Oral no século XXI, de Setembro de 2005, consagra a escola como uma das plataformas para a promoção da saúde, de qualidade de vida e de prevenção da doença em crianças e adolescentes e prevê o envolvimento das famílias e restante comunidade.

A escola como um local de eleição que é, para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis, deve assumir que a promoção e educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização que deve levar as crianças e os jovens, a sentirem-se competentes, felizes e valorizados, por adoptarem e manterem estilos de vida saudáveis (Rodrigues, Carvalho, Gonçalves, 2007). É necessário também ter em consideração que a educação para a saúde não se pode limitar a abordagens simplistas das doenças, nem tão pouco privilegiar apenas a sua informação. É preciso sim, uma resposta organizada de todo o sistema envolvente para que a educação para a saúde tenha influência na vida das pessoas e no seu quotidiano, com a finalidade de elas adquirirem competências e assim fazerem uma escolha informada, contribuindo deste modo, para melhorar a sua qualidade de vida, o desenvolvimento e consolidação da literacia para a saúde (Carvalho, 2006). Torna-se assim evidente a relevância do papel dos actores envolvidos no efectivo processo de educação e promoção da saúde.

É neste contexto, que os diversos parceiros (Escolas, Centro de Saúde e Escola Superior de Saúde de Viseu) pretendem levar a cabo o Programa de Promoção da Saúde Oral – **ProSorriso**

Descrição do programa

O Programa de Promoção e Educação em Saúde Oral, pretende melhorar os indicadores de saúde oral diagnosticados e, em consequência, contribuir para a promoção da saúde oral e prevenção dos factores de risco das patologias orais. Pois, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2007), uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis é a saúde oral.

Procuraremos, assim, ir de encontro ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 DGS (2004), que desenha 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 jovens vivem e estudam.

O **ProSorriso,** programa de Promoção da Saúde Oral, desenvolve-se nas escolas em três fases. Na primeira, efectuar-se-á o diagnóstico da situação através de inquéritos aplicados aos pais/encarregados de educação/educandos e o exame físico dos adolescentes. Do exame físico farão parte a observação da boca (cpod/CPOD e Placa Bacteriana) e a avaliação antropométrica (peso, estatura e perímetro abdominal). No final de cada observação será distribuído um Kit individual de higiene oral (escova e pasta). Na segunda fase, haverá acções de educação para a saúde que se desdobram em três momentos. O primeiro sobre higiene oral, o segundo sobre alimentação e saúde oral e o terceiro sobre a influência da saúde oral na qualidade de vida e bem estar do adolescente. Na terceira fase, far-se-á a reavaliação do exame físico pela observação da boca e a reaplicação dos inquéritos aos educandos. No final do programa haverá a apresentação, à comunidade, do trabalho desenvolvido pelos estudantes no percurso escolar durante o ano lectivo.

2. OBJECTIVOS

1. Determinar a prevalência de cárie dentária nos adolescentes do Concelho de Vouzela
2. Avaliar parâmetros antropométricos
2. Melhorar os conhecimentos dos adolescentes sobre saúde oral
3. Promover a prática de comportamentos de higienização oral adequados
5. Melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos adolescentes

3 . IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Periodicidade:	**1º Período**	**2º Período**	**3º Período**

3.1. EXAME FÍSICO/RASTREIO

Rastreio	**Objectivos específicos**	**Material**	**Método**	**Duração**
Observação da boca: Índice de CPOD Placa Bacteriana	Avaliar o índice de CPOD Aplicar o revelador de placa bacteriana Avaliar o risco em saúde oral	Espátulas Guardanapos de papel Copos de plástico Algodão Compressas Revelador de placa – Dento-plaque INAvA Luz artificial – lanterna duracel Espelho Sondas exploradoras Luvas de Látex Máscara Bata	-Observação da boca para pesquisa de carie (cpod/CPOD) -Aplicação de revelador de placa Colocação de 2 gotas de revelador num cotonete e espalhar sobre os dentes e bochechar com água sem engolir.	+/- 15 minutos /aluno
Avaliação antropométrica Peso, estatura, perímetro abdominal	Avaliar o peso (Kg) Avaliar a estatura (cm) Medir o perímetro abdominal (cm) Avaliar o IMC/Percentil	Balança de relógio - seca Estadiómetro Fita métrica	Peso - Aferição da balança antes de pesar cada adolescente, deve ser pesado descalço(a), com menos roupa possível, respeitando a sua privacidade. Estatura - A medição deverá ser feita na posição de pé, sem calçado, com os calcanhares juntos, os braços ao longo do corpo e a olhar em frente. Perímetro abdominal - Este parâmetro é avaliado com fita métrica, na zona mais estreita da cintura, cerca de dois dedos acima do umbigo (a fita deve ficar bem posicionada, sem dobras e alinhada horizontalmente e não deve ser apertada).	

3.2. ACÇÕES DE EDUCAÇÂO PARA A SAÚDE ORAL

Destinatários:
- alunos:

Acções	Objectivos específicos	Conteúdos	Método	Divulgação	Formador	Dur a-ção
1ª Sessão **Tema:** Saúde Oral e Higiene Oral	- Compreender a importância dos dentes e de uma dentição saudável; - Assimilar a importância da higiene oral; -Adquirir conhecimentos, acerca das regras essenciais à prática de uma higiene oral adequada; Compreender a importância da saúde oral na qualidade de vida	Anatomia do dente -Dentição (desenvolvimento dos dentes definitivos) -Patologia oral (problemas mais comuns) Cárie dentária; Placa Bacteriana; Tártaro; Gengivite Periodontite; Sensibilidade dentária; Halitose - Higiene oral -Técnica da escovagem (Técnica da utilização do fio) - Contributos da higiene para o sorriso e Bem estar	Expositivo com recurso a meios audiovisuais Demonstrativo Com macro modelos (dentadura ,dente molar com cárie, escova e fio dentário),	Distribuição de informação: panfletos elaborados para Direcção Geral da Saúde Jogos lúdico pedagógicos sobre higiene oral	Isabel Bica e Ana Medeiros-médica dentista	45m
2ª Sessão **Tema:** Saúde Oral e Alimentação	- Compreender o conceito de alimentação saudável; - Conhecer as regras de uma alimentação saudável; - Perspetivar *packs de lanches* saudáveis; - Compreender a importância de alguns alimentos no desenvolvimento e crescimentos do corpo/ dentes e na saúde oral.	- Hábitos alimentares saudáveis; - Regras alimentares; - Alimentos cariogénicos e cariostáticos	Expositivo com recurso a meios audiovisuais	Distribuição de informação: panfletos elaborados para Direcção Geral da Saúde Jogos lúdico pedagógicos sobre alimentação http://www.prosorriso.host56.com.	Isabel Bica E Aline Maia – Nutri-cionista	45m
3ª Sessão **Tema:** Higiene Oral	Adquirir competências Sobre escovagem de dentes utilizando a técnica de Bass modificada	- Cuidados gerais - Sorriso limpo Prática da execução da técnica da escovagem (Bass modificada. Prática da execução da técnica da utilização do fio	Demonstrativo Com macro modelos (dentadura ,dente molar com cárie, escova e fio dentário), Realização de higiene oral pessoal	praticar/treinar a técnica correta de escovagem dos dentes nos macro modelos, assim como na sua própria boca. realização de jogos pedagógicos sobre higiene oral e alimentação saudável (elaborados para o efeito) http://www.prosorriso.host56.com.	Profª Isabel Bica Estudan-tes da ESSV	90m

Destinatários:
- Pais/ Encarregados de Educação
Uma acção no dia 7 de Janeiro de 2009.

4. CALENDARIZAÇÂO DA EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Rastreio	Ano/Turma	Hora	Duração	Data
- Observação da boca Avaliação de CPOD e Índice de Placa Bacteriana			+/- 15 minutos/aluno	

Rastreio	Ano/Turma	Hora	Duração	Data
- Observação da boca - Avaliação antropométrica			+/- 15 minutos/aluno	

Acções de educação para a saúde	Hora	Dia da Semana/ano					Turma	Data
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª		
Saúde Oral e Higiene Oral								
Saúde Oral e Alimentação								
Higiene Oral								

5. LOCAIS DE INTERVENÇÃO

Escolas Básicas e secundárias com 3º Ciclo

Escola Básica Integrada de Campia

Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos de Ferreira de Aves

Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico Frei Rosa Viterbo

Escola Básica os 2º e 3º Ciclos com Ensino Secundário de Oliveira de Frades

Escola Básica Integrada do 3º Ciclo de Oliveira de Frades

Escola Básica dos 2º e 3º Ciclos de Satão

Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico de Vila Nova de Paiva

Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico de Vouzela

Fonte: ME – Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (GEPE), 2009 (cf. Anexo I)

6. POPULAÇÃO ALVO DA ACÇÃO

Alunos	3º Ciclo	7º, 8º e 9º anos de escolaridade

7. IDENTIFICAÇÂO DAS INSTITUIÇÕES/EQUIPAS

INSTITUIÇÕES	COORDENAÇÂO CIENTÍFICA	COORDENAÇÂO LOGISTICA	COORDENAÇÃO TÉCNICA
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/ Universidade do Porto	Isabel Bica – Doutoranda	Coordenador Isabel Bica – Professor Adjunto	Isabel Bica – Professor Adjunto
Escola Superior de Enfermagem do Porto	Margarida Reis Santos – Professora Doutora		
Escola Superior de Enfermagem de Vila Real/Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro	Vítor Rodrigues – Professor Doutor		
Escola Superior de Saúde de Viseu/Instituto Politécnico de Viseu	Madalena Cunha – Professora Doutora	Presidente do Conselho Diretivo – João Duarte – Professor	Estudantes da Escola Superior de Saúde de Viseu
Agrupamento de Escolas		Presidentes dos Conselhos Executivos Coordenadoras da educação para a saúde	Equipa de Educação para a Saúde nas escolas
Centros de Saúde		Diretor Executivo - Médica - Mercedes Figueiredo Coordenadora da Saúde Escolar - Médica de Saúde Pública - Maria Alexandre Enfermeiras Chefes Marina Brás, Augusta Costa, Helena Rebelo e Helena Marques	Equipa de Saúde Escolar: Médica de Saúde Pública Médica Dentista Nutricionista Enfermeiras

8. AVALIAÇÃO

Os Instrumentos de avaliação:

Questionário
Observação da boca
Jogos lúdico pedagógicos
http://www.prosorriso.host56.com.
Concurso

Saúde Oral nos Adolescentes

Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Saúde Oral e Higiene Oral

Epidemiologia
Dentição (desenvolvimento dos dentes)
Dente (anatomia)
Doenças Orais (problemas mais comuns: Cárie, Placa Bacteriana, Gengivite Periodontite, Tártaro e Sensibilidade dentária)
Complicações (Abcessos, Ausência de Dentes e Halitose)
Prevenção (Higiene Oral)

EPIDEMIOLOGIA

Portugal é o pior país da Europa relativamente à saúde oral.

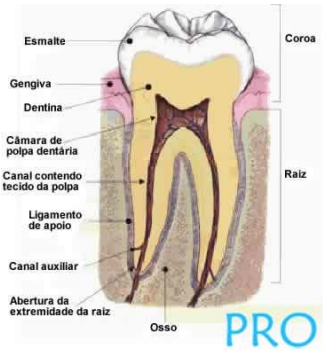
Estima-se que:

- **60-90% das crianças e adolescentes em idade escolar são afetados pela cárie;**
- **5-20% dos adultos de meia-idade;**
- **60% dos idosos com mais de 60 anos não têm dentes.**

DENTIÇÃO

(**desenvolvimento dos dentes definitivos**)

O DENTE



PARA QUE SERVEM OS DENTES

- **Mastigação**
- **Articulação dos sons**
- **Harmonia estética**
- **Desenvolvimento dos maxilares e dos músculos**
- **Guia para a erupção da dentição definitiva**

DOENÇAS ORAIS
(problemas mais comuns)

- Cárie Dentária
- Placa Bacteriana
- Gengivite
- Periodontite
- Tártaro
- Sensibilidade dentária

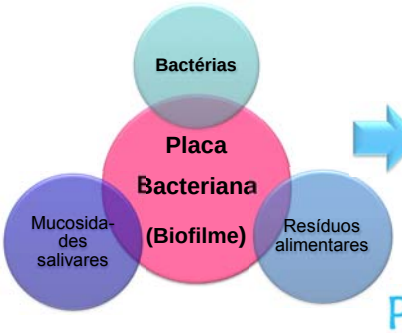
PRO SORRISO 7

DOENÇAS ORAIS MAIS COMUNS
Cárie

Doença infecto-contagiosa Bacteriana

PRO SORRISO 8

PLACA DENTÁRIA OU BACTERIANA



Depositam-se na superfície dos dentes e nos espaços interdentários, onde a higienização é mais difícil

PRO SORRISO 9

PLACA DENTÁRIA OU BACTERIANA

•É um factor determinante para que ocorra a cárie e a doença periodontal.

