

ANTÓNIO AMADOR DE ALMEIDA

**A PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM ADOLESCENTES
NO DISTRITO DE AVEIRO**

**QUE CONTRIBUTO DO PROGRAMA DE SAÚDE ORAL EM
SAÚDE ESCOLAR
NO VIRAR DO SÉCULO ?**

*DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE MESTRE
EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DO PORTO*

**PORTO
1999**

ANTÓNIO AMADOR DE ALMEIDA

**A PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA EM ADOLESCENTES
NO DISTRITO DE AVEIRO**

**QUE CONTRIBUTO DO PROGRAMA DE SAÚDE ORAL EM
SAÚDE ESCOLAR
NO VIRAR DO SÉCULO ?**

*DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE MESTRE
EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DO PORTO*

**P O R T O
1 9 9 9**

CORPO DOCENTE
DA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DO PORTO

Professor Doutor Adão Fernando Pereira
Professora Doutora Maria Helena Raposo Fernandes
Professor Doutor Fernando Jorge Morais Branco
Professora Doutora Maria Purificação V.S.T. Cummings
Professor Doutor António Cabral Campos Felino
Prof. Doutor João Fernando Costa Carvalho
Prof. Doutor Miguel Fernando Silva G. Pinto
Prof. Doutor Afonso Manuel Pinhão Ferreira
Prof. Doutor Rogério Serapião Martins A. Branco
Prof. Doutor Fernando José Brandão Martins Peres
Prof. Doutor Durval Manuel Belo Moreira
Prof. Doutor Francisco António Rebelo M. Caldas
Prof.^a Doutora Maria Adelaide Macedo C. Capelas
Prof. Doutor José Carlos Pina Almeida Rebelo
Prof. Doutor Mário Jorge Rebolho Fernandes Silva
Prof. Doutor Américo Santos Afonso
Prof. Doutor Artur Manuel Osório Morais Araújo
Prof. Doutor António Manuel Guerra Capelas
Prof. Doutor Manuel Pedro Fonseca Paulo
Prof. Doutor João Carlos G. Ferreira Pinho
Prof. Doutor Acácio Eduardo S. Couto Jorge
Prof. Doutor João Carlos Antunes S. Fernandes
Prof. Doutor César Fernando Coelho L. Silva
Prof. Doutor Germano Neves Pinto Rocha
Prof. Doutor José Albertino Cruz Lordelo
Prof. Doutor José Manuel Carvalho Dias Lopes
Prof.^a Doutora Maria Cristina Pinto C.M.F. Pollman
Prof. Doutor Artur Rego Alves Pinho

MESTRADO

SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA

COMISSÃO COORDENADORA:

PROF. DOUTOR DESPORT MARQUES

PROF. DOUTOR ACÁCIO COUTO JORGE

PROF. DOUTOR HENRIQUE DE BARROS

Este Mestrado foi mais um desvio que caracteriza o rumo multifacetado da minha vida.

Quero agradecer aos mentores deste desvio que culminou na concretização de mais um desafio:

À minha mulher e filhos, pelo contributo capaz de favorecer o equilíbrio necessário à concretização deste desafio;

Ao Prof. Doutor Desport Marques
pela sua excelente e prestigiosa orientação.

Ao Prof. Doutor Acácio Couto Jorge por ter sido o principal mentor;

Ao Dr. Diamantino Matos, Coordenador Sub-Regional de Saúde de Aveiro, pelo incentivo e apoios necessários ao desenvolvimento das actividades integradas no *curriculum* do curso;

Ao Dr. Morais Sarmiento, Director dos Serviços de Saúde da Sub-Região de Saúde de Aveiro, pela amizade, pelo seu espírito aberto no apoio e estímulo à frequência deste mestrado;

***Às Dr.ª Fernanda Loureiro e
Dr.ª Gregória Paixão von Amann***
pelo apoio e entusiasmo dados;

A todo o Corpo Docente do Mestrado
pelo seu estímulo, prestígio e competência científica;

A todos os colegas do Curso do Mestrado
pelo precioso espírito de entreaajuda;

***Aos Centros de Saúde de Espinho, Albergaria-a-Velha e
Águeda*** pela valiosa colaboração na selecção das Escolas e recolha dos dados necessários;

***Às Escolas Secundárias Gomes de Almeida, Manuel
Laranjeiro, Adolfo Portela e a E.B. 2/3 da Branca***, pela disponibilidade e colaboração prestada nos trabalhos de selecção da amostra e observação médico-dentária dos alunos.

GLOSSÁRIO DAS SIGLAS MAIS UTILIZADAS

OMS	Organização Mundial da Saúde.
PSO	Programa de Saúde Oral sob a orientação da Direcção-Geral da Saúde e dirigido às crianças em idade escolar.
DSO	Divisão de Saúde Oral que constituiu um departamento da Direcção-Geral da Saúde de apoio ao Programa de Saúde Oral.
DGS	Direcção-Geral da Saúde.
SIDA	Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida.
CPO	Índice de cárie dentária de utilização na dentição definitiva em que o “C” está relacionado com o número médio de dentes cariados, o “P” com o dos perdidos por cárie e o “O” com o dos obturados.
CPOD	O mesmo que CPO .
INE	Instituto Nacional de Estatística.
IHO-S	Índice de Higiene Oral Simplificado que mede a quantidade de indutos e de cálculo presentes no dente e gengiva adjacente. É chamado <i>simplificado</i> porque as medições são feitas apenas em 6 dentes-índice.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A Saúde Oral visa a prevenção das doenças buco-dentárias em que a cárie e as periodontopatias são as mais comuns. Pela sua prevalência, apesar das medidas existentes capazes de as debelar e controlar e que não são postas em prática, faz com que constituam um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial⁽¹⁾ e a que Portugal não escapa.

São doenças que afectam todos os grupos etários sendo na infância e adolescência os períodos da vida em que a cárie dentária suscita maior preocupação⁽²⁾. Em Portugal, mais de 80,0% da população sofre as nefastas consequências desta morbilidade^(3,4).

A saúde oral é um indicador de saúde que traduz o nível de qualidade de vida do indivíduo e da comunidade⁽⁵⁾. Sem uma boa saúde oral, jamais a saúde do indivíduo poderá ser o “estado de completo bem estar físico, mental e social ”(OMS-1942) ⁽⁶⁾. Saúde, bem estar e auto-estima passam por uma boca sã e cuidada o que facilita a maximização na execução das tarefas através de uma maior eficiência e eficácia na comunicação e relações humanas.

O bem-estar verdadeiro traduz-se nos sucessos conseguidos pela autonomia e desenvolvimento das aptidões individuais que concedam satisfação subjectiva e/ou objectiva⁽⁷⁾. A saúde ao longo da vida do indivíduo oscila entre vários níveis de gradação assente num “processo dinâmico de investimentos, descapitalizações e reinvestimentos no sentido da felicidade, da satisfação das necessidades do bem-estar, do não estar doente” (Grossman R.-1972). O binómio saúde/doença depende de factores biológicos e ambientais. Se os factores biológicos e/ou genéticos podem ter a sua

interferência no aparecimento e desenvolvimento da doença, o ambiente sócio-cultural e económico assumem posição relevante. Os comportamentos da comunidade, da família e do próprio indivíduo orientam o binómio no sentido da saúde ou da doença^(8,9).

A saúde oral, como importante área na saúde pública, implica que os governos das nações, os profissionais de saúde, o indivíduo e a comunidade em geral estejam mobilizados para um mesmo objectivo. Acerca desta corresponsabilidade o Dr.Hiroshi Nakajima, Director-Geral da OMS, aquando das comemorações do Dia Mundial da Saúde, 7 de Abril de 1989, dizia: *“Todos os homens, mulheres e crianças devem estar em posição de escolher modos de vida saudáveis. Por isso, devem estar devidamente informados sobre os assuntos que têm influência sobre a saúde: meio ambiente, água, alimentação, bons e maus hábitos”*⁽¹⁰⁾.

Este é um desafio à promoção da saúde que exige uma escolha individual e colectiva baseada em informação cientificamente válida em que o profissional de saúde, como agente credível que deve ser, terá o dever profissional, ético e moral de informar e orientar o indivíduo e a sociedade para o bem-estar.

A informação (*conhecimento*) será a base estruturante para a motivação quando capaz de induzir estímulos que levem as pessoas:

- 1.º - A quererem ser saudáveis;
- 2.º - A saberem manter-se sãs;
- 3.º - A fazerem o que podem individual e colectivamente para conservar ou promover a saúde;
- 4.º - A procurarem ajuda quando precisam.

Estes quatro itens constituem as bases orientadoras da Educação para a Saúde como processo compreensivo⁽¹¹⁾ cuja responsabilidade deve ser partilhada em qualquer das vertentes da promoção, manutenção e recuperação da saúde ⁽¹²⁾.

Educar, derivando do latim *EDUCARE* (alimentar, criar, ajudar a desenvolver) ou de *EDUCERE* (conduzir, produzir, fazer, criar)⁽¹³⁾ reúne os elementos e objectivos da educação. Saber, acreditar nos conhecimentos obtidos (*interiorização da informação*), saber fazer e fazer (*tomada de decisão*) será a progressão lógica e eficaz da educação para a saúde.

A educação para a saúde é um percurso que deve começar no berço ^(14,15,16,17). A saúde resulta de hábitos e estes não são mais do que gestos, atitudes, comportamentos e actividades que fazem parte do quotidiano da vida activa do indivíduo e, para o qual, se torna imprescindível a sua execução. Os hábitos de saúde, desde o nascer, devem fazer parte do modo de estar na vida para que esta seja mais e melhor. A educação para a saúde não é mais do que percorrer e/ou ajudar alguém a percorrer “caminhos” que proporcionem ganhos em saúde. Esta ganha-se ou perde-se consoante os comportamentos ou estilos de vida que se tiverem.

Em primeiro lugar os pais, de seguida os professores, contando com o apoio dos diferentes técnicos de saúde, são o principal suporte da educação da criança para hábitos de vida saudáveis ⁽¹⁸⁾. Os hábitos estabelecidos na infância e adolescência derivam dos conhecimentos e atitudes fornecidos pela convivência social na família, na escola, entre os amigos e figuras de referência, reforçados pelo mérito das suas vantagens⁽¹⁹⁾.

Por todos os benefícios da Saúde Oral para uma vida saudável, a OMS proclamou para o Dia Mundial da Saúde, 7 de Abril de 1994, o Dia da Saúde Oral, reafirmando que: “*Sem Saúde Oral não haverá Saúde para Todos*”⁽²⁰⁾.

Existem medidas capazes de controlar as doenças buco-dentárias e disso é testemunho a evolução da saúde oral nalguns países desenvolvidos. A cárie e as doenças periodontais são afecções resultantes dos estilos de vida⁽²¹⁾, sendo a prevenção um factor chave de controle, bastando saber e reconhecer os mecanismo da sua etiologia.

1. A CÁRIE DENTÁRIA E AS PERIODONTOPATIAS

Estas doenças apresentam um denominador comum: a placa bacteriana, factor etiológico fundamental para o aparecimento da cárie ⁽²²⁾.

A boca, porta natural da entrada dos alimentos fornecedores dos nutrientes necessários às diferentes funções do organismo, constitui um óptimo meio de cultura para os microrganismos. Nela existem biliões de bactérias. Felizmente a maioria são inofensivas, enquanto outras até são úteis pelo favorecimento da digestão ⁽²³⁾.

O bolo alimentar que se forma pela acção mastigatória dos dentes, ao transitar para o estômago deixa resíduos aderentes ao esmalte das superfícies dentárias, acumulando-se em finas películas com nutrientes e saliva (glicoproteínas) favorecedores do desenvolvimento de bactérias que, em camadas sucessivas, dão origem à chamada placa bacteriana. Esta localiza-se junto à gengiva podendo recobrir a maior parte da superfície dentária e depositar-se nas depressões mastigatórias e nos espaços interdentários.

Os *Streptococcus mutans*, *sanguis*, *salivarius* *mitis*, os *Lactobacillus acidophilus*, *casei* e *Actinomyces viscosus* são os microorganismos mais lesivos pelos produtos resultantes do seu metabolismo. Ao metabolizarem os hidratos de carbono exógenos produzem outros, os glucanos (polisacarídeos endógenos), que se vão sobrepondo na “placa” com a agregação de mais

bactérias. No decorrer de todo este processo é criado um meio ácido, PH <5.5, com o aparecimento de ácidos voláteis como o láctico, pirúvico, acético, propiónico e butírico, sendo o ácido láctico o de maior predominância e poder corrosivo na placa dentária. A hidrólise da sacarose, como dissacarídeo que é, mais rapidamente vai dar origem aos glucanos que são essenciais para a adesão e coesão das bactérias acima referidas e para a activação dos enzimas produzidos e identificados como cariogénicos (21,23,24,25,26,27).

A acção acidogénica sobre o esmalte conduz a um processo de desmineralização, fragilizando as estruturas deste e facilitando a acção destrutiva das bactérias. Esta desmineralização do esmalte, pela dissolução dos cristais de hidroxyapatite, dá origem a lesões de maior ou menor gravidade, de acordo com o tempo de existência da acção das bactérias e seus produtos e da intervenção que permita o restauro das lesões. À destruição das estruturas orgânicas do esmalte e dentina, com a formação de cavidades que podem atingir a pulpa e perda da vida do dente, chama a Medicina de cárie dentária⁽¹⁾.

As periodontopatias englobam as inflamações e/ou infecções das gengivas (gengivites), da pulpa (pulpite), as bolsas periodontais e a destruição dos ossos e ligamentos de suporte dos dentes (25,28,29,30,31).

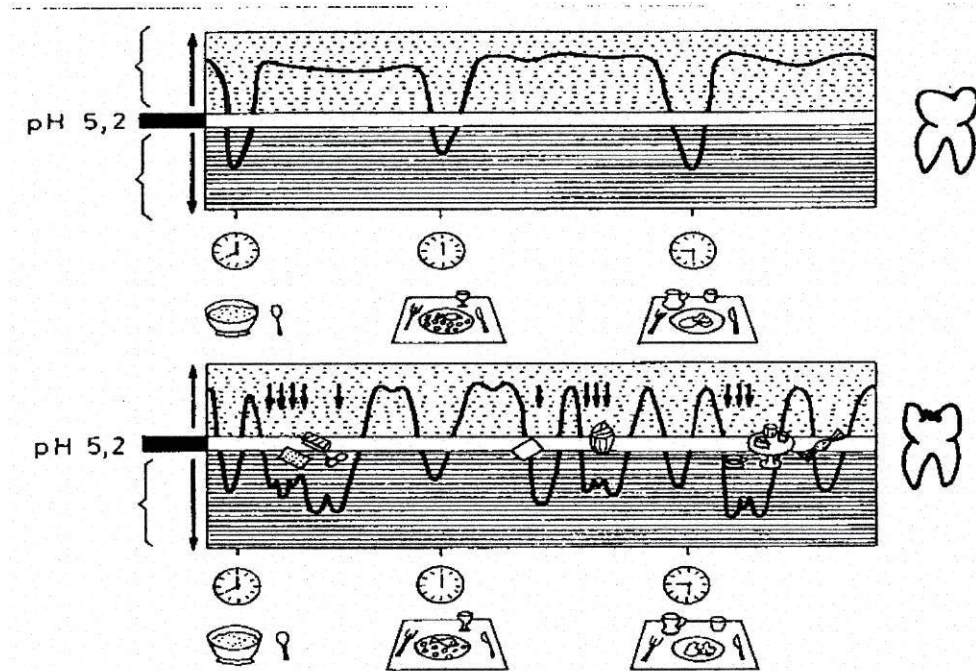
Para este processo etiológico da cárie, segundo o diagrama explicativo (Fig.1) publicado pela primeira vez por Keyes em 1962 e actualizado, mais recentemente, pelo factor tempo,⁽²⁵⁾ torna-se necessária a presença e interacção simultânea de quatro factores importantes: A superfície do dente (hospedeiro), o substrato alimentar, a flora bacteriana e o tempo⁽³²⁾.

Fig. 1 – Factores etiológicos da cárie – Mecanismo de acção



O aparecimento da cárie dentária e as periodontopatias têm uma ligação íntima com a acumulação e duração da placa bacteriana. O *Streptococcus mutans* é das primeiras bactérias a desenvolver-se na película formada sobre o dente (3 a 8 horas). Após 24 horas, outras bactérias colonizam a placa. Os açúcares provenientes da dieta, em especial a sacarose, aumentam a espessura da placa e a velocidade da acção dos agentes que estão na origem das lesões (Fig.2)^(25,32). Estudos há que testemunham haver uma relação da intensidade da cárie com o consumo de alimentos açucarados entre as principais refeições.

Fig. 2 – Relação do PH com as principais refeições e as intermédias



FONTE: Esquema de Bánóczy Y.⁽²⁵⁾

A placa atinge a maturação final após sete dias. Nesta altura as bactérias constituem cerca de 70,0% da placa, embora a sua composição exacta varie com a localização bucal e respectiva acessibilidade à limpeza.

2 . MEDIDAS PREVENTIVAS

O conhecimento da etiologia infecciosa da cárie dentária e a importante função da placa bacteriana permitiu implementar algumas medidas de prevenção. Impedindo a existência do meio favorável ao desenvolvimento microbiano, por certo o controle seria possível, mas só depois dos anos 60 a medicina dentária se empenhou em pôr em prática o velho adágio “*mais vale prevenir do que remediar*”⁽²²⁾. Segundo os modelos de Leavel e Clark(1965)⁽²²⁾, assentes no conhecimento dos factores etiológicos da cárie e doenças periodontais, são propostos três níveis de intervenção como medidas para a

sua prevenção (Quadro 1): prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

QUADRO 1 - *Níveis de intervenção das medidas utilizadas para a prevenção da cárie dentária e doenças parodontais*

PREVENÇÃO PRIMÁRIA	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	PREVENÇÃO TERCIÁRIA
• PROMOÇÃO DA SAÚDE, CONSELHOS DE HIGIENE ORAL E ALIMENTAR; • PROTECÇÃO COLECTIVA : FLUORETAÇÃO DAS ÁGUAS • PROTECÇÃO INDIVIDUAL: ▶ FLÚOR SISTÉMICO E TÓPICO ▶ APLICAÇÃO DE SELANTES DE FISSURA ▶ USO PROFILÁTICO DE BOQUECHOS DE CLUTÓRIOS ANTISÉPTICOS ▶ MEDIÇÃO DOS ÍNDICES DE PLACA E DE INFLAMAÇÃO GENGIVAL	• DIAGNÓSTICO PRECOCE E EXAMES PERIÓDICOS; • TESTES DE SUSCEPTIBILIDADE À CÁRIE; • TRATAMENTOS IMEDIATOS, ESTABILIZAÇÃO RÁPIDA DAS LESÕES (OBTURAÇÕES PROVISÓRIAS, DESTARTARIZAÇÃO E PROFILAXIA) TRATAMENTO DAS INFECÇÕES.	• REABILITAÇÃO : DE HARMONIA, DE ESTÉTICA E DE FUNÇÃO.

As medidas de prevenção primária, se correctamente implementadas, são capazes de proporcionar resultados de excelência no combate a estas enfermidades. O impedir a formação da placa bacteriana através de uma boa técnica de escovagem, a redução da ingestão de hidratos de carbono refinados e transformados por processos culinários em alimentos que facilitem a adesividade, o uso do flúor desde os primeiros meses de vida ^(15,17) e a ida periódica ao médico dentista, constituem os pilares fundamentais para o sucesso da saúde oral. A aquisição destes procedimentos saudáveis é um processo complexo, não podendo os educadores de saúde esperar conversões fáceis.

Nos países industrializados, a promoção da higiene oral, a utilização massiva de pastas dentífricas fluoretadas, a adição, em certos países, de

flúor na água potável, no leite ou no sal e os conselhos em matéria de nutrição foram factores incontestáveis para o êxito sem precedentes da saúde pública ! (12,18,20)

Uma boa técnica de escovagem com uma escova devidamente adequada, praticada duas a três vezes ao dia, reforçada pelo uso do fio dental nos espaços interdentários e aliada aos cuidados alimentares, evitando o uso frequente de alimentos cariogénicos (doces, rebuçados, caramelos, chocolates, gomas e pastilhas com açúcar, etc.) devido à sua concentração em mono e dissacáridos, e, por vezes, modificados na sua consistência, com alta adesividade, são medidas de enorme importância para o controlo e impedimento no aparecimento da placa bacteriana e, deste modo, da cárie e periodontopatias (2,33,34).

O uso do flúor, ligado às medidas supra indicadas, é das armas mais poderosas no combate à cárie dentária (21,35,36,37,38,39,40,41). Da sua acção tópica e/ou sistémica resultam benefícios que se podem agrupar em cinco itens:

1. Aumento da resistência do esmalte;
2. Aceleração da maturação do esmalte;
3. Remineralização das lesões incipientes;
4. Interferência com os microorganismos;
5. Melhoria da morfologia dentária⁽²¹⁾.

