



MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AVALIAÇÃO DE SAÚDE ORAL DE UTENTES BENEFICIÁRIOS
DO RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO

Ana Rita Lourenço Peixoto

Orientadora

Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Coorientadora

Dr^a Rosa Branca Pires de Mansilha Rodrigues de Almeida Monteiro

Porto 2013



MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

AVALIAÇÃO DE SAÚDE ORAL DE UTENTES BENEFICIÁRIOS
DO RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO

Autor

Ana Rita Lourenço Peixoto

Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
E-mail: a.rita_peixoto@hotmail.com

Orientadora

Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Coorientadora

Dr^a Rosa Branca Pires de Mansilha Rodrigues de Almeida Monteiro

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Pereira, agradeço a infinita disponibilidade, paciência e amizade. Obrigado por tudo o que me ensinou. Levo-a como uma inspiração para a vida.

À minha coorientadora, Dr^a Rosa Branco Mansilha pela amabilidade, contributo e prestabilidade em todo o processo de criação deste trabalho e na minha vida.

À Dr^a Filomena Machado por permitir que este projeto fosse possível.

Às instituições *Benéfica e Previdente*, *CerPorto* e *Qualificar para Incluir* pela disponibilidade e acompanhamento.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram a concluir este projeto, em especial ao João Gonçalves, Aurelie Mariani, Rita Dias, Liliana Abreu, Manuel Sampaio, Estevão Correia, André Cardoso, Agostinho Santos, Carolina Henriques, Carolina Pereira e Diogo Ribeiro.

À minha família, em especial à minha mãe, pelo apoio incondicional na concretização deste projeto e de todos os outros da minha vida.

Resumo

Objetivo: Caracterizar o estado de saúde oral, hábitos de higiene e comportamentos relacionados com a saúde oral numa população beneficiária do Rendimento Social de Inserção (RSI) da zona oriental da cidade do Porto. **Métodos:** Os participantes foram submetidos a um exame clínico e a um questionário, por entrevista. Foram utilizados três índices dentários: CPOD, Índice Periodontal Comunitário (IPC) e o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S). **Resultados:** A amostra foi constituída por 152 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (67,8%). A mediana encontrada para o índice CPOD foi de 16,50 (AIQ 11,00). Na avaliação da situação periodontal apenas 4,93% não apresentava qualquer sinal de doença. A higiene oral foi classificada como má (média $3,52 \pm 1,24$). 63,2% dos participantes declararam ser fumadores, sendo a mediana de consumo de 12 cigarros por dia. 20,4% dos participantes não escova os dentes diariamente, e apenas 32,9% escovam duas vezes por dia, sendo que 92,8% nunca utilizam métodos adicionais de higiene oral. Apenas 14,5% dos participantes visitavam o Médico Dentista uma vez por ano. A principal causa para, no último ano, não ter consultado o Médico Dentista (66,4%) foi o preço elevado das consultas (71,3%). Observou-se também que quanto maior o número de anos a que os participantes se encontram a receber o rendimento, maior o consumo tabágico, o número de dentes cariados e a irregularidade às consultas médico-dentárias ($p=0,05$). Quanto pior a condição da higiene oral dos participantes, pior a sua auto-caracterização de saúde oral ($p<0,01$). **Conclusão:** A amostra estudada apresentou elevado índice de cárie e de dentes perdidos, número reduzido de tratamentos dentários e a presença de problemas periodontais. Foi também perceptível uma higiene oral deficiente e uma baixa frequência de consultas médico-dentárias.

Palavras Chave: RSI; Nível sócio-económico; Desemprego; Saúde Pública; Saúde Oral.

Abstract

Objective: To describe the oral health status, hygiene habits and behaviors related to oral health in a beneficiary population of the Social Insertion Income (RSI) from the eastern city of Porto.

Methods: A structured questionnaire was applied, by interview, to obtain socio-demographic, behavioral and oral health status data. An oral examination was conducted to evaluate the past and present history of caries (Decayed Missing Filled Teeth – DMFT index), the oral hygiene (Simplified Oral Hygiene Index - IHO-S) and periodontal status (Community Periodontal Index - CPI).

Results: The sample consisted of 152 individuals; the majority was female (67.8%). The median the DMFT index was 16.50 (IQR 11.00). In assessing the periodontal situation, 34.1% of the sextants were excluded, and only 4.93% showed no sign of illness. Calculus was the most prevalent status (28.5%). Oral hygiene was classified as poor (mean 3.52 ± 1.24). The majority reported being smokers (63.2%). 20.4% of the participants didn't brush their teeth daily and 92.8% never use additional methods of oral hygiene. Only 14.5% of participants visit the dentist once a year. The main reason for not going to the dentist during the last year (66.4%) was the high cost (71.3%). Furthermore, the study shows that participants who received the RSI for a longer period presented higher tobacco consumption higher number of decayed teeth and irregular dental appointments ($p=0.05$). The worse the condition of the oral hygiene of the participants, the worse was their self-characterization of oral health ($p<0.001$).

Conclusion: The studied sample had a high rate of caries and tooth loss, reduced number of dental treatments and the presence of periodontal problems. It was also perceptible a poor oral hygiene and a low frequency of dentist visits.

Key words: RSI; Socio-economic level; Unemployment; Public health; Oral health.

Índice

Introdução	1
Material e Métodos	3
Resultados	6
Discussão	19
Conclusão	23
Bibliografia.....	24
Anexos.....	28

Introdução

As desigualdades que se verificam ao nível da saúde oral são um fenómeno universalmente conhecido e dependente do contexto sócio-económico do país.^(20,22) Atualmente em Portugal, à semelhança de outros países europeus, vive-se uma situação de crise económica que tem provocado um agravamento na taxa de desemprego, criando graves desigualdades sociais e económicas.^(28,30)

O estatuto socio-económico é determinado por indicadores como o emprego, o rendimento, a educação e a saúde.⁽²⁷⁾ Os indivíduos com baixo estatuto sócio-económico estão por norma associados a situações de desemprego, baixo rendimento, baixo nível de escolaridade e experienciam elevados níveis de doença.^(8,10,20) As condições que determinam a doença ao nível da cavidade oral têm normalmente um componente substancial de comportamento.⁽¹⁴⁾ O consumo de tabaco, álcool e de alimentos cariogénicos constituem práticas que afetam a saúde oral dos indivíduos. A saúde oral encontra-se francamente afetada, não só pelas consequências deste tipo de hábitos e comportamentos, mas também pela higiene oral deficiente e pela baixa acessibilidade aos serviços de saúde oral.^(1,7,14,16,17,19,20) A precariedade social pode assim constituir um determinante marcante na qualidade de saúde oral dos indivíduos.⁽²²⁾

Situações de crise económica podem afetar negativamente a utilização de cuidados preventivos de saúde oral, seja pela subvalorização deste tipo de cuidados, pelo rearranjo de prioridades, ou mesmo pela carência económica vivida nesta época.⁽⁴⁾ A aparência e auto-estima reduzida decorrentes da falta de cuidados, impedem a participação em entrevistas, levam a ausências no trabalho, e reduzem as ofertas de emprego de uma forma significativa. Indivíduos com doenças orais são menos empregáveis quando caracterizados com fraca aparência, em muitos casos devido à perda dentária que se verifica. As empresas tornam-se assim mais relutantes em empregar indivíduos que, além da aparência menos cuidada, têm um potencial de ausências frequentes devido à insatisfação das necessidades dentárias.^(5,18)

A caracterização da saúde oral desta franja de populações carenciadas é escassa e insuficiente para podermos aferir acerca das suas necessidades reais ao nível da saúde oral. É importante conhecer o diagnóstico de situação para que seja possível definir estratégias de prevenção e promoção de saúde oral adequadas às exigências deste tipo de população.^(2,3,6)

Com o objetivo de apoiar este tipo de populações carenciadas foi criado o Rendimento Social de Inserção (RSI). Este rendimento constitui uma prestação incluída no subsistema de solidariedade

que fornece apoio a indivíduos e agregados familiares para atender às suas necessidades básicas e favorecer a sua inserção laboral, social e comunitária.⁽¹¹⁾ Na cidade do Porto existem perto de 120.000 beneficiários deste rendimento, o que constitui a maior fatia de beneficiários a nível nacional (33,8%).⁽³³⁾

Este estudo teve como objetivo caracterizar o estado de saúde oral, hábitos de higiene e comportamentos relacionados com a saúde oral numa população de beneficiários do RSI da cidade do Porto.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo transversal numa amostra de 152 indivíduos beneficiários do Rendimento Social de Inserção da cidade do Porto, zona Oriental.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Os participantes receberam informação escrita (Anexo I) e verbal respeitante aos objetivos e métodos do estudo, e só os que autorizaram a participação através da assinatura de um consentimento informado (Anexo II) foram incluídos no estudo.