PRO SORRISO 10

PLACA DENTÁRIA OU BACTERIANA

REVALADOR DE PLACA

As áreas tingidas de rosa indicam os locais onde a placa bacteriana não foi removida

PRO SORRISO 11

DOENÇAS ORAIS MAIS COMUNS
Gengivite, doença periodontal

PRO SORRISO 12

DOENÇAS ORAIS MAIS COMUNS

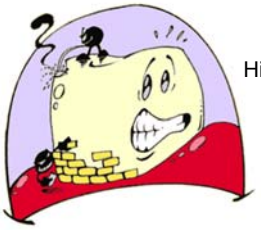
Placa Bacteriana

PRO SORRISO 13

DOENÇAS ORAIS MAIS COMUNS

Cárie

Como se forma uma cárie?



Bactérias Cariogénicas

+

Hidratos de carbono

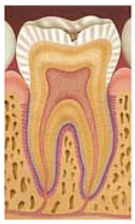
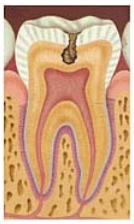
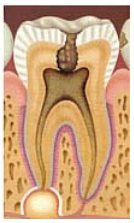
=

Ácidos =>

PRO SORRISO 14

DOENÇAS ORAIS MAIS COMUNS

Cárie

PRO SORRISO 15

DOENÇAS ORAIS MAIS COMUNS

Cárie

PRO SORRISO 16

DOENÇAS ORAIS MAIS COMUNS

Cárie

PRO SORRISO 17

DOENÇAS ORAIS MAIS COMUNS

Cárie

Causas:

1. Defeitos no esmalte
2. Dieta rica em hidratos de carbono
3. Higiene oral deficiente
4. *

PRO SORRISO 18

COMPLICAÇÕES

- Abcessos
- Ausência de Dentes
- Infeções sistémicas
- Halitose

PRO SORRISO 19

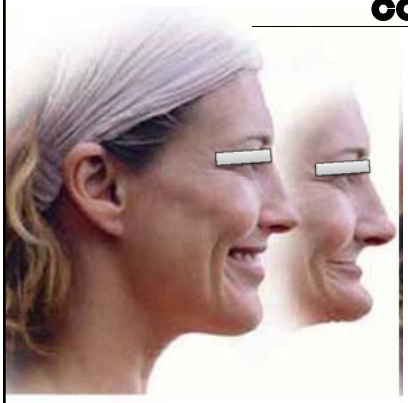
COMPLICAÇÕES

Abcessos

PRO SORRISO 20

COMPLICAÇÕES

Ausência de dentes



PRO SORRISO 21

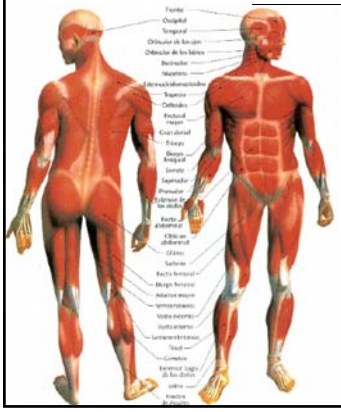
COMPLICAÇÕES

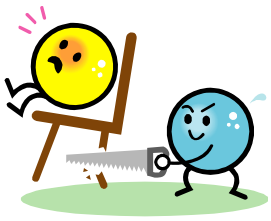
Ausência de dentes

PRO SORRISO 22

COMPLICAÇÕES

Infeções Sistémicas

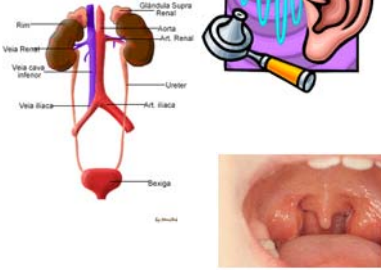




PRO SORRISO 23

COMPLICAÇÕES

Infeções Sistémicas



PRO SORRISO 24

COMPLICAÇÕES

Halitose

PRO SORRISO 25

PRO SORRISO 26

PREVENÇÃO

✓**Definição de Higiene Oral**:

É a completa **limpeza** dos tecidos da cavidade oral (boca), incluindo: **dentes**, **gengivas** **e** **língua**; para a remoção de restos alimentares e da placa bacteriana, promovendo um ambiente oral "livre" das doenças periodontais e das cáries.

Bons hábitos de higiene oral

PRO SORRISO 27

PREVENÇÃO

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

Bons hábitos de higiene oral

PRO SORRISO 28

PREVENÇÃO

Quando começar a higiene oral?

Bons hábitos de higiene oral

PRO SORRISO 29

PREVENÇÃO

Tipo de escova

O tamanho deve ser adequado à boca, a textura deve ser macia ou média

A escova deve ser substituída (de 3 em 3 meses).

PRO SORRISO 30

PREVENÇÃO

Escovagem correcta

Colocar o dentífrico fluoretado na escova

PRO SORRISO 31

PREVENÇÃO

Escovagem correcta

Escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado:

- remove a placa bacteriana ("massa" constituída por bactérias, componentes da saliva e restos de alimentos);
- promove a remineralização dos dentes, tornando-os mais resistentes.

PRO SORRISO 32

PREVENÇÃO

Escovagem correcta

Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos

Inclinar a escova em direção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares fazer pouca pressão

Escovar com uma sequência. Começar a escovar a 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

PRO SORRISO 33

PREVENÇÃO

Escovagem correcta

Com a mesma sequência, escovar as superfícies do lado da língua

PRO SORRISO 34

PREVENÇÃO

Escovagem correcta

Proceder do mesmo modo para escovar os dentes do outro maxilar

PRO SORRISO 35

PREVENÇÃO

Escovagem correcta

Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém

PRO SORRISO 36

PREVENÇÃO

Tempo e frequência de escovagem

Os dentes devem ser escovados de 2 a 3 minutos

PRO SORRISO 37

PREVENÇÃO

Escovagem correcta

Por fim, pode **escovar-se a língua** e cuspir o excesso de dentífrico

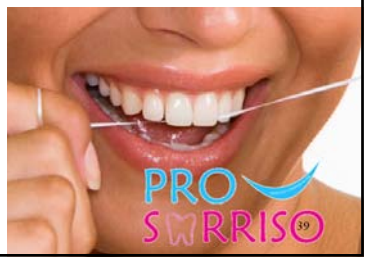
PRO SORRISO 38

PREVENÇÃO

Utilização de fio dentário

A utilização do fio dentário complementa a escovagem dos dentes

É preferível usar o fio dentário antes de escovar os dentes



PRO SORRISO 39

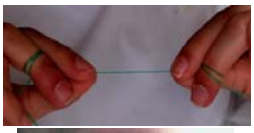
PREVENÇÃO

Utilização de fio dentário

1. Retira-se cerca de 40 cm de fio dentário da caixa.

2. Enrola-se quase a totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão. À medida que se vai utilizando, desenrola-se o fio de um dedo e enrola-se no outro.

3. É importante utilizar sempre fio dentário limpo em cada espaço interdentário.



PRO SORRISO 40

PREVENÇÃO

Utilização de fio dentário

PRO SORRISO 41

PREVENÇÃO

Utilização de fio dentário e escovilhão

PRO SORRISO 42

PREVENÇÃO

Frequência do uso do fio

Utilize fio dentário diariamente

PRO SORRISO 43

PREVENÇÃO

Bochechos

Não substituem a escovagem

PRO SORRISO 44

PREVENÇÃO

PRO SORRISO 45

PREVENÇÃO

Alimentação saudável

PRO SORRISO 46

PRO SORRISO 47

PREVENÇÃO

Visitar o dentista (utiliza o cheque dentista)

PRO SORRISO 48

PRO SORRISO 49

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

Mantenham os vossos dentes saudáveis para que possam:

- Mastigar melhor
- Falar melhor
- Ter uma dentição definitiva saudável
- Gozar de uma boa saúde
- Evitar sofrimento devido a problemas dentários e respetivos tratamentos

PRO SORRISO 50

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

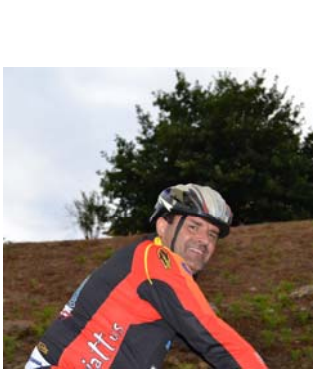
Mantenham os vossos dentes saudáveis para que possam:

- Manter a vossa imagem corporal e estética
- Sorriso
- Relações Sociais e interpessoais

PRO SORRISO 51

CONSIDERAÇÕES FINAIS

PRO SORRISO 52



PRO SORRISO 53

PRO SORRISO 54

Se pensas que o sorriso de nada vale para ti, sê generoso e dá o teu, porque ninguém precisa mais do teu sorriso como aquele que não sabe ou não pode sorrir

A Felicidade começa com um sorriso

PRO SORRISO

BIBLIOGRAFIA

DGS (2005). *Programa nacional de promoção da saúde oral*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde.

DGS (2008). *Estudo nacional de prevalência das doenças orais: Programa nacional de promoção da Saúde Oral*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde.

Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. Int Dent J. 2008;58:115-21.
Medline

Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. Community Dent Health. 2004;21:319-29.
Medline

World Health Organization. Oral health: Action plan for promotion and integrated disease promotion. WHO – Sixtieth World Health Assembly. 2007.

World Health Organization. WHO releases new report on global problem of oral diseases. 2004.

PRO SORRISO

PRO SORRISO

Saúde Oral dos Adolescentes

Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Saúde Oral e Alimentação

Saúde Oral (Carie e gengivite)
Importância da Alimentação na saúde oral
Alimentação Saudável
Alimentos protetores
Alimentos de risco
Higiene oral

SAÚDE ORAL e ALIMENTAÇÃO

A saúde oral está relacionada com a alimentação de várias formas, nomeadamente através do efeito direto dos alimentos sobre os dentes no desenvolvimento de cárie dentária e na erosão do esmalte dentário.

SAÚDE ORAL e ALIMENTAÇÃO

•A **cárie dentária** é uma doença causada pela dissolução ou desmineralização do esmalte dentário, através dos ácidos orais.

•Os **ácidos** são produzidos pelas bactérias da placa bacteriana, durante a fermentação dos hidratos de carbono, principalmente do açúcar (sacarose), na cavidade oral.

SAÚDE ORAL e ALIMENTAÇÃO

•Mas para que uma cárie se desenvolva, os ataques dos ácidos devem ser frequentes durante um certo período de tempo, de forma a impedirem a remineralização que é feita com a ajuda da saliva que neutraliza os ácidos.

SAÚDE ORAL e ALIMENTAÇÃO

A cárie pode ser controlada e até mesmo evitada se tivermos alguns cuidados com o que comemos, e quando comemos.

Os cuidados alimentares são importantes para uma boa Saúde Oral, bem como para a Saúde em Geral.

SAÚDE ORAL e ALIMENTAÇÃO

A alimentação saudável é fundamental não só para o bom funcionamento do organismo e prevenção de várias doenças como a obesidade, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a diabetes tipo 2, mas também para a prevenção das doenças orais.

SAÚDE ORAL e ALIMENTAÇÃO

•Para que o indivíduo desenvolva **dentes resistentes e gengivas saudáveis** é necessário que ele tenha uma **alimentação saudável e equilibrada**

ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

•Uma **alimentação equilibrada** dá aos tecidos da gengiva e dos dentes os nutrientes e minerais de que necessitam para permanecerem fortes e resistirem a infecções que podem levar à cárie, **gengivite e outras doenças**.

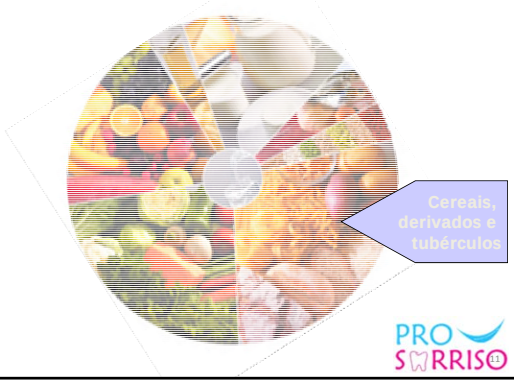
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EQUILIBRADA

•Uma **alimentação** diária **saudável** e **equilibrada**, deverá incluir uma dieta **completa** e **variada**, rica em nutrientes.