Mais recentemente, a aplicação precoce de selantes de fissura, nas faces oclusais dos dentes molares são, constitui outra arma de largo alcance

preventivo (2,24,42,43,44).

A vigilância médico-dentária é outra medida absolutamente necessária para controlo das patologias ainda remanescentes, apesar das medidas atrás definidas como essenciais (2,45).

3 . PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM SAÚDE ORAL - BREVE RESUMO HISTÓRICO

Numerosos estudos, desde o início do século (Mckay,Black,Dean e mais recentemente Th. Marthaler e outros), têm quantificado os benefícios para a saúde dentária, em particular, e a saúde em geral, resultantes do desenvolvimento de programas de educação em saúde oral, especialmente dirigidos a crianças e adolescentes (21,46,47,48,49,50,51).

Os países como a Finlândia, Noruega, Suécia, Dinamarca, Bélgica, Áustria e Estados Unidos da América, Canadá e Austrália, etc. são exemplo do êxito desses programas, tendo registado progressos consideráveis na diminuição da incidência e prevalência da cárie dentária e periodontopatias (52).

É em 1976, com a assinatura do Acordo de Assistência entre o Governo Português e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) que surge o primeiro projecto nacional ligado à prevenção da cárie através da fluoretação das águas de abastecimento público, a exemplo da experiência na área do Concelho de Montemor-o-Novo, cujos resultados apresentaram 92,0% de redução desta patologia no grupo etário dos 0 - 15 anos, residentes e utilizadores da água fluoretada (53) .

Integrado nas actividades do referido projecto, realizou-se em Lisboa, de 19 a 23 de Novembro de 1979, o I Seminário Internacional Sobre a Prevenção da Cárie pela Fluoretação. Este projecto não se desenvolveu até final por

dificuldades de aplicação. Todavia abriu caminho à implementação de outras medidas substitutas da administração do flúor às crianças em idade escolar, como a consciencialização da escovagem e hábitos alimentares equilibrados, de modo a inverter a prevalência da cárie que ultrapassava 80,0% ⁽²⁾.

A partir de então, surgem alguns ensaios com a aplicação destas medidas em áreas abrangidas por alguns Centros de Saúde, nomeadamente na zona de Leiria, vindo a Direcção-Geral de Saúde, na década de 80, a divulgar, entre os profissionais de saúde dos Centros de Saúde, Textos de Apoio sobre Saúde Oral ^(23,33,54,55). Em 1984, foi criada uma Divisão de Saúde Oral na Direcção-Geral da Saúde ligada à Direcção dos Serviços de Saúde Escolar, ano em que surge, ainda que timidamente, o Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar (PSO) dirigido aos alunos do Ensino Pré-Escolar e 1.º Ciclo do Ensino Básico (antigo Ensino Primário) ^(17,55,56,57).

Em 1989, com a divulgação, pela então Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, da Circular Informativa n.º 4/DSO ⁽⁵⁸⁾, de 26 de Janeiro, a Administração Regional de Saúde de Aveiro prepara o arranque do PSO que teve o seu início no ano lectivo de 1990/91, sendo um dos dois últimos distritos a aderir ao projecto. No final desse mesmo ano escolar tinha atingido uma cobertura de 25,6% dos alunos matriculados no Ensino Primário e de 42,0% dos alunos do Ensino Pré-Escolar ⁽⁵⁹⁾, passando, em 1992/93, para 38,4% e 63,6% respectivamente⁽⁵⁹⁾. Cinco anos volvidos, em 1994/95, a cobertura era de 66,3% para o Pré-Escolar e 57,8% para o Ensino Primário⁽⁶¹⁾.

As actividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde resumiam-se em sessões de educação para a saúde nas áreas da higiene (escovagem e fio dental), alimentação saudável e administração de flúor por comprimidos de 0,5 mg ou 1mg aos alunos das Pré-Escolas ou por bochecho de fluoreto de sódio a 2% aos alunos das Escolas Primárias⁽⁶²⁾. Num ou noutro Centro de Saúde, e apenas em situações de urgente intervenção, fazia-se o

encaminhamento das crianças mais carênciadas para consultas de medicina dentária, consultas estas “*mendigadas*” pelas enfermeiras e/ou médicos de família e concedidas generosa e graciosamente pelos médicos dentistas ou estomatologistas.

Ao longo destes anos, no distrito de Aveiro, o programa tem sofrido oscilações na sua implementação, tendo sido os Centros de Saúde de Espinho e Albergaria-a-Velha a dar às actividades uma maior consistência e continuidade.

Não tem sido tarefa fácil para os Centros de Saúde a implementação do PSO por variadíssimas razões, algumas assentes:

1. *Na dificuldade de adesão por parte dos professores, justificada pela falta de condições de instalações sanitárias e agravada com o aparecimento da SIDA;*
2. *Na falta de tempo disponível para um acompanhamento regular;*
3. *Na ausência da corresponsabilização por parte dos pais;*
4. *Na carência de profissionais de saúde oral preparados e disponíveis, constituindo outro grande entrave no desenvolvimento do PSO;*
5. *Na ausência de uma política consistente e global de saúde oral para crianças e adolescente;*
6. *Na dificuldade do envolvimento comunitário.*

A nível de Aveiro, não tem sido feita uma avaliação global capaz de dar o conhecimento real da evolução em termos de ganhos de saúde.

A nível nacional, para além da avaliação feita no início do PSO, o levantamento da situação tem sido feito, muito pontualmente, num ou noutro Centro de Saúde, muito embora, presentemente, a Direcção-Geral de Saúde esteja a realizar um novo estudo para obter dados fidedignos, com técnicos devidamente habilitados e medidas de rastreio calibradas, que possam reflectir os resultados das estratégias preconizadas na redução da prevalência da cárie e doenças periodontais.

Em Junho de 1989, a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, ao divulgar a Avaliação do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, referente ao ano escolar 1987/88⁽⁶³⁾, apresenta os índices de CPO para a dentição permanente, obtidos em 12 distritos, em que para os 6, 8, 10 e 12 anos, foram de 0,17, 0,5, 1,2, 1,7. A percentagem de crianças de 12 anos, atingidas por cárie, situava-se nos 50,0%.

Em 1991, a mesma Direcção-Geral, num levantamento da situação, durante o ano de 1990, em 7 concelhos do distrito de Castelo Branco, apresenta os seguintes indicadores para adolescentes de 15 anos: CPO de 9,2 em que 94,8% dos observados apresentavam cárie⁽⁶⁴⁾.

Com o desenvolvimento das Faculdades de Medicina Dentária do Porto e Lisboa e Coimbra têm surgidos vários trabalhos de investigação, bastante importantes para o diagnóstico e avaliação do nosso estado de saúde oral, creditados pela técnica e valor dos seus autores.

Devido às vicissitudes e dificuldades no decorrer das medidas desenvolvidas pelo PSO e, possivelmente, devido a técnicas de rastreio não igualmente padronizadas, parece que os estudos epidemiológicos feitos, baseados no índice de CPO, não confirmam uma evolução muito optimista no sentido da redução da cárie. Há algumas diferenças entre os estudos divulgados. Veja-se o quadro que se segue :

QUADRO 2 - *Resumo dos estudos sobre a prevalência (CPOD), dentição permanente, da cárie em crianças e adolescentes desde 1980*

ANO	AUTORES	CPOD SEGUNDO AS IDADES				LOCAL
		6 ANOS	9 ANOS	12 ANOS	15 ANOS	
1980	Pereira A. ⁽⁶⁵⁾	0,40	-	3,00	-	V. Castelo
1983	Furtado I. col. ⁽⁶⁶⁾	0,30	-	4,70	-	Sines
1983	Marques MD ⁽⁶⁷⁾	-	-	4,20	-	Açores
1984	Almeida, col. ⁽⁶⁸⁾	0,50	-	3,80	-	L.Chaves
1985	Pereira da Cruz ⁽⁶⁹⁾	-	-	0,210	-	Lisboa
1985	Pontes MT ⁽⁷⁰⁾	1,00	1,00	-	-	Aveiro
1987	Reis E. ⁽⁷¹⁾	0,20	1,30	2,60	-	C. Nova
1988	Pereira e col. ⁽⁷²⁾	1,00	-	4,30	-	V.N.Cerveira
1988	Marques MD e col. ⁽⁷³⁾	0,83	3,00	-	-	Esc. Prim. (?)
1988	Pereira e col. ⁽⁷⁴⁾	0,44	-	3,70	-	Fr. Esp Cinta
1990	Almeida e col. ⁽³⁾	0,50	-	3,150	5,05	Lx./Chaves
1990	Pereira A. ⁽⁷⁵⁾	Urb. 1,20 S/Urb 0,90 Rur 0,80	2,40 2,00 1,80	4,10 2,30 2,50	-	Porto
1997	Sandra Ribeiro ⁽⁷⁶⁾	-	2,27	2,34	-	Lisboa
1996	Fac.Med. Dent./Porto C. de Saúde ⁽⁷⁷⁾	-	1,71	4,76	-	Espinho

4 . OBJECTIVOS DO ESTUDO

Dada a circunstância de o Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar implementado, desde o ano escolar de 1990/91⁽⁵⁹⁾, no Distrito de Aveiro, nunca ter sido objecto de uma avaliação que ultrapassasse as simples percentagens de cobertura das escolas e alunos matriculados, seria oportuno saber a evolução em ganhos de saúde (embora com índices não comparáveis aos distritais anteriores), por inexistentes, mas com outros obtidos a nível nacional e internacional e, ao mesmo tempo, obter um ponto de referência para comparações futuras.

Obter indicadores de saúde fiáveis em saúde oral será absolutamente necessário para avaliação da situação a qualquer momento, de modo a permitir e/ou sugerir a introdução de medidas e estratégias de reforço à intervenção.

A bibliografia consultada é clara ao afirmar que a verdadeira eficácia dos programas de prevenção da cárie dentária deve ser medida após seis anos de intervenção contínua numa comunidade⁽⁶⁾. Assim, se o programa se baseia em actividades e estratégias semelhantes às que tem sido usadas noutras regiões do país e noutros países, parece legítimo que os resultados só serão diferentes, se a qualidade na execução das tarefas também o for.

Os 15 anos é uma idade em que o adolescente, embora inseguro e inconformado com os modelos tradicionais do modo como estar na vida, gosta de estar na moda e ser exigente na sua higiene pessoal, na sua aparência, em especial quando presente o alvorecer do *galanteio* ao sexo oposto. É um estágio da vida que já traduz alguma consistência nos comportamentos de higiene adquiridos ao longo dos anos de escolaridade anteriores.

Dada a raridade de estudos em saúde oral neste grupo etário e sendo que alguns já tiveram hipótese de participar no PSO durante, pelo menos, os quatro anos de 1.º Ciclo do Ensino Básico, pretende-se avaliar qual o seu impacto relativamente aos conhecimentos, comportamentos e prevalência de cárie dentária, comparando três situações:

- 1.^a _ Concelho de Espinho com o PSO, a decorrer desde 1991, apoiado pela Faculdade de Medicina do Porto, com rastreios anuais, não analisados, e administração do flúor aos alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico por comprimidos diários de 1 mg;
- 2.^a _ Concelho de Albergaria-a-Velha com o PSO, a decorrer desde 1991, nos moldes propostos pela Direcção-Geral da Saúde, sem rastreios anuais, com a administração de flúor através de bochecho quinzenal com solução de fluoreto de sódio a 2%;
- 3.^a _ Concelho de Águeda sem participação do PSO, muito embora com acções de educação para a saúde nas escolas.

CAPÍTULO II

MATERIAL E MÉTODOS

1 . TIPO DE ESTUDO

O presente estudo, realizado durante os meses de Fevereiro e Março de 1999, teve como primeiro objectivo recolher os dados necessários para determinar os níveis de cárie dentária, através dos índices de CPOD, e os níveis de conhecimentos e comportamentos na área da prevenção, em adolescentes de 15 anos residentes nos concelhos de Águeda, Albergaria-a-Velha e Espinho, do Distrito de Aveiro. Teve como segundo objectivo fazer uma análise transversal da intervenção do PSO, comparando três realidades diferentes, pelo método de estudo "Pilot Pathfinder".^(78,79)

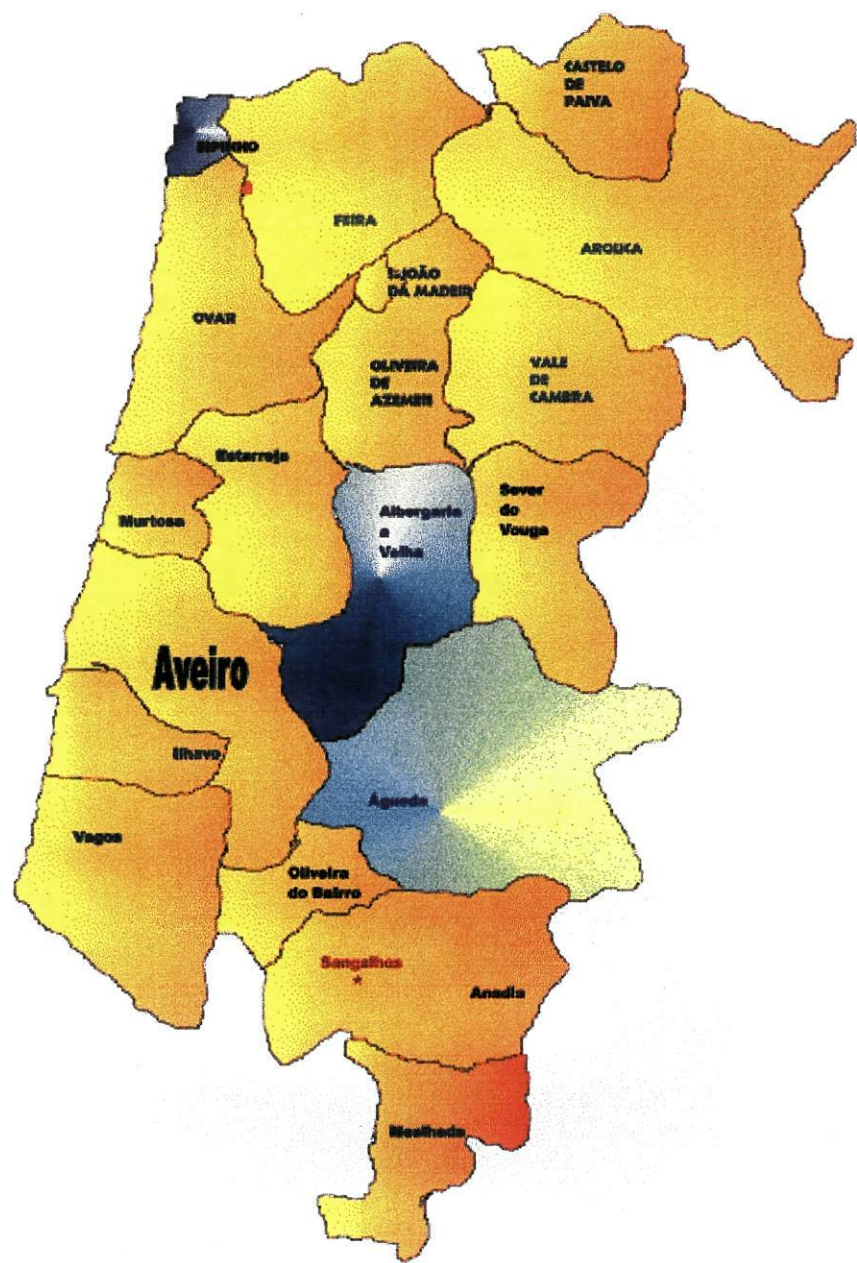
2 . DISTRIBUIÇÃO GEO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

O Distrito de Aveiro (Fig. 3), com uma área de 2.808,2 kms², situado na Beira Litoral, é limitado: a *Nordeste* pelo Massiço da Gralheira e Serra de Montemuro, chegando às margens do Douro; a *Este* pela Serra do Caramulo, a *Sudeste* pela Serra do Buçaco; a *Norte* pelo Concelho de Vila Nova de Gaia (Porto), a *Sul* pelos Concelhos de Cantanhede e Mira (Coimbra) e a *Oeste* pelo Oceano Atlântico. Abrange 197 freguesias, distribuídas por 19 concelhos, com uma população total de 654.265 habitantes, em que o grupo etário dos 10 – 14 anos, segundo fontes do INE de 1996⁽⁸⁰⁾, era de 44.820 e a densidade populacional de 233 habitantes por km². Em 1998, tinha 13.966 crianças matriculadas no Ensino Pré-Primário, 32.838 matriculadas no 1.º Ciclo do Ensino Básico, 10.218 e 10.416 nos 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico, respectivamente, e 3.180 no Ensino Secundário (dados recolhidos pelas Equipas de Saúde Escolar Concelhias junto das Delegações Escolares e Centros de Área Educativa).

Fig. 3 – Mapa do distrito de Aveiro e os Concelhos (em azul) onde o estudo foi feito

DISTRITO DE AVEIRO

CONCELHOS ENVOLVIDOS NA INVESTIGAÇÃO DA SAÚDE ORAL EM ADOLESCENTES



Em termos de estruturas de serviços de saúde públicos, tem 20 Centros de Saúde, localizados nas sedes dos respectivos concelhos, à excepção de Sangalhos, no Concelho de Anadia, que é um dos dois Centros de Saúde aí existentes. Para além dos 20 Centros de Saúde, funcionam 134 Extensões de Saúde, localizadas, em geral, nas sedes das Juntas de Freguesia. Na área hospitalar, o distrito é servido por nove hospitais distritais.

A estrutura de apoio à medicina dentária está centrada no sector privado, assim distribuído pelos três concelhos abrangidos pelo presente estudo:

ESPINHO - População residente.....	35 950 (INE/96)
Clinicas de Medicina Dentária.....	9
Consultórios de Medicina Dentária.....	3
Médicos Dentistas.....	29
Ratio.....	1 Dentista/1.240Hab.

ALBERGARIA - População residente.....	22 520 (INE/96)
Clinicas de Medicina Dentária.....	3
Consultórios de Medicina Dentária.....	2
Médicos Dentistas.....	8
Ratio.....	1 Dentista/2.815Hab.

ÁGUEDA - População residente.....	44 930 (INE/96)
Clinicas de Medicina Dentária.....	4
Consultórios de Medicina Dentária.....	5
Médicos Dentistas.....	11
Ratio.....	1 Dentista/4.084Hab.

Os nove hospitais distritais têm serviço de estomatologia para, apenas, dar resposta a situações de urgência. Três Centros de Saúde têm um médico dentista, encontrando-se apenas um deles com contrato vinculativo aos

serviços. Todas as consultas estão direccionadas para dar respostas aos casos urgentes propostos pelo médico de família, não estando, por isso, integradas em qualquer programa comunitário de prevenção de saúde oral.

3 . SELECÇÃO DA AMOSTRA

Desejando-se com este estudo analisar e comparar três realidades diferentes, optou-se pela escolha de uma amostra por conveniência, segundo o método “Pilot Pathfinder Study”⁽⁷⁸⁾.

Tendo em conta o número de alunos matriculados no 3.º Ciclo do Ensino Básico, já acima referido, e sabendo que a maioria dos adolescentes com 14/15 anos frequentam o 8.º ou 9.º ano de escolaridade, anos integrados no Ensino Obrigatório, previu-se, por estimativa, que o número de alunos adolescentes com 15 anos fosse, aproximadamente, de 3 100.

Assim, a amostra seleccionada foi de 200 adolescentes, correspondendo a 6,4% do universo total para a idade entre os adolescentes estudantes, podendo considerar-se significativa, na base da previsão de menos de 30,0% de adolescentes livres de cárie ⁽⁷⁸⁾ e de acordo com o método de amostragem por estratificação^(81,82)

Esta amostra foi repartida em três grupos: 67 alunos para as Escolas Secundárias Manuel Laranjeira e Gomes de Almeida, no concelho e cidade de Espinho; de 65 para a Escola C+S da Branca, no concelho de Albergaria-a-Velha e de 68 para a Escola Secundária Adolfo Portela, no concelho e cidade de Águeda. A repartição por sexo surgiu aleatoriamente, de acordo com o Quadro 3, de um total de 200 participantes :

QUADRO 3- Distribuição da amostra segundo o sexo e por escolas

SEXO	ESCOLAS						TOTAL	
	ESPINHO		ALB.-A-VEL		ÁGUEDA			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
MASC.	31	46,3	38	58,5	27	39,7	96	48,0
FEM.	36	53,7	27	41,5	41	60,3	104	52,0
TOTAL	67		65		68		200	

O estudo só teve início depois de autorizada uma proposta dirigida ao Coordenador da Sub-Região de Saúde de Aveiro e por ele autorizada (Anexo I).

Seguiram-se os contactos directos com os Directores dos Centros de Saúde dos concelhos seleccionados e, a partir daí, dos Conselhos Directivos das respectivas Escolas, conforme carta enviada (Anexo II).