A população do estudo foi constituída por 1314 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, acompanhados em três Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) localizadas na zona oriental da cidade do Porto (*Benéfica e Previdente, CerPorto e Qualificar para Incluir*). Para calcular a dimensão da amostra recorreu-se ao programa informático EPIINFO tendo em consideração uma prevalência estimada de cárie de 16%, e considerando um intervalo de confiança de 95%. Com base nestes parâmetros estimou-se que seria necessário uma amostra mínima de 130 indivíduos. O método de seleção dos participantes elegíveis foi o da amostragem aleatória sistemática, tendo-se obtido uma listagem de 233 indivíduos, dos quais 152 aceitaram participar no estudo, 81 recusaram ou não compareceram no dia marcado para a avaliação.

Para todos aqueles que recusaram participar no estudo, ou que depois de selecionados não compareceram à avaliação, foi preenchido um Questionário de Recusas (Anexo V) com o objectivo de obter a caracterização sócio-demográfica destes indivíduos. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes e os não participantes relativamente à idade (mediana: 40 vs 32, $p < 0,001$), sexo (mulheres: 54,3% vs homens: 45,7 %, $p = 0,04$) e os meses de beneficiação do RSI (mediana: 60 vs 24, $p < 0,001$). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas para o nível de escolaridade e emprego entre os participantes e os não participantes.

A recolha dos dados foi feita entre fevereiro e abril de 2013 nas três Instituições Particulares de Solidariedade Social, e foi realizada através da aplicação, por entrevista, de um questionário (Anexo III) e de um exame oral não invasivo (Anexo IV). O exame clínico e a entrevista foi efetuada apenas pela investigadora segundo um protocolo standardizado.

Os participantes foram caracterizados sob o ponto de vista sócio-demográfico (sexo, data de nascimento, emprego, anos de beneficiação do RSI e nível de escolaridade). Adicionalmente foi avaliada a história médica passada e presente (presença de doença e toma de medicação).

Os participantes foram inquiridos acerca dos seus hábitos e comportamentos diários, nomeadamente tabágicos, alcoólicos, consumo de substâncias ilícitas, e de alimentos com potencial cariogénico.

O questionário abordou ainda questões relativas a comportamentos, hábitos e perceções sobre a saúde oral. Relativamente aos hábitos de higiene oral, os participantes foram questionados quanto à frequência de escovagem, de utilização de meios adicionais de higiene, bem como da experiência de utilização de serviços médico-dentários.

Adicionalmente foi efetuada a auto-caracterização da saúde oral dos participantes, através de variáveis que inferiam acerca da perceção do estado da saúde oral e da relação entre problemas dentários e as possíveis interferências no mundo do trabalho e nas relações inter-pessoais.

O exame oral foi realizado com o participante sentado numa cadeira comum e voltado para uma janela com luz natural, de forma a permitir uma observação correta. Na observação clínica, foi utilizada uma sonda exploradora, uma pinça, um espelho oral plano, e uma sonda CPI. A inspeção foi realizada com recurso a máscaras e luvas.

No exame clínico foram avaliados três índices dentários: CPOD, Índice Periodontal Comunitário (IPC) e o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S).

O índice CPOD avalia o número de dentes cariados, perdidos e obturados, segundo critérios da OMS.⁽¹²⁾ Este índice traduz não só as lesões presentes no momento do exame, mas também aquelas que foram tratadas ou eliminadas.

O Índice Periodontal Comunitário utiliza três indicadores que avaliam o estado periodontal do participante: hemorragia gengival, cálculo e bolsas periodontais. Segundo os critérios da OMS⁽¹²⁾, a cavidade oral é dividida em 6 sextantes (18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48). Para indivíduos com 20 anos ou mais existem 10 dentes-índice que devem ser avaliados (17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47). Para idades inferiores a 20 anos, existem apenas 6 dentes-índice que sofrem avaliação (16, 11, 26, 36, 31, 46). O sextante apenas é examinado se existirem pelo menos dois dentes nesse sextante que não esteja indicado para extração.⁽¹²⁾

Por último, foi avaliado o Índice de Higiene Oral Simplificado pelos critérios de Greene e Vermillion (1964).⁽¹³⁾ Seis dentes foram examinados: superfícies vestibulares dos dentes 16, 11, 26, e 31, e as superfícies linguais dos dentes 36 e 46. Na ausência dos primeiros molares eram examinados os segundos ou terceiros molares. O sextante era excluído quando não se encontrava

nenhum dente molar ou central respeitante ao sextante (seja por ausência ou por presença de prótese fixa) ou quando não se encontravam totalmente erupcionados. A inspeção foi efetuada através de uma sonda ao longo da superfície dentária. Este índice foi calculado pela soma dos valores atribuídos às superfícies observadas e dividida pelo número de segmentos examinados.

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados do programa estatístico IBM SPSS Statistics 21[®] (*Statistical Package for Social Science*). Na análise descritiva dos dados da amostra foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio-padrão ou a mediana e percentil 25 e 75 (AIQ- Amplitude Interquartil) consoante as variáveis apresentavam distribuição simétrica ou assimétrica respectivamente.

Foi utilizado o teste de independência do Qui-Quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas. O teste exato de Fischer foi utilizado quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas variáveis categóricas foi inferior a 5. O teste de Spearman foi utilizado para correlacionar variáveis contínuas, e os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para testar hipóteses relativas a variáveis contínuas e categóricas. Foi utilizado um nível de significância de 0,05 para todos os testes de hipóteses.

Resultados

Relativamente aos resultados sócio-demográficos dos participantes verificou-se que de uma amostra constituída por 152 participantes, 103 (67,8%) eram do sexo feminino. A mediana de idades foi 40 com amplitude inter-quartil 29,25-48 anos. O nível de escolaridade da amostra abrangeu quatro indivíduos que não completaram qualquer grau de escolaridade, e um que frequentou o ensino superior, sendo a mediana o 6º ano de escolaridade (AIQ 5,0).

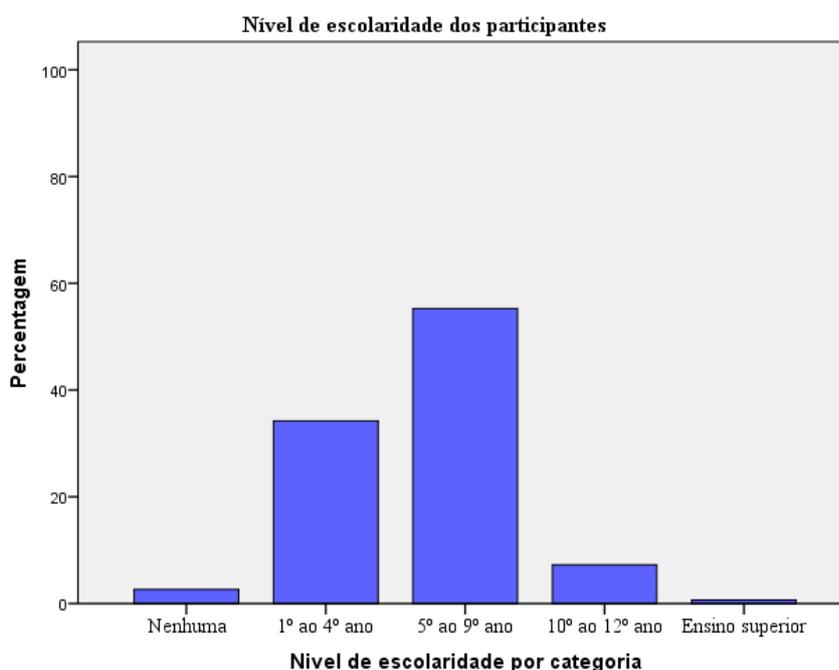


Fig. 1: Distribuição da amostra de acordo com os níveis de escolaridade.