Roda dos alimentos

- Forma de círculo;
- Sete grupos de tamanhos diferentes;
- A água está no centro;

4 – 11 porções



Cereais, derivados e tubérculos

- Ricos em hidratos de carbono;
- Proteínas;

•São a principal fonte de energia;

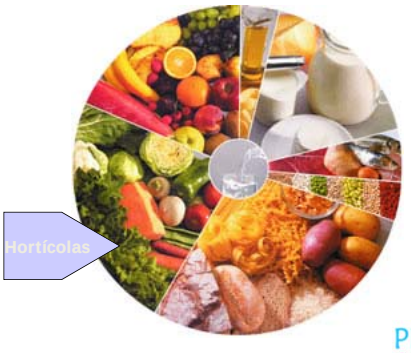
•Devem-se ingerir a todas as refeições;

•Pão

•Massas

•Batata

3-5 porções



Hortícolas

- Ricos em fibras, vitaminas e minerais;
- Protegem de doenças;
- Fortalecem os dentes
- Ajudam ao bom funcionamento intestinal;

•Cenoura

•Alface

•Tomate

•Couve

3-5 porções

Frutas

- Fornecem muitas vitaminas, fibras, minerais…e também água e alguma energia;
- Ajudam o corpo a funcionar bem e reforçam as defesas contra as doenças;
- Fortalecem os dentes

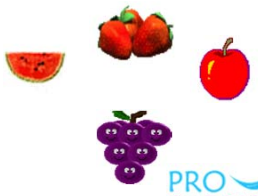
•Banana

•Laranja

•Maçã

•Limão

•Pêra



2-3 porções

Lacticínios

- Promovem o crescimento;
- Fornecem cálcio, essencial para os ossos e **os dentes**, e também proteínas e vitaminas;

•Leite

•Iogurte

•Queijo

1,5-4,5 porções

Carne, peixe e ovos

- São ricos em proteínas;
- São fundamentais para construir todas as partes do corpo: músculos, ossos, pele, cabelo,...

1-2 porções

Leguminosas

- São ricas em proteínas, alguns minerais (como o cálcio e o ferro), vitaminas e fibras;
- Fortalecem os dentes

•Feijão

•Ervilhas

•Grão

1-2 porções

Gorduras e óleos

- Contêm muita energia
- Protegem do frio;

•Óleo

•Azeite

•Manteiga

PRO SORRISO 25

Água

- É precisa para o bom funcionamento do organismo;
- Está no centro da roda por ser um constituinte de quase todos os alimentos;
- Ajuda, por exemplo, a manter a temperatura e ao funcionamento dos rins e intestinos;
- A ingestão de água é muito importante, uma vez que a água potável é uma fonte natural de flúor. Ajuda a combater as cáries.

A água é o nutriente que precisas em maior quantidade.
Constitui cerca de 70% do nosso peso.

PRO SORRISO 26

O QUE É UMA PORÇÃO?*	POR DIA quantas porções são necessárias?**
Cereais e derivados, tubérculos	*4 a 11*
1 pão (50g) 1 fatia fina de broa (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo Maria / água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crua (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)	
Hortícolas	*3 a 5*
2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)	
Fruta	*3 a 5*
1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	
*Lacticínios ****	*2 a 3*
1 chávena almoçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)	
Carnes, pescado e ovos	*1,5 a 4,5*
Carnes / pescado cru (30g) Carnes / pescado cozinhados (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	
Leguminosas	*1 a 2*
1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)	
Gorduras e óleos	*1 a 3*
1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)	

Crianças de 1- 3 A limite inferior;

Homens activos e rapazes adolescentes – limites superiores;

Restante população- valores intermédios

PRO SORRISO 27

RECOMENDAÇÕES

Alimentação Diária mais Saudável:

• Iniciar sempre o dia com um pequeno almoço completo e saudável.
Para isso:
- Consumir leite ou seus derivados com baixo teor de gordura (meio-gordo ou magro);
- Pão escuro ou de mistura ou cereais integrais sem adição de açúcar são excelentes fornecedores de energia e fibras, que nunca devem ser dispensados nesta primeira refeição;
- Fruta: fresca ou em sumo natural (sem adição de açúcar!)

PRO SORRISO 28

RECOMENDAÇÕES

Alimentação Diária mais Saudável:

Evitar estar mais de 3 horas sem comer.
Fazer pequenas merendas entre as três principais refeições e se sentir necessidade, fazer uma pequena ceia antes de deitar.

Nestas merendas procurar:
- Consumir fruta fresca;
- Acompanhar sempre a fruta com outros alimentos, por exemplo: iogurte ou meia chávena de leite com baixo teor de gordura (meio-gordo ou magro), pequenas porções de pão escuro ou de mistura.

PRO SORRISO 29

PRO SORRISO 30

ALIMENTOS PROTETORES e de RISCO PARA A SAÚDE ORAL

A alimentação deve conter uma ampla variedade de vitaminas e sais minerais, cálcio, fósforo e níveis adequados de **flúor**.

O **flúor** é o maior protector dos dentes, as guloseimas são o seu maior fator de risco.

ALIMENTOS PROTETORES

Leite
Queijo
Yogurtes

Propriedades protetoras:

O leite contem lactose (que é um açúcar naturalmente presente no leite), esse hidrato de carbono presente no leite apresenta um baixo potencial cariogénico.
O leite contém outros compostos que inibem as cáries dentárias, como o cálcio, o fósforo e a caseína.

O queijo pode apresentar propriedades protetoras das cáries dentárias, mesmo em pequenas quantidades (cerca de 5 g). A ingestão de queijo estimula e aumenta a produção de saliva e ajuda a neutralizar os ácidos, o que protege o esmalte dentário da desmineralização e promove a sua remineralização.

O pão com queijo, o leite ou iogurte não açucarados, são boas opções para o lanche do meio da manhã ou tarde.

ALIMENTOS PROTETORES

Hortícolas
Fruta
Cereais

Propriedades protetoras

A ingestão destes alimentos ricos em fibra (ex: trincar um maçã com casca) requer uma maior mastigação, estimula a produção de saliva e promove uma limpeza mecânica dos dentes.

ALIMENTOS PROTETORES

As pastilhas elásticas sem açúcar

As pastilhas elásticas sem açúcar contêm adoçantes (ex: xilitol, sorbitol) que não provocam cárie dentária.

O Xilitol tem sido associado a efeitos benéficos para os dentes, nomeadamente à inibição do crescimento de algumas bactérias, contribuindo para a prevenção da cárie dentária.

Mastigar uma pastilha sem açúcar a seguir a uma refeição, ajuda a estimular a produção de saliva e promove uma auto-limpeza dos dentes.

ALIMENTOS PROTETORES HIGIENE ORAL

Nenhum destes alimentos substitui uma correta higiene oral

ALIMENTOS PROTETORES

O amido é tão cariogénico como o açúcar (sacarose)?

O amido, presente no pão, massa, arroz, batata e leguminosas (feijão, grão, ervilhas, favas), apresenta um baixo potencial cariogénico.

Os indivíduos que consomem uma alimentação rica em amido e baixa em açúcar apresentam geralmente um baixo nível de cárie dentária.

ALIMENTOS DE RISCO

O amido é tão cariogénico como o açúcar (sacarose)?

No entanto, misturas de amido e açúcar (ex: bolos, pães açucarados, bolachas e biscoitos com açúcar, flocos de cereais com açúcar, sobremesas e outros doces com farinha e açúcar) são potencialmente mais cariogénicas do que a sacarose isoladamente.

ALIMENTOS DE RISCO

Os rebuçados, pastilhas, caramelos, gomas, chupas, batatas fritas, bolos, cereais de pequeno-almoço açucarados (principalmente quando ingeridos sem leite), entre outros alimentos com açúcar e de mastigação lenta, são muito agressivos para os dentes contribuindo para o desenvolvimento de cárie dentária.

Este tipo de alimentos permanece muito tempo na boca e adere à superfície dos dentes, o que favorece a produção contínua de ácidos e a desmineralização do esmalte dentário.

ALIMENTOS DE RISCO

As bebidas ácidas, como os sumos, refrigerantes, bebidas desportivas, bebidas energéticas e algumas bebidas alcoólicas, podem provocar a erosão do esmalte dentário, mesmo que não tenham adição de açúcar.

ALIMENTOS DE RISCO

Os açúcares e amidos que fazem parte de vários tipos de lanches como bolachas, biscoitos, doces, refrigerantes e batata frita combinam-se com a **placa bacteriana** produzindo substâncias ácidas. Estas substâncias atacam o esmalte e podem formar **cáries**.

RECOMENDAÇÕES

- Moderar o consumo de alimentos ricos em açúcar (doces, bolos, refrigerantes) e em especial com maior adesividade. E quando consumidos, nunca no intervalo das refeições.
- Reduzir o consumo de açúcares (ocasiões especiais, ou muito esporadicamente)
- Não ingerir doces ou bebidas açucaradas antes de dormir

RECOMENDAÇÕES

Uma alimentação saudável e Escovar os dentes é essencial para a saúde

Previne o aparecimento da cárie dentária e das doenças periodontais

Bons hábitos alimentares e de higiene oral

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

Mantenham os vossos dentes saudáveis para que possam:

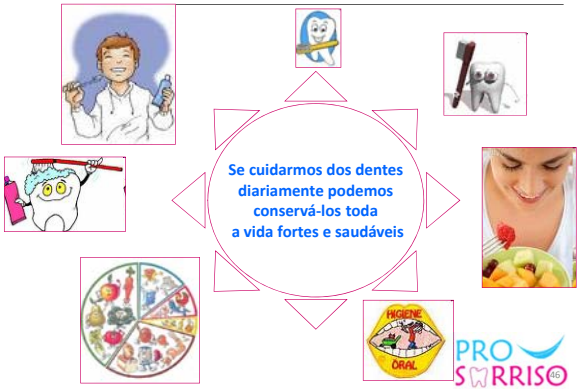
- Mastigar melhor
- Falar melhor
- Ter uma dentição definitiva saudável
- Gozar de uma boa saúde
- Evitar sofrimento devido a problemas dentários e respetivos tratamentos

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

Mantenham os vossos dentes saudáveis para que possam:

- Manter a vossa imagem corporal e estética
- Sorriso
- Relações Sociais e interpessoais

CONSIDERAÇÕES FINAIS



BIBLIOGRAFIA

American Dietetic Association. (2007). Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. *Journal of the American Association*, 107(8), 1418- 1428.

Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M., Silva, R. P. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável.* Direcção Geral de Saúde.

INE. (2010). Balança Alimentar Portuguesa: Dieta portuguesa afasta-se das boas práticas nutricionais. Destaque, Informação à Comunicação Social. from Instituto Nacional de Estatística http://www.ine.pt

Lidon, F., Silvestre, M. M. (2010). *Princípios de alimentação e nutrição humana*. Lisboa: Escolar Editora.

Minderico, C. & Teixeira, P. (2008). Nutrição e alimentação saudável. In Teixeira, P., Sardinha, L. B. & Barata, J. L. T. (Eds.), Nutrição, exercício e saúde (pp. 1-81). Lisboa: Lidel.

WHO/FAO.(2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report expert consultation. Geneva.

ProSorriso

Programa de Promoção da Saúde Oral

PROJECTO NO ÂMBITO DA SAÚDE

O que é | O que irá ser | Vídeos | Passatempos

O Programa de Promoção e Educação em Saúde Oral - PRO SORRISO pretende melhorar os indicadores de saúde oral diagnosticados e, em consequência, contribuir para a promoção da saúde oral e prevenção dos factores de risco das patologias orais. Pois, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2007), uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis é a saúde oral.

Procuraremos, assim, ir de encontro ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 DGS (2004), que desenha 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 jovens vivem e estudam.

São os diversos os parceiros (Escolas, Centro de Saúde e Escola Superior de Saúde de Viseu) que participam no programa de Promoção e Educação em Saúde Oral - **ProSorriso-**

Página Principal

Contacto: isabelbica@gmail.com

PROJECTO NO ÂMBITO DA SAÚDE

O que é | O que irá ser | Vídeos | Passatempos

O **ProSorriso**, programa de Promoção da Saúde Oral, desenvolve-se nas escolas em três fases.