A selecção teve o apoio dos Conselhos Directivos, após o preenchimento de um inquérito pelo aluno (Anexo III) onde constava o nome, idade de nascimento, participação ou não no PSO, disponibilidade em participar no estudo, ano de escolaridade e respectiva turma.

Com base nesta selecção, foi feita uma escolha aleatória dos participantes a figurar na amostra, dentre os que tinham participado no PSO, durante os quatro anos de escolaridade do 1.º Ciclo do Ensino Básico, nos Concelhos de Espinho e Albergaria-a-Velha e, ainda, dentre os que nunca tinham participado, no Concelho de Águeda.

4 . RECOLHA DOS DADOS

4 . 1 - QUESTIONÁRIO

O questionário sobre os comportamentos e conhecimentos em saúde oral (Anexo IV) preenchido directamente pelo aluno, numa sala de aula, teve a presença do autor do estudo e de uma enfermeira do Centro de Saúde de modo a prestar os esclarecimentos necessários para o completo e correcto preenchimento.

O questionário foi directo e anónimo, muito embora identificado com um número coincidente com o da ficha clínica entregue (Anexo V) simultaneamente ao aluno que, após o preenchimento do respectivo questionário, seguia de imediato para o exame clínico, a ter lugar numa sala contígua. Posteriormente, a ficha clínica era anexada ao questionário do mesmo aluno.

As questões colocadas no questionário relacionaram-se com:

1 . Condições sócio-demográficas

- Sexo
- Ano de escolaridade
- Estabelecimento de ensino
- Actividade profissional da mãe e do pai

2 . Comportamentos em Saúde Oral

- Uso e tipo de flúor
- Idade na primeira ida ao dentista
- Última visita ao médico dentista
- Motivos para a ida ao médico dentista
- Escovagem dos dentes
- Uso do fio dental
- Conhecimento sobre o próprio estado de saúde oral

- Distribuição das refeições e ingestão de alimentos potencialmente cariogénicos
- Grau de higiene (IHO-S)
- Uso de tabaco

3 . Conhecimentos sobre medidas preventivas

- Razões porque se estragam os dentes
- Medidas preventivas
- Medidas de promoção da saúde oral
- Visita periódica ao médico dentista

QUADRO 4 - *As variáveis em estudo e a respectiva definição operacional*

CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS	
Sexo	Rapazes e raparigas
Escola	Espinho, Albergaria-a-Velha e Águeda
Classe Social	Sector 1, 2 e 3 (b)
COMPORTAMENTOS EM SAÚDE ORAL	
Prática do bochecho de flúor	Auto-avaliação em sim e não
Toma de comprimido de flúor	Auto-avaliação em sim e não
Idade da 1.ª ida ao dentista	Auto-avaliação, dicotomizada em Nunca, Não Sabe, <10 e >=10 anos
Última ida ao dentista	Auto-avaliação, dicotomizado em < 1 ano, ≥ 1 e =3 e > 3
Motivo da ida ao dentista	Auto-avaliação, dicotomizado em dor, extracção e outras razões
Frequência da escovagem	Auto-avaliação, dicotomizado em nunca, <1x/dia, 1x/ dia, >2x/dia
Escovagem ao deitar	Auto-avaliação, dicotomizado em sim e não
Uso do fio dental	Auto-avaliação, dicotomizado em nunca, algumas vezes e todos os dias
Uso de dentífrico com flúor	Auto-avaliação, dicotomizado em usa ou não
Conhecimento de ter ou não cárie	Auto-avaliação, dicotomizado em não e sim, se sim n.º de dentes cariados

N.º refeições do dia anterior Ingestão de alimentos e bebidas doces durante as refeições no dia anterior: Ingestão de alimentos e bebidas doces, no dia anterior, fora das principais refeições: Hábitos tabágicos Grau de higiene oral (IHO-S)	Auto-avaliação, dicotomizadas de 1 a 6 refeições Auto-avaliação, dicotomizado de 1 a 6 refeições Auto-avaliação, dicotomizado de 1 a 5 vezes Auto-avaliação, dicotomizado em sim (n.º de cigarros) e não Registo clínico do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) (4) em 0-2 (baixo) e > 2 (alto).
CONHECIMENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS	
Medidas para evitar a cárie Frequência da escovagem Produtos que aumentam a resistência dos dentes Pior momento para comer al. Doces Visitas ao dentista	Dicotomizadas em 6 questões , com 4 verdadeiras, 1 falsa e não sabe Dicotomizadas em 5 questões, com 3 verdadeiras sendo a 3.ª a mais correcta, a 4.ª falsa e a 5.ª para não sabe Dicotomizada em 9 questões, com a 1.ª, 2.ª, 3.ª, 5.ª e 8.ª verdadeiras, 4.ª, 6.ª e 7.ª falsas e a 9.ª para não sabe Dicotomizadas em 5 questões com a 2.ª e 3.ª questões mais correctas, 1.ª e 4.ª erradas e a 5.ª para não sabe Dicotomizadas em 1x/ano, 2x /ano, de 2 em 2 anos, só Quando há dor e em não sabe
(a) Estatísticas Demográficas do INE – 1997- Classificação Nacional de Profissões ⁽⁸³⁾ (b) Os participantes foram classificados como pertencentes a determinada classe social em função da profissão dos pais. Assim, na Classe 1 foram incluídos os quadros superiores da adm. pública e dirigentes de empresas, especialistas das profissões intelectuais e científicas; na Classe 2, pequenos empresários, técnicos e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similar, forças armadas e polícia, pessoal de serviços e similares; na Classe 3 operários, artífices e trabalhadores similares; na Classe 4,agricultores e trabalhadores não qualificados; na Classe 5,desempregado ,falecimento .⁽⁸³⁾ (c) Ver referência bibliográfica ⁽²¹⁾	

4 . 2 - EXAME CLÍNICO

O exame clínico dos adolescentes participantes foi realizado por três médicos dentistas, formandos do Curso no Mestrado de Medicina Oral Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária do Porto, após calibragem inter-examinadores e com a presença e supervisão, em cada sessão, do Prof. Desport Marques.

Os exames foram realizados nos estabelecimentos de ensino seleccionados, em sessões com intervalos de oito dias, entre 15 de Fevereiro e 15 de Março de 1999. Em cada sessão participaram três examinadores acompanhados de um anotador (enfermeira e/ou administrativa do Centro de Saúde da área), com o aluno sentado numa cadeira, de frente para uma janela com boa iluminação natural. Foram usados espelhos dentários planos e sondas, previamente esterilizados. O examinador usava máscara e fazia a substituição de luvas após cada exame.

Em cada exame procedeu-se ao rastreio da cárie (CPOD) e à observação do grau de higiene oral (IHO-S) pela pesquisa de indutos⁽⁸⁴⁾, registando-se os dados de cada observação em ficha própria, elaborada para o efeito (Anexo V).

4. 2 . 1 - Cárie dentária

O registo da cárie dentária teve em conta os dados obtidos pela observação de todas as superfícies dentárias, considerando as cariadas (C), as perdidas (P) e obturadas (O) pelo critério de Klein & Palmer^(22,85). Assim, foram adoptados os critérios segundo a definição operacional dos códigos de registo que figuram no Quadro 5.

QUADRO 5 – Critérios de classificação da cárie dentária

Cada dente a examinar foi registado de acordo com o seguinte código ^(1,2,72) :	
CÓDIGO	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
0 = São	- Quando não apresentar qualquer lesão de cárie clinicamente óbvia.
1 = Cariado	- Quando apresentar lesão de cárie clinicamente óbvia; - Quando a extremidade da sonda penetra e encontra tecido mole, que cede à pressão; - Quando obturada, tenha uma nova cárie ou uma recidiva na restauração existente.
2 = Obturado	- Quando apresentar uma restauração em perfeito estado de conservação sem sinais de recidiva ou de nova lesão de cárie.
3 = Perdido por cárie	- Quando a sua falta possa ser atribuída à evolução de lesão de cárie.
4 = Extracção indicada	- Quando o dente apresentar cavidades abertas e sinais óbvios de exposição ou morte pulpar; - Quando o dente apresentar uma lesão tão profunda, em que tudo leve a crer que se possa atingir a polpa; - Quando o dente tiver lesões que levem a pensar na necessidade de tratamento radicular:
5 = Ausência por causa desconhecida	- Quando um dente não está presente na arcada e não temos evidências clínicas de que essa ausência possa ser atribuída à cárie dentária.
6 = Prótese (fixa ou removível)	- Presença de prótese complementar ou substitutiva de dente perdido por cárie.

4 . 2 . 2 - Higiene Oral

Durante o exame clínico foi feita a avaliação da higiene oral pelo Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S), de Greene & Vermillion ^(1,21,84).

Foram seis as superfícies dentárias examinadas: quatro posteriores e duas anteriores. O exame das superfícies anteriores incidiu sobre as labiais do incisivo central superior direito e incisivo central inferior esquerdo ou, na sua ausência, sobre o central do lado oposto. Quanto às posteriores tivemos, na arcada superior, as superfícies vestibulares e, na inferior, as linguais dos primeiros molares. Na ausência destes dentes, examinavam-se o segundo ou o terceiro molares ^(21,84).

- A medição foi feita apenas em função dos indutos.

O exame foi feito, de acordo com o método de Green & Vermillion⁽⁸⁴⁾, passando a sonda cinco ao longo da superfície dentária.

Os códigos de registo foram os seguintes :

- 0 - Ausência de manchas ou indutos;
- 1 - Indutos que cobrissem até um terço da superfície dentária ou mancha extrínsecas sem indutos, independentemente da área coberta;
- 2 - Indutos que cobrissem mais de um terço e menos do que dois terços da superfície observada;
- 3 - Indutos que ocupassem mais do que dois terços da superfície observada.

O Índice de Placa Simplificado medido pelos indutos foi calculado pela soma dos graus atribuídos às superfícies observadas, dividida pelo número de segmentos examinados , variando de zero a três.

4. 2. 3 - Tratamento estatístico dos dados

O arquivo e processamento informático dos dados recolhidos, quer pelo questionário quer pelo exame clínico, foi feito pelo SPSS 8.0 for Windows⁽⁸⁶⁾, Microsoft Word e Excel.

Foi considerado variável independente o facto de os adolescentes terem sido ou não abrangidos pelo Programas de Saúde Oral. As variáveis dependentes relacionaram-se com a situação do estado de saúde dos dentes, comportamentos e conhecimentos em saúde oral e do sector profissional dos pais.

Determinaram-se as prevalências da cárie e os níveis de conhecimentos e comportamentos.

Pela estatística analítica, compararam-se os resultados obtidos nos três grupos de unidades de observação e testaram-se as hipóteses previamente colocadas, fazendo uso da média, desvio padrão e variância⁽⁸²⁾.

4 . 2 . 4 - Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica sobre a saúde oral em crianças e adolescentes foi feita no intervalo de 1977 - 1999.

A documentação para consulta foi pesquisada através de dados obtidos pela “Medline”, “Internet”.e nas Bibliotecas da Faculdade de Medicina Dentária do Porto e da Sub-Região de Saúde de Aveiro. As fontes de informação foram: artigos publicados em revistas científicas nacionais e estrangeiras, livros de medicina dentária, relatórios, circulares-informativas e orientações técnicas sobre o Programa de Saúde Oral em Idade Escolar da Direcção-Geral da Saúde, assim como documentos da Organização Mundial da Saúde.

CAPÍTULO III

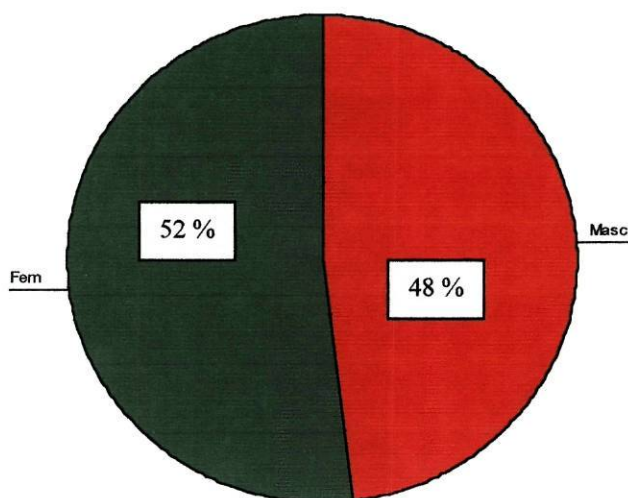
RESULTADOS

1. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

1.1 - Distribuição da amostra total por sexo

Fig. 4 – Distribuição por sexo

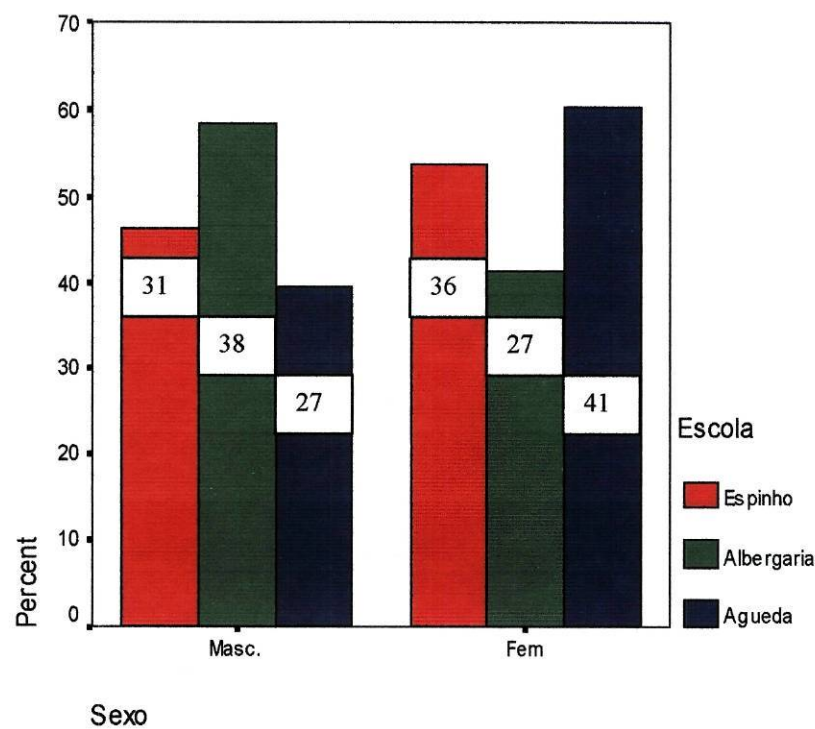
A distribuição da amostra por sexo, conforme fig. 4, repartiu-se por 48,0%(96) para o sexo masculino e de 52,0%(104) para o sexo feminino, de um total de 200 participantes seleccionados aleatoriamente.



Todos os participantes frequentavam o 9.º ano do Ensino Básico, com 15 anos de idade a completar até 31 de Dezembro de 1999.

A distribuição por concelho e respectiva escola foi de 31 alunos do sexo masculino e de 36 do sexo feminino para Espinho, de 38 do sexo masculino e 27 do sexo feminino para Albergaria-a-Velha e de 27 do sexo masculino e 41 do sexo feminino para Águeda (Quadro 3 e fig.5).

Fig. 5 - Distribuição dos adolescentes por sexo e escolas



1 . 2 - Distribuição profissional dos pais por escolas - concelho

QUADRO 6 - Distribuição dos pais por classe profissional e escolas

PROFISSÃO POR CLASSE	ESCOLAS - CONCELHOS											
	ESPINHO				ALBEGARIA				ÁGUEDA			
	PAI		MÃE		PAI		MÃE		PAI		MÃE	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	25	37,3	24	35,8	3	4,6	2	3,1	9	13,2	6	8,8
2	28	41,8	30	44,8	12	18,5	9	13,8	22	32,4	22	32,4
3	8	12,0	6	8,9	44	67,7	13	20,0	28	41,2	21	30,9
4	6	8,9	7	10,5	6	9,2	41	63,1	9	13,2	19	27,9
TOTAL	67		67		65		65		68		68	

Relativamente à distribuição do classe profissional dos pais dos alunos participantes, verificou-se que o classe 1 (*Quadros Superiores, Especialistas*

e Professores) e classe 2 (*Quadros Intermédios – Técnicos, Pessoal Administrativo, Vendedores*) foi predominante em Espinho. Em Águeda a concentração verificou-se nas classes 2 e 3, este último abrangendo *Operários e Artífices*. Em Albergaria-a-Velha a distribuição recaiu com maior peso na classe 3 para os pais, e na classe 4 (*Agricultura e Pessoal Não Classificado*) para as mães (Quadro 6).

A média encontrada para os pais fora de 1,93, 2,82 e 2,54, com um dp de 0,93, 0,66 e de 0,89, respectivamente para Espinho, Albergaria-a-Velha e Águeda. A variância foi significativa, registando-se $p = 0,020$ entre Espinho e Albergaria-a-Velha e $p < 0,005$ entre Albergaria-a-Velha e Águeda.

Para as mães, a média fora de 1,94, 3,43 e 2,78, com um dp de 0,94, 0,85, 0,96, respectivamente para Espinho, Albergaria-a-Velha e Águeda. A variância foi de $p = 0,645$ entre Espinho e Albergaria-a-Velha, de $p = 0,218$ entre Albergaria-a-Velha e Águeda e de $p = 0,472$ entre Espinho e Águeda.

Registou-se uma distribuição diferente entre os três grupos em que a curva gaussiana em Espinho se desviou para a esquerda, em Albergaria-a-Velha para a direita e a de Águeda foi de tendência mais central.

2 . VARIÁVEIS DO COMPORTAMENTO EM SAÚDE ORAL

2 . 1 – Idade da 1.^a visita ao médico dentista

Foi em Espinho, com 17,5%, que se registou a maior percentagem de alunos que desconheciam a “*Primeira visita ao médico dentista*”, seguindo-se Águeda com 15,0%. Dos alunos que afirmaram “*Nunca terem ido ao médico*”, Espinho registou zero respostas, Albergaria-a-Velha sete e Águeda três (Quadro 7).

QUADRO 7 – *Idade da primeira visita ao médico-dentista, percentagens por escolas e amostra total e CPOD*

1.ª VISITA AO MÉDICO	ESCOLAS						TOTAL		CPOD
	ESPINHO		ALBERGARI A-A-VELHA		ÁGUEDA				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
NUNCA	—	—	7	10,8	3	4,4	10	5,0	3,3
DESCONHECE	35	52,2	19	29,2	30	44,1	84	42,0	3,48
< 10 ANOS	29	43,3	20	30,8	30	44,1	79	39,5	4,51
≥ 10 ANOS	3	4,5	19	29,2	5	7,4	27	13,5	4,89
TOTAL	67		65		68		200		

Do total, 42,0% desconheciam a idade da “*Primeira ida ao médico dentista*”, 5,0% afirmaram “*Nunca terem ido ao médico dentista*”.

39.5% registaram como terem ido ao médico dentista “*Antes dos dez anos de idade*” e 13,5% em “*Idade superior ou igual aos dez anos*”.

Observando o Quadro 7, verificou-se que 52,2% dos alunos de Espinho sinalizaram “*Desconhecer a idade da 1.ª visita ao médico dentista*”, enquanto nenhum sinalizou a hipótese “*Nunca*” ter ido ao médico dentista, tendo ficado Águeda logo a seguir, com 44,1% e 4,4%, respectivamente. Albergaria-a-Velha distanciou-se bastante destas posições registando 29,2% para o “*Desconhecimento da 1.ª visita*” e 10,8% para os que afirmaram “*Nunca*” ter ido ao dentista.

Dicotomizando a primeira visita ao dentista “*Antes dos dez anos*” e “*Depois dos dez anos*”, registou-se que 44,1% dos adolescentes inquiridos de Águeda e 43,3% de Espinho sinalizaram “*Antes dos dez anos*” e Albergaria-a-Velha 30,8%.

A visita “*Depois dos dez anos*” foi de 4,5%, 29,2% e 7,4% respectivamente para Espinho, Albergaria-a-Velha e Águeda, registando-se uma diferença significativa entre os grupos de Espinho e Águeda com o de Albergaria-a-Velha.

Relacionando a idade da “*Primeira visita ao médico dentista*” com o CPOD, verificou-se que, no conjunto dos três grupos estudados, quanto mais tarde foi a primeira visita, maior foi o CPOD(4,89). Entre os que referiram “*Nunca*” terem ido ao médico dentista verificou-se o CPOD mais baixo (3,3).

2 . 2 – Ida da última vez ao médico dentista

QUADRO 8 - Ida ao médico dentista pela última vez, por escolas

IDA TEMPO	ESPINHO		ALB.-A-VELHA		ÁGUEDA		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
NUNCA	0	0	1	0,5	0	0	1	0,5
< A 1 ANO	53	26,5	34	17	43	21,5	130	65
1 A 3 ANOS	11	5,5	10	5	14	7	35	17,5
> A 3 ANOS	2	1	12	6	5	2,5	19	9,5
NÃO RESPONDEU	1	0,5	8	4	6	3	15	2,5
TOTAIS	67	33,5	65	32,5	68	34	200	100

Como se pode observar pela Quadro 8, foi em Espinho que se registou a maior percentagem de ida ao médico “*Há menos de um ano*”, correspondendo a 80,6% do seu próprio universo (26,5% do total).