A amostra integrou essencialmente indivíduos pertencentes aos níveis de escolaridade entre o 5º e o 9º ano (55,3%) e entre o 1º e o 4º ano (34,2%), como mostra na Figura 1.

Da totalidade dos participantes, 3 encontravam-se empregados (varredor, empregada de limpeza e contínua numa escola). Os participantes do estudo recebiam o rendimento social de inserção em mediana há 5 anos, com uma AIQ de 6,5 anos.

Na tabela I apresentam-se os resultados referentes à história médica dos participantes.

Tabela I – Caracterização da história médica dos participantes.

		n	%	
É portador de alguma doença?				
Não		95	62,5	
Sim		57	37,5	
Toma ou já tomou de forma regular algum medicamento?				
Não		95	62,5	
Sim		57	37,5	
Toma Medicação Atualmente?				
Não		3	2	
Sim		54	35,5	
Tomou Medicação Antigamente?				
Não		52	34,2	
Sim		5	3,3	
Sistemas	Doenças atuais (n=57)	n (%) *	Medicação atual (n=54)	n (%)
Nervoso Central	Depressão	20 (35,08)	Antidepressor	17 (31,48)
	Ansiedade	1 (1,75)	Ansiolítico	11 (20,37)
	Epilepsia	5 (8,77)	Antiepilético	5 (9,25)
	Esquizofrenia	1 (1,75)	Antipsicótico	3 (5,55)
Endócrino	Diabetes Tipo 1	1 (1,75)	Insulinoterapia	1 (1,85)
	Diabetes Tipo 2	3 (5,26)	Antidiabéticos Orais	3 (5,55)
	Hiperparatireoidismo	1 (1,75)	Antiagregante plaquetário	1 (1,85)
Gastrointestinal	Úlcera nervosa	1 (1,75)	Antiácidos e antiulcerosos	1 (1,85)
	Gastrite	1 (1,75)	Suplementos enzimáticos	1 (1,85)
	Pancreatite crónica	1 (1,75)		
Respiratório	Asma	6 (10,52)	Anstiasmáticos e	8 (14,81)
	Bronquite asmática	3 (5,26)	Broncodilatadores	
	Sinusite	2 (3,50)		
Cardiovascular	Hipertensão	10 (17,54)	Antihipertensor	10 (18,51)
	Arritmia	1 (1,75)	Cardiotónico	1 (1,85)
	Hipercolesterolemia	6 (10,52)	Antidislipidémico	7 (12,96)
Infeciosas	Hepatite B	2 (3,50)	Antiretrovirais	3 (5,55)
	Hepatite C	4 (7,01)		
	VIH/SIDA	3 (5,26)		
	Poliomielite	1 (1,75)		

* As percentagens podem somar mais de 100% pelo facto de os participantes terem declarado mais do que uma patologia.

Relativamente à auto declaração das patologias e medicação efetuada pelos participantes, verificou-se que 37,5% eram portadores de doença e tinham efetuado medicação, atualmente ou no passado. A patologia mais prevalente foi a depressão (35,08%) seguida da hipertensão

(17,54%). Relativamente à medicação atual dos participantes, 31,48% declarou estar medicado com antidepressivos.

Na tabela II apresentam-se os resultados referentes a hábitos comportamentais dos participantes.

Tabela II – Hábitos comportamentais dos participantes.

	n	%
É fumador?		
Não	56	36,8
Sim	96	63,2
Bebe bebidas alcoólicas?		
Não	95	62,5
Sim	57	37,5
Se sim, quando?		
Dentro das refeições	28	49,1
Fora das refeições	15	26,3
Dentro e fora das refeições	14	24,6
Se sim, qual a bebida ou bebidas? *		
Cerveja	24	42,1
Vinho	42	73,6
Bebidas Espirituosas	13	22,8
Consome substâncias ilícitas?		
Não	147	96,7
Sim	5	3,3

* As percentagens podem somar mais de 100% pelo facto de os participantes terem indicado mais do que uma bebida.

Do total da amostra, mais de metade consumia tabaco (63,2%), numa mediana de 12 cigarros por dia com AIQ de 13,00. 37,5% dos participantes ingeria álcool de uma forma regular, sendo que 49,1% consumia apenas às refeições, 26,3% fora das refeições, e 24,6% dentro e fora das refeições. Apenas 5 participantes revelaram consumir substâncias ilícitas.

Na tabela III apresentam-se os resultados referentes aos hábitos alimentares dos participantes, relativamente à frequência e momento de consumo de alimentos cariogénicos (refrigerantes e/ou alimentos açucarados).

Tabela III – Hábitos de consumo de alimentos cariogénicos dos participantes.

	Refrigerantes		Alimentos açucarados	
	n	%	n	%
Com que frequência consome?				
Não consome	27	17,8	14	9,2
Raramente	25	16,4	47	30,9
Uma vez por semana	21	13,8	19	12,5
Uma vez por dia	27	17,8	37	24,3
Duas ou mais vezes por dia	52	34,2	35	23
Quando consome, qual o momento do dia?				
Intervalo das refeições	26	20,8	77	55,8
Acompanhar as refeições	76	60,8	14	10,1
Intervalo e acompanhar as refeições	20	16,0	21	15,2
À noite, deitado	3	2,4	26	18,8

Do total da amostra, 17,8% dos indivíduos afirmaram não consumir refrigerantes, enquanto 34,2% assumiu consumir este tipo de bebida duas ou mais vezes por dia. Quando questionados acerca do momento de consumo, 60,8% dos participantes afirmou que consome principalmente no acompanhamento das refeições. Relativamente a alimentos açucarados (como bolos, bolachas, chocolates), 9,2% declarou que não consome este tipo de alimentos, 30,9% afirmou consumir raramente e 23% afirmou consumir duas ou mais vezes por dia. Quando questionados acerca do momento de consumo deste tipo de alimentos, 55,8% declarou consumir principalmente no intervalo das principais refeições. Aos participantes foi também questionado se evitavam consumir este tipo de alimentos e/ou refrigerantes para prevenir o aparecimento da cárie dentária, ao qual 66,4% respondeu que não evitava.

Foi questionado aos participantes se em algum momento da vida os ensinaram a escovar os dentes e qual o local de ensino, bem como acerca da regularidade de procura de cuidados médico-dentários; os resultados encontram-se na Tabela IV.

Tabela IV – Questões relativas a comportamentos relacionados de saúde oral dos participantes.

	n	%
Alguma vez o ensinaram a escovar os dentes?		
Não	74	48,7
Sim	78	51,3
Se sim, onde?		
Casa	25	32,1
Centro de Saúde	1	1,3
Consultório do M.Dentista	20	25,6
Centro de ação social	1	1,3
Curso de apoio familiar à comunidade	1	1,3
Escola	24	30,8
Hospital	4	5,1
Universidade	1	1,3
Não sabe/Não responde	1	1,3
Em média, de quanto em quanto tempo consulta o Médico Dentista?		
Nunca consultei	22	14,5
Pelo menos 1 vez por ano	22	14,5
Só quando tenho dores ou algum problema na minha boca	85	55,9
Não sabe/Não responde	23	15,1

48,7% dos participantes afirmaram nunca ter sido ensinados a escovar os dentes. Porém, mais de metade dos participantes respondeu afirmativamente à questão (51,3%), sendo que 32,1% dos indivíduos aprendeu em casa através dos pais ou da família, 30,8% na escola, e 25,6% no consultório do Médico Dentista. Quando questionados acerca da regularidade de procura de cuidados médico-dentários, 55,9% dos participantes responderam que apenas consultavam o Médico Dentista quando sentiam dores ou algum problema. A mesma percentagem de participantes (14,5%) respondeu que nunca tinha ido ao Médico Dentista e que ia pelo menos uma vez por ano.

As tabelas V, VI e VII referem-se a questões de saúde oral do indivíduo no último ano.

Relativamente aos hábitos de saúde oral (Tabela V), os participantes foram questionados a respeito da frequência de escovagem e da utilização de meios adicionais de higiene oral.