»»»» Na primeira, efectuar-se-á o diagnóstico da situação através de inquéritos aplicados aos pais/encarregados de educação/educandos e o exame físico dos adolescentes. Do exame físico farão parte a observação da boca (cpod/CPOD e Placa Bacteriana) e a avaliação antropométrica (peso, estatura e perímetro abdominal). No final de cada observação será distribuído um Kit individual de higiene oral (escova e pasta).

»»»» Na segunda fase, haverá acções de educação para a saúde que se desdobram em três momentos. O primeiro sobre higiene oral, o segundo sobre alimentação e saúde oral e o terceiro sobre a influência da saúde oral na qualidade de vida e bem-estar do adolescente.

»»»» Na terceira fase, far-se-á a reavaliação do exame físico pela observação da boca e a reaplicação dos inquéritos aos educandos. No final do programa haverá a apresentação, à comunidade, do trabalho desenvolvido pelos estudantes no percurso escolar durante o ano lectivo.

Página Principal

Contacto: isabelbica@gmail.com

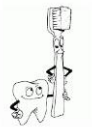
ProSorriso

Programa de Promoção da Saúde Oral

PROJECTO NO ÂMBITO DA SAÚDE

O que é | O que irá ser | Vídeos | Passatempos

Neste espaço, podes clicar em cima do desenho, e depois de o guardares no teu computador, podes pintá-lo.



Página Principal

Contacto: isabelbica@gmail.com

Jogo - *ProSorriso*

O jogo de perguntas pode ser jogado por várias equipas, cada equipa tem um porta-voz, que depois de conferenciar com os restantes elementos responde, a equipa que obtiver maior número de respostas corretas é a vencedora. O jogo tem início após cada equipa lançar um dado e a que tiver maior pontuação é a primeira equipa a jogar e assim sucessivamente.

Saúde oral e higiene oral

1 – O que é a placa bacteriana?

R: Resíduos alimentares com a saliva e as bactérias.

2 – Como se pode controlar a placa bacteriana?

R: Através de **medidas de higiene oral** – escovar os dentes e utilizar o fio.

3 – A placa bacteriana quando não é removida provoca doenças? Quais?

R: **Sim.** Cárie, gengivite e doença periodontal.

4 – Quantas vezes por dia, se deve escovar os dentes?

R: Escovar corretamente os dentes pelo menos **duas vezes por dia**, sendo uma delas antes de deitar/dormir.

5 – Qual o tipo de escova que se deve usar?

R: Usar uma escova de dureza **média ou macia** adequada ao tamanho da boca.

6 – Quando se deve mudar de escova de dentes?

R: A escova de dentes deve ser mudada regularmente ou seja **de três em três meses**.

7 – Quais os utensílios que se devem usar na escovagem dos dentes?

R: Usar **escova, pasta com fluor e fio dentário**

8 – Quantas vezes por dia, se deve utilizar o fio dentário para limpar os dentes?

R: Usar o **fio dentário uma vez por dia**.

9 – Quais as estruturas orais que se devem escovar para fazer uma correta higiene oral?

R: **Dentes, gengivas e língua.**

10 – Quanto tempo que se deve demorar a escovar os dentes?

R: O tempo gasto para uma correta higiene oral deve ser de **2 a 3/5 minutos**

11 – Com que idade se deve iniciar a higiene oral?

R: A higiene oral deve ser iniciada com a **erupção do primeiro dente** ou seja por volta dos **6 meses.**

12 – Deve-se tratar os dentes logo que seja preciso?

R: **Sim.** Porque quanto mais se espera, mais complicado se torna o tratamento e mais desagradável pode ser.

13 – Quando se deve ir a uma consulta ao dentista?

R: No mínimo **uma vez por ano**, para que este possa identificar eventuais patologias em fase inicial.

Saúde oral e alimentação

1 – O que é uma alimentação saudável?

R: **Uma alimentação saudável** deve ser, equilibrada, variada e completa.

2 – Qual a refeição mais importante do dia?

R: **O pequeno-almoço** é a refeição principal nunca deve ser omitido

3 – Qual o número de refeições recomendadas ao longo do dia?

R: Os alimentos devem distribuir-se ao longo do dia, por **5 a 6 refeições** diárias.

4 – Qual o intervalo mínimo entre as refeições?

R: **Três horas.** Não se deve estar sem comer mais que três horas a três horas e meia.

2 – Quais os alimentos que protegem e fortalecem os dentes?

R: **Os vegetais, frutas e cereais integrais** possuem nutrientes que fortalecem os dentes e os tornam mais resistentes ao aparecimento de bactérias.

O leite e o queijo além de serem ricos em cálcio e fosfato, diminuem a acidez da boca protegendo e fortalecendo os dentes.

A maçã e cenoura (alimentos duros) promovem a limpeza dos dentes durante a mastigação.

A ingestão de **água** é muito importante, uma vez que a água potável é uma fonte natural de flúor, que ajuda a combater as cáries dentárias.

3 – Qual a pior altura do dia para consumir alimentos açucarados?

R: **Antes de dormir**

4 – Os alimentos que são mais prejudiciais para os dentes?

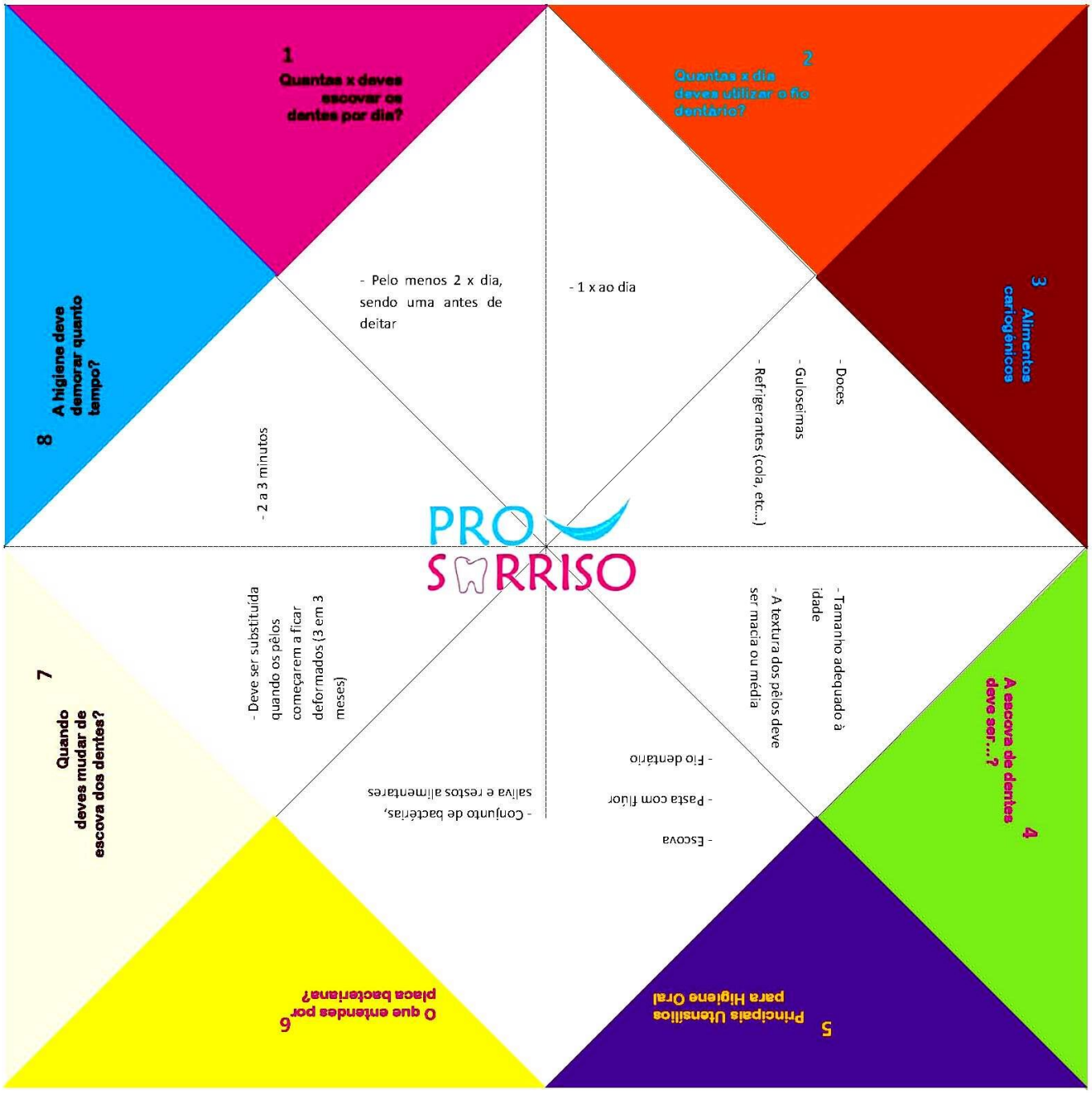
R: Os rebuçados, pastilhas, caramelos, gomas, chupas, batatas fritas, bolos, cereais de pequeno-almoço açucarados (principalmente quando ingeridos sem leite).

5 – Os sumos e os refrigerantes podem danificar os dentes?

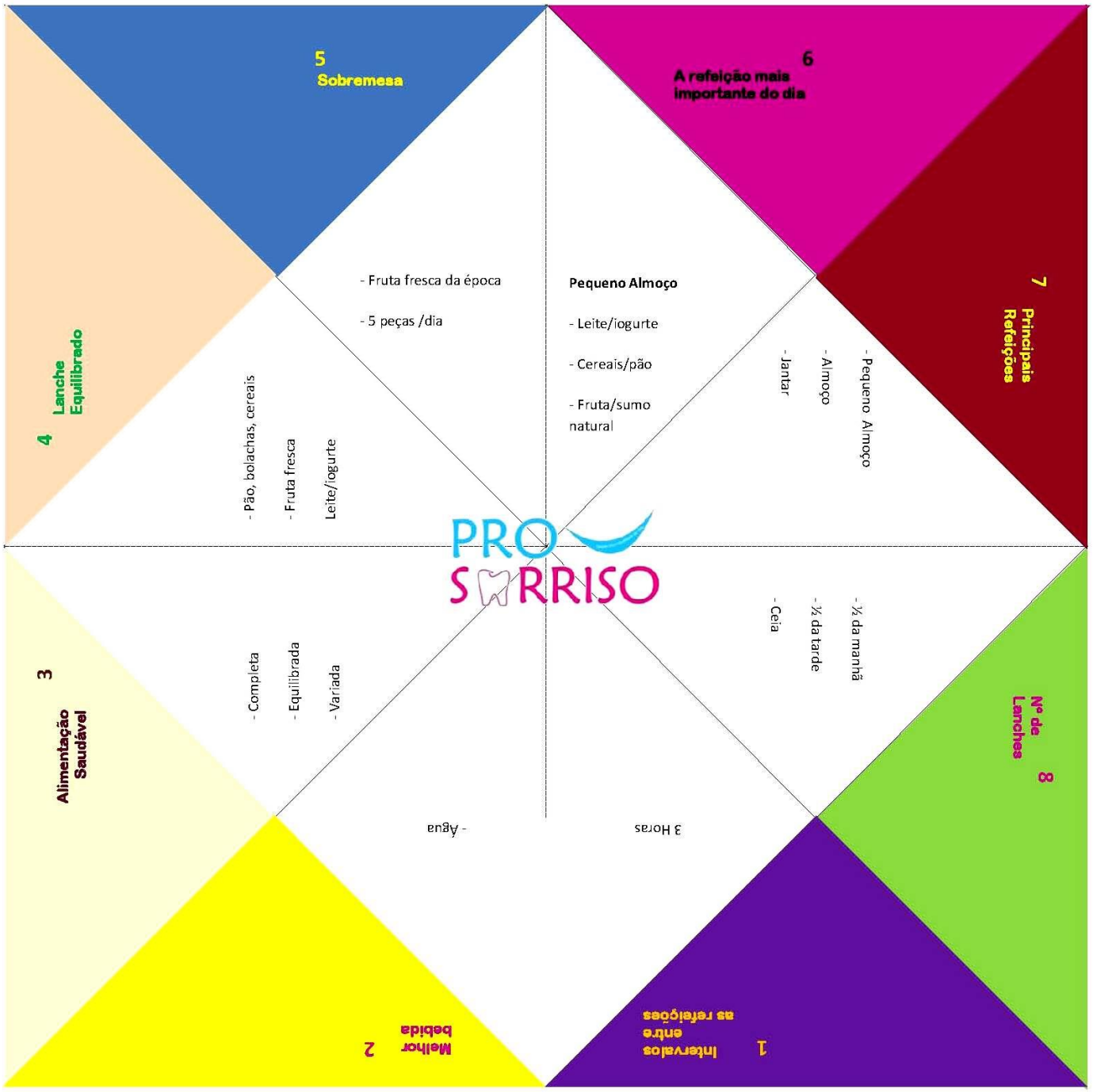
R: Sim. As bebidas ácidas, como os sumos, refrigerantes, bebidas desportivas, bebidas energéticas e algumas bebidas alcoólicas, podem provocar a erosão do esmalte dentário, mesmo que não tenham adição de açúcar.