Águeda e Albergaria-a-Velha registaram, respectivamente, 52,3.% (17,0% do total) e 63,2% (21,5% do total). Considerando o universo total dos três concelhos, 65,5% (130) dos adolescentes tinham ido ao médico “*Há menos de um ano*”, 17,5% (35) “*Entre um e três anos*” e 9,5% (19) “*Há mais de três anos*”.

Quatorze (7,0%) alunos de Albergaria-a-Velha e Águeda não responderam. Todos os alunos de Espinho registaram ter feito a visita ao médico-dentista. Na ida ao médico dentista “*Entre um e três anos*”, Águeda apresentou a

maior percentagem, com 20,6% (14). Albergaria-a-Velha foi onde se observou maior frequência à consulta médica no período “*Superior aos três anos*”.

QUADRO 9 – *Ida da última vez ao médico dentista*

ÚLTIMA IDA AO MÉDICO	DENTES CARIADOS		DENTES OBTURADOS		DENTES PERDIDOS		TOTAIS DE DENTES C.P.O.		CPOD	DP
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
< 1 ANO	315	79,1	264	61,1	7	2,3	568	64,8	4,4	3,1
1 A 3 ANOS	87	71,4	34	15,8	2	2,9	121	17,5	3,4	2,58
> 3 ANOS	64	84,2	6	21,4	–	–	70	9,5	3,7	2,8
NR	38	85,8	5	21,4	–	–	43	7	3,1	2,6

Ao observar-se o Quadro 9, os adolescentes que foram ao médico “*Há menos de um ano*”, 79,1% tinham dentes cariadas com um CPOD de 4,40.

Os que procuraram o médico “*Entre um a três anos*”, 71,4% tinham cárie com um CPOD de 3,40.

Os adolescentes que sinalizaram ter ido “*Há mais de três anos*”, 84,2% apresentaram dentes cariados com um CPOD de 3,70.

Dos que não responderam, 85,8% registaram dentes cariados com um CPOD de 3,10.

Em 20,9% dos que foram à consulta “*Há menos de um ano*”, não se registaram dentes cariados, assim como em 28,6% para o período “*Entre um e três anos*”, e 15,8% para “*Mais de três anos*”. Foi encontrado um $p = 0,047$, 0,84 e 0,46, respectivamente, entre os grupos que tinham ido ao médico “*Há menos de um ano*”, “*Entre um a três anos*”, e “*Há mais de três anos*”.

2.3 – Motivo da ida ao médico-dentista

QUADRO 10 - Motivos da visita ao médico-dentista segundo as escolas

RAZÕES IDA AO DENTISTA	ESCOLAS						TOTAL	
	ESPINHO		ALBERGARIA-A- VELHA		ÁGUEDA			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
NUNCA	11	16,4	12	18,5	11	16,2	34	17,0
DORES	11	16,4	15	23,1	14	20,6	40	20,0
VIGILÂNCIA	43	64,2	29	44,6	34	50,0	106	53,0
EXTRAÇÃO	1	1,5	5	7,7	4	5,9	10	5,0
NÃO SE LEMBRA	0	-	3	4,6	3	4,4	6	3,0
NÃO RESPONDEU	1	1,5	1	1,5	2	2,9	4	2,0
TOTAL	67	100	65	100	68	100	200	100

Foi em Espinho onde se declarou uma maior procura do médico dentista por motivos de “Vigilância” com 21,5% da amostra total e 40,6% da local, seguindo-se Águeda com 17,0% e 32,1%, Albergaria-a-Velha com 14,5% e 27,4%, respectivamente.

Os que procuraram o médico dentista, alegando razões de “Dor”, apresentaram um CPOD de 5,03 *versus* 4,01 e 4,07 em relação aos que foram, respectivamente, por “Vigilância” e “Extração” (Quadro 10 e 11).

QUADRO 11 – Motivo da visita ao médico-dentista – distribuição por escolas com percentagens em relação ao total

MOTIVO IDA MÉDICO	ESCOLAS						TOTAL		CPOD
	ESPINHO		ALBERGARIA-A- VELHA		ÁGUEDA				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
NUNCA	11	5,5	12	6,0	11	5,5	34	17,0	3,4
DORES	11	5,5	15	7,5	14	7,0	40	20,0	5,0
VIGILÂNCIA	43	21,5	29	14,5	34	17,0	106	53,0	4,0
EXTRACÇÃO	1	0,5	5	2,5	4	2,0	10	5,0	4,1
NÃO SABE	0	0	3	1,5	3	1,5	6	3,0	2,8
NR	1	0,5	1	0,5	2	1,0	4	2,0	2

O dp foi, respectivamente, de 2,91, 2,87 e 3,25 para os que responderam “Nunca” terem ido ao médico dentista e para os que foram por motivo de “Dores” e por “Vigilância” ($p > 0,05$).

Dos 40 adolescentes que registaram ter ido ao médico dentista por motivos de “Dor”, em 36 (90,0%), foram observados 131 dentes cariados (C). Em 23 (57,5%) foram registados 49 dentes obturados(O), verificando-se que 13 (32,5%) tinham quatro e mais dentes cariados e oito com quatro e mais dentes obturados.

Entre os 106 adolescentes que procuraram o médico dentista por razões de “Vigilância”, 69 (65,1%) tinham 235 dentes cariados, 60 (56,6%) tinham 194 dentes obturados, 28 (26,4%) apresentaram-se com quatro e mais dentes cariados e 26 (24,5%) com quatro e mais dentes obturados.

Entre os dez que foram por razões de “Tratamento/Extracção”, sete (70,0%) apresentaram-se com 37 dentes cariados e três com dez dentes obturados. Em nenhum destes adolescente se verificou qualquer extracção.

2 . 4 - Frequência da escovagem

QUADRO 12 – Frequência da escovagem , distribuição por escolas

ESCOVA OS DENTES	ESCOLAS						TOTAL	
	ESPINHO		ALBERGARI A-A-VELHA		ÁGUEDA			
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1 VEZ /DIA	2	3,0	16	24,6	6	8,8	24	12,0
UMA VEZ/DIA	17	25,4	26	40	25	36,8	68	34,0
> = 2 VEZES/DIA	48	71,6	22	33,9	36	52,9	106	53,0
NÃO RESPONDEU	–	–	1	1,5	1	1,5	2	1,0
TOTAL	67		65		68		200	

53,0% do total dos inquiridos afirmaram fazer a escovagem "*Duas e mais vezes por dia*", cabendo 24,0% a Espinho, 11,0% a Albergaria-a-Velha e 18,0% a Águeda, correspondendo à amostra local 71,6%, 33,8% e 52,9%, respectivamente.

A prática da escovagem "*Uma vez por dia*" registou-se em 34,0% da amostra total. Espinho, Albergaria-a-Velha e Águeda assinalaram 25,4%, 40,0% e 36,8%, respectivamente, referente à amostra local.

A significância da escovagem entre Espinho e Albergaria-a-Velha foi de $p = 0,007$, entre Espinho e Águeda foi de $p = 0,027$, entre Albergaria-a-Velha e Águeda foi de $p = 0,583$.

Em 21, 87,5% dos 24 adolescentes (12,0% do total) que declararam ter escovado os dentes "*Menos de uma vez por dia*", observou-se a existência de uma a oito cáries e um CPOD de 4,00. Dezasseis destes adolescentes pertenciam a Albergaria-a-Velha.

Dos 68 participantes com a prática de escovagem "*Uma vez por dia*", dez (14,7%) não apresentaram cárie (CPO), 47 (78,3%) exibiram entre uma a oito cáries (estando incluídos os dentes cariados, perdidos e obturados) e dez entre nove e 14 cáries. Destes dez, seis são de Águeda, dois de Espinho e dois de Albergaria-a-Velha. O CPOD registado para este grupo foi de 4,71.

Entre os 106 que disseram ter escovado os dentes "*Igual ou superior a duas vezes por dia*", 20 (18,9%) não registaram cárie (CPO), 70 (66,0%) registaram entre uma a oito cáries e 40 (37,7%) tinham entre quatro e seis, enquanto nove (8,5%) adolescentes exibiram entre dez e 15 cáries. O CPOD deste grupo registou o índice 3,69. Não foram encontradas diferenças significativas com as restantes situações.

Relativamente ao sexo, 61,3% das adolescentes declararam ter escovado os dentes "*Igual ou superior a duas vezes por dia*" versus 38,7% dos adolescentes. A diferença entre os sexos é significativa, $p = 0,002$, com o dp de 1,24 para o masculino e de 0,50 para o feminino.

2.5 - Escovagem ao deitar

QUADRO 13 – *Escovagem dos dentes ao deitar- distribuição por escolas*

ESCOVA OS DENTES AO DEITAR	ESCOLAS						TOTAL	
	ESPINHO		ALBERGARI A-A-VELHA		ÁGUEDA			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
SIM	56	83,6	45	67,2	51	75,0	152	76,0
NÃO	11	16,4	18	29,9	16	23,5	45	22,5
NÃO RESPONDEU	0	—	2	2,9	1	1,5	3	1,5
TOTAL	67		65		68		200	

A afirmação positiva sobre a “*Escovagem ao deitar*” foi registada em 152 dos alunos, correspondendo a 76,0% do universo total da amostra, com 28,0%, 22,5% e 25,5% para Espinho, Albergaria-a-Velha e Águeda, respectivamente.

O sexo feminino destacou-se com 42,5% *versus* 33,5 % para o masculino ($p = 0,125$).

Em relação ao CPOD, o d_p para os que “*Não escovaram ao deitar*” foi de 0,49 e de 0,27 para os que “*Fizeram a escovagem*”. O CPOD registado foi de 4,36 para os primeiros (sem escovagem) e de 3,99 para os segundos (com escovagem), não havendo diferença significativa ($p > 0,05$).

2 . 6 - Uso de fio dental

QUADRO 14 - *Frequência do uso do fio dental , distribuição por escolas*

USA ALGUMA VEZ FIO DENTAL	ESCOLAS						TOTAL	
	ESPINHO		ALBERGARIA- A-VELHA		ÁGUEDA			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
NÃO	39	58,2	49	75,4	45	66,2	133	66,3
ALGUMAS VEZES	27	40,3	12	18,5	21	30,9	60	30,0
TODOS OS DIAS	1	1,5	3	4,6	2	2,9	6	3,0
NÃO RESPONDEU	0	—	1	1,5	0	—	1	0,5
TOTAL	67		65		68		200	

Dos 200 alunos que responderam ao questionário, 133 (66,5%) afirmaram “*Não fazer uso do fio dental*” com uma maior percentagem (49 = 24,6%) para Albergaria-a-Velha, seguida de Águeda com 45 (22,6%) e Espinho com 39 (19,5%). Em relação à amostra parcial, a “*Não utilização do fio*”, correspondeu a 58,2%, 75,4% e 66,2%, respectivamente para Espinho, Albergaria-a-Velha e Águeda.

O CPOD dos que declararam “*Não fazer uso do fio dental*” foi de 4,18, enquanto para os que disseram fazer uso “*Algumas vezes*”, o índice ficou pelos 3,62 e para os que declararam fazer “*Uso diário*” atingiu os 6,17. A significância entre os diferentes grupos foi de $p > 0,05$. O dp foi de 2,98 para os “*Não*”, 3,66 para os de “*Algumas vezes*” e de 4,12 para os que afirmaram o “*Uso diário*”.

A utilização “*Diária*” ou “*Temporária do fio dental*” entre os sexos é quase similar, com 13,5% para o masculino e de 19,5% para o feminino, não sendo significativa a diferença.

2 . 7 - *Uso de dentífrico com flúor*

QUADRO 15 – *Uso de pasta dentífrica por escolas*

USA PASTA DENTÍFRICA REGULARMENTE	ESCOLAS						TOTAL	
	ESPINHO		ALBERGARIA- A-VELHA		ÁGUEDA			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
NÃO	1	1,5	3	4,6	1	1,5	5	2,5
COM FLÚOR	53	79,1	55	84,6	53	77,9	161	80,5
SEM FLÚOR	2	3,0	0	–	0	–	2	1,0
NÃO SABE	11	16,4	6	9,2	14	20,6	31	15,5
NÃO RESPONDEU	0	–	1	1,6	0	–	1	0,5
TOTAL	67		65		68		200	

80,5% dos inquiridos referiram fazer “*Uso de pasta dentífrica com flúor,*” havendo uma percentagem quase idêntica nos três concelho. Por ordem de apresentação, o registo por escola foi de 79,1%(26,5% do total) para Espinho, 84,6%(27,5%) para Albergaria-a-Velha e de 77,9%(26,5%) para Águeda. Apenas 1%, no grupo de Espinho, indicou “*Não fazer uso de pasta com flúor*“ e 15,5 % “*Desconheciam*”. Destes Águeda registou 7,0% das respostas.

O sexo feminino apresentou-se com 45,5% a afirmar fazer “*Uso de pasta com flúor*” versus 35,0% do sexo masculino. A declarar o “*Desconhecimento do flúor .na pasta*”, o sexo feminino teve 4,5% respostas contra 11,0% do masculino.

Tendo em conta o “*Uso regular da pasta dentífrica*” entre os sexos, verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre o ter e não ter flúor ($p<0,05$).

O COPD encontrado foi de 4,20 para o “*Não uso de pasta*”, 4,20 para o “*Uso de flúor*”, 4,00 para “*Sem flúor*”.

2.8 - Grau de conhecimento sobre a existência de dentes cariados

QUADRO 16 – Conhecimento da existência de dentes cariados por escolas

DENTES CARIADOS	ESCOLAS						TOTAL	
	ESPINHO		ALBERGARIA-		ÁGUEDA			
			A-VELHA					
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
0	32	47,8	14	21,5	21	30,9	67	33,5
1	3	4,5	3	4,6	7	10,3	13	6,5
2	9	13,4	6	9,2	7	10,3	22	11,0
3	2	3,0	1	1,6	3	4,4	6	3,0
4	1	1,5	1	1,6	1	1,5	3	1,5
DESCONHECE	20	29,8	38	58,4	26	38,2	84	42,0
NÃO RESPONDEU	0	—	2	3,1	3	4,4	5	2,5
TOTAL	67		65		68		200	

42,0% (84) dos alunos referiram desconhecer se tinham cárie. Já 33,5% (67) indicaram não terem cárie, tendo os restantes assinalado ter entre um e quatro dentes cariados. O desconhecimento sobre a existência de cárie nos seus próprios dentes foi sinalizado em 58,5% dos adolescentes de Albergaria-a-Velha, correspondendo a 19,0% do universo total da amostra. O CPOD, observado no registo dos que afirmaram ter um, dois, três e quatro dentes cariados, teve a seguinte correspondência : 2,30, 5,80, 5,00 e 5,50.

Entre os que “Desconheciam”, o CPOD registado foi de 4,90.

Os registos sobre as diferentes respostas entre os sexos foram muito aproximados, não se registando diferenças significativas ($p \Rightarrow 0,062$).

2 . 9 - Hábitos alimentares - Ingestão de alimentos com açúcar

2 . 9 . 1 - Refeições tomadas durante o dia anterior

QUADRO 17 - Distribuição das refeições ao longo do dia por escolas

REFEIÇÕES TOMADAS	ESCOLAS						TOTAL	
	ESPINHO		ALBERGARIA-A- VELHA		ÁGUEDA			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
PEQ. ALM	63	95,4	58	89,2	68	100,0	189	95,4
LANCHE	29	44,0	40	61,5	39	57,3	108	54,5
ALMOÇO	67	100,0	63	98,4	64	94,1	193	97,5
MERENDA	53	80,3	43	67,2	44	64,7	140	70,7
JANTAR	65	98,5	60	93,7	63	92,6	188	94,0
CEIA	30	45,4	10	15,6	17	25,0	57	28,8

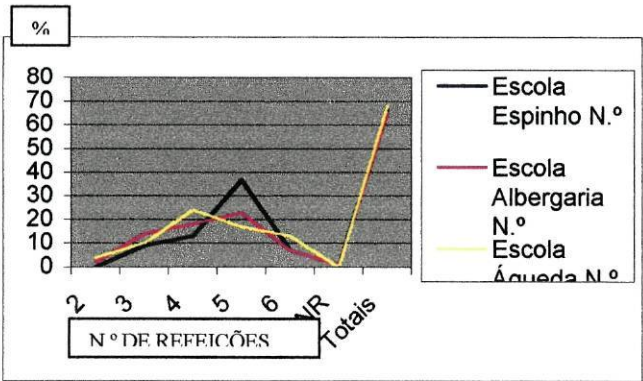
Observa-se, no Quadro 17, que as três principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar) foram tomadas pela quase totalidade dos alunos, verificando-se que 6,0% dos adolescentes não tomaram o jantar e 4,6% o pequeno-almoço.

Águeda apresentou a totalidade dos inquiridos a tomar o peq.almoço, enquanto Albergaria-a-Velha registou apenas 89,2% e Espinho 95,4%.

Em Espinho, 100% tomaram o almoço *versus* 94,7% para Águeda e 98,4% para Albergaria-a-Velha.

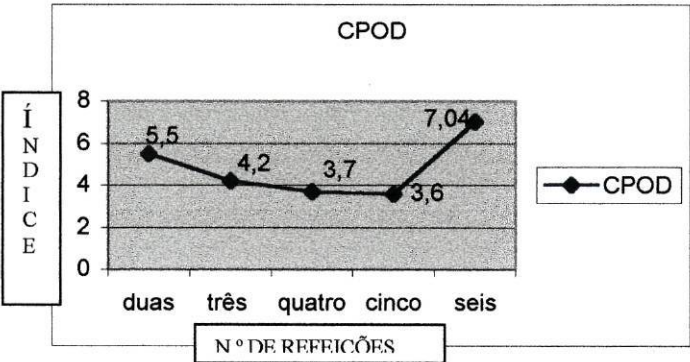
56,1% (37) dos participantes de Espinho ingeriram cinco refeições diárias *versus* 35,9% (23) para Albergaria-a-Velha e 25,0% (17) para Águeda.

Fig. 6 – *Número de refeições/dia tomadas pelos adolescentes*



Consultando a Fig.6, verificou-se que 38,5% do universo total dos adolescentes tomaram cinco refeições, seguidos de 27,5%, 16,5% e 13,5% para os que declararam ter tomado quatro, três e seis refeições respectivamente. Seis (3%) ingeriram apenas duas refeições. O CPOD encontrado foi de 5,50 para os que fizeram duas refeições e de 4,20, 3,70, 3,60 e 7,04 para os que fizeram três, quatro, cinco e seis refeições, respectivamente (Fig. 8).

FIG. 7 - *CPOD segundo o número de refeições*



Os seis alunos que assinalaram ter tomado apenas duas refeições, apresentaram, na totalidade, dentes cariados (CPO).

Os 84,8% que sinalizaram ter feito três refeições tinham dentes cariados (CPO) *versus* 79,6%, 70,1% e 92,6% para os que registaram ter tomado quatro, cinco e seis refeições, respectivamente.

2 . 9 . 2 - Ingestão às refeições de alimentos e bebidas com açúcares

Pelo que se pode observar no Quadro 17, a maioria dos alunos (67,0%) ingeriram doces (*produtos de pastelaria tipo bolos, pastéis e similares*) às refeições e, se lhe juntarmos o consumo de pastilhas, a percentagem sobe para 71,5%. Contudo, as pastilhas podem não ter sido todas com açúcar, dado não ter sido feita a discriminação, por lapso, na pergunta posta no questionário.

A ingestão de rebuçados foi de 25,0%, com igual valor para o chocolate.

O consumo de rebuçados e/ou caramelos e/ou chocolate foi registado em 45,5% dos adolescentes inquiridos.

A adição de açúcar e/ou mel no leite verificou-se em 70,0% dos inquiridos.

QUADRO 18 - *Frequência da ingestão de produtos alimentares com açúcar às refeições*

ALIMENTOS	INGESTÃO ÀS REFEIÇÕES			
	<i>1 Vez</i> %	<i>≥ 2 Vezes</i> %	<i>0 Vezes</i> %	<i>Ingeriram</i> %
DOCES	38,5	28,5	33,0	67,0
PASTILHAS	15,5	6,0	78,5	21,5
DOCES/PASTILHAS	–	–	–	71,5
REBUÇADOS	21,5	3,5	75,0	25,0
CARAMELOS	4,0	1,5	94,5	5,5
CHOCOLATE	20,0	5,0	75,0	25,0
REB/CAR/CHOC	–	–	–	45,5
SUMOS NATURAIS	29,5	16,0	54,5	45,5
REFRIGERANTES	19,5	12,0	68,5	31,5
COCACOLAS	13,0	7,0	80,0	20,0
REFR./COCACOL	–	–	–	40,5
LEITE C/ AÇÚCAR	49,0	21,0	30,0	70,0

O Quadro 19 mostra as diferenças de consumo nos três estabelecimentos de ensino, sendo evidente o registo de uma maior percentagem de alunos em Águeda a consumir produtos alimentares doces, com excepção para os rebuçados.