Tabela V – Questões relativas à saúde oral dos participantes.

	n	%
Em média, quantas vezes escova os seus dentes por dia?		
Nenhuma	31	20,4
Uma vez	35	23,0
Duas vezes	50	32,9
Três vezes ou mais	36	23,7
Quando escova os dentes, utiliza pasta dentífrica?		
Não	3	2,5
Sim	118	97,5
Utiliza algum meio adicional para escovar os seus dentes?		
Nenhuma	141	92,8
Uma vez	6	3,9
Mais de uma vez	0	0,0
Ocasionalmente	5	3,3
Utiliza regularmente algum produto para bochechar?		
Nenhuma	62	40,8
Uma vez	26	17,1
Mais de uma vez	9	5,9
Ocasionalmente	55	36,2

20,4% dos participantes revelaram nunca escovar os dentes, 23% referiu escovar uma vez por dia e 32,9% escovava os dentes duas vezes por dia. Dos participantes que afirmaram escovar os dentes diariamente, apenas 2,5% referiram não utilizar pasta dentífrica. Relativamente à frequência de utilização de métodos adicionais de higiene oral, como o fio dentário e o escovilhão, 92,8% afirmou nunca usar este tipo de métodos. Quanto à frequência de utilização de produtos para bochechar, 40,8% dos participantes não utilizava regularmente, sendo que 17,1% utilizava diariamente.

Na Tabela VI apresentam-se os resultados relativos à experiência de utilização de serviços médico-dentários dos participantes.

Tabela VI – Caracterização da procura de cuidados médico-dentários.

	n	%
No último ano, consultou o Médico Dentista?		
Não	101	66,4
Sim	51	33,6
Qual a razão para não ter consultado o Médico Dentista?		
Preço elevado das consultas	72	71,3%
Inexistência M.Dentista na área de residência	0	0,0
Falta de tempo	1	1,0
Não achei necessário	16	15,8
Não sabe/não responde	12	11,9
Qual a razão para ter consultado o Médico Dentista?		
Rotina	3	5,9
Vigilância	0	0,0
Tratamentos dentários	22	43,1
Dor	26	51,0
Não sabe/não responde	0	0,0

Os resultados obtidos mostram que 66,4% dos participantes declararam não ter consultado o Médico Dentista no último ano, sendo a causa principal o preço elevado das consultas (71,3%). Por sua vez, 33,6% dos participantes revelou ter consultado o Médico Dentista, principalmente por questões de dor (51,0%) e de tratamentos dentários (43,1%).

Os dados referentes à auto caracterização de saúde oral apresentam-se na Tabela VII e Figura 2.

Tabela VII – Auto caracterização do estado de saúde oral.

	n	%
Acha que tem um sorriso bonito?		
Não	94	61,8
Sim	58	38,2
No último ano, sentiu dor de dentes?		
Não	60	39,5
Sim	92	60,5
No último ano, sentiu que tinha algum problema na sua boca? (ex. Sorriso inestético, dificuldade a mastigar)		
Não	38	25
Sim	114	75

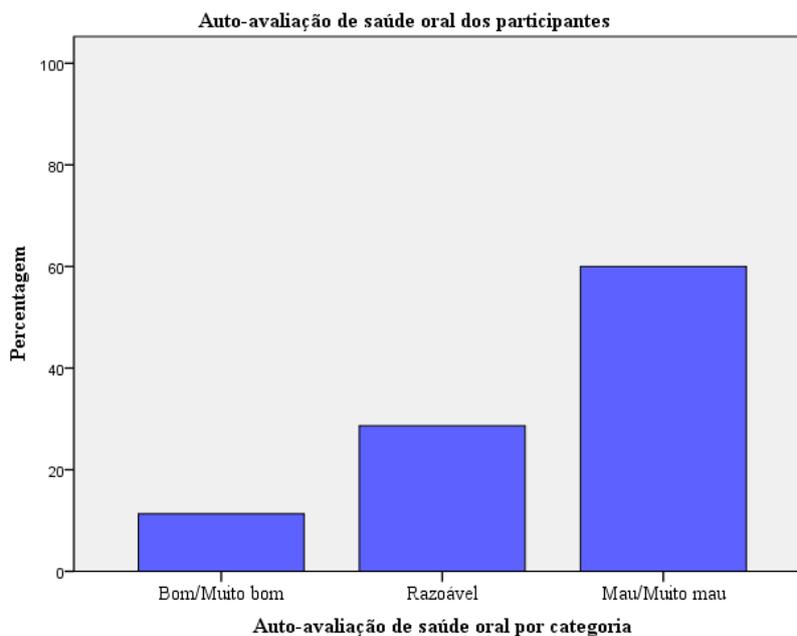


Fig. 2: Distribuição da amostra de acordo com a auto-avaliação de saúde oral.

Quando questionamos os participantes acerca do seu sorriso e se, no último ano, tinha sentido dor ou algum problema na boca, 61,8% não consideraram ter um sorriso bonito, 60,5% respondeu ter sentido dor de dentes, e 75% afirmou ter tido um problema oral. Do total da amostra, 11,3% classificou o seu estado de saúde oral como Bom ou Muito bom e 28,7% como Razoável, sendo que a maioria dos participantes auto-caracterizou o estado de saúde oral como Mau ou Muito mau (60,0%).

Na tabela VIII apresentam-se os resultados às questões que relacionam a experiência dos participantes no âmbito da sua saúde oral com o trabalho e as relações inter-pessoais.

Tabela VIII – Questões de opinião e auto caracterização da saúde oral.

	n	%
Acha que um sorriso bonito tem um impacto positivo no mundo do trabalho?		
Não	1	0,7
Sim	151	99,3
Sentiu, alguma vez, que as dores ou problemas da sua boca interferiram com o seu trabalho?		
Não	83	54,6
Sim	69	45,4
Sentiu, alguma vez, que as dores ou problemas da sua boca interferiram na sua relação com a sua família, os seus amigos, colegas de trabalho, etc?		
Não	57	37,5
Sim	95	62,5
Se lhe oferecessem consultas no Médico Dentista para tratar os problemas da sua boca, aceitaria?		
Não	3	2,0
Sim	149	98,0

Do total da amostra, 99,3% afirmou que um sorriso bonito tem um impacto positivo no mundo do trabalho, 45,4% já sentiu que os problemas da sua boca interferiram com o seu trabalho, e 62,5% sentiu essa interferência nas relações inter-pessoais. Quando questionamos os participantes se aceitariam ser acompanhados por um Médico Dentista, 98% respondeu afirmativamente a esta questão.

Durante o exame clínico questionamos os participantes se eram portadores de prótese removível. 41 participantes (27%) responderam que eram portadores de prótese removível, sendo que a maioria (26,3%) possuía prótese superior.

Na tabela IX apresentam-se os resultados obtidos a partir da colheita do CPOD e IHO-S dos participantes.

Tabela IX – Índices CPOD e IHO-S.

	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	AIQ
CPOD				
Total	16,50	10,00	21,00	11,00
Cariados	6,00	2,25	9,00	7,00
Perdidos	6,00	2,00	11,00	9,00
Obturados	0,00	0,00	2,00	2,00
IHO-S				
Placa	1,33	1,00	1,80	0,80
Cálculo	2,20	1,66	3,00	1,34

A mediana encontrada para o índice CPOD foi de 16,50. Verificou-se que o maior peso do índice foi constituído por dentes perdidos e cariados com uma mediana de 6,00. O índice de higiene oral apresentou uma média de $3,52 \pm 1,24$. Verificou-se que a componente cálculo apresentou um maior peso comparativamente à placa, apresentando uma mediana de 2,20 e 1,33 respetivamente. O IHO-S foi avaliado em 139 participantes; treze participantes foram eliminados da análise devido a critérios de exclusão do índice.

Na tabela X apresentam-se os resultados obtidos a partir da colheita do IPC dos participantes.

Tabela X – Índice IPC.

Sextantes Registo periodontal	n (%)						Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Gengiva saudável	7 (4,6)	11 (7,2)	5 (3,3)	8 (5,3)	9 (5,9)	5 (3,3)	45 (4,9)
Hemorragia	4 (2,6)	16 (10,5)	2 (1,3)	9 (5,9)	9 (5,9)	4 (2,6)	44 (4,8)
Cálculo	34 (22,4)	51 (33,6)	58 (38,2)	38 (25,0)	40 (26,3)	39 (25,7)	260 (28,5)
Bolsas 4-5mm	30 (19,7)	28 (18,4)	15 (9,9)	26 (17,1)	49 (32,2)	38 (25,0)	186 (20,4)
Bolsas > 6 mm	7 (4,6)	7 (4,6)	6 (3,9)	10 (6,6)	24 (15,8)	9 (5,9)	63 (6,9)
Sextante Excluído	70 (46,1)	38 (25,0)	65 (42,8)	61 (40,1)	20 (13,2)	57 (37,5)	311 (34,1)
Não registado	0	1 (0,7)	1 (0,7)	0	1 (0,7)	0	3 (0,3)

Na avaliação da situação periodontal (Tabela X), 34,10% dos sextantes foram excluídos por não possuírem pelo menos dois dentes remanescentes, sem indicação para extração. Dos restantes sextantes analisados, apenas 4,93% não apresentava qualquer sinal de doença periodontal. A condição periodontal mais prevalente foi a presença de cálculo (28,50%), seguindo-se da presença de bolsas de 4 a 5 mm de profundidade (20,39%). Esta avaliação foi realizada registando sempre a pior condição periodontal observada por sextante.