Mantenha-se informado sobre os temas de saúde oral - Quanto mais soubermos sobre saúde, mais capacitados estamos para ter saúde, para exigir saúde e para acreditar na saúde.

SAÚDE ORAL E HIGIENE ORAL



SAÚDE ORAL E ALIMENTAÇÃO



Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Escovagem dos Dentes — Como Fazer

Promover a Saúde
Prevenir as Doenças Orais

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE ESCOLAR

Escovar os dentes

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

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 ("massa" constituída por bactérias, componentes da 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 erupcionem. 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;

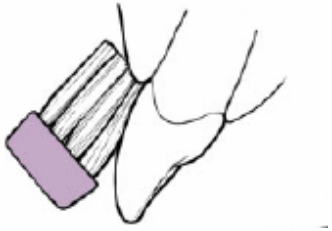
A textura deve ser macia ou média;

Quando os pêlos começam a ficar deformados, a escova deve ser substituída (normalmente de 3 em 3 meses).

Como fazer

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova;

2. Inclinar a escova em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares; fazer 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 a escovar a 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;

Como fazer

5. Com a mesma sequência, escovar as superfícies do lado da língua;

6. Proceder do mesmo modo para escovar os dentes do 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.

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 2 vezes por dia

Utilize um dentífrico com flúor

Utilize o fio dentário diariamente

Direcção-Geral da Saúde
Ministério da Saúde
Saúde XXI
Programa Operacional Saúde
UE - Fundos Estruturais
Plano Nacional de Saúde

Para facilitar a utilização do fio dentário, existem suportes onde se enrola o fio, não sendo necessária a ajuda dos dedos.

Chamam-se porta-fios.

Porta-fios

A utilização do fio dentário complementa a escovagem dos dentes

É preferível usar o fio dentário antes de escovar os dentes.

Quando já o souber manusear com facilidade, até pode utilizá-lo enquanto vê televisão!

Cuidar bem dos dentes proporciona mais saúde e bem estar

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

Utilize fio dentário diariamente

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

Utilize um dentífrico com flúor

Para mais informações consulte www.dgs.pt

Direcção-Geral da Saúde
Ministério da Saúde

Saúde XXI
Programa Operacional Saúde

UE - Fundos Estruturais

Plano Nacional de Saúde

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Promover a Saúde - Prevenir as Doenças Orais

SAÚDE ORAL

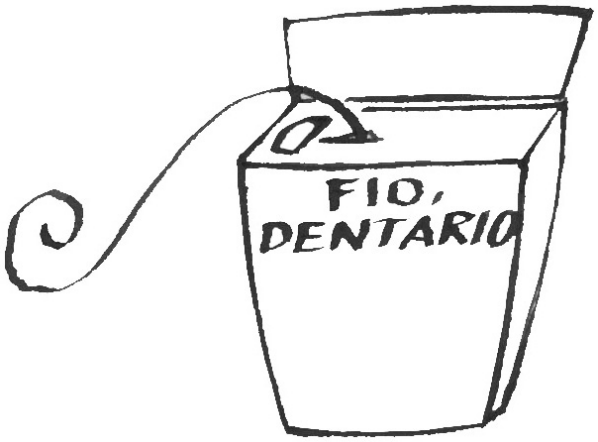
Fio Dentário
Como Utilizar

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE ESCOLAR

Fio Dentário

O que é?

Tal como o nome indica, é um fio (ou fita, que é um pouco mais larga e achatada) constituído por múltiplos filamentos.



Para que serve?

Para remover a placa bacteriana que se acumula nos espaços entre os dentes, onde a escova não chega, prevenindo assim o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas.

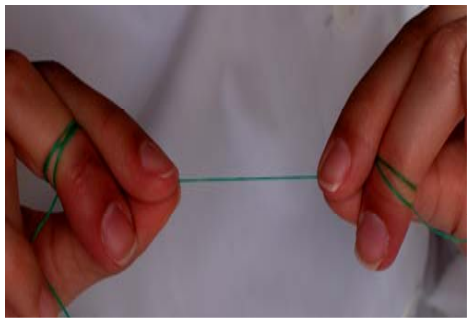
A partir de que idade é que se deve utilizar?

A partir da altura em que as crianças têm destreza manual.

Normalmente pode ser utilizado a partir dos 8 anos de idade.

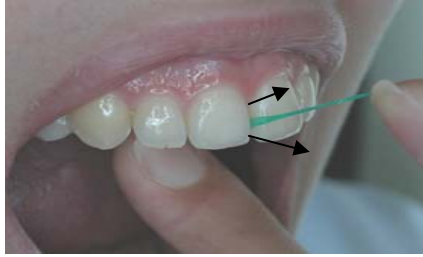
Como se utiliza

1. Retira-se cerca de 40 cm de fio dentário da caixa.
2. Enrola-se quase a totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão. À medida que se vai utilizando, desenrola-se o fio de um dedo e enrola-se no outro.
3. É importante utilizar sempre fio dentário limpo em cada espaço interdentário.



Os polegares e os indicadores ajudam a manuseá-lo.

Quando as crianças são mais pequenas, pode retirar-se cerca de 30 cm de fio e dar um nó juntando as duas pontas, não havendo necessidade de o enrolar nos dedos.

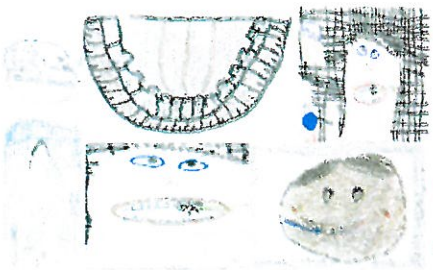


3. Introduz-se o fio, cuidadosamente, entre dois dentes e curva-se à volta do dente que se está a limpar, fazendo com que tome a forma de um “C”.

4. Executam-se movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dois dentes até ao sulco gengival, em cada uma das superfícies dentárias desse espaço.

5. Procede-se da mesma forma até que todos os dentes estejam devidamente limpos.

Concurso PRO SORRISO



A quem se dirige?

A todos os alunos dos ciclos existentes no Agrupamento de escolas de Campia.

Como concorrer?

Cada aluno (ou por proposta do Professor) escolhe a categoria a que quer concorrer:

- Categoria Desenho.
- Categoria Enigma.
- Categoria História.

Onde realiza os trabalhos?

Se for aluno do 2º ou 3º CEB poderá ser em Formação Cívica, por concordância do Professor.

Em que consiste cada categoria?

Sempre numa óptica de prevenção de doenças associadas à boca, particularmente aos dentes, o aluno concorre a uma das seguintes categorias:

- Categoria Desenho:

Desenho individual e inédito apresentado numa folha A4.
O desenho pode ser apresentado a preto e branco ou a cores.

- Categoria Enigma.

O aluno cria um enigma matemático, num contexto associado aos dentes, terminando no número de dentes que tem um adulto normal: 32.

- Categoria História.

O aluno cria uma história associada aos dentes. O limite é de uma folha A4, com letra «Times New Roman» ou «Arial», espaçamento simples.

Observações:

- O aluno identifica o trabalho com o nome, número, ano, turma e escola.
- **Entrega dos trabalhos ao Director de Turma ou à Coordenadora de Educação para a Saúde.**
- **Prazo de entrega dos trabalhos: 8 de Junho de 2009.**

O vencedor de cada categoria receberá um prémio surpresa.

Campia, 22/5/2009, A Coordenadora E.Saúde

A Presidente do C. Executivo

Anexo 2 – Instrumento de colheita de dados - Pais/Encarregados de Educação

(Não preencher este quadrado)
Nº Quest. - ☐☐☐☐

PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Caros pais/encarregados de educação,

No âmbito da dissertação de doutoramento subordinada ao tema: "Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes", vimos pedir a sua colaboração para responder a este questionário.

A informação que der é muito importante para avaliarmos os fatores de risco das doenças orais no seu filho/educando para podermos tomar medidas preventivas. Os questionários são **anónimos** e a participação neste estudo é **voluntária**. As suas respostas são totalmente **confidenciais**.

Lembre-se que não há respostas certas ou erradas Todas serão válidas se traduzirem as ***suas opiniões, comportamentos e atitudes*** (independentemente de serem ou não aquelas que prefere ou acha mais adequadas).

Solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são apenas para tratamento estatístico.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões onde encontrar um espaço em branco (_____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido, de forma a que não restem dúvidas sobre a sua intenção.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Dados referentes ao pai/mãe/encarregados de educação

1. **Idade** _____ anos

2. **Sexo:** ☐ Masculino
   ☐ Feminino

3. **Onde vive?** ☐ Aldeia;
   ☐ Vila;
   ☐ Cidade.

4. **Indique o número de elementos do agregado familiar** (conte consigo): ____

5. **Qual o grau de parentesco relativamente ao seu filho(a)/educando:**
   ☐ Pai ☐ Mãe
   ☐ Outro Qual? _____

6. **Quais as habilitações literárias dos Pais?** (Assinale apenas a mais elevada)

	Pai	**Mãe**
Não sabe ler nem escrever	☐	☐
1ºciclo (4ªclasse) ……	☐	☐
2ºciclo (6ª classe) ……	☐	☐

3ºciclo (9º ano) ……..	☐	☐
Secundário(12ºano)..……	☐	☐
Ensino Superior ……	☐	☐

7. Qual o estado civil dos pais?

	Pai	**Mãe**	
Solteiros ……..……	☐	☐	
Casados ……..……	☐	☐	
Juntos ……..……	☐	☐	
Divorciados ……..……..	☐	☐	
Viúvo ……..…….……	☐	☐	
Outro	☐	☐	Qual? _____

8. Profissão do Pai

_____

9. Profissão da Mãe:

_____

10. Qual a situação de emprego dos pais?

	Pai	**Mãe**
Empregado	☐	☐
Desempregado	☐	☐
Reformado	☐	☐
Outro _____		

QUESTIONÁRIO SOBRE OS HÁBITOS DE HIGIENE E SAÚDE ORAL

1. Quantas vezes escova os dentes por dia? _____ vezes

2. Quanto tempo demora a sua higiene oral? _____ segundos

3. Engloba a escovagem da língua na sua higiene oral? ☐ Não ☐ Sim

4. De quanto em quanto tempo muda de escova dentária? _____

5. Faz uso do fio dentário na sua higiene oral? ☐ Não ☐ Sim

5.1. <u>Se sim</u>, com que frequência? _____

6. Utiliza elixir na sua higiene oral? ☐ Não ☐ Sim

6.1. <u>Se sim</u>, com que frequência? _____

7. Com que regularidade consulta o seu médico dentista?

☐ Nunca consultei
☐ De 6 em 6 meses
☐ Uma vez por ano
☐ Outro _____

8. Os pais/mães apresentam algum dos seguintes problemas de saúde oral?

	Pai	**Mãe**
Falta de dentes	☐	☐
Cárie	☐	☐
Prótese (dentadura)	☐	☐
Tártaro	☐	☐
Gengivite	☐	☐
Periodontite	☐	☐

QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL DA CRIANÇA/ADOLESCENTE – (ECOHIS), (Panhel, Rozier & Slade, 2007)

Considere a vida completa do seu filho(a)/educando desde o nascimento até ao momento presente.
Por favor, coloque uma única cruz no quadrado correspondente à situação que melhor descreve a sua experiência.