As diferenças entre Espinho e Albergaria-a-Velha quase não existem, com excepção para os chocolates, com um maior consumo em Espinho (22,7%) em relação a Albergaria-a-Velha (12,3%).

QUADRO 19 - *Percentagem de alunos a ingerir produtos com açúcar por escola durante as refeições*

ALIMENTOS	ESCOLAS		
	ESPINHO	ALB.-A-VELHA	ÁGUEDA
	%	%	%
CARAMELOS	3,0	4,6	8,8
CHOCOLATE	22,7	12,3	39,7
REBUÇADOS	27,3	27,7	22,0
DOCES	68,2	69,2	87,8
PASTILHAS	21,2	20,0	41,2

O consumo de doces “*Igual ou superior a duas vezes*” foi de 36,9% para Espinho, de 26,2% para Albergaria-a-Velha e de 45,6% para Águeda.

O CPOD encontrado para o consumo de doces e pastilhas por “*Uma vez*” e “*Dois vezes*” foi de 3,88 e 5,63, respectivamente. Para os que sinalizaram “*Não ter consumido*” doces e pastilhas, o CPOD foi de 4,54.

Para os que comeram caramelos, rebuçados, chocolates o CPOD foi de 5,20, 4,24 e 3,85 respectivamente. Para os que não consumiram qualquer destes produtos, o CPOD registado foi de 4,25.

Para o consumo de *zero, de uma e de duas vezes* de cocacolas e/ou refrigerantes, o CPOD foi de 4,08, 4,94 e 3,72.

A ingestão de sumos feita às refeições, por 91 alunos, conferiu um CPOD de 5,02 para quem o fez *uma e duas vezes*. O CPOD de 4,18 recaiu para quem declarou ter bebido por *três e mais vezes*. Para os que *não* registaram qualquer consumo, o CPOD encontrado foi de 3,35 .

A ingestão de fruta, por *uma e duas vezes*, atribuiu um CPOD de 3,84, passando para 4,44 quando esta sobe para *três e mais vezes*. Registou-se um CPOD de 4,36 para os que *não* consumiram fruta ao almoço.

2 . 9 . 3 - Ingestão, fora das refeições, de alimentos e bebidas com açúcares

Como se pode observar pelo Quadro 19, o consumo de doces e pastilhas fora das refeições foi registrado em 47,0% dos alunos inquiridos, com 35,5% para rebuçados /caramelos /chocolate.

O consumo de chocolate verificou-se apenas em 0,5%.

A ingestão de refrigerantes ou cocacolas observou-se em 28,8%.

O leite com açúcar ou mel foi consumido por 23,5% dos alunos.

22,0% dos inquiridos ingeriram rebuçados duas e mais vezes.

QUADRO 20 - Frequência do consumo de produtos com açúcar fora das refeições

ALIMENTOS	INGESTÃO FORA DAS REFEIÇÕES			
	1 vezes %	≥ 2Vezes %	0 Vezes %	Ingeriram %
DOCES	19,0	12,0	69,0	31,0
PASTILHAS	10,0	18,5	71,5	28,5
DOCES/PASTILHAS	—	—	—	47,0
REBUÇADOS	12,0	22,0	66,0	34,0
CARAMELOS	3,0	2,5	94,6	5,5
CHOCOLATE	—	0,5	99,5	0,5
REB/CAR/CHOC	—	—	—	35,5
SUMOS NATURAIS	9,5	13,5	77,0	23,0
REFRIGERANTES	11,5	10,5	78,0	22,0
COCACOLAS	8,5	5,5	86,0	14,0
REFR./COCACOL	—	—	—	28,8
LEITE C/ AÇÚCAR	14,5	9,0	76,5	23,5

No Quadro 21, constam os produtos mais consumidos pelos alunos de cada uma das escolas, verificando-se, fora das refeições, um menor consumo de doces e/similares em Espinho.

Em Albergaria-a-Velha registou-se um maior consumo de rebuçados (30,8%) e de pastilhas (35,4%), enquanto em Águeda foi onde se assinalou maior consumo de doces, com 36,8% dos inquiridos.

QUADRO 21 - *Percentagem de alunos a ingerir produtos com açúcar, fora das refeições por escolas*

ALIMENTOS	ESCOLAS		
	ESPINHO %	ALBERGARIA-A- VELHA %	ÁGUEDA %
CARAMELOS	1,5	9,2	5,9
CHOCOLATE	0,0	0,0	1,5
REBUÇADOS	22,7	30,8	22,0
DOCES	24,2	30,8	36,8
PASTILHAS	19,7	35,4	30,9

É de referir que todos os alunos de Espinho que consumiram rebuçados o fizeram por “*Duas e mais vezes*”, enquanto em Albergaria-a-Velha e Águeda foi de 23,1% e 20,6%, respectivamente.

7,6%, 10,7% e 20,6% dos alunos, respectivamente de Espinho, Albergaria-a-Velha e Águeda, consumiram “*Duas e mais vezes doces*” fora das refeições. Já o consumo de pastilhas foi de 18,2%, 20% e 23,5%.

Para o consumo de “*Uma e duas vezes*”, fora das refeições, o CPOD foi de 4,45 para os doces, e de 4,04 para as pastilhas, aumentando para 5,00 e 4,67 nos consumos “*Iguais ou superiores a três vezes*”. Entre os alunos que não ingeriram destes produtos, o CPOD foi de 3,92.

Em relação ao consumo por “*Uma e duas vezes*”, os valores do CPOD encontrados foram de 5,00 para os caramelos, e de 3,88 para os rebuçados, passando o CPOD para 5,21 entre os consumidores de rebuçados por “*Mais*

do que duas vezes". Para a não ingestão de qualquer destes produtos, o CPOD foi de 3,98.

O consumo por *"Uma e duas vezes"*, conferiu um CPOD de 5,10 para as cocacolas, e de 4,21 para os refrigerantes, passando para 9,67 quando o consumo de refrigerantes se declarou *"Superior a duas vezes"*.

Para o não consumo destes produtos, o CPOD registado foi de 3,91.

A ingestão de sumos por *"Inferior a três vezes"* e *"Igual ou superior a três vezes"* indicou os seguintes CPOD,s : 5,12 e 5,38.

O CPOD encontrado para os que declaram *"Não ter bebido"* sumos foi de 3,73.

Para os alunos que consumiram fruta *"Três e mais vezes"* o CPOD registado foi de 6,31 *versus* 3,69 para os que o fizeram *"Uma e duas vezes"* e de 3,99 para os que afirmaram *"Não"* terem feito qualquer consumo.

2 . 10 - Grau de Higiene Oral (IHO - S)

No exame clínico para avaliação do IHO-S e CPOD não compareceram dois alunos, resultando, daí, a observação de apenas 198 adolescentes.

Dicotomizando o grau de higiene (IHO-S) até dois e mais de dois, registaram-se no primeiro grupo 178 alunos (90,8%) e no segundo grupo 20 (9,2%).

Os CPOD's mais elevados registaram-se, em geral, nos indivíduos com o IHO-S igualmente mais elevado (Quadro 22).

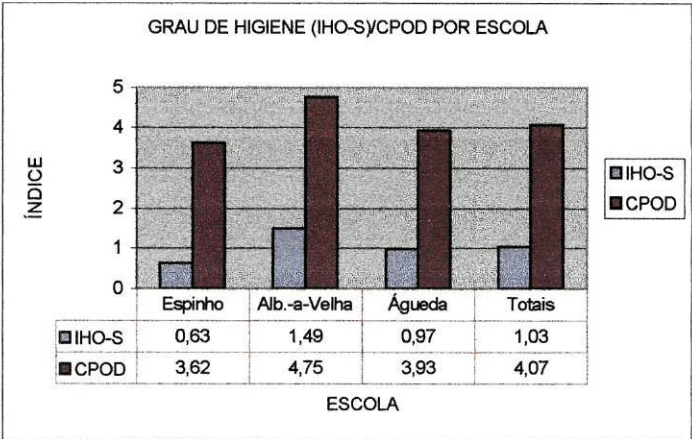
O IHO-S referente à amostra global foi de 1,03.

QUADRO 22 - Índices de IHO-S e respectivos CPOD,s

N.º SUPERFÍCIES		ALUNOS	IHO-S	CPOD
<i>n</i>	<i>Total</i>	<i>n</i>		
0	0	16	0,00	3,50
1	17	17	0,16	2,80
2	32	16	0,19	3,00
3	54	18	0,50	3,40
4	48	12	0,66	3,40
5	55	11	0,83	4,00
6	162	27	1,00	3,40
7	119	17	1,11	4,80
8	48	6	1,23	3,00
9	171	19	1,50	4,30
10	60	6	1,66	7,20
11	22	2	5,50	5,50
12	156	13	2,00	6,50
13	52	4	2,16	5,50
14	42	3	2,33	6,30
15	30	2	2,50	3,00
16	16	1	2,60	4,00
17	51	3	2,80	2,00
18	72	4	3,00	4,50
20	20	1	3,30	0,00
TOTAL		1 227	1,03	4,07

Pela observação da Fig.8, as Escolas com o IHO-S mais baixo registaram igualmente um CPOD mais baixo.

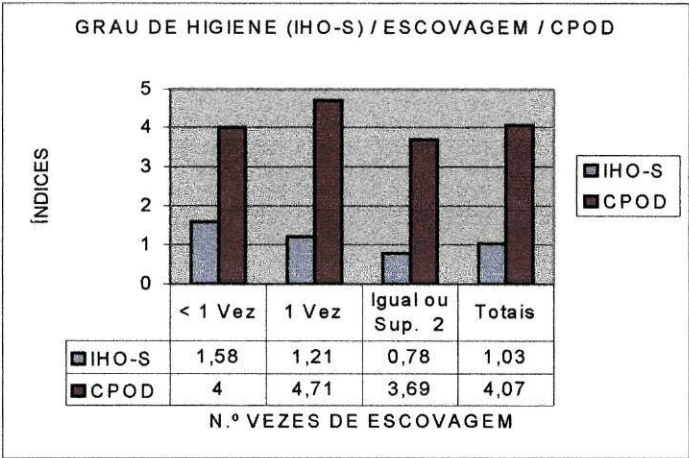
Fig .8 - Relação do IHO-S com o CPOD por escola



A Fig.9 mostra a correspondência do IHO-S com a frequência de escovagens e CPOD.

O IHO-S mais baixo (0,78) registou-se entre os alunos que afirmaram ter feito a escovagem “Duas e mais vezes”, coincidindo com o CPOD, igualmente, mais baixo (3,69).

Fig. 9 – Relação da frequência da escovagem com o IHO-S e CPOD



3 - VARIÁVEIS SOBRE O CONHECIMENTO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS

3 . 1 - Porque razão se estragam os dentes ?

Foram registados 88,0% dos alunos a referir como principal causa de danos para os dentes a “Ingestão de doces” (Quadro 23) e 77,5% a “Falta de

higiene". A *"Falta de higiene"* foi em Albergaria-a-Velha sinalizada por 61,5% dos alunos, seguindo-se Águeda por 80,9% e Espinho por 89,6%.

A *"Ingestão de doces"*, em Albergaria-a-Velha, apresentou-se com 86,2% registos, Águeda com 82,4% e Espinho com 95,5%.

Considerando como respostas certas a sinalização da *"Falta de higiene"* e *"Ingestão de doces"*, Espinho registou 80,6% das respostas correctas, Albergaria-a-Velha 49,2% e Águeda 54,4%, correspondendo a 61,5% da globalidade da amostra.

QUADRO 23 - Distribuição das razões porque se estragam os dentes por escolas

RAZÕES	ESCOLAS							
	ESPINHO		ALBERGARIA-A-VELHA		ÁGUEDA		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 - FALTA DE HIGIENE	60	89,6	40	61,5	55	80,9	155	77,5
2 - INGESTÃO DE DOCES	64	95,5	56	86,2	56	82,4	176	88,0
3 - USO DE ESCOVAS RIJAS	3	4,5	2	3,1	4	5,9	9	4,5
4 - É NATURAL ESTRAGAREM	1	1,5	1	1,5	7	10,3	9	4,5
5 - USO DE FLÚOR	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	0,5
6 - ABUSO DE MARISCO	0	0,0	2	3,1	0	0,0	2	1,0
7 - NÃO SABE	0	0,0	5	7,7	2	2,9	7	3,5
8 - NÃO RESPONDEU	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	0,5
TOTAL DE ALUNOS	67		65		68		200	

Observando o Quadro 24, 68,0% do sexo feminino indicou as respostas correctas ultrapassando, significativamente, o sexo masculino cujas respostas ficaram pelos 53,1%.

QUADRO 24 - Distribuição das razões porque se estragam os dentes por sexo

RAZÕES	SEXO					
	MASC.		FEM.		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 - FALTA DE HIGIENE	67	69,8	88	84,6	155	77,5
2 - INGESTÃO DE DOCES	78	81,3	98	94,2	176	88,0
3 - USO DE ESCOVAS RIJAS	3	3,1	6	5,8	9	4,5
4 - É NATURAL ESTRAGAREM	4	4,2	5	4,8	9	4,5
5 - USO DE FLÚOR	1	1,0	0	0,0	1	0,5
6 - ABUSO DE MARISCO	2	2,1	0	0,0	2	1,0
7 - NÃO SABE	6	6,3	1	1,0	7	3,5
8 - NÃO RESPODEU	1	1,0	0	0,0	1	0,5
TOTAL DE ALUNOS	96		104		200	

3 . 2 - Como se pode evitar a cárie ?

Através do Quadro 25 , observa-se que a medida preventiva mais registada foi a *“Escovagem dos dentes”* com 95,5% em Espinho, 94,1% em Águeda e de 81,5% em Albergaria-a-Velha, com 90,5% de registos no conjunto dos três grupos. Segue-se, na ordem decrescente, o *“Evitar os doces”* e *“Uso de fio dental”* com diferenças significativas entre as três escolas, tendo Espinho 83,6% de registos com respostas afirmativas, em ambos os itens, distanciando-se, relativamente à *“Restrição de doces”*, em 19,0% com Albergaria-a-Velha e em 5,7% com Águeda.

Considerando como resposta totalmente correcta a sinalização das quatro primeiras questões dos Quadros 24 e 25, observou-se o registo de 16 (23,9%) respostas em Espinho, 13 (20,0%) em Albergaria-a-Velha e 16 (23,5%) em Águeda, com um total de 45 (22,5% da amostra global).

QUADRO 25 - Distribuição das respostas sobre as medidas preventivas da cárie por escolas

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	ESCOLAS							
	ESPINHO		ALBERGARIA-A- VELHA		ÁGUEDA		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1- ESCOVAGEM DOS DENTES	64	95,5	53	81,5	64	94,1	181	90,5
2 – EVITAR OS DOCES	56	83,6	42	64,6	53	77,9	151	75,5
3 – USO DE FLÚOR	56	83,6	41	63,1	43	63,2	140	70,0
4 – USO DE FIO DENTAL	19	28,4	15	23,1	22	32,4	56	28,0
5 - É DIFÍCIL EVITAR	3	4,5	4	6,2	1	1,5	8	4,0
6 – NÃO SABE	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	0,5
7- NÃO RESPONDEU	0	0,0	1	1,5	1	1,5	2	1,0
TOTAL DE ALUNOS	67		65		68		200	

Como se pode observar pelo Quadro 26, o sexo feminino predominou na sinalização das 4 primeiras medidas, com 24,0% (25) das alunas *versus* 20,0% (20) dos alunos.

QUADRO 26 - Distribuição das respostas sobre as medidas preventivas, por sexo

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	SEXO					
	MASC.		FEM.		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 – ESCOVAGEM DOS DENTES	86	89,6	95	91,3	181	90,5
2 - EVITAR OS DOCES	70	72,9	81	77,9	151	75,5
3 - USO DE FLÚOR	65	67,7	75	72,1	140	70,0
4 - USO DE FIO DENTAL	25	26,0	31	29,8	56	28,0
5 - É DIFÍCIL EVITAR	5	5,2	3	2,9	8	4,0
6 - NÃO SABE	0	0,0	1	1,0	1	0,5
7 - NÃO RESPONDEU	2	2,1	0	0,0	2	1,0
TOTAL DE ALUNOS	96		104		200	

3.3 - Quantas vezes se devem lavar os dentes ?

A questão “Depois das refeições” foi sinalizada por 82,5% dos adolescentes. 94,0% foi a percentagem dos alunos de Espinho a responder afirmativamente a esta questão *versus* 70,8% para Albergaria-a-Velha e 82,4% para Águeda.

Ao conjunto das questões um, dois e três, segundo a ordem do Quadro 27, responderam 165 alunos (82,5%), em que 63 (31,5%) alunos pertenciam a Espinho, 46 (23%) a Albergaria-a-Velha e 56 (28 %) a Águeda.

Em relação ao sexo, a sinalização aos itens um, dois e três, teve a seguinte distribuição: 87,5% (91) para as raparigas e 78,1% (75) para os rapazes.

QUADRO 27 - Distribuição das respostas sobre a frequência da escovagem dos dentes por escolas

FREQUÊNCIA DA ESCOVAGEM	ESCOLAS							
	ESPINHO		ALBERGARIA- A-VELHA		ÁGUEDA		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n.</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 - TODOS OS DIAS DE MANHÃ	16	23,9	17	26,2	15	22,1	48	24,0
2 - TODOS OS DIAS AO DEITAR	17	25,4	13	20,0	14	20,6	44	22,0
3 - DEPOIS PRINC.REFEIÇÕES	63	94,0	46	70,8	56	82,4	165	82,5
4 - SÓ SÁBADOS/DOMINGOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 - NÃO SABE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 - NÃO RESPONDEU	0	0,0	1	1,5	1	1,5	2	1,0
TOTAL DE ALUNOS	67		65		68		200	

Com uma diferença de 11,6% foi o intervalo percentual registado entre as respostas do sexo feminino (86,5%) e do sexo masculino (78,1%) à questão “Depois das principais refeições” (Quadro 28).

QUADRO 28 - Distribuição das respostas sobre a frequência da escovagem diária, por sexo

FREQÜÊNCIA DA ESCOVAGEM	SEXO					
	MASC.		FEM.		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 – TODOS OS DIAS DE MANHÃ	28	29,2	20	19,2	48	24,0
2 – TODOS OS DIAS AO DEITAR	26	27,1	18	17,3	44	22,0
3 – DEPOIS PRINC. REFEIÇÕES	75	78,1	90	86,5	165	82,5
4 – SÓ SÁBADOS/DOMINGOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 – NÃO SABE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 – NÃO RESPONDEU	2	2,1	0	0,0	2	1,0
TOTAL DE ALUNOS	96		104		200	

3 . 4 - Que produtos conheces para tornar os dentes mais resistentes?

Conforme se pode observar pelo Quadro 29, o “*Uso da pasta dentífrica*” é a resposta mais referida com um registo de 81,0%, entre o universo total dos inquiridos, com 89,6% entre os inquiridos em Espinho, 72,3% em Albergaria-a-Velha e 80,9% em Águeda.

O Quadro 29 regista um maior volume de respostas para o sexo feminino com 86,5% *versus* 75,0% para o sexo masculino.

QUADRO 29 - Distribuição das respostas por escolas e produtos

MEDIDAS DE PROTECÇÃO	ESCOLAS							
	ESPINHO		ALBERGARIA-A- VELHA		ÁGUEDA		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 – FLÚOR	59	88,1	44	67,7	46	67,6	149	74,5
2 - PASTA DENTÍFRICA	60	89,6	47	72,3	55	80,9	162	81,0
3 – FRUTA E LEITE	39	58,2	27	41,5	31	45,6	97	48,5
4 – REFRIGERANTES C/VIT.C	12	17,9	9	13,8	14	20,6	35	17,5
5 – CENOURA	9	13,4	7	10,8	13	19,1	29	14,5
6 – CHOCOLATE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7 - LEITE C/ MEL	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	0,5
8 – PEIXE	1	1,5	0	0,0	2	2,9	3	1,5
9 - NÃO SABE	2	3,0	4	6,2	3	4,4	9	4,5
10 - NÃO RESPONDEU	0	0,0	1	1,5	1	1,5	2	1,0
TOTAL DE ALUNOS	67		65		68		200	

Considerando, por respostas correctas, o registo do conjunto das questões um, dois, três, cinco e oito (segundo a ordem que aparecem nos Quadros 29 e 30), não houve qualquer sinalização para o conjunto destes itens. Para o conjunto das questões um, dois, três e oito apenas houve o registo por dois alunos. Para o conjunto um, dois, três e cinco foram registadas 11 respostas. O maior número de respostas foi observado no conjunto das questões um e dois (*Flúor e pasta dentífrica*) com 42. Para o conjunto das questões um, dois e três (*Flúor, pasta dentífrica e fruta+leite*) o número de respostas foi de 39 (19,5%) e com 19 (9,5%) de respostas para o conjunto dois e três (*Pasta dentífrica e fruta+leite*).