Quando analisamos a correlação entre o número de meses a que os participantes estão a receber o rendimento e os scores dos componentes do índice CPOD (Total, Cariados, Perdidos, Obturados), verificou-se a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa para o componente Total ($p=0,01$) e Cariados do índice ($p=0,05$). Apesar de existir uma correlação negativa entre o número de meses de rendimento e o número de dentes obturados, esta não foi estatisticamente significativa.

Não se verificou também qualquer correlação estatisticamente significativa entre os meses de rendimento e qualquer condição relativa aos índices que medem a condição periodontal (IPC) e a higiene oral (IHO-S).

Ao analisar a correlação entre o número de meses de rendimento e o nível de escolaridade dos participantes verificou-se que, apesar de ser negativa, não era estatisticamente significativa. Quando tentamos procurar a associação entre os meses de rendimento e a auto-declaração de depressão obteve-se uma associação positiva mas que não foi estatisticamente significativa.

Por outro lado, quando analisada a correlação entre o número de meses de rendimento e o número de cigarros consumidos diariamente, verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa ($p=0,05$). O mesmo não aconteceu quando se tentou estabelecer uma associação com a presença de hábitos de consumo de álcool, refrigerantes e alimentos açucarados.

Relativamente à mesma variável (meses de rendimento), foi testada a associação com a frequência de consulta ao Médico Dentista, e obteve-se um resultado estatisticamente significativo ($p=0,05$): quanto maior o número de meses a que os participantes recebem o rendimento, maior a irregularidade de procura de cuidados médico-dentários.

Averiguou-se também a associação entre a auto-avaliação de saúde oral e os scores dos componentes do índice CPOD, e verificou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa para os componentes Total ($p<0,001$), Cariados ($p<0,001$) e Perdidos ($p=0,01$).

Podemos inferir que quanto maior o score destes componentes, pior a auto-avaliação de saúde oral dos participantes. A mesma relação não foi estatisticamente significativa quando associada a auto-avaliação de saúde oral com o número de dentes obturados deste índice.

Na tabela XI apresenta-se o resultado do cruzamento da auto-avaliação de saúde oral com os indicadores clínicos da situação periodontal. O cruzamento destes dados apresentou uma correlação estatisticamente significativa ($p=0,05$).

Tabela XI– Associação entre Auto-avaliação de saúde oral e situação periodontal.

	Autoavaliação de Saúde Oral				p*
	Total (n=150)	Mau/Muito mau(n=90)	Razoável (n=43)	Bom/Muito bom(n=17)	
Situação periodontal mais grave	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Saudável	2	0	1	1	0,05
Hemorragia**	0	0	0	0	
Cálculo	30	18	9	3	
Bolsas 4-5 mm	63	40	18	5	
Bolsas > 6 mm	37	20	14	3	
Todos os sextante excluídos	18	12	1	5	

* Teste exato de Fisher

** Não foram encontrados casos em que a pior situação periodontal do participante fosse o sangramento.

Os testes estatísticos revelaram também uma associação positiva entre a auto-avaliação de saúde oral e os componentes do índice de higiene oral (Total, Placa e Cálculo) com uma significância inferior a 0,01. Posto isto, podemos afirmar que quanto pior a condição da higiene oral dos participantes, pior a sua auto-caracterização de saúde oral.

Testou-se a hipótese de uma associação entre a auto-avaliação de saúde oral e percepções do participante sobre a sua saúde oral, como o sorriso, a presença de dor de dentes ou de outro problema na sua boca (como problemas nas gengivas ou dificuldade a mastigar). Os resultados foram estatisticamente significativos quando associados à apreciação do sorriso ($p<0,001$) e à presença de um problema na boca ($p=0,001$). Podemos inferir que quanto pior a auto-avaliação

de saúde oral do participante, pior a apreciação acerca do seu sorriso e maior a referência à presença de problemas na sua boca.

Efetuiu-se também a associação entre a consulta do Médico Dentista no último ano e percepções do participante sobre a sua saúde oral, como a presença de dor de dentes ou de outro problema da sua boca. A associação entre a consulta e a presença de dor de dentes apresentou um resultado estatisticamente significativo ($p=0,01$).

Discussão

Este estudo teve como objetivo caracterizar o estado de saúde oral, hábitos de higiene e comportamentos relacionados com a saúde oral numa população de beneficiários do RSI da cidade do Porto.

Segundo dados de 2008, na cidade do Porto existem 119.834 beneficiários do RSI, o que corresponde a 6,7 % da população residente em Portugal e a uma taxa duas vezes superior à média nacional de beneficiários.^(10,33) A pertinência deste estudo prende-se com a escassa caracterização dos níveis de saúde oral nesta franja da população, mas também devido ao peso crescente que estes indivíduos possuem face à população portuguesa.

A população beneficiária deste rendimento é, predominantemente, do sexo feminino, e possui um peso significativo de população nos escalões em idade ativa, nomeadamente entre os 35 e os 44 anos.⁽²⁴⁾ Estes dados vão de encontro aos obtidos a partir da amostra deste estudo, que mostram uma frequência superior de indivíduos do sexo feminino, e uma mediana de idades de 40 anos.

Segundo dados do INE⁽²⁴⁾, em 2008 a taxa de desemprego a nível nacional era de 7,8% e no último trimestre de 2012 subiu para 16,9%. Em 2008, a taxa de desemprego dos utentes beneficiários do RSI era de 90%⁽²⁴⁾, e a encontrada a partir da nossa amostra foi de 98%. A subida na taxa de desemprego a nível nacional pode explicar a percentagem superior de desempregados encontrada a partir dos resultados da nossa amostra.

Os resultados deste estudo mostraram também a existência de um baixo nível de escolaridade entre os participantes. A educação, inerente ao nível de escolaridade, influencia o conhecimento e a tomada de decisões em relação à saúde oral do próprio indivíduo. Evidências sugerem que indivíduos com menos educação são mais prováveis de terem baixa literacia relativamente à saúde oral, trazendo consequências negativas a este nível.^(20,21)

As doenças orais partilham factores de risco com doenças cardiovasculares, diabetes e determinadas doenças respiratórias.⁽¹⁾ Este tipo de doenças foram auto-declaradas pelos participantes quando questionados acerca da sua história médica: 29,81% apresentavam doenças cardiovasculares, 19,28% doenças respiratórias, e 7,01% apresentava Diabetes Tipo 1 e 2. Observou-se também uma percentagem de 35,08% de indivíduos com depressão no total dos participantes que declararam possuir doença, e uma percentagem de 31,48% e 20,37% que toma

atualmente medicação anti-depressiva e ansiolítica, respetivamente. Diversos estudos referem que a ansiedade, a depressão e o stress se encontram frequentemente associadas a populações de nível sócio-económico mais baixo, e a comportamentos que, direta ou indiretamente, causam efeitos na saúde oral do indivíduo, como aumento do consumo tabágico, de alimentos cariogénicos e diminuição dos cuidados dentários.^(20,21,25,26)

Relativamente a este tipo de hábitos é de salientar a percentagem de indivíduos que, diariamente, consome tabaco (63,2%) numa mediana de 12 cigarros, bem como o número de indivíduos que bebe álcool de uma forma regular (37,5%). Um estudo realizado em Portugal (2007) mostrou que 19% dos indivíduos, em idade adulta, consumiam tabaco diariamente.⁽²⁹⁾ Este valor é inferior ao obtido na nossa amostra. Este tipo de comportamentos têm maior tendência para se desenvolver em populações com estatuto sócio-económico mais baixo, e constituem fatores de risco para a saúde oral, produzindo efeitos como a doença periodontal, o que por sua vez conduz à perda dentária.^(1,7,14,17,20)