Se a pergunta não se aplica marque **"Nunca".**

	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente	Não Sei
1.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dor de dentes/boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
2.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em ingerir bebidas quentes ou frias devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
3.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em ingerir algum(s) alimento(s) devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
4.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve dificuldade em pronunciar alguma(s) palavra(s) devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
5.Com que frequência o seu filho(a)/educando faltou à creche, infantário ou escola devido a problemas dos dentes ou com o tratamento dos dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
6.Com que frequência o seu filho(a)/educando teve problemas em adormecer devido a problemas com os dentes ou tratamentos dos dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
7.Com que frequência o seu filho(a)/educando esteve frustrado devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
8.Com que frequência o seu filho(a)/educando evitou sorrir ou rir em frente a outras crianças/adolescentes devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
9.Com que frequência o seu filho(a)/educando evitou falar com outras crianças/adolescentes devido a problemas com os dentes ou com o tratamento dos dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
10.Com que frequência você ou outro membro da família esteve aborrecida(o)/chateada(o) devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
11.Com que frequência você ou outro membro da família se sentiu culpada(o) devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
12.Com que frequência você ou outro membro da família faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamento dos dentes do seu filho(a)/educando?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
13.Com que frequência os problemas com os dentes do seu filho(a)/educando e os seus tratamentos tiveram impacto financeiro na sua família?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 3 – Instrumento de colheita de dados - Adolescentes

(Não preencher este quadrado)
Nº Quest. - ☐☐☐☐

ADOLESCENTES

Caro(a) estudante,

No âmbito da Tese de Doutoramento subordinada ao tema: "Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes", vimos pedir a tua colaboração para responderes a este questionário.

A informação que tu deres é muito importante para avaliarmos os factores de risco das doenças orais nos jovens da tua idade e podermos tomar medidas preventivas. Os questionários são **anónimos** e a participação neste estudo é **voluntária**. As tuas respostas são totalmente **confidenciais.**

Lembra-te que isto não é um teste de avaliação e por isso não há respostas certas ou erradas. Todas serão válidas se traduzirem as ***tuas opiniões, comportamentos e atitudes*** (independentemente de serem ou não aquelas que preferes ou achas mais adequadas).

Solicitamos a tua participação, bastando para isso responder às questões que te são colocadas.

As respostas são apenas para tratamento estatístico.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deves assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o teu caso. Nas questões onde encontrares um espaço em branco (_____), deves responder claramente, e de forma legível, ao que te é pedido, de forma a que não restem dúvidas sobre a tua intenção.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixes nenhuma questão por responder.

OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO

DADOS BIOGRÁFICOS

1. Idade: _____ anos

2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

4. Onde vives? ☐ Aldeia ☐ Vila ☐ Cidade

5. Com quem vives?
☐ Pai
☐ Mãe
☐ Irmãos
☐ Avós
☐ Mãe e Padrasto/Companheiro
☐ Pai e Madrasta/Companheira
☐ Outros familiares
Quais? _____

6. Qual a escola que tu frequentas? _____

7. Qual o ano de escolaridade que tu frequentas? _____º ano

PERCEÇÃO DE SAÚDE

1. Sofres de algum problema de saúde?
☐ Não
☐ Não sei
☐ Sim Qual? _____

2. Consideras-te um jovem:
☐ Bastante saudável
☐ Saudável
☐ Pouco saudável

3. **Alguma vez consultaste um médico ou outra pessoa por causa dos teus dentes?**
   ☐ Não
   ☐ Sim Quem? ☐ Médico
   ☐ Psicólogo
   ☐ Enfermeiro
   ☐ Outro _____

4. **No dia a dia costumas sentir dor de dentes**
   ☐Raramente/nunca
   ☐Todos os dias
   ☐1 x por semana

5. **Costumas consumir medicamentos para dor de dentes (odontalgia):**
   ☐ Não
   ☐ Sim
   Outros _____

SAÚDE E IMAGEM CORPORAL

1. **Consideras a tua aparência:** ☐ Boa
   ☐ Razoável
   ☐ Má
   ☐ Não penso nisso

2. **Consideras que és uma pessoa:** ☐ Bonita
   ☐ Normal
   ☐ Feia

3. **Consideras que tens:** ☐ Um sorriso bonito
   ☐ Um sorriso feio
   ☐ Não sorrio

4. **Consideras importante para a tua imagem corporal ter uns dentes saudáveis e bonitos?**
   ☐ Não
   ☐ Sim Porquê? _____

5. **Gostavas de mudar alguma coisa no teu corpo?**
   ☐ Não
   ☐ Sim O quê? _____

6. **Usas *percings* orais e/ou periorais?**
   ☐ Não
   ☐ Sim

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA E HÁBITOS ALIMENTARES

1. **Quem influencia mais a tua alimentação?**

☐ Família ☐ TV ☐ Não sei
☐ Professores ☐ Jornais/revistas/internet ☐ Outros _____
☐ Amigos ☐ Médicos/enfermeiros

2. **Assinala os <u>dois</u> principais fatores que influenciam as tuas escolhas alimentares:**

☐ Alimentos saudáveis
☐ Alimentos que gostas
☐ Alimentos de preparação rápida
☐ Alimentos de aquisição rápida (*fast food*, alimentos de máquinas dispensadoras)
☐ Hábitos da família
☐ Alimentos doces
☐ Outro _____

3. **Consideras que a alimentação que fazes é:** ☐ Muito saudável
☐ Bastante saudável
☐ Saudável
☐ Pouco saudável
☐ Nada saudável

4. **Qual a frequência de ingestão de alimentos por dia?** _____ nº de vezes

5. **Durante uma semana normal, quantas vezes fazes as seguintes refeições?**

	Nunca	**1 a 3 dias por semana**	**4 a 6 dias por semana**	**todos os dias**
Pequeno-almoço	☐	☐	☐	☐
Lanche a meio da manhã	☐	☐	☐	☐
Almoço	☐	☐	☐	☐
Lanche a meio da tarde	☐	☐	☐	☐
Jantar	☐	☐	☐	☐
Ceia	☐	☐	☐	☐

6. **No intervalo das principais refeições comes guloseimas** (rebuçados, pastilhas elásticas)**?**

☐ Todos os dias
☐ Quase todos os dias
☐ Às vezes
☐ Raramente
☐ Nunca

7. **Fora das principais refeições costumas "petiscar"?** ☐ Não
☐ Sim

<u>Se sim</u>:

7.1. Quantas vezes? ☐ 1 ou 2 vezes
☐ 3 ou 4 vezes
☐ mais que 4 vezes

7.2. O quê? ☐ Sandes ☐ Bolos e bolachas ☐ Rebuçados
☐Gomas ☐ Bolicao e Chipicao ☐ Outros_____
☐ Frutas ☐ Queijo e iogurtes

7.3. Onde os adquires? ☐ Bar da escola
☐ Máquinas dispensadoras
☐ Café
☐ Outro local Qual? _____

8. **Fora das principais refeições costumas beber?** ☐ Não
☐ Sim

Se sim:

8.1. O quê? ☐ Refrigerantes (Coca-Cola, Fanta, Seven Up, etc) ☐ Café
☐ Sumos Naturais ☐ Chá
☐ Cerveja ou outras bebidas alcoólicas ☐ Água
☐ Outros Quais?_____

8.2. Onde as adquires? ☐ Bar da escola ☐ Café
☐ Máquinas dispensadoras ☐ Outro _____

9. Com que frequência consomes os seguintes alimentos/bebidas?

Nº de vezes / Grupo de Alimentos	Baixa ingestão (um dia por semana)	Moderada Ingestão (dois a três dias por semana)	Elevada ingestão (todos os dias da semana)
Leite simples			
Leite com chocolate			
Leite com açúcar			
Iogurte/queijo			
Pão torradas			
Pão com chocolate			
Pipocas doces			
Flocos de cereais			
Flocos de cereais com chocolate			
Arroz			
Massa			
Batata cozida/assada			
Batata frita caseira			
Batata frita de pacote			
Fast Food (hamburguers, pizzas)			
Sopa			
Legumes/Salada			
Leguminosas (favas, grão, feijão e ervilhas)			
Legumes cozidos			
Carne (porco, vitela, frango)			
Fiambre, presunto, salpicão			
Folhados/rissóis/croquetes			
Conservas/enlatados			
Peixe (todo o tipo)			
Ovos			
Manteiga/margarina no pão			
Fruta fresca			
Fruta seca (nozes, amendoins,...)			
Fruta caramelizada			
Sobremesas doces			
Croissants, pastéis e bolos de pastelaria			
Bolos de pacote			
Bolachas e biscoitos			
Chicletes sem açúcar			
Chocolate em tablete			
Guloseimas (caramelos, rebuçados, chicletes ou gomas)			
Compotas/marmelada/geleias			
Açúcar			
Mel			
Refrigerantes/Sumos com gás			
Sumos sem gás			
Sumos naturais			
Café			
Chá			
Água			

10. Costumas beber refrigerantes? ☐ Não
☐ Sim

Se sim:

10.1. Bebes pelo: ☐ Copo ☐ Garrafa
☐ Palhinha ☐ Outro _____

10.2. Com que frequência? ☐ Raramente
☐ Uma vez por dia
☐ Mais de uma vez por dia

QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

1. Lembras-te com que idade foste pela primeira vez ao dentista? ☐ Não
☐ Sim

Se sim:

1.1. Com que idade? _____

1.2. Qual o motivo? ☐ Traumatismo dentário
☐ Dor de dentes
☐ Cárie
☐ Prevenção
☐ Outro _____

2. No último ano foste à consulta do médico dentista? ☐ Não
☐ Sim

3. Há quanto tempo foste pela última vez ao dentista? ☐ 1 Ano
☐ Mais de 1 ano
☐ Menos de 1 ano
☐ Nunca fui ao dentista

4. Já tiveste dor de dentes? ☐ Não
☐ Sim

5. Tens cáries? ☐ Não
☐ Sim **Quantas?** _____

6. Quantos dentes tens chumbados (obturados)? _____

7. Costumas utilizar flúor na tua higiene oral? ☐ Não
☐ Sim

7.1. Se sim, como fazes? ☐ Bochecho
☐ Comprimidos
☐ Gotas

8. Usas aparelho ortodôntico? ☐ Não
☐ Sim

Se sim:

8.1 Tens tido comida que se agarra ao teu aparelho? ☐ Nunca
☐ Quase Nunca
☐ Às vezes
☐ Muitas vezes
☐ Sempre
☐ Não sei

9. Quantas vezes por dia escovas os dentes?

☐ Às vezes
☐ Uma vez por dia
☐ Duas vezes por dia
☐ Mais do que duas vezes por dia
☐ Nunca

9.1. Escovas os dentes <u>antes de deitar</u>?

☐ Sempre
☐ Muitas vezes
☐ Poucas vezes
☐ Nunca

10. Que utensílios utilizas para escovar os dentes?

☐ Escova
☐ Fio dentário
☐ Elixir (bochechos)
☐ Palito
☐ Escovilhão
☐ Pasta dentífrica com flúor
☐ Outros _____

11. Quantas vezes utilizas o fio dentário para limpar os dentes?

☐ Uma vez por dia
☐ Duas vezes por dia
☐ Três vezes por dia
☐ Raramente
☐ Nunca

12. Que tipo de escovas usas?

☐ Macia
☐ Média
☐ Dura

13. Como fazes a tua higiene oral?

☐ Escovas os dentes, língua e gengivas
☐ Escovas os dentes e a língua
☐ Escovas os dentes e gengivas
☐ Escovas somente os dentes

14. Quanto tempo demoras a escovar os teus dentes?

☐ Menos de dois minutos
☐ De dois a cinco minutos
☐ Mais de cinco minutos

15. Há quanto tempo tens a tua escova de dentes?

☐ Menos de um mês
☐ Entre 1 a 6 meses
☐ Entre 6 meses a 1 ano
☐ Há mais de 1 ano

16. Habitualmente com que intervalo de tempo mudas a tua escova de dentes? _____

17. Lembras-te com que idade escovaste os dentes pela primeira vez? _____

17.1. Começaste a escovar os dentes:

☐ Sozinho
☐ Com ajuda De quem? _____

18. Escovas os dentes sozinho?

☐ Não
☐ Sim

Quem te ajuda? _____

19. Já te falaram de higiene oral?

☐ Não
☐ Sim

19.1. <u>Se sim</u>, quem?