17,5 % referiram “*Os refrigerantes com Vit.C*” como produtos protectores.

QUADRO 30 - Distribuição das respostas sobre os produtos protectores dos dentes, por sexo

MEDIDAS DE PROTECÇÃO	SEXO					
	MASC.		FEM.		TOTAIS	
	n	%	n	%	n	%
1 – FLÚOR	67	69,8	82	78,8	149	74,5
2 – PASTAS DENTÍFRICAS	72	75,0	90	86,5	162	81,0
3 – FRUTA E LEITE	43	44,8	54	51,9	97	48,5
4 – REFRIGERANTES C/ VIT.C	16	16,7	19	18,3	35	17,5
5 – CENOURA	15	15,6	14	13,5	29	14,5
6 – CHOCOLATE	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7 – LEITE C/ MEL	1	1,0	0	0,0	1	0,5
8 – PEIXE	2	2,1	1	1,0	3	1,5
9 - NÃO SABE	6	6,3	3	2,9	9	4,5
10 –NÃO RESPONDEU	2	2,1	0	0,0	2	1,0
TOTAL DE ALUNOS	96		104		200	

3 . 5 - Em que altura do dia é pior comer os alimentos doces ?

49,0% dos adolescentes sinalizaram a questão “*Ser sempre mau comer alimentos doces*”, seguida de “*Ao deitar*” com 29,5% de respostas. Para a questão “*Entre as principais refeições*” o registo de respostas foi de 13,0% dos inquiridos. Considerando, totalmente correcta, as respostas que englobariam as afirmações “*Entre as principais refeições*” e “*Ao deitar*” foram indicadas por 10 (5,0%) alunos, em que Albergaria-a-Velha sinalizou seis respostas correctas.

A nível parcial, Albergaria-a-Velha registou 36,9% dos alunos a responderem “*Ao deitar*” versus 26,9% e 25,0% respectivamente para Espinho e Águeda.

QUADRO 31 - Distribuição das respostas segundo as escolas sobre o pior momento para ingerir os produtos doces

ALTURA IDEAL PARA COMER DOCES	ESCOLAS							
	ESPINHO		ALBERGARIA- A-VELHA		ÁGUEDA		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 - APÓS REF. PRINCIPAIS	4	6,0	7	10,8	6	8,8	17	8,5
2 - ENTRE REF. PRINCIPAIS	5	7,5	10	15,4	11	16,2	26	13,0
3 - AO DEITAR	18	26,9	24	36,9	17	25,0	59	29,5
4 - É SEMPRE MAU	36	53,7	28	43,1	34	50,0	98	49,0
5 - NÃO SABE	10	14,9	8	12,3	10	14,7	28	14,0
6 - NÃO RESPONDEU	0	0,0	1	1,5	1	1,5	2	1,0
TOTAL DE ALUNOS	67		65		68		200	

A questão “*É sempre mau comer alimentos doces*” foi sinalizada *ex aequo* (49,0%) pelos dois sexos (Quadro 32).

Já para as respostas totalmente correctas “*Entre as principais refeições e ao deitar*” o registo foi de 7 (7,3%) alunos sexo masculino *versus* 3 (2,9%) do sexo feminino.

QUADRO 32 - Distribuição das respostas segundo o sexo

ALTURA IDEAL PARA COMER DOCES	SEXO					
	MASC.		FEM.		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 - APÓS REF. PRINCIPAIS	10	10,4	7	6,7	17	8,5
2 - ENTRE REF. PRINCIPAIS	12	12,5	14	13,5	26	13,0
3 - AO DEITAR	33	34,4	26	25,0	59	29,5
4 - É SEMPRE MAU	47	49,0	51	49,0	98	49,0
5 - NÃO SABE	12	12,5	16	15,4	28	14,0
6 - NÃO RESPONDEU	2	2,1	0	0,0	2	1,0
TOTAL DE ALUNOS	96		104		200	

3 . 6 - Quantas vezes se deve ir ao médico dentista ?

41,5% dos alunos, do universo total da amostra, optaram pela indicação da “*Ida ao médico dentista uma vez por ano*”. A opção pelas “*Duas vezes ao ano*” obteve uma média distrital de 48,5%, em que Espinho e Águeda apresentaram as maiores percentagem, tendo em conta a amostra local, com 52,2% e 50,0% respectivamente. Albergaria-a-Velha registou 43,1% (Quadro 33).

A “*Ida ao médico dentista só quando o dente dói*” foi referida por 3,0% de alunos de Albergaria-a-Velha *versus* 1,5%de Espinho e 1,5% de Águeda.

QUADRO 33 - Frequência da visita ao dentista por escolas

FREQUÊNCIA IDA AO DENTISTA	ESCOLAS							
	ESPINHO		ALBERGARIA -A-VELHA		ÁGUEDA		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 - UMA VEZ POR ANO	28	41,8	26	40,0	29	42,6	83	41,5
2 - DUAS VEZES POR ANO	35	52,2	28	43,1	34	50,0	97	48,5
3 - DOIS EM DOIS ANOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4 - SÓ QUANDO DENTE DÓI	1	1,5	2	3,1	1	1,5	4	2,0
5 - NÃO SABE	4	6,0	7	10,8	5	7,4	16	8,0
6 - NÃO RESPONDEU	0	0,0	2	3,1	1	1,5	3	1,5
TOTAL DE ALUNOS	67		65		68		200	

53,0% dos adolescentes do sexo masculino assinalaram a “*Ida ao médico dentista duas vezes por ano*” *versus* 44,2% do sexo feminino.

Foram 8,0% dos alunos que não responderam à questão (Quadro 34).

QUADRO 34 - Distribuição das respostas sobre a frequência da visita ao médico-dentista segundo o sexo

FREQUÊNCIA DA VISITA AO MÉDICO-DENTISTA	SEXO					
	MASC.		FEM.		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 - UMA VEZ POR ANO	35	36,5	48	46,2	83	41,5
2 - DUAS VEZES POR ANO	51	53,1	46	44,2	97	48,5
3 - DOIS EM DOIS ANOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4 - SÓ QUANDO DENTE DÓI	2	2,1	2	1,9	4	2,0
5 - NÃO SABE	7	7,3	9	8,7	16	8,0
6 - NÃO RESPONDEU	2	2,1	1	1,0	3	1,5
TOTAL DE ALUNOS	96		104		200	

4 . PREVALÊNCIA DA CÁRIE

Espinho registou 68,2% de adolescentes com cárie (CPO), seguindo-se os de Àgueda com 82,4% e Albergaria-a-Velha com 91,6% (Quadro 35 e Fig.10).

QUADRO 35 - Distribuição dos alunos com cárie por escolas

NÚMERO DE DENTES CARIADOS	ESCOLAS							
	ESPINHO		ALBERGARIA-A- VELHA		ÁGUEDA		TOTAIS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	21	31,8	6	9,4	12	17,6	39	19,7
1 A 5	26	39,4	32	50,0	37	54,5	95	48,0
6 A 10	17	25,8	24	37,5	17	25,0	58	29,3
11 A 15	2	3,0	2	3,1	2	2,9	6	3,0
N.º ALUNOS	66		64		68		198	

A prevalência, no total do universo da amostra, foi de 80,3%, em que 29,3% tinham entre seis e dez dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO). Com seis a dez dentes cariados(CPO) os registos assinalados foram 25,8%, 37,5% e 25,0% dos adolescentes, respectivamente, em Espinho, Albergaria-a-Velha e Àgueda.

QUADRO 36 - Distribuição dos alunos com dentes obturados por escolas

NÚMERO DE DENTES OBTURADOS	ESPINHO		ALB.-A-VELHA		ÁGUEDA		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	34	51,5	37	57,8	27	39,7	98	49,5
1 A 5	26	39,4	23	35,9	40	58,8	89	44,9
6 A 10	5	7,6	4	6,3	1	1,5	10	5,1
11 A 15	1	1,5	0	0	0	0	1	0,5
TOTAIS	66		64		68		198	

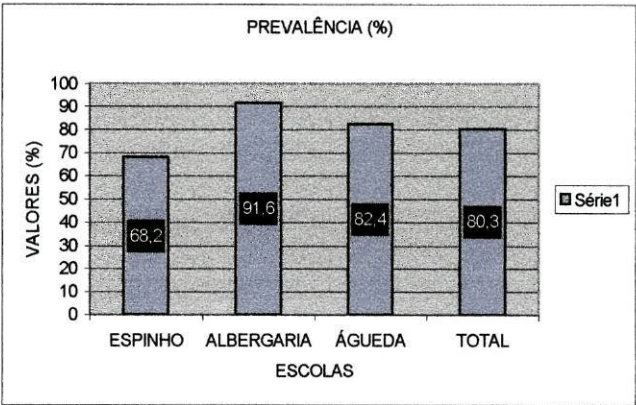
Dentes perdidos por cárie apenas foram registados 9 em 4 alunos de Albergaria-a-Velha.

QUADRO 37 - Distribuição da percentagem de dentes cariados, obturados e perdidos por escolas

DENTES CARIADOS OBTURADOS E PERDIDOS	ESCOLAS						TOTAIS	
	ESPINHO		ALBERGARIA-A- VELHA		ÁGUEDA			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	21	31,8	6	9,4	12	17,6	39	19,7
1	4	6,1	3	4,7	8	11,8	15	7,6
2	6	9,1	5	7,8	6	8,8	17	8,6
3	2	3,0	8	12,5	4	5,9	14	7,1
4	11	16,7	7	10,9	11	16,2	29	14,6
5	3	4,5	9	14,1	8	11,8	20	10,1
6	4	6,1	10	15,6	6	8,8	20	10,1
7	6	9,1	9	14,1	5	7,4	20	10,1
8	2	3,0	2	3,1	1	1,5	5	2,5
9	4	6,1	1	1,6	4	5,9	9	4,5
10	1	1,5	2	3,1	1	1,5	4	2,0
11	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	0,5
12	1	1,5	0	0,0	1	1,5	2	1,0
14	1	1,5	0	0,0	1	1,5	2	1,0
15	0	0,0	1	1,6	0	0	1	0,5
TOTAIS	66	100,0	64	100,0	68	100	198	100,0

O Quadro 37 mostra a percentagem do número total de dentes cariados, obturados e perdidos (CPO) por escola.

Fig. 10 - *Prevalência da cárie por escolas*



O sexo feminino registou uma prevalência de 78,6%, enquanto a do sexo masculino foi de 82,1% (Quadro 38).

QUADRO 38 - *Distribuição de dentes cariados, por sexo*

NÚMERO DE DENTES	SEXO			
	MASCULINO		FEMININO	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	17	17,9	22	21,4
1 A 5	46	48,4	49	47,6
6 A 10	29	30,5	29	28,1
11 A 15	3	3,1	3	2,9
N.º ALUNOS	95		103	

QUADRO 39 – Prevalência da cárie e significância estatística por sexo

ÍNDICES	MASC.	FEM.
%	82,1	78,6
CPOD	4,17	3,98
dp	3,25	3,24
p	0,941	
CPOD GERAL	4,07	

O CPOD, do total do universo, foi de 4,07 (Quadro 37), com 3,56 para Espinho, 3,93 para Águeda e 4,75 para a Albergaria-a-Velha. O $p = 0,285$ entre Espinho e Águeda, $p = 0,449$ entre Albergaria-a-Velha e Águeda e de $p = 0,068$ entre Albergaria-a-Velha e Espinho. A diferença mais significativa registou-se entre Albergaria-a-Velha e Espinho(Quadro 40).

O dp,da amostra global, observado foi de 3,24, enquanto para os grupos individualizados foi de 3,49 para Espinho, 3,2 para Águeda e 2,94 para Albergaria-a-Velha (Quadro 40).

QUADRO 40 - t test – significância estatística em relação à cárie

ESCOLAS	n	CPOD	dp	Erro dp	t	p (2 tail)	Diferença da Média	ERRO PADRÃO	95% INTERVALO DE CONFIANÇA		p
								Diferença	Inferior	Superior	
ESPINHO COM ÁGUEDA	66	3,56	3,49	0,43	-0,633	0,528	-0,37	0,58	-1,51	0,78	0,285
	68	3,93	3,20	0,39	0,633	0,528	-0,37	0,58	-1,51	0,78	
ALBERG. COM ESPINHO	64	4,75	2,94	0,37	-2,105	0,370	-1,19	0,56	-2,31	-7,14E-02	0,680
					-2,100	0,380	-1,19	0,57	-2,31	-6,87E-02	
ALBERG. COM ÁGUEDA					1,538	0,126	0,82	0,54	-0,24	-1,88	0,449
					1,542	0,125	0,82	0,53	-0,23	-1,88	
GERAL	198	4,07	3,24	0,23	17,63	0,000	4,07	-	3,62	4,52	-

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, os estudos de prevalência da cárie dentária têm-se multiplicado a nível nacional graças à dinâmica seguida pelos três pólos universitários : Porto, Lisboa e Coimbra. A Direcção Geral da Saúde também os tem feito quer com o apoio da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, quer com o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública. Estes estudos têm centrado o seu alvo numa população específica, geralmente crianças em idade escolar até aos 12 anos e de uma região restrita do país. Têm sido importantes, permitindo alguma apreciação da realidade nacional.

Para além dos dois Inquéritos Nacionais sobre a Prevalência das Doenças e Necessidades de Tratamento na Cavidade Oral, o 1.º realizado em 1990 e o 2.º em 1995, apoiados pela Direcção Geral da Saúde e tendo como responsáveis Almeida M. e outros, os estudos epidemiológicos multicentricos a nível nacional não se têm realizado.

Em Dezembro de 1998 foi lançado um novo estudo multicentrico pela Direcção Geral da Saúde, cujos resultados ainda não foram divulgados. Estes estudos constituem marcos importantes, permitindo fornecer dados para uma análise nacional mais real da situação de modo a alertar e sensibilizar os decisores políticos e institucionais para a necessidade de implementar as medidas preventivas adequadas e, ainda, poderem ser comparáveis com os que vierem a surgir no futuro. Servirão, igualmente, como medida de avaliação das actividades que se forem implementando.

Dada a cárie dentária ser uma realidade comum à maioria da população, quase é tida como uma normal fatalidade, inconscientemente aceite pelos indivíduos, pelas comunidades e pelos governos. Como não constitui risco de

vida e incapacidade imediatos, adiam-se as medidas de promoção, prevenção e tratamento quer a nível individual quer colectivo ⁽¹⁾.

O conhecimento científico actual comprova a interligação da saúde oral com o estado geral de saúde. As consequências nefastas quer físicas, psicológicas e sociais da cárie são de tal maneira importantes que não justificam a passividade e acomodação das pessoas. A dimensão do problema implica recursos financeiros e técnicos disponíveis para intervir. Só com uma mudança de atitude consciente e activa dos políticos e dos governantes poderá haver uma alteração da situação. A implementação de uma nova política de saúde oral, dirigida em especial às crianças e adolescentes, torna-se imperiosa para nos aproximarmos dos níveis de saúde oral dos restantes países da Europa Ocidental.

A promoção da saúde é fundamental, passando por intensas e contínuas actividades de educação para a saúde a todos os níveis da comunidade: profissionais de saúde, docentes dos vários graus de ensino, pais e encarregados de educação, dirigentes associativos, religiosos e políticos.

A preservação da saúde com a prática de higiene oral individual, uma alimentação equilibrada, a suplementação adequada de flúor, um diagnóstico e tratamento das formas iniciais de doença conduz a resultados comprovadamente positivos de bem estar das populações, com custos financeiros bem mais favoráveis em relação aos que são exigidos com as intervenções exclusivamente dirigidas para o tratamento, não contabilizando o peso da não produtividade resultante do absentismo. Aspectos estes porventura esquecidos ou negligenciados por quem decide em questões de saúde e economia.

O acompanhamento de uma criança desde o seu nascimento até ao início da idade adulta, evitaria os dramas posteriores que se vivem durante a idade adulta e agravados na velhice. Só com uma intervenção precoce, através da

implementação de programas globais de saúde a curto e médio prazo, desde o período da gestação, contemplando o controlo da placa bacteriana, a restrição do consumo de açúcar, o uso de flúor e vigilância por médico dentista, com o apoio institucional e comunitário, será possível atingir os níveis de saúde oral de países como a Finlândia, Estados Unidos, Noruega, Dinamarca e Suécia.

Qualquer programa tem de partir de metas realistas após o diagnóstico da situação, com a análise dos factores que favoreçam a transposição dos obstáculos e permitam definir objectivos exequíveis e estratégias adequadas, sem prescindir da escolha do modelo de avaliação contínua que, a qualquer momento, permita introduzir as necessárias correcções .

Com o presente estudo pretendeu-se :

- *Estabelecer um **ponto da situação da saúde oral** no Distrito de Aveiro, através da medição da prevalência da cárie, dos conhecimentos das medidas preventivas e respectivo comportamento, comparando três grupos com intervenções diferentes;*
- *Reunir dados das condições de saúde oral que possibilitem a comparação com os actuais e ulteriores, resultantes de estudos epidemiológicos nacionais e internacionais.*
- *Avaliar o Programa Básico de Saúde Oral em curso no Distrito de Aveiro desde o ano lectivo 1990/91.*

1 - VARIÁVEIS DO COMPORTAMENTO

1 . 1 - Prevalência da Cárie

São escassos os estudos nacionais e internacionais que possam servir de comparação com o presente estudo, devido ao grupo etário em questão.

A maioria dos estudos reportam-se ou a idades inferiores aos 15 anos (dos 3 aos 12 anos), ou a idades superiores aos 18 anos. Raramente aparecem dados sobre o estado da saúde oral aos 15 anos.

Para o grupo etário dos 15 anos, os estudos mais recentes, a nível nacional, foram realizados em 1989/90, nas áreas de Lisboa, Porto, Castelo Branco e Chaves por Almeida e col. e pela Direcção Geral da Saúde, em Castelo Branco. Os CPOD's encontrados foram de 5,05 e 9,20 respectivamente.^(4,91)

O presente estudo registou um índice com valor ligeiramente mais baixo (4,07), indiciando, porventura, uma melhoria do estado da saúde oral.

A prevalência observada no estudo de Castelo Branco foi de 94,2%, significativamente mais elevada do que os 80,3% registados no presente estudo.

Esta prevalência não está de acordo com os 33,5% de alunos que afirmaram "*Não terem cárie*" (Quadro 16) o que poderá levar a deduzir que haja falta de cuidados médico-dentários na área da vigilância preventiva.

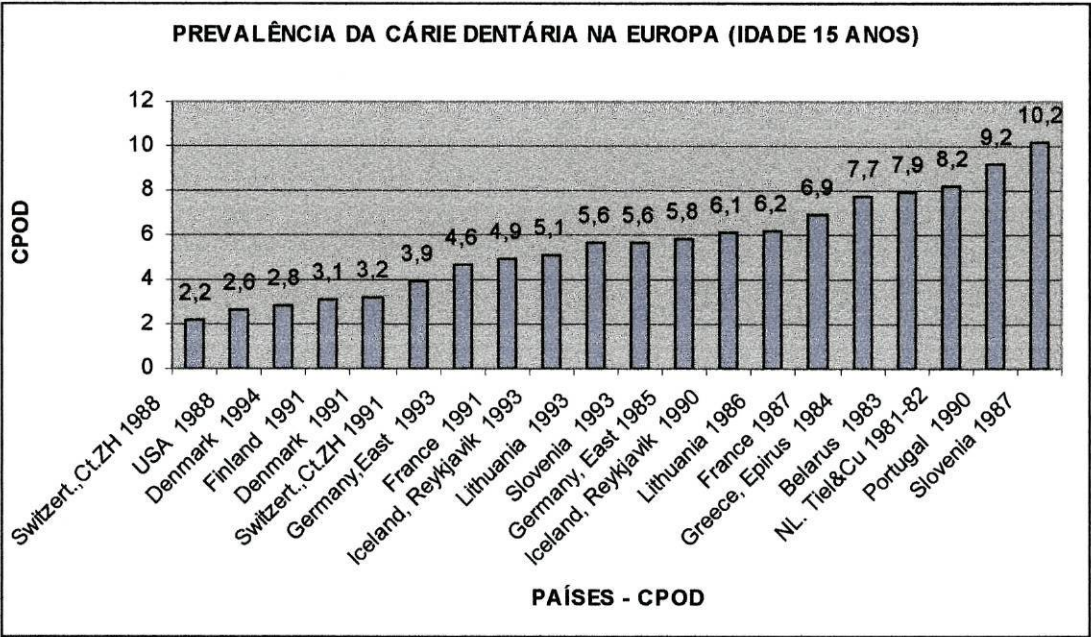
42,0% dos adolescentes inquiridos desconheciam o seu estado de saúde buco-dental. Foram sinalizados 58,5% dos alunos de Albergaria-a-Velha nesta situação, correspondendo a 19,0% dos 42,0% do total da amostra.