Relativamente aos hábitos alimentares, observou-se que a ingestão de refrigerantes se verificava duas ou mais vezes por dia em 34,2% dos participantes, e que 24,3% consumia alimentos açucarados pelo menos uma vez por dia. Estes dados vão de encontro a alguns estudos que revelam uma associação entre a falta de recursos económicos e uma nutrição com alimentos manufaturados, processados e mais rica em açúcares, o que se traduz em graves consequências para a saúde oral, principalmente ao nível da cárie dentária.^(1,7,14,17,20)

Foi também questionado aos participantes se em algum momento da vida os ensinaram a escovar os dentes e, se sim, qual o local de ensino. 48,7% dos participantes diz nunca ter sido ensinado a escovar os dentes. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de indivíduos pertencentes a níveis sócio-económicos mais baixos sofrerem disparidades relativamente ao acesso a condições de saúde, como são os serviços de prevenção e promoção de saúde oral.⁽⁹⁾ Por outro lado, 51,3% diz ter sido ensinada, principalmente em casa (32,1%), na escola (30,8%), e no Médico Dentista (25,6%). Estes valores revelam então a importância da existência deste tipo de serviços, bem como da sua continuidade.⁽⁶⁾

Quando questionados acerca da regularidade de procura de cuidados médico-dentários, 55,9% dos participantes responderam que apenas consultavam o Médico Dentista quando sentiam dores ou algum problema. Relativamente aos cuidados médico-dentários no último ano, os resultados deste estudo mostraram que 66,4% dos participantes não consultaram o Médico Dentista,

principalmente pelo preço elevado das consultas (71,3%) e que, dos 33,6% que consultaram, a razão foi primariamente a dor (51,0%). Isto pode ser explicado por, nas populações mais desfavorecidas, ser observada uma elevada prevalência de barreiras que dificultam o acesso aos cuidados de saúde, que se pode traduzir na presença de dor, infeção, desconforto e limitações da função oral.^(1,18) A maior parte dos sistemas de saúde oral são baseados maioritariamente numa organização privada da Medicina Dentária, e por isso, neste tipo de populações, o investimento em saúde oral é baixo e os recursos são destinados primariamente para situações de emergência e dor.⁽²³⁾

Os utentes beneficiários do Rendimento Social de Inserção correspondem a pessoas ou famílias que se encontram em situação de carência económica grave, e necessitam de apoio para uma melhor integração social e profissional. Eles estão dependentes de ofertas de emprego que dependem do perfil de cada um, de acordo com o mercado em que a oferta se insere.⁽¹¹⁾ A aparência é uma característica inerente ao mercado de trabalho, e vários estudos têm vindo a demonstrar que esta é uma preocupação dos empregadores na escolha dos seus empregados, levando à admissão ou exclusão dos mesmos.^(31,32) De entre os elementos mais importantes na avaliação da aparência física estão a boca e os dentes.⁽³²⁾ Quando questionamos a opinião dos participantes acerca da importância do sorriso no mundo do trabalho, 99,3% afirmou que o sorriso constitui um importante fator, e 45,4% diz já ter sentido, em algum momento da sua vida, que os problemas da sua boca terão interferido com o emprego. Estes resultados mostram o impacto que os problemas dentários têm no mundo do trabalho, pois afetam não só a saúde e o bem-estar, mas contribuem também para um aumento do absentismo, da baixa produtividade, e na perda de oportunidades de trabalho.^(5,18) Este impacto negativo deve-se à insatisfação das necessidades dentárias, que levam a uma aparência e auto-estima reduzidas, bem como a um potencial de ausências frequentes.⁽⁵⁾

As consequências do desemprego ao nível da saúde oral podem acarretar uma fraca utilização de cuidados preventivos devido a razões económicas.⁽⁴⁾ Em consequência da baixa utilização deste tipo de serviços, podem surgir a cárie dentária e a doença periodontal – doenças altamente prevalentes principalmente nas populações economicamente mais desfavorecidas.^(4,19) Na amostra deste estudo observou-se que os principais componentes do índice CPOD foram o Cariado e o Perdido, que apenas 4,93% dos sextantes se encontravam sem sinais de doença periodontal, e que os participantes apresentavam, de uma forma geral, má higiene oral. Os resultados deste estudo mostraram também que quanto maior o número de anos a que os

participantes se encontram a receber o rendimento, maior o consumo tabágico, o número de dentes cariados, e a irregularidade às consultas médico-dentárias. Estes resultados refletem o pouco acesso a que a população estudada tem relativamente à informação sobre saúde oral e ao tratamento precoce deste tipo de doenças.⁽⁹⁾

Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde oral não é tendencialmente gratuita como acontece nos cuidados de saúde geral. Para as populações economicamente mais desfavorecidas, o custo é a maior barreira de acesso a estes cuidados, inibindo estas populações de alcançar uma boa saúde oral e trazendo implicações na participação social e económica do indivíduo.⁽⁵⁾

As desigualdades em saúde oral só poderão ser reduzidas através da implementação de políticas de promoção de saúde oral apropriadas, e que efetivamente contribuam para reduzir o peso das doenças orais e manter a saúde oral e a qualidade de vida.^(19,23) Uma das principais estratégias da OMS para a prevenção e controlo das doenças orais é a redução do nível de exposição a fatores de risco: diminuição do consumo de açúcares e promoção de uma dieta saudável com consumo frequente de frutas e vegetais, implementação de programas de cessação tabágica e de educação para a saúde oral, e a construção de sistemas orientados para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com especial ênfase na satisfação das necessidades de populações mais desfavorecidas economicamente.⁽²³⁾

Conclusão

A redução das desigualdades sociais ao nível da saúde oral está dependente da implementação de estratégias de saúde pública, concentradas nos determinantes que estão subjacentes às doenças orais. A construção e implementação de estratégias requer esforços continuados e um consenso político e social que, a longo prazo, consiga gerir os problemas ao nível da saúde oral desta população de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis.^(14, 17, 23)

Bibliografia

1. Sfeatcu R, et al. Aspects of oral and general health among a community center for the underserved. *J Med Life* 2011; 4(2):168-171.
2. Resenhas. Levantamentos básicos em saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (4):1214-1217.
3. Marlet JM, et al. Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social. McGraw-Hill do Brasil. 1976; 61-65.
4. Quinn BC, et al. The effect of community-level unemployment on preventive oral health care utilization. *Health Serv Res* 2009; 44(1): 162-181.
5. Singhal S, et al. The impact of dental treatment on employment outcomes: a systematic review. *Health Policy* 2013; 109(1): 88-96.
6. Direção Geral de Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: DGS; 2008.
7. Hyde S, et al. Welfare dental intervention improves employment and quality of life. *J Dent Res* 2006; 85(1): 79-84.
8. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83(9): 711-718.
9. Silva RHA, Bastos JRM, Mendes HJ, Castro RFM, Camargo LMA. Dental caries, community periodontal index and oral hygiene in a riverside community. *Rev Gaúcha Odontol* 2010; 58(4):457-462.
10. Serra DF. Análise comparativa do RSI no contexto da crise do estado de bem-estar. Aveiro. Tese [Mestrado em Administração e Gestão Pública] - Universidade de Aveiro, 2012.

11. Instituto da Segurança Social, I.P. Guia Prático – Rendimento Social de Inserção. Instituto da Segurança Social, I.P.; 2012.
12. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: WHO, 1997.
13. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene index. J Am Dent Assoc. 1964; 68: 25-31.
14. Thomson WM. Social inequality in oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2012; 40 (1 2): 28-32.
15. Garcia I, Tabak LA. Global oral health inequalities: the view from a research funder. Adv Dent Res 2011; 23(2): 207-210.
16. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the Surgeon General. J Calif Dent Assoc 2000; 28(9): 685-695.
17. Moyses SJ. Inequalities in oral health and oral health promotion. Braz Oral Res 2012; 26 (1): 86-93.
18. United States General Accounting Office. Oral Health in Low-Income Populations. USA: 2000.
19. Hobdell MH, et al. Oral diseases and socio-economic status (SES). Br Dent J 2003; 194(2): 91-96.
20. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35(2): 81-88.
21. Albino JE, et al. Dental education and changing oral health care needs: disparities and demands. J Dent Educ 2012; 76(1): 75-88.