☐ Professores
☐ Dentista
☐ Enfermeiro(a)
☐ Higienista oral
☐ Médico de família/pediatra
☐ Parentes
☐ TV
☐ Rádio
☐ Internet
☐ Revistas
☐ Livros
☐ Jornais

20. Já foste alguma vez ao dentista?

☐ Não
☐ Sim

20.1. Se não, porquê?
☐ Dificuldade em obter consulta
☐ Custos elevados
☐ Distância da área de residência
☐ Outro Qual?_____

20.2. Se sim, com que frequência? ☐ Anualmente
☐ Duas vezes por ano
☐ Só quando tens problemas

20.3. Com que idade foste ao dentista pela primeira vez? _____

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS EM SAÚDE ORAL

1. **Quantas vezes, por dia, deves escovar os dentes?**
☐ Às vezes
☐ Uma vez por dia
☐ Duas vezes por dia
☐ Mais do que duas vezes por dia
☐ Antes de deitar
☐ Nunca

2. **Que utensílios deves utilizar para realizar a higiene oral?**
☐ Escova
☐ Fio dentário
☐ Elixir (bochechos)
☐ Pasta dentífrica com flúor
☐ Outros, Quais?_____

3. **Quantas vezes deves utilizar o fio dentário para limpar os dentes?**
☐ Uma vez por dia
☐ Duas vezes por dia
☐ Três vezes por dia
☐ Raramente
☐ Nunca

4. **Que tipo de escova deves usar?**
☐ Macia
☐ Média
☐ Dura

5. **Como é que deves fazer a higiene oral?**
☐ Escovar os dentes, língua e gengivas
☐ Escovar os dentes e língua
☐ Escovar os dentes e gengivas
☐ Escovar somente os dentes

6. **Qual o tempo que deves demorar a escovar os dentes?**
☐ Menos de 2 minutos
☐ De 2 a 5 minutos
☐ Mais de 5 minutos

7. **Quando é que deves mudar a escova de dentes?** _____
8. **Com que idade se devia escovar/limpar os dentes pela primeira vez?** _____
9. **Pode-se começar a escovar os dentes sozinho, com que idade?** _____
10. **Com que frequência se deve ir ao dentista?** _____
11. **Deves utilizar uma pasta de dentes com flúor?**
☐ Não
☐ Sim
12. **O que entendes por placa bacteriana?**

_____

_____

13. **Os maus hábitos alimentares têm influência na saúde oral?**
☐ Não
☐ Sim

14. Os conhecimentos sobre Saúde Oral têm influência nas práticas de Saúde Oral? ☐ Não ☐ Sim

15. Os hábitos de higiene oral têm influência na Saúde Oral? ☐ Não ☐ Sim

16. O consumo de bebidas alcoólicas tem influência na Saúde Oral? ☐ Não ☐ Sim

17. O consumo de tabaco tem influência na Saúde oral? ☐ Não ☐ Sim

18. O consumo de drogas ilícitas tem influência na Saúde Oral? ☐ Não ☐ Sim

19. A presença de placa bacteriana tem influência na Saúde Oral? ☐ Não ☐ Sim

20. O uso de *piercings* orais e periorais têm influência na Saúde Oral? ☐ Não ☐ Sim

QUESTIONÁRIO - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE ORAL(Slade & Bulhosa, 2003)

Durante o **ÚLTIMO ANO**, com que frequência tens tido os seguintes problemas relacionados com os teus dentes ou boca?

Por favor, coloca uma única cruz no quadrado correspondente à situação que melhor descreve a tua experiência.

	Durante o último ano	**Nunca**	**Quase nunca**	**Ocasionalmente**	**Frequentemente**	**Muito frequentemente**	**Não Sei**
1	Tens tido dificuldade em mastigar alguns alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
2	Tens tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
3	Tens notado que algum dente parece não estar bem?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
4	Tens sentido que o teu aspecto tem sido afectado devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
5	Tens sentido mau hálito devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
6	Tens notado que o teu sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
7	Tens tido comida que se agarra aos dentes e à boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
8	Tens notado que a tua digestão tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
9	Tens notado que o teu aparelho não assenta devidamente? (responder só no caso de usar aparelho ortodôntico)	❑	❑	❑	❑	❑	❑
10	Tens tido muitas dores na boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
11	Tens tido dores num dos maxilares?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
12	Tens tido dores de cabeça devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
13	Tens tido dentes sensíveis devido, por exemplo, a comidas e bebidas frias ou quentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
14	Tens tido dores de dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
15	Tem-te doído as gengivas?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
16	Tens sentido desconforto ao comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

	Durante o <u>último ano</u>	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente	Não Sei
17	Tens tido pontos dolorosos na boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
18	Tens sentido desconforto com o aparelho? <u>(responder só se usar aparelho ortodôntico)</u>	❑	❑	❑	❑	❑	❑
19	Tens-te sentido incomodado com problemas de dentes?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
20	Tens sentido complexos devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
21	Os problemas com os dentes têm-te tornado deprimido?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
22	Tens-te sentido mal devido ao aspecto dos teus dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
23	Tens-te sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
24	A tua fala tem sido pouco clara devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
25	Alguém te tem compreendido mal devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
26	Tens sentido que a comida tem menos sabor devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
27	Tem-te sido impossível escovar os dentes convenientemente devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
28	Tens sido obrigado a evitar alguns alimentos devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
29	A tua alimentação tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
30	Tem-te sido impossível comer com o aparelho devido a problemas com o mesmo? <u>(responder só se usar aparelho ortodôntico)</u>	❑	❑	❑	❑	❑	❑
31	Tens evitado sorrir devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
32	Tens sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
33	O teu sono tem sido interrompido devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
34	Tens-te sentido perturbado devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

	Durante o <u>último ano</u>	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente	Não Sei
35	Tens encontrado dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
36	Tens-te sentido deprimido devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
37	A tua concentração tem sido afectada devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
38	Tens-te sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
39	Tens evitado sair devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
40	Tens-te sentido menos tolerante com o teu/tua namorado(a) ou familiares devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
41	Tens tido dificuldade em relacionares-te com outras pessoas devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
42	Tens-te irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
43	Tens tido dificuldade em cumprir as tuas tarefas habituais devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
44	Tens sentido que o teu estado de saúde geral tem piorado devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
45	Sofreste algumas perdas financeiras devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
46	Tens sido incapaz de apreciar o suficiente a companhia dos outros devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
47	Tens-te sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
48	Tem-te sido de todo impossível realizar atividades de lazer devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑
49	Tens sentido alguma dificuldade em estudar com plena capacidade devido a problemas com os dentes ou boca?	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Anexo 4 – Instrumento de colheita de dados - Investigadores

FICHA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE ORAL

Data da Obs. ____/_____/____
Encaminhamento ❑sim ❑ não

Nº Questionário - | | | | |

Cárie Dentária (cpod e CPOD)

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

Dentes	
C	
P	
O	

Código

Dentes / Dentição	São	Cariado	Obt c/ cárie	Obt. s/ cárie	Perdido devido a cárie	Perdido por outro motivo	Selado	Implante ou prótese fixa	Não erupcionado	Excluido	Agenesia	Fluorose	Fracturado
Temporária	A	B	C	D	E	--	F	G	--	I	K	L	T
Permanente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	T

Índice de Placa Simplificado

Registo da Observação							
	Maxilar Superior			Maxilar Inferior			Total
Dente	1	2	3	4	5	6	
Valor							

Código

Valor	Critério	
0	Superfície do dente não se encontra corada (não tem placa bacteriana)	
1	1/3 da superfície do dente observada apresenta-se corada (tem placa bacteriana)	
2	2/3 da superfície do dente observada apresenta-se corada (tem placa bacteriana)	
3	Apresenta-se corada toda a superfície do dente observada (toda a face do dente tem placa)	

Dente	Legenda
1	1º molar superior dtº, sup. vestibular
2	Incisivo central sup. dtº, sup. vestibular
3	1º molar superior esqº, sup. vestibular
4	1º molar inferior esqº, sup. lingual
5	Incisivo central inf. esqº, sup. vestibular
6	1º molar inferior dtº, sup. lingual

DESCRIÇÃO DOS QUANTIFICADORES DE RISCO
(Circular Normativa Nº 09 de 19/07/2006)

	Valor 0	Valor 1	Valor 2	Valor 3
a) Exame objectivo da boca	Livre de cárie Sem dentes obturados nem perdidos devido a cárie	Sem cáries ativas Índice de cárie melhor que o do grupo etário na região*	Sem cáries ativas Índice de cárie semelhante ao do grupo etário na região*	Com cáries** Índice de cárie superior ao do grupo etário na região* Uso de aparelho fixo de ortodontia
b) Antecedentes pessoais	Saudável Sem doença ou condição de saúde que possa influenciar direta ou indiretamente o processo de cárie	Com doença ou condição de saúde que possa influenciar directa ou indirectamente o processo de cárie	Doença severa e de longa duração Portador de incapacidade física ou mental com perda de autonomia de higiene oral Consumo frequente de medicação xerostomizante	
c) Conteúdo da dieta		Baixa ingestão de alimentos cariogénicos (1 dia/semana)	Moderada ingestão de alimentos cariogénicos (2 a 3 dias/semana)	Elevada ingestão de alimentos cariogénicos (todos os dias da semana)
d) Frequência de ingestão		Até 5 por dia	Até 7 por dia	Mais de 7 por dia
e) Controlo da placa bacteriana	Dentes limpos em todas as superfícies	Placa bacteriana cobrindo metade das superfícies dentárias	Acumulação de placa bacteriana visível a olho nú	Presença evidente de placa bacteriana recobrindo todas as superfícies dentárias
f) Utilização de fluoretos	Escovagem dos dentes diariamente (2 vezes/dia) com a utilização de dentífricos fluoretados nas doses indicadas Outras medidas adicionais: bochecho com fluoretos ou aplicação de vernizes	Escovagem dos dentes diariamente (1 vez/dia) com a utilização de dentífricos fluoretados	Escovagem dos dentes de forma irregular (menos que 1 vez/dia) sem dentífrico fluoretado ou com dentífrico fluoretado com doses inferiores às indicadas. Não é colmatada a ausência de dentífricos fluoretados por outras apresentações de flúor	
g) Motivação para a saúde oral	Prognóstico muito favorável e compatível com a observação	Prognóstico favorável e compatível com a observação	Prognóstico menos favorável do que sugerido pela observação	A perspectiva de desenvolver cárie é muito grande a breve prazo

*Valores obtidos no Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais realizado em 2005
** Sempre que esta condição se verifique o adolescente é considerado de alto risco

Código

Valor	0	1	2	3
a) Exame objetivo da boca				
b) Antecedentes pessoais				
c) Conteúdo de dieta				
d) Frequência de ingestão de alimentos				
e) Controlo da placa bacteriana				
f) Utilização de fluoretos				
g) Motivação para a saúde oral				
Total				

Anexo 5 – Autorização dos autores

Gmail by Google

Isabel Bica <isabelbica@gmail.com>

Oral Impact Scale (students)

5 mensagens

Isabel Bica <isabelbica@gmail.com> 2 de novembro de 2008 17:38
Para: gary.slade@adelaide.edu.au

Professor Slade:

I am a teacher in the School of Health (ESSV) in Viseu, Portugal.
I am thinking of conducting a research on quality of life and parental perceptions of children's/teenagers' oral health.
I found your scale on the internet and I am very interested in aplying it on my research; I would like to know if I have your permition to aply "Oral Health Impact Profile (OHIP-49)" and the "Parental perceptions of children's oral health: the early oral health impact scale (ECOHIS)".
I also would like to know if, in your personal opinion, this kind of scales are useful when aplyed on children(and respective parents
) from 12 to 15 years-old.

Wainting for your answer as soon as posible;
My best regards;

Isabel Bica
Adjunct-professor
Superior Health School
Polytechnic Institute of Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu
Portugal
Tel. +351 232 419 100

Gary Slade <gary.slade@adelaide.edu.au> 2 de novembro de 2008 23:44
Para: Isabel Bica <isabelbica@gmail.com>, Bhavna_Pahel@unc.edu

Dear Isabel,
I'm forwarding your query to Bhavna Pahel, who led the development of the ECOHIS.

Gary D. Slade, BDSc, DDPH, PhD
Professor of Oral Epidemiology
Australian Research Centre for Population Oral Health
Dental School,
1st floor, 122 Frome St,
University of Adelaide, SA 5005 Australia
Email: gary.slade@adelaide.edu.au
Phone: [Int + 618] 8303-3291
FAX: [Int + 618] 8303-3070 http://www.arcpoh.adelaide.edu.au/
[Texto das mensagens anteriores oculto]

Bhavna Talekar Pahel <bhavna_pahel@unc.edu> 3 de novembro de 2008 12:16
Responder a: Bhavna_Pahel@unc.edu
Para: Isabel Bica <isabelbica@gmail.com>
Cc: Gary Slade <gary.slade@adelaide.edu.au>

Dear Isabel,

Thank you for your interest in the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Please feel free to use the instrument as you see fit. It might be of interest to you that the ECOHIS has recently

been translated into Portuguese for use in Brazil. I am attaching the paper that describes that translation.