Estabelecendo uma análise comparativa com os estudos internacionais, conforme se pode observar pela Fig.11, a situação do nível de saúde oral

ainda se encontra muito distante dos países mais evoluídos. A Suécia, em 1992, tinha um CPOD de 2,20 e a Dinamarca, em 1994, registava 2,80 ⁽⁵²⁾.

Dos três grupos estudados, Espinho encontra-se melhor posicionado (Quadro 38) com um CPOD de 3,56 e uma prevalência de 68,2% (Quadro 26).

Fig. 11 – Prevalência da cárie na Europa e Estados Unidos



Albergaria-a-Velha posicionou-se no último lugar com um CPOD de 4,75 e uma prevalência percentual de 91,6%, registando, no entanto, uma ligeira melhoria em relação aos estudos nacionais supracitados.

Águeda posicionou-se em segundo lugar com um CPOD de 3,93 e uma prevalência de 82,4%.

Esta tendência positiva na diminuição da prevalência da cárie, comparando resultados com os restantes estudos nacionais, poderemos reconhecer como

positivas as acções desencadeadas quer pela Direcção Geral da Saúde, através do seu Programa para as Crianças em Idade Escolar, quer pelas Faculdades de Medicina Dentária com as suas múltiplas actividades, igualmente dirigidas à comunidade.

A maior sensibilização dos novos licenciados em Medicina Dentária para a área preventiva reflectida no seu envolvimento em acções de educação para a saúde dirigidas à comunidade em geral, sem deixar de realçar o apoio, igualmente importante, realizado por alguns laboratórios de pastas dentífricas, constituem factores que estarão, por certo, na génese desta evolução positiva, muito embora longe do desejável.

Contudo, as estratégias e recursos dos programas ficam aquém das necessidades para se atingir com sucesso toda a dimensão da cárie nas crianças e adolescentes. Por certo, com o novo Programa de Saúde Oral para as Crianças e Adolescentes⁽⁹¹⁾, agora iniciado, e se alargado a todo o universo escolar, com a contratualização de médicos dentistas, será possível ter um futuro mais promissor e menos frustrante para quem trabalha *nas linhas da frente*, ou seja, para os profissionais de saúde que desenvolvem acções de educação para a saúde nos Centros de Saúde.

Embora as diferenças entre os três grupos não sejam estatisticamente significativas ($p > 0,05$), os resultados observados no grupo de adolescentes de Espinho poderão confirmar o êxito de um Programa quando existe uma envolvente comunitária, financeira e técnica consistente.

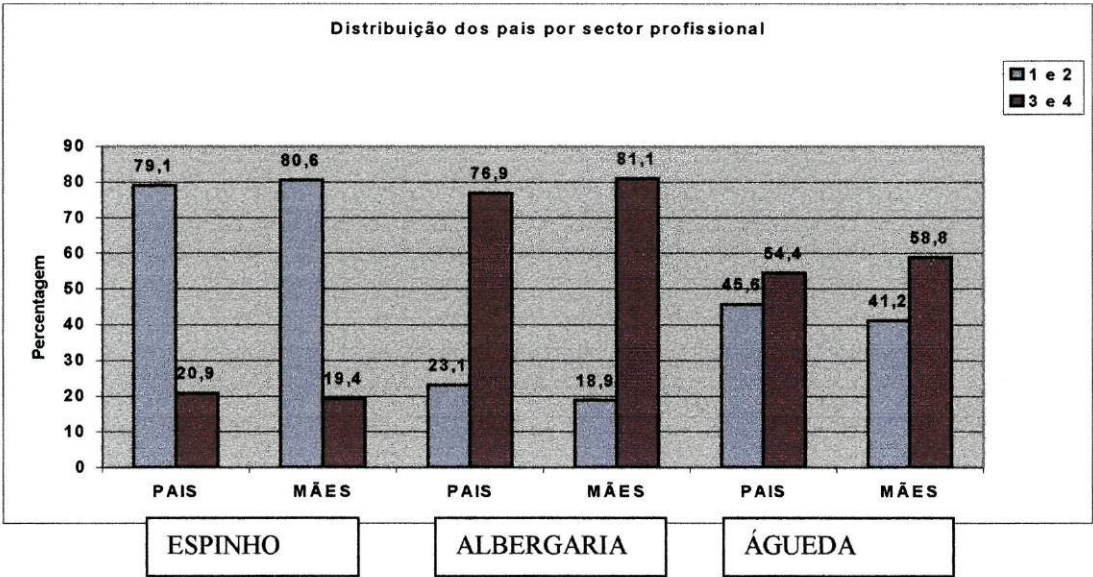
Comparando os níveis de comportamento e conhecimentos com os restantes grupos em estudo, Espinho apresentou-se com um melhor nível a que correspondeu, igualmente, o melhor índice de CPOD (3,56) *versus* Águeda (3,93) e Albergaria-a-Velha (4,75) (Quadro 40).

Possivelmente existiram outros factores condicionantes para estes resultados, para além da agregação de esforços dos diferentes sectores da comunidade, como :

- *A maior facilidade de acesso aos médicos dentistas,*
- *Melhor situação sócio-económico-cultural*

Em Espinho, o nível profissional dos pais situa-se, na sua maioria, nas classes um e dois, com 79,1% dos pais e 80,6% das mães (Fig.13). Já Albergaria-a-velha, nas mesmas classes, apresenta-se com 23,1% dos pais e 16,9% das mães. Águeda registou 54,4% para os pais e 58,8% para as mães.

Fig.12 – Distribuição dos pais e mães por classe profissional e por escolas



A concentração das profissões dos pais em Águeda posicionou-se mais nas classes 3 e 4, mas aproximando-se mais este grupo do nível sócio-económico de Espinho, dado a distribuição das classes um e dois se aproximar muito destes, quer na situação profissional dos pais quer na situação profissional das mães. Esta posição profissional poderá relacionar-se com a maior capacidade económica, beneficiada, igualmente, com a maior facilidade de acessibilidade aos médicos dentistas o que, nestes dois núcleos populacionais (Águeda e Espinho), é, indubitavelmente, superior em relação ao núcleo de Albergaria-a-Velha. São factores que poderão justificar as diferenças encontradas quer ao nível dos comportamentos (Quadros de 12 a 22 e Figuras 7 e 8), quer ao nível da prevalência da cárie (Fig.10 e Quadros 37 e 38) .

A aplicação dos selantes de fissura será a grande medida de prevenção, sem exclusão da importância das restantes (higiene oral, administração de flúor e alimentação não cariogénica). A conjugação correcta das diferentes medidas preventivas parece poder reduzir a cárie em cerca de 80,0%.^(4,44)

Em todos os exames clínicos apenas se encontrou um aluno com a aplicação de selantes, considerando-se, deste modo, uma medida preventiva muito pouco divulgada e aplicada, na região, pelos médicos dentistas.

1 . 2 - 1.ª ida ao médico dentista

Foi de 42,0% o “Desconhecimento da 1.ª ida ao médico”. Contudo, 39,5% afirmaram terem ido “Antes dos dez anos”, 13,5 % “Depois dos dez anos” e 5,0% “Nunca” terem ido (Quadro 7). Estes dados espelham ainda uma falta de sensibilidade para a necessidade de uma vigilância precoce da saúde dos dentes. Verificou-se que 55,7% (79) dos que foram ao dentista “Antes dos dez anos” apresentaram dentes obturados, 69,6% dentes cariados e o CPOD registado foi de 4,51. Dos que foram ao dentista “Depois dos dez anos” o

CPOD registado foi de 4,89, em que 51,9% tinham dentes obturados e 85,2% dentes cariados. Para os 5,0% (10) que “*Desconheciam a primeira ida ao dentista*”, o CPOD foi de 3,48 e para os que disseram “*Nunca*” terem ido o CPOD ficou em 3,30.

Em Albergaria-a-Velha sete alunos assinalaram “*Nunca terem ido ao médico*”, enquanto em Águeda fora três e Espinho 0 (zero), podendo estes dados indicar alguma relação com as já referidas facilidades ou dificuldades, nas diferentes localidades em que o estudo se desenvolveu, em ir ao dentista. Muito embora, este número de inquiridos não seja suficiente para justificar os factores que parecem estar nas dificuldades de acesso ao médico dentista, importa referir que, na freguesia de Branca (Albergaria-a-Velha), apenas existe um consultório com um único médico dentista, duas vezes por semana. Em Águeda registam-se cinco consultórios e quatro clínicas de medicina dentária, somando onze médicos dentistas. Em Espinho existem nove clínicas e três consultórios de medicina dentária com 29 médicos dentistas.

1 . 3 - Última ida ao médico dentista

Reflectindo o mais fácil acesso aos médicos e, porventura, mais sensibilidade educacional para a necessidade da sua procura, Espinho registou uma maior frequência, com 80,6% dos adolescentes a ir à consulta do médico dentista há menos de um ano, tendo Águeda registado 63,2% e Albergaria-a-Velha 52,3%.

9,5% (19) do total dos alunos inquiridos indicaram ter ido ao médico dentista “*Há mais de três anos*” e 5,0% (10) “*Nunca*” terão ido.

Os 27,0% de alunos que procuraram o médico dentista “*Há mais de um ano*” manifestará, apesar de a percentagem não ser demasiado alto, a tendência

para a não vigilância preventiva, tendo apenas 12,0% referido como razão da visita ao dentista “*A vigilância*”.

Verificou-se que 61,1% dos que a fizeram “*Há menos de um ano*” tinham dentes cariados e o CPOD de 4,40 (Quadro 9), superior ao índice registado nos alunos que declaram ter ido ao dentista “*Há mais de um ano*”. Será de estranhar esta percentagem de ida ao dentista, podendo não corresponder à verdade, por não ter havido uma noção exacta do tempo quando se respondeu ao questionário. Sabe-se, no entanto, que é grande a actividade da cárie neste período da vida o que poderá justificar o elevado índice de cárie (Figuras 7 e 8 e Quadros 9, 37 e 40).

1 . 4 - Motivo da ida ao médico dentista

As razões indicadas pelos inquiridos para a ida ao médico foi de 53,0% (106) para “*A vigilância*”, 20,0% (40) por “*Dores*”, 5,0% (10) para “*A extracção*”. Dos 54,5% que afirmaram ter feito a visita ao dentista “*Há menos de um ano*”, 40,5% fizeram-na por razões de *vigilância*, 10,0% por *dores* e 4,0% para *extracção*.

Analisando sectorialmente, observou-se que a procura do médico dentista por motivos de *vigilância* foi de 64,2% *versus* 44,6% em Albergaria-a-Velha e 50,0% em Águeda (Quadro 10), coincidindo o melhor CPO com a melhor percentagem da ida ao dentista por motivos de *vigilância* (Quadro 11).

O CPOD de 5,03 foi registado nos que apresentaram, como razão para ida ao dentista, *a dor*. Para os que indicaram a ida ao dentista por razões de *vigilância* e *extracção* o CPO observado foi de 4,07 e 4,01, respectivamente.

Os 17,0% de alunos que afirmaram “*Nunca*” ter ido ao dentista apresentaram um CPO de 3,40, os que “*Desconheciam*” o CPO foi de 2,80, inferiores ao CPO (4,07) do conjunto dos três grupos estudados (Quadro 40)

1 . 5 - Higiene oral

A escovagem também tem sido usada para investigar a relação entre o índice de higiene e a cárie dentária. A maioria dos estudos têm verificado, com alguma significância, diferenças do CPOD entre a não escovagem, a escovagem por apenas “*Uma vez por dia*” e “*Mais do que duas vezes por dia*”, decrescendo à medida que o número de escovagens aumenta ^(34,92). Também há estudos realizados, com adolescentes de 13 e 15anos, que não encontraram tal correlação (Ainamo and Parviainen 1979). Pode acontecer surgirem multivariáveis de confundimento como seja, por exemplo, o momento, a técnica de escovagem e outros.

Neste estudo, verificou-se que a maior parte dos alunos (87,0%) referiram escovar os dentes “*Uma e mais vezes por dia*”; Espinho registou a percentagem mais elevada (97,0%) com uma diferença significativa ($p = 0,007$) em relação a Albergaria-a-Velha (73,9%), mas não tão significativa ($p = 0,027$) em relação a Águeda (89,7%) (Quadro 12).

Dicotomizando o comportamento, observou-se que o CPOD foi de 3,69 para os que escovaram os dentes “*Duas e mais vezes*”, de 4,00 para os de “*Menos de uma vez/dia*” e de 4,71 para os de “*Uma só vez*”. Estes dados estão de acordo com muitos outros estudos sobre a importância da frequência da escovagem diária.

Se considerarmos a escovagem “*Antes de deitar*” observou-se um CPOD de 3,99 para os que a fizeram e de 4,39 para os que “*Não escovaram*”, corroborando a importância dos momentos ideais para a escovagem, ainda

que não se tenha registado uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Fig. 13 – *Frequência da escovagem segundo o sector profissional das mães*

Observa-se, pelas Fig.13 e 14, que a frequência da escovagem é superior no sector profissional nível dois quer do pai quer da mãe, indo de encontro às investigações feitas que afirmam que o nível de higiene aumenta de acordo com o maior grau educacional.

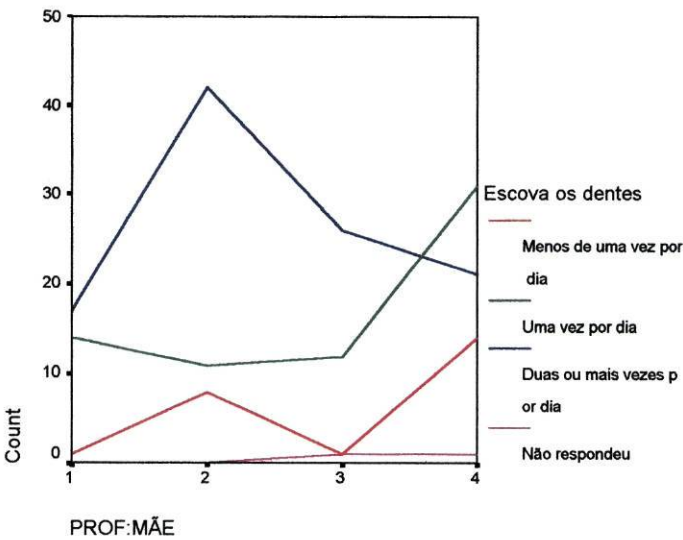


Fig. 14 – *Frequência da escovagem segundo o sector profissional dos pais*

Dos que fizeram, por duas vezes, a escovagem, 77,5% e 55,6 % são filhos de pais e mães, respectivamente, a trabalhar no sector dois, correspondendo a 31,5%e 30,1% do total.

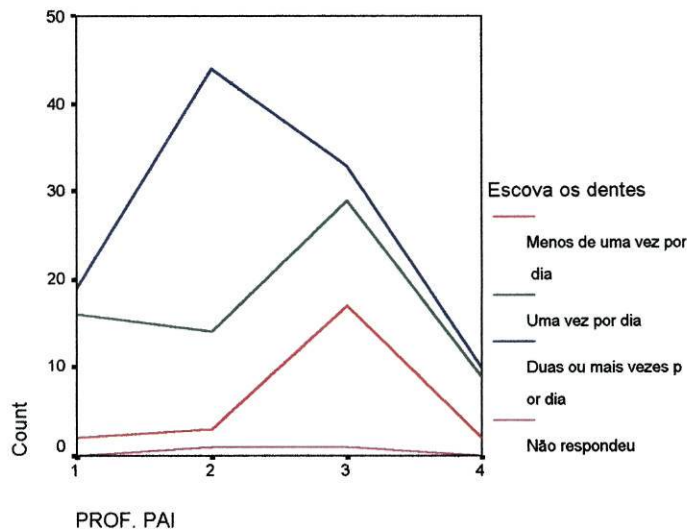
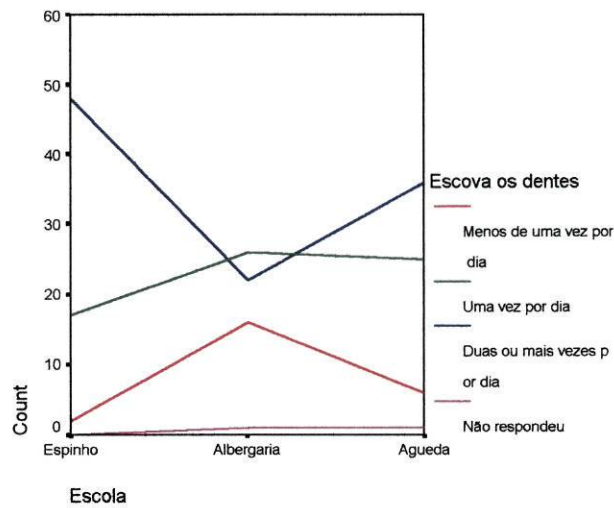


Fig. 15 - *Frequência da escovagem por escola*

Pela Fig. 15, conclui-se que Espinho tem o melhor comportamento em termos de escovagem. 71,6% dos alunos, ali inquiridos, fizeram duas e mais vezes a escovagem versus 33,8% em Albergaria-a-Velha e 53,0% em Águeda.



Comparando a escovagem entre “*Uma vez*” e *Duas vezes* e “*Mais de duas vezes*”, verificou-se que o IHO-S decresceu em sentido inverso ao aumento da frequência registada (Fig.8), correspondendo o CPOD mais baixo (3,69) ao IHO-S igualmente mais baixo (0,78).

33,5% dos inquiridos afirmaram fazer uso do fio dental, tendo-se registado um CPOD de 3,62 para os que o usaram apenas algumas vezes *versus* 4,18 para os que nunca o usaram e de 6,17 para os que o usaram todos os dias. Este último resultado necessitaria de ser reavaliado para verificar a técnica usada. O mau uso do fio dental será uma realidade dado os desabafos frequentes da dificuldade em usar esta medida preventiva. Os dados agora encontrados contrariam os benefícios do uso do fio dental na prevenção da cárie dentária confirmados por outras investigações. A amostra não foi significativa no sentido de creditar estes dados. Contudo, foi um dado que se registou.

A pasta fluoretada foi usada por 80,5% dos inquiridos, quando 15,5% desconheciam a composição da pasta em relação ao flúor. O CPOD registado entre os que fizeram “*Uso*” ou “*Não*”, não apresentou qualquer diferença estatística significativa.

É inquestionável a importância da escovagem bem executada com pasta dentífrica fluoretada e o uso adequado do fio dental na remoção diária dos resíduos alimentares das superfícies dentais, dificultando o aparecimento e/ou desenvolvimento da placa bacteriana de modo a permitir uma mais e melhor saúde buco-dental, inibindo a susceptibilidade dos dentes para a cárie e doenças periodontais (2,34).

1 . 6 - Hábitos alimentares

Muitos são os estudos epidemiológicos realizados no âmbito da incidência e prevalência da cárie relacionados com a alimentação^(2,34), considerando-a como factor protector ou agravante, evidenciando os efeitos de alguns nutrientes no período da formação e erupção dos dentes. São considerados como factores protectores a ingestão de alimentos ricos em folatos, proteínas, vitaminas A, B, C, D e E e os minerais Fe, F₂, Zn e uma relação Ca/P ideal. Os alimentos considerados mais lesivos estão relacionados com o seu teor em sucrose (sacarose), frutose e glucose, magnésio, selénio, cádmio e chumbo. À lactose, embora dissacárido, não é atribuído o efeito lesivo dos restantes hidratos de carbono^(34,93).