22. Dye BA, Thornton-Evans G. Trends in oral health by poverty status as measured by Healthy People 2010 objectives. *Public Health Rep* 2010; 125(6): 817-830.
23. World Health Organization. Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention. 2006.
24. Instituto Nacional de Estatística, IP- Portugal. [homepage na internet]. [Accessed in 2013]. Available at: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.
25. Okoro CA, et al. The association between depression and anxiety and use of oral health services and tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(2): 134-144.
26. Marques-Vidal P., Milagre V. Are oral health status and care associated with anxiety and depression? A study of Portuguese health science students. *J Public Health Dent* 2006; 66(1): 64-66.
27. Mossakowski KN. The Influence of Past Unemployment Duration on Symptoms of Depression Among Young Women and Men in the United States. *American Journal of Public Health*. 2009; 99(10): 1826-1832.
28. Gonçalves CM. Evoluções recentes do desemprego em Portugal. *Sociologia - Revista da Faculdade de Letras*. 2005; 15: 125-163.
29. Padrao P, et al. Smoking, alcohol, and dietary choices: evidence from the Portuguese National Health Survey. *BMC Public Health* 2007; 7: 138.
30. Barreto A, Preto CV, Rosa MJV, Chitas P. A situação social em Portugal 1960-1999: Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia. Lisboa: Printer Portuguesa; 2000.
31. Warhurst C. *Aesthetic Labour*. University of Strathclyde, 2000. Available at: <http://www.workandsociety.com/>.

32. Eli I, Bar-Tal Y, Kostovetzki I. At first glance: social meanings of dental appearance. *J Public Health Dent* 2001; 61: 150–154.

33. Gonçalves AT, Palma C. Rendimento Social de Inserção - Relatório Anual 2008. Lisboa: Núcleo de Estudos e Conhecimento do Gabinete de Planeamento; 2009.

ANEXOS

Anexo I

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto Mestrado Integrado em Medicina Dentária

EXPLICACÃO DO ESTUDO

Exmo.(a) Sr.(a),

Eu, Ana Peixoto, estudante do último ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto estou a efetuar o meu trabalho final de curso, cujo tema é “Avaliação da saúde oral de utentes beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)”, o qual integra uma investigação científica. Este estudo encontra-se sob orientação da Prof. Doutora Maria de Lurdes Pereira, e co-orientação da Dr^a. Rosa Mansilha.

Objectivos: Avaliação da saúde oral e dos seus determinantes numa amostra de utentes beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI). As variáveis sócio-demográficas, cárie dentária, doença periodontal, higiene oral, e hábitos e comportamentos do paciente relacionados com a sua saúde oral são exploradas neste estudo.

Metodologia: Para avaliação da cárie dentária, da doença periodontal e da higiene oral de cada participante são utilizados os índices CPO-D, Índice Periodontal Comunitário e Índice de Higiene Oral Simplificado, respetivamente, sob luz natural com recurso a um espelho bucal plano, uma sonda exploradora e uma sonda periodontal. É também aplicado um questionário que incluirá a caracterização sócio-demográfica dos participantes e questões relativas a comportamentos e hábitos relacionados com a saúde oral.

Benefícios: Os benefícios estão presentes na importância da divulgação e conhecimento do estado da saúde oral da população estudada, bem como dos seus hábitos e comportamentos relativamente à sua saúde oral. Realça-se ainda o contributo deste estudo no acréscimo de matéria científica nesta área, devido à escassez de estudos de diagnóstico de saúde oral em adultos, e em populações desempregadas/de estrato socio-económico baixo.

Riscos/Desconfortos: O presente estudo não apresenta qualquer risco para os participantes. Também não se prevê desconforto, excetuando-se aquele que é inerente ao preenchimento do questionário e de um exame clínico não invasivo.

Características Éticas: Durante a realização do estudo, serão consideradas todas as regras éticas descritas na legislação em vigor, nomeadamente quanto ao tratamento e armazenamento de dados onde será garantida a confidencialidade de toda a informação. O preenchimento dos questionários será realizado anonimamente.

Ana Rita Lourenço Peixoto

Data: ____ / _____ / 20____

Declaro que recebi, li e compreendi a informação sobre o estudo

Assinatura do participante:

Anexo II

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

Título: «Avaliação da saúde oral de utentes beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI).»

_____ (nome completo),
compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a), sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra assegurada. Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos desde que irreversivelmente anonimizados.

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do(a) participante:

A Investigadora

Ana Rita Peixoto (tlm: 913587391; a.rita_peixoto@hotmail.com)

A Orientadora:

Prof.^a Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira (mpereira@fmd.up.pt)

A Co-Orientadora:

Dr.^a Rosa Branca Mansilha (rosa.mansilha@csparanhos.min-saude.pt)

Anexo III

Este questionário destina-se a caracterizar a saúde oral dos utentes beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI).

É constituído por 32 questões. O tempo estimado de resposta ao questionário é de aproximadamente 15 minutos.

A participação no estudo é voluntária e toda a informação fornecida é confidencial.

Agradecemos a disponibilidade e colaboração.

Questionário

As perguntas abaixo são relativas à sua **caracterização pessoal**.

1. Sexo

- ₀ Feminino
₁ Masculino

2. Data de Nascimento |__|__|__|__| / |__|__| / |__|__|

(Ano) (Mês) (Dia)

- ₉₉ Não sabe / Não responde

3. Há quanto tempo é beneficiário do rendimento social de inserção? _____ (meses)

- ₉₉ Não sabe / Não responde

4. Actualmente, encontra-se empregado?

- ₀ Não
₁ Sim

Se sim, qual é o seu emprego? _____

5. Qual o seu nível de escolaridade?

- ₁ 1º ao 4º Ano (antigo ensino primário)
- ₂ 2º Ciclo/6º Ano (antigo ciclo preparatório)
- ₃ 3ºCiclo/9º Ano (antigo curso geral)
- ₄ Secundário/12º Ano (antigo curso complementar)
- ₅ Curso Médio ou Superior
- ₉₉ Não sabe / Não responde

6. É portador de alguma doença?

- ₀ Não
- ₁ Sim

Se sim, qual ou quais? _____

7. Toma ou já tomou de forma regular algum medicamento?

- ₀ Não
- ₁ Sim

Se sim, qual ou quais? (escrever no quadro abaixo)

Qual o nome do medicamento?	Porque motivo toma ou tomou a medicação?	Neste momento está efetuar esta medicação	
		Sim	Não

As perguntas abaixo são relativas a **hábitos diários**.

8. É fumador?

₀ Não

₁ Sim

Se sim, quantos cigarros fuma diariamente? |_|_| cigarros

9. Bebe bebidas alcoólicas?

₀ Não

₁ Sim

Se sim, quando?

₁ Dentro das refeições

₂ Fora das refeições

₃ Dentro e fora das refeições

₉₉ Não sabe / Não responde

Se sim, qual a bebida ou bebidas?

10. Consome substâncias ilícitas?

₀ Não

₁ Sim

Se sim, qual ou quais?

₁ Haxixe

₂ Marijuana

₃ Anfetaminas

₄ Cocaína

₅ Ecstasy

₆ Heroína

₇ Alucinogénicos

₈ Outra. Qual ou quais? _____

₉₉ Não sabe / Não responde

As perguntas abaixo são relativas aos seus **hábitos alimentares**.

11. Com que frequência consome refrigerantes (ex. Coca-cola, Iced-tea, etc)?

- ₀ Não consome (Se não consome, avance para a pergunta 13)
- ₁ Raramente
- ₂ 1 vez por semana
- ₃ Pelo menos uma vez por dia
- ₄ 2 ou mais vezes por dia

12. Quando consome refrigerantes, qual o momento do dia?

- ₁ Normalmente no intervalo das refeições
- ₂ Normalmente a acompanhar as refeições
- ₃ Normalmente no intervalo e acompanhar as refeições
- ₄ Normalmente á noite quando já se encontra deitado

13. Com que frequência consome alimentos açucarados (ex. Bolos, bolachas, chocolates)?

- ₀ Não consome (Se não consome, avance para a pergunta 15)
- ₁ Raramente
- ₂ 1 vez semana
- ₃ 1 vez por dia
- ₄ 2 ou mais vezes por dia

14. Quando consome alimentos açucarados, qual o momento do dia?

- ₁ Normalmente no intervalo das refeições
- ₂ Normalmente a acompanhar as refeições
- ₃ Normalmente no intervalo e acompanhar as refeições
- ₄ Normalmente á noite quando já se encontra deitado

15. Evita comer alimentos açucarados (refrigerantes, bolos, chocolates, etc) para prevenir problemas na sua boca?

- ₀ Não
- ₁ Sim

As perguntas abaixo são relativas à sua **saúde oral**.