Best regards,
Bhavna
[Texto das mensagens anteriores oculto]

Brazilian ECOHIS.pdf
125K

Isabel Bica <isabelbica@gmail.com> 3 de novembro de 2008 19:30
Para: Gary Slade <gary.slade@adelaide.edu.au>

Dear Gary:

Thank you so much for your help, attention and information. And also to let you know that Bhavna Pahel already contacded me.

Best regards and, one more time, thank you.

best regards
[Texto das mensagens anteriores oculto]

Isabel Bica <isabelbica@gmail.com> 3 de novembro de 2008 19:35
Para: Bhavna_Pahel@unc.edu

Dear Bhavna:

Thank you for your information and help. The atachement you sent will certainly very helpful.

In case I need anything else during my research I shall contact you again.

Best regards

Isabel Bica
[Texto das mensagens anteriores oculto]

Anexo 6 – Autorização da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular

ESENFVISEU

De: <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>
Para: <essvgeral@essv.ipv.pt>; <isabelbica@gmail.com>
Enviado: segunda-feira, 29 de Setembro de 2008 16:14
Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100001

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0012100001, com a designação *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes*, registado em 19-09-2008, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exma. Senhora Dra. Isabel Bica

Informo por este meio que o pedido de aplicação de inquérito em meio escolar é autorizado na medida em que cumpre os requisitos de qualidade técnico-metodológica para tal.

Chamo apenas a atenção para uma pequena gralha no final da introdução dos questionários aos pais/ EE ("deixes" em vez de "deixe")

Saliento que na segunda fase da Investigação, designadamente no programa de formação para a promoção da saúde oral em adolescentes que frequentam o 3º Ciclo do Ensino Básico e Secundário na rede escolar do distrito de Viseu, deverá articular com o Núcleo de Educação para a Saúde e Acção Social Escolar da DGIDC.

Com os melhores cumprimentos e votos de um bom trabalho

Joana Brocardo

Directora-Geral

DGIDC

Observações:

Exma. Senhora Dra. Isabel Bica

Informo por este meio que o pedido de aplicação de inquérito em meio escolar é autorizado na medida em que cumpre os requisitos de qualidade técnico-metodológica para tal.
Chamo apenas a atenção para uma pequena gralha no final da introdução dos questionários aos pais/ EE ("deixes" em vez de "deixe")

Saliento que na segunda fase da Investigação, designadamente no programa de formação para a promoção da saúde oral em adolescentes que frequentam o 3º Ciclo do Ensino Básico

e Secundário na rede escolar do distrito de Viseu, deverá articular com o Núcleo de Educação para a Saúde e Acção Social Escolar da DGIDC.
Com os melhores cumprimentos e votos de um bom trabalho
Joana Brocardo
Directora-Geral
DGIDC

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço http://mime.gepe.min-edu.pt. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

ESENFVISEU

De: <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>
Para: <essvgeral@essv.ipv.pt>; <isabelbica@gmail.com>
Enviado: segunda-feira, 29 de Setembro de 2008 16:16
Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100002

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0012100002, com a designação *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes*, registado em 19-09-2008, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

> Exma. Senhora Dra. Isabel Bica
>
> Informo por este meio que o pedido de aplicação de inquérito em meio escolar é autorizado na medida em que cumpre os requisitos de qualidade técnico-metodológica para tal.
> Chamo apenas a atenção para uma pequena gralha no final da introdução dos questionários aos pais/ EE ("deixes" em vez de "deixe")
>
> Saliento que na segunda fase da Investigação, designadamente no programa de formação para a promoção da saúde oral em adolescentes que frequentam o 3º Ciclo do Ensino Básico e Secundário na rede escolar do distrito de Viseu, deverá articular com o Núcleo de Educação para a Saúde e Acção Social Escolar da DGIDC.
> Com os melhores cumprimentos e votos de um bom trabalho
> Joana Brocardo
> Directora-Geral
> DGIDC

Observações:

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço http://mime.gepe.min-edu.pt. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo 7 – Consentimento informado aos Pais/Encarregados de Educação

CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÂO

Exmº Sr. Encarregado de Educação

Maria Isabel Bica Carvalho Costa, doutoranda na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pretende realizar um estudo, no âmbito da Tese de Doutoramento sobre "Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes", nas Escolas abrangidas pelo Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões II.

O estudo foi autorizado pelo Ministério da Educação e está a ser realizado pela professora Isabel Bica, com colaboração da Escola Superior de Saúde e da Sub-Região de Saúde de Viseu.

Neste contexto, a Escola que o seu filho frequenta foi selecionada para fazer parte do estudo.

Para a concretização do estudo vimos pedir a sua autorização para o preenchimento do Questionário anexo e observação da boca do seu filho(a)/educando, na escola, de forma a recolher dados que nos permitam avaliar a saúde oral dos adolescentes e identificar os aspetos em que devemos incidir na promoção da saúde oral.

É garantida a confidencialidade.
Obrigada pela sua colaboração.

Colocamo-nos à sua inteira disposição para mais informações, pelos números de telefone da Escola Superior de Saúde de Viseu: **232419100/961011800** ou por e-mail para **isabelbica@gmail.com**

Por favor preencha e devolva o destacável ao professor/director de turma do seu educando.

Encarregado de educação do(a) aluno(a)_____

_____ Turma _____ Ano _____

Autorizo(____) / Não autorizo (____) o meu educando a participar no estudo.
(assinale com uma cruz)

Encarregado de Educação:_____

Anexo 8 – Autorização da Sub-Região de Saúde de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu
ENTRADA
19 Nov 08

20/11/2008
70 . 1240

Ministério da Saúde

ARSC
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO
SUBREGIÃO DE SAÚDE DE VISEU

Exmº Senhor
Presidente do Conselho Directivo
da Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes
de Almeida, nº. 102
3500-843 VISEU

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	
		CSR	Viseu, 14/11/2008

ASSUNTO: **- Pesquisa sobre "Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral dos Adolescentes"**

Na resposta indicar as referências deste ofício

Relativamente ao assunto em epígrafe e de acordo com o solicitado por V. Exª. informamos da disponibilidade da Subregião de Saúde em colaborar no referido estudo.

Com os melhores cumprimentos

O COORDENADOR SUBREGIONAL DE SAÚDE

(José Carlos Coelho Ferreira de Almeida, Dr.)

Av. Dr. António José de Almeida 3514-511 VISEU
Telef.:232419900 Telefax.:232421110
E-mail:secret@srsviseu.min-saude.pt

Anexo 9 – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu/IPV

Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 16/2012

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL DOS ADOLESCENTES"

Tendo sido solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do doutoramento em ciências da saúde, incluindo como participantes os pais/encarregados de educação e os filhos adolescentes que frequentam o 3º ciclo do Ensino Básico e Secundário das Escolas abrangidas pelo Agrupamento dos Centros de Saúde Dão Lafões II de Viseu, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

Considerando que o estudo se reveste de importância para caracterizar o perfil sociodemográfico e os hábitos de higiene oral dos pais e adolescentes, identificar alguns dados de vigilância de saúde dos adolescentes e os conhecimentos sobre medidas de prevenção da saúde oral, identificar a prevalência da cárie dentária e ainda classificar a qualidade de vida dos adolescentes relacionada com a saúde oral, revertendo-se em benefícios no sentido da promoção e melhoria da saúde oral dos adolescentes; pelo que consideramos importante que sejam enunciadas propostas e/ou sugestões com implicações práticas e disponibilizados os dados ao ACES Lafões II e Direcção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular;

Considerando que a participação no estudo consiste no preenchimento de um instrumento de colheita de dados pelos pais/encarregados de educação e pelos adolescentes e que a investigadora procedeu ao consentimento informado por escrito dos pais para autorização da participação dos educandos e solicitou a colaboração voluntária dos pais;

Considerando que a observação dos dentes dos adolescentes faz parte de uma das fases do estudo para a qual foi solicitada autorização dos pais e obtido consentimento dos mesmos e dos adolescentes participantes;

Considerando que nos instrumentos de colheita de dados não há identificação nominal; pelo que recomendamos a garantia do segredo profissional quer na administração dos questionários, bem como no arquivamento escrupuloso do suporte informático da base de dados;

Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e reúne interesse científico para ser realizado.

Viseu, 31 de Outubro de 2012

A presidente da CE da ESSV

Anexo 10 – Critérios de diagnóstico

Critérios de observação e registo

• *Dente são (A/0):* dente que não apresenta evidência clínica de cárie dentária, tratada ou não. São consideradas sãs as manchas brancas, manchas pigmentadas ou rugosas que não estão amolecidas no toque com a sonda, fissuras ou fossetas pigmentadas que não têm sinais visuais de esmalte não suportado ou amolecimento das paredes ou do fundo detectáveis com a sonda., lesões que com base na sua localização e na história ou na sua observação aparentam ter sido provocadas por atrição oclusal ou abrasão cervical e zonas escurecidas, duras, com depressões do esmalte em dentes mostrando sinais de fluorose moderada ou intensa. As formas não cavitadas de cárie estão excluídas. Sempre que há dúvida quanto à existência de cárie regista-se dente são.

• *Dente cariado (B/1)*: dente, que à observação, apresenta indubitavelmente uma cavidade, com esmalte não suportado ou fundo amolecido. Consideram-se igualmente cariados os dentes que apresentam uma obturação provisória e os que, apesar de restaurados ou selados, têm uma superfície cariada ou com recidiva de cárie. Se necessário confirmar o diagnóstico com sonda periodontal. Quando há dúvida sobre se o dente está cariado ou não, o dente é considerado são.

• *Dente obturado com cárie (C/2):* dente em que se verifica a existência de uma ou mais obturações e uma ou mais cáries, sendo estas recidivas ou não, isto é, sem distinção entre cáries primárias e secundárias.

• *Dente obturado sem cárie (D/3):* dente em que se verifica a existência de uma ou mais obturações permanentes, sem recidivas de cárie dentária nem outras cáries noutras faces. Excluem-se as obturações por razões traumáticas ou estéticas.

• *Dente perdido devido a cárie (E/4):* dente que foi extraído devido a cárie. Estão excluídas extracções por ortodontia, ausências congénitas, trauma e doença periodontal. Na dentição decídua tem que se avaliar se a extracção foi por cárie ou se se trata de esfoliação natural. Na dentição permanente, dos 6 aos 10-11 anos surgem dúvidas semelhantes.

• *Dente perdido por outros motivos (-/5):* caso aplicado apenas a dente permanente extraído por ortodontia, devido doença periodontal, trauma, ou que está ausente por razões congénitas.

• *Dente selado (F/6):* dente que apresenta um selante na sua superfície oclusal. Independentemente de estar integro ou não. Se tem selante e está cariado registar cariado (*B/1)* Se o selante foi colocado juntamente com uma obturação preventiva, registar obturado (*D/3*) – situação muito difícil de diagnosticar.

• *Dente com implante ou prótese fixa (G/7):* dente suporte de prótese, implante, ponte, coroa ou faceta. Se tivermos informação que a coroa ou faceta foi colocada devido a cárie, registar como obturado (*D/3*). Se tivermos informação que o implante ou o elemento da ponte foi colocado devido a dente perdido por cárie, registar *E/4*. Se o implante ou o elemento da ponte foi colocado por outros motivos que não a cárie, registar -/5

• *Dente não erupcionado (-/8)* – caso aplicado apenas a dente permanente e é utilizado apenas para um espaço dentário com um dente permanente não erupcionado mas sem dente decíduo. Os dentes classificados como não erupcionados são excluídos de todos os cálculos relativos à cárie dentária. Esta categoria não inclui os dentes com ausência congénita *(-/5)*, nem os dentes perdidos por traumatismo *(T)*, ortodontia *(-/5)* ou doença periodontal *(-/5)*. Molares decíduos ausentes aos 6 anos, normalmente estão ausentes devido a cárie. Nesta idade forem os incisivos a estarem ausentes regista-se dente não erupcionado. Coroa parcialmente erupcionada e sã regista-se *A/0*.

• *Dente excluído (-/9)* – este código é utilizado para quaisquer dentes permanentes erupcionados que não possam ser examinados por qualquer razão (ex.: bandas ortodonticas, hipoplasia acentuada)

• *Dente com traumatismo (T/T)* – quando parte da sua superfície está ausente devido a traumatismo e não há evidência de cárie mesmo que reconstruído (diagnóstico difícil).