16. Alguma vez o ensinaram a escovar os dentes?

- ₀ Não
₁ Sim

Se sim, onde?

- ₁ Em casa
₂ No Centro de Saúde
₃ No consultório do Dentista
₄ Em revistas ou jornais
₅ Em programas de TV/Rádio
₆ Nas embalagens de dentífricos e escovas
₇ Outra: _____
₉₉ Não sabe / Não responde

17. Em média, de quanto em quanto tempo consulta o Médico Dentista?

- ₀ Nunca consultei o Médico Dentista
₁ Todos os meses
₂ 6 em 6 meses
₃ 1 vez por ano
₄ Só quando tenho dores ou algum problema na minha boca
₉₉ Não sabe / Não responde

As perguntas abaixo são relativas à sua **saúde oral no último ano**.

18. Em média, quantas vezes escova os seus dentes por dia?

- ₀ Nenhuma (Se escolheu 'Nenhuma', passe para a pergunta 20)
₁ 1 vez
₂ Duas vezes
₃ Três vezes ou mais
₉₉ Não sabe / Não responde

19. Quando escova os dentes, utiliza pasta dentífrica?

- ₀ Não
₁ Sim

20. Utiliza algum meio adicional para escovar os seus dentes? (ex. Fio dentário, escovilhão)

- ₀ Nunca usa
₁ 1 Vez/dia
₂ Mais de 1 vez/dia

- ₃ Ocasionalmente
- ₉₉ Não sabe / Não responde

21. Utiliza regularmente algum produto para bochechar?

- ₀ Nunca usa
- ₁ 1 Vez/dia
- ₂ Mais de 1 vez/dia
- ₃ Ocasionalmente
- ₉₉ Não sabe / Não responde

Se usa, qual ou quais? _____

22. No último ano, consultou o Médico Dentista?

- ₀ Não (Se escolheu 'Não', passe para a pergunta seguinte)
- ₁ Sim (Se 'Sim', passe para a pergunta 24)

23. Qual a razão para, no último ano, não ter consultado o Médico Dentista?

- ₁ Preço elevado das consultas
- ₂ Inexistência de Médico Dentista na área de residência
- ₃ Falta de tempo
- ₄ Não achei necessário
- ₉₉ Não sabe / Não responde

24. Qual a razão para, no último ano, ter consultado o Médico Dentista?

- ₁ Rotina
- ₂ Vigilância (ex. Se usa aparelho ortodôntico)
- ₃ Tratamentos dentários
- ₄ Dor
- ₉₉ Não sabe / Não responde

25. De uma maneira geral, como considera o estado da sua boca?

- ₁ Muito bom
- ₂ Bom
- ₃ Razoável
- ₄ Mau
- ₅ Muito mau
- ₉₉ Não sabe / Não responde

26. Acha que tem um sorriso bonito?

- ₀ Não
₁ Sim

27. No último ano, sentiu dor de dentes?

- ₀ Não
₁ Sim

28. No último ano, sentiu que tinha algum problema na sua boca? (ex. Sorriso inestético, dificuldade a mastigar)

- ₀ Não
₁ Sim

Por último, dê-nos a sua **opinião**.

29. Acha que um sorriso bonito tem um impacto positivo no mundo do trabalho?

- ₀ Não
₁ Sim

30. Sentiu, alguma vez, que as dores ou problemas da sua boca interferiram com o seu trabalho?

- ₀ Não
₁ Sim

31. Sentiu, alguma vez, que as dores ou problemas da sua boca interferiram na sua relação com a sua família, os seus amigos, colegas de trabalho, etc?

- ₀ Não
₁ Sim

32. Se lhe oferecessem consultas no Médico Dentista para tratar os problemas da sua boca, aceitaria?

- ₀ Não
₁ Sim

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo IV

EXAME ORAL

O utente é portador de Prótese Removível?

₀ Não

₁ Sim

Se sim:

₁ Prótese Total Superior

₂ Prótese Total Inferior

₃ Prótese Parcial Superior

₄ Prótese Parcial Inferior

Índice de 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		

Código para o Índice de cárie dentária

Dentes Dentição	São	Cariado	Obturado C/ carie	Obturado s/ carie	Perdido Dev. Carie	Perdido outros motv	Selado	C/ Implante ou Protese Fixa	Não Erupcionado	Excluído	Fraturado
	Temporário	A	B	C	D	E	-	F	G	-	-
Permanente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	T

Índice Periodontal Comunitário (IPC)

16	11	26
46	31	36

Código para o Índice Periodontal Comunitário

0- Gengiva Saudavel	3- Bolsa de 4-5mm profundidade
1- Hemorragia à Sondagem	4- Bolsa com > 6 mm de profundidade
2- Cálculo	X- Sextante Excluído
	9- Não registado

Índice Simplificado de Higiene Oral

- **Índice de Placa**

	Molar direito		Anterior		Molar esquerdo		Total	
	Vestibular	Lingual	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Lingual	Vestibular	Lingual
Superior								
Inferior								

Índice de Placa =

Código para Índice de Placa:

- Grau zero (0) - ausência de induto ou mancha intrínseca;
- Grau um (1) - presença de induto cobrindo não mais de 1/3 da superfície examinada ou ausência de induto, mas presença de mancha intrínseca;
- Grau dois (2) - presença de induto cobrindo mais de 1/3, mas não mais de 2/3 da superfície examinada; poderá haver ou não presença de mancha intrínseca;
- Grau três (3) - presença de induto cobrindo mais de 2/3 da superfície examinada.

- **Índice de Cálculo**

	Molar direito		Anterior		Molar esquerdo		Total	
	Vestibular	Lingual	Vestibular	Vestibular	Vestibular	Lingual	Vestibular	Lingual
Superior								
Inferior								

Índice de Cálculo =

Código para Índice de cálculo:

- Grau zero (0) - ausência de cálculo supra ou subgingival;
- Grau um (1) - presença de cálculo supragengival cobrindo não mais de 1/3 da superfície examinada;
- Grau dois (2) - presença de cálculo supragengival cobrindo mais de 1/3 da superfície, mas não mais de 2/3 da superfície examinada, ou presença de pequenas porções de cálculo subgingival em torno da área cervical do dente;
- Grau três (3) - presença de cálculo supragengival cobrindo mais de 2/3 da superfície examinada ou uma faixa contínua de cálculo subgingival ao longo da região cervical do dente, ou ambos.

Índice de Higiene Oral Simplificado =

Anexo V

Questionário de Caracterização de Recusas

Caracterização sócio-semográfica

1. Sexo

- ₀ Feminino
₁ Masculino

2. Data de Nascimento |__|__|__|__| / |__|__| / |__|__|

(Ano) (Mês) (Dia)

₉₉ Não sabe / Não responde

3. Há quanto tempo é beneficiário do rendimento social de inserção? _____ (meses)

₉₉ Não sabe / Não responde

4. Actualmente, encontra-se empregado?

- ₀ Não
₁ Sim

Se sim, qual é o seu emprego? _____

5. Qual o seu nível de escolaridade?

- ₁ 1º ao 4º Ano (antigo ensino primário)
₂ 2º Ciclo/6º Ano (antigo ciclo preparatório)
₃ 3º Ciclo/9º Ano (antigo curso geral)
₄ Secundário/12º Ano (antigo curso complementar)
₅ Curso Médio ou Superior
₉₉ Não sabe / Não responde



Exma. Senhora
Estudante Ana Rita Lourenço Peixoto
Curso de Mestrado Integrado em
Medicina Dentária da
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

0077

30 JAN. 2013

Assunto: Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do Plano de Atividades a realizar no âmbito da unidade curricular “Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica” do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cujo título é: “Avaliação da saúde oral de utentes beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI)”.

Informo V. Exa. que o projeto supra citado foi:

- **Aprovado** na reunião da Comissão de Ética do dia 23 de janeiro de 2013.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética

António Felino
(Professor Catedrático)