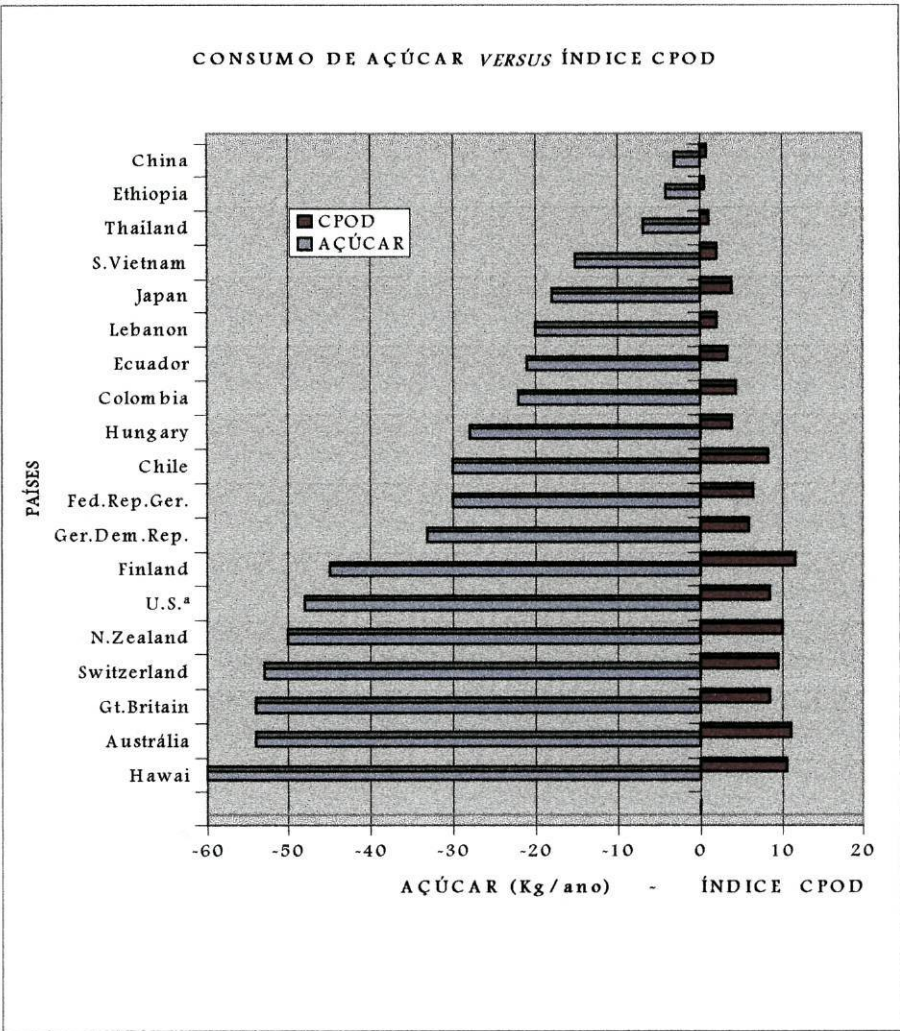
A maioria dos estudos debruçam-se sobre o consumo de alimentos com açúcar (sacarose), registando, a generalidade, uma menor incidência e prevalência de cárie nas comunidades com menor consumo de açúcar.

A Fig.16 é baseada numa compilação de dados por Marthaler (1978)⁽³⁴⁾ onde é evidente a relação dos índices de cárie de adolescentes de 11 e 12 anos com o nível de consumo anual de açúcar(Kg), verificando-se que ao menor consumo de açúcar corresponde menor índice de cárie.

Estudos realizados na Europa, entre 1941 e 1958, chegaram a igual conclusão, verificando que durante o período da II Guerra Mundial o consumo de açúcar desceu, tendo-se registado, então, os mais baixos índices de cárie, vindo a subir a partir de 1948 até 1958 (dados dos estudos) acompanhando o aumento do consumo de açúcar.

Contudo, em alguns estudos foi observado que os alimentos doces ingeridos fora das principais refeições contribuíam para uma maior incidência da cárie.^(25,34,44,66)

Fig. 16 – CPOD versus consumo de açúcar em vários países



A consistência e viscosidade dos alimentos, o processo culinário e o próprio momento da ingestão de alimentos, contendo hidratos de carbono simples, altera a cariogenicidade^(2,15,94). Sendo o açúcar considerado como o grande responsável pelo incremento da cárie, com o presente estudo procurou-se averiguar, apenas em termos qualitativos, reunindo os alimentos considerados mais cariogénicos em grupos similares, qual o comportamento dos adolescentes, dentro ou fora das principais refeições, e fazer a correlação com o índice de cárie.

Começando a análise pelo número de refeições, observa-se que os alunos que fizeram duas e seis refeições tiveram um CPOD superior aos de três, quatro

e cinco refeições (Fig. 7), não se tendo encontrado justificação para estes dados.

Colocando a ceia como causa deste aumento, verificou-se que o índice CPOD dos que a fizeram era mais baixo (3,30).

Apenas 12,0% dos alunos não ingeriram, durante as refeições, alimentos contendo açúcares. 67,0% ingeriram alimentos doces (pastelaria) às refeições em que Águeda superou os restantes grupos com 87,8% *versus* 68,2% para Espinho e 69,2% para Albergaria-a-Velha (Quadros 18 e 19). A ingestão apenas de alimentos tipo bolos doces não parece estar de acordo com a maior prevalência de cárie (Quadro 41).

Já as pastilhas, caramelos e rebuçados conferem tal tendência, corroborando as afirmações sobre os efeitos lesivos da viscosidade e adesividade dos alimentos. O chocolate parece não interferir muito na prevalência indo, igualmente, de encontro a outros estudos ⁽³⁴⁾.

À ingestão de sumo, entre *“Uma e duas vezes”* dia, correspondeu a um dos mais elevados índices de CPOD (5,02) (Quadro 41).

A ingestão de fruta *“Igual ou superior a três vezes/dia”* mostrou um CPOD de 4,44, onde poderá estar implicada a frutose e o próprio PH da fruta. Estudos há que atribuem aos frutos ácidos efeitos de erosão, aumentando a susceptibilidade dos dentes para a cárie⁽⁹⁴⁾.

37,2% dos alunos inquiridos afirmaram *“Não terem ingerido”* qualquer alimento doce fora das refeições. 47,0% foram os consumidores de bolos de pastelaria e pastilhas. Apenas o consumo de doces *“Uma e duas vezes”* implicou o registo de um CPOD de 4,45, passando para 5,00 quando o consumo subiu para *“Três e mais vezes”*, verificando-se um significativo aumento do CPOD em relação ao consumo feito durante as refeições. O mesmo se passou com os refrigerantes, cocacolas e sumos.

É de realçar que, quando o consumo dos refrigerantes *ultrapassou as duas vezes dia*, o CPOD registado foi de 9,67, significativamente mais elevado em relação ao consumo por *uma ou duas vezes*. Para os não consumidores de refrigerantes o CPOD registado foi de 3,91, superior ao dos que os ingerem às refeições apenas *uma ou duas vezes* (3,35).

Registou-se também o aumento do CPOD à medida da maior frequência no consumo de fruta, agravando-se os efeitos fora das refeições (Quadro 41).

QUADRO 41- O Índice de CPO segundo o n.º de vezes da ingestão do produto

TIPO DE ALIMENTO	ÍNDICE CPOD					
	ÀS REFEIÇÕES			FORA DAS REFEIÇÕES		
	0 vezes	1 a 2 vezes	≥ a 3 vezes	0 vezes	1 a 2 vezes	≥ a 3 vezes
DOCES	4,64	3,88	-	3,92	4,45	5,00
PASTILHAS	4,26	5,63	-	4,07	4,07	4,67
CARAMELOS	4,07	5,20	-	4,08	5,00	3,88
REBUÇADOS	4,25	4,24	-	4,04	4,13	5,21
CHOCOLATE	4,25	3,85	-	-	-	-
COCACOLA	4,08	4,94	-	4,04	5,10	-
REFRIGERANTES	4,16	3,72	-	4,02	4,26	9,27
SUMO	3,35	5,02	4,18	3,73	5,12	5,38
FRUTA	4,36	3,84	4,44	3,99	3,69	6,31
SEM QUAUQUER CONSUMO	4,25	-	-	3,66	-	-

Os alimentos referidos no presente estudo não foram analisados segundo a quantidade e tipo específico do alimento, o que poderia conduzir a conclusões mais fidedignas, enriquecendo mais o estudo. Contudo, esse objectivo não foi previsto por tornar as variáveis demasiado extensas e as técnicas para recolha de tais dados exigirem outras condições.

Albergaria-a-Velha registou, fora das refeições, o mais elevado consumo dos alimentos cariogénicos constantes no presente estudo, à excepção dos doces

(produtos de pastelaria) com 30,8%, onde Águeda se posicionou com o maior consumo, registrando 36,8% (Quadro 21).

Quanto ao consumo destes mesmos produtos, durante as refeições, Albergaria-a-Velha situou-se em 2.º lugar em todas as situações, onde Águeda registou o mais elevado consumo, apresentando algumas diferenças significativas (Quadro 19).

É de destacar que os alimentos considerados mais cariogénicos, ingeridos fora das refeições, terão contribuído para que Albergaria-a-Velha se tenha apresentado com mais cárie dentária em valores absolutos (Quadro 35, 37 e Fig. 10).

2 - VARIÁVEIS DO CONHECIMENTO SOBRE AS MEDIDAS PREVENTIVAS

2 . 1 - Razões porque se estragam os dentes

A primeira questão colocada aos adolescentes inquiridos foi que assinalassem as causas que levam os dentes a estragarem-se, tendo-se verificado que 61,5%, do total do universo da amostra, respondeu afirmativamente ao conjunto das afirmações “*Falta de higiene*” e “*Ingestão de doces*”, tendo-se Espinho destacado com 80,6% *versus* 49,2% para Albergaria-a-Velha e 54,4% para Águeda (Quadro 23)

Todavia, tendo em conta que muitas respostas incluíam razões falsas, foi feita uma análise de quantos indicaram, per si, cada um dos itens referidos na pergunta. A percentagem de respostas aos dois itens verdadeiros foi superior a 80,0%, com excepção de Albergaria-a-Velha no item “*Falta de higiene*”, assinalado apenas por 61,5%.

O melhor nível de conhecimentos foi registado em Espinho, seguido de Águeda e depois Albergaria-a-Velha (Quadro 23).

O sexo feminino registou um nível superior de conhecimentos em relação ao sexo masculino (Quadro 24).

2 . 2 - Medidas para evitar a cárie

A questão supra indicada , as respostas correctas situaram-se em 22,0% do universo total, baixando significativamente em relação à questão anterior (razões por que se estragam os dentes). Separando as respostas por estabelecimento de ensino, Espinho obteve 23,9%, Águeda 23,5% e Albergaria-a-Velha 20,0% (Quadro 25).

Dicotomizando as razões, a “*Escovagem dos dentes*” foi assinalada por 90,5% dos inquiridos, parecendo existir um bom nível de informação sobre esta medida. Albergaria-a-Velha registou um percentagem abaixo da referida média, com 81,5% de referências. Espinho mostrou estar melhor informado.

O “*Uso do fio dental*” parece estar pouco divulgado ou ser pouco aceite, pois apenas 28,0% o assinalaram como medida preventiva.

Os 4,0% que afirmaram “*Ser difícil evitar a cárie*” poderá esboçar uma noção implícita do factor genético como interventor inevitável.

O sexo feminino também nesta questão se posicionou num nível superior ao sexo masculino (Quadro 26).

2 . 3 - Higiene dos dentes

Considerando como respostas certas as que foram assinaladas simultâneamente *“Todos os dia de manhã”*, *“Todos os dias ao deitar”* e *“Depois das refeições”*, obteve-se um resultado global de 82,3%, o que se pode considerar muito positivo (Quadro 27).

Os 53,0% adolescentes que afirmaram ter escovado os dentes *“Duas e mais vezes por dia”* poder-se-á considerar razoável, muito embora, pelos 47,0% que não tiveram tal comportamento, confirmem a necessidade de uma educação mais activa e permanente.

Dicotomizadas as razões, *“Depois das principais refeições”* foi a mais observada com 82,5% do global, onde Espinho se evidenciou com 94,0%. A esta mesma questão, o sexo feminino registou 86,5% das respostas *versus* 78,1% registadas no sexo oposto (Quadro 28).

2 . 4 - Produtos para tornar os dentes mais resistentes

Para o conjunto dos cinco itens *“Flúor”*, *“Pastas dentífricas”*, *“Fruta e leite”*, *“Cenoura”* e *“Peixe”* não houve registo de qualquer resposta. Mas dicotomizando os registos verificou-se que o *“Flúor”* foi sinalizado por 74,5% dos inquiridos, *“Pasta dentífrica”* por 81,0%, *“Pasta dentífrica”* + *“Flúor”* por 21,0%, *“Pasta dentífrica”* + *“Flúor”* + *“Fruta e leite”* por 19,5%, *“Pasta dentífrica”* + *“Flúor”* + *“Fruta e leite”* + *“Cenoura”* por 5,5%.

O *“Flúor”* e as *“Pastas dentífricas”* sinalizadas como únicos produtos de protecção registaram 4,5% e 9,5% respostas, respectivamente.

Apesar do número reduzidíssimo de registo ao conjunto global das respostas consideradas correctas, verifica-se que 81,0% dos alunos assinalaram a

“Pasta dentífrica” e 74,5% o *“Flúor”*. Embora longe do ideal, parece haver uma boa informação.

As percentagens registadas em Albergaria-a-Velha não correspondem ao esforço colocado pelas Escolas e Centro de Saúde na área da Educação para a Saúde em Saúde Oral. Espinho surgiu com um melhor nível de conhecimentos seguido de Águeda (Quadro 29).

O sexo masculino voltou a ficar abaixo do nível de conhecimentos em relação ao sexo feminino (Quadro 30).

2 . 5 - Altura pior para comer alimentos doces

Às afirmações *“Entre as principais refeições”* e *“Ao deitar”*, consideradas as respostas correctas no seu conjunto, assinalaram-se apenas dez (5,0%) registos, surgindo Albergaria-a-Velha com seis respostas. A afirmação *“Ao deitar”* poderá ser polémica, pois tudo dependerá do comportamento quer em relação à quantidade e qualidade do alimento que se ingerir quer aos cuidados de higiene que se seguirem à ingestão. Tendo em conta estes critérios, poder-se-á considerar algo ambígua a questão, todavia as regras de uma alimentação saudável preconizam uma redução no consumo dos açúcares, sabendo que o consumo em Portugal ultrapassa os 80g *per capita*, quantidade muito para além dos 20g aconselhados pela OMS.

As respostas *“Ao deitar”* foram registadas em 29,5% dos alunos. *“É sempre mau”* obteve 49,0% (Quadro 31) registos. Os que assinalaram *“Não saber”* correspondeu a 14,0% dos alunos.

Os 49,0% dos jovens que sinalizaram a questão *“Ser sempre mau”* ingerir alimentos doces, poderá manifestar alguns fundamentalismos e proibições que não constituem vias de sucesso na área da educação para a saúde. A

simplicidade, clareza, senso do equilíbrio na informação e a orientação para o compromisso com a saúde, devem ser características essenciais quando se educa para os comportamentos saudáveis.

Estabelecendo a correlação dos níveis de conhecimentos entre os sexos, parece ter havido, nesta área, um certo equilíbrio (Quadro 32).

2 . 6 - *Ida ao médico dentista*

Os 91,0% dos alunos que afirmaram haver necessidade de ir ao médico dentista “*Uma e duas vezes por ano*” (Quadro 33), reflecte um objectivo sentido pela população jovem, nem sempre exequível quer pelas distâncias dos consultórios médicos, quer pela carência de recursos financeiros para pagar os onerosos actos médico-dentários, quer, ainda, pela falta da sensibilização para os benefícios da vigilância preventiva. Senão vejamos : apenas 65,5% dos alunos disseram ter ido ao médico dentista “*Há menos de um ano*”, 27,0% “*Há mais de um ano*”.

Se a intervenção médico-dentária periódica é importante em todas as idades, na infância e adolescência, essa importância é acrescida pelos benefícios que trará para as ulteriores etapas da vida.

Qualquer Programa de Saúde Oral, para o seu maior sucesso, implica contemplar no seu plano de actividades o acesso fácil a consultas de vigilância médico-dentárias, necessidades sentidas pelos pais, professores e, ainda mais, pelos profissionais de saúde que trabalham na *linha da frente*.

Felizmente que a Direcção-Geral da Saúde, sentindo o problema, está a dar os primeiros passos nesse sentido. Pena é que não se dirija, desde já, à universalidade da população abrangida pelo ensino obrigatório⁽⁹¹⁾.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Verificou-se, no presente estudo, que a prevalência da cárie dentária, embora mais baixa do que a encontrada noutros estudos nacionais, continua a ser elevada e superior à registada na maioria dos países desenvolvidos da Europa.

Dos resultados obtidos, salientam-se as seguintes conclusões:

- A prevalência da cárie no distrito de Aveiro, em adolescentes de 15 anos, é de 80,3% e o CPOD registado foi de 4,07;
- Os adolescentes em Programa de Saúde Oral, no concelho de Espinho, apresentam menor prevalência de cárie (68,2%) com um CPOD de 3,56 em relação aos do grupo de controlo de Águeda (82,4%) com o CPOD de 3,93;
- Os adolescentes em Programa de Saúde Oral, no concelho de Albergaria-a-Velha, apresentam maior prevalência de cárie (91,6%) com um CPOD de 4,75 em relação ao grupo de controlo de Águeda. Esta poderá justificar-se, por um lado, pelo nível sócio-económico dos pais e, por outro, pela menor acessibilidade aos médicos dentistas. Porventura, o não cumprimento, por parte dos professores, das medidas propostas pelos Serviços de Saúde e o controlo nem sempre realizado poderá, igualmente, estar na base dos resultados observados;
- O sexo feminino apresenta menor prevalência (78,6%) com um CPOD de 3,98 em relação ao sexo masculino (82,1%) com um CPOD de 4,17;
- 50,6% das cáries situam-se na face oclusal;

- O ratio global foi de 1,6 dente cariado para um obturado, em que Espinho foi de 1,3 para um, em Albergaria-a-Velha de 2,3 para um e em Águeda de 1,5 para um, confirmando a falta de acessibilidade ao médico dentista em Albergaria-a-Velha ;
- Em 30,5% dos adolescentes observados foram sinalizados quatro e mais cáries activas;
- 18,0% dos adolescentes apresentaram quatro e mais dentes obturados;
- A prevalência da cárie parece ter alguma possibilidade de estar correlacionada com o estatuto sócio-económico-cultural dos pais dos adolescentes, bem como com a disponibilidade de recursos médico-dentários;
- Os adolescentes de Espinho que participaram no Programa de Saúde Oral (PSO), embora apresentem uma menor prevalência de cárie em relação aos de Albergaria-a-Velha e Águeda (grupo controlo), a diferença não é considerada estatisticamente significativa ($p > 0,05$);
- Águeda registou melhores níveis de conhecimentos e comportamentos do que Albergaria-a-Velha;
- Espinho registou melhores níveis de conhecimentos e comportamentos em relação aos restantes grupos.

A situação observada tende a correlacionar-se positivamente com os conhecimentos e comportamentos das comunidades. O presente estudo parece ir de encontro a conclusões obtidas por muitos outros e confirmar os resultados das medidas preconizadas para a prevenção da cárie, senão vejamos :

1. Há um grande desconhecimento do estado de saúde da boca;
2. A um melhor conhecimento do estado da boca corresponde um menor índice de cárie;
3. A prática da escovagem ao deitar relaciona-se menor índice de cárie;
4. A prática da escovagem por duas e mais vezes regista-se um índice de cárie inferior ao da escovagem por apenas uma vez por dia;
5. O Índice de Placa Simplificado (IHO-S) situa-se num ponto médio (1,03), podendo considerar-se razoável, tendo o CPO decrescido em sentido inverso ao aumento do grau de higiene;
6. A procura do médico dentista foi mais em função da resolução imediata do problema e não no sentido da vigilância preventiva, tendo-se verificado muito tardia a 1.^a ida ao médico pela generalidade dos adolescentes;
7. O número diário de refeições parece ter influenciado a prevalência da cárie, com um elevado índice para os extremos (duas e seis refeições), correspondendo às cinco refeições o melhor índice;
8. Há um elevado consumo de alimentos cariogénicos dentro e fora das refeições, sendo de realçar como aspecto positivo o facto de a maior percentagem do consumo se verificar durante as refeições
9. A ingestão apenas de doces não indicou maior índice de cárie, o mesmo não acontecendo quando acompanhados de pastilhas;
10. O consumo de cocacolas, refrigerantes e sumos (muito em especial estes últimos) esteve relacionado com os mais elevados índices de cárie;

11. O consumo de chocolate parece não ter interferido nos índices de cárie;
12. O consumo de rebuçados foi elevado quer dentro e fora das refeições, confirmando-se os seus efeitos lesivos,
13. Observou-se que a fruta consumida fora das refeições, mais do que três vezes, parece ter justificado um dos maiores índices de cárie (CPOD = 6,31);
14. Apenas um aluno apresentou um único dente com selante de fissura;
15. Ao melhor nível comportamental, correspondeu melhor nível de conhecimentos e melhor nível de saúde oral.

Os dados obtidos sugerem que saúde oral dos nossos adolescentes deve merecer cuidados desde a mais tenra idade com a participação activa dos pais e em que as Equipas de Saúde, com os professores e médicos de família como elementos motivadores, constituam pedra fundamental para o despertar e activar permanente das medidas preventivas .

Sendo a cárie um reconhecido e verdadeiro problema de saúde pública, torna-se imprescindível o envolvimento comunitário em Programas Nacionais, Regionais e/ou Locais de Saúde, onde a Saúde Oral esteja presente como um dos objectivos principais de saúde, através da implementação não só das medidas preventivas primárias, mas também das secundárias.

É importante que os cuidados de saúde oral se integrem em Programas de Saúde Globais, devidamente coordenados e com recursos humanos, técnicos e financeiros suficientes .

Se os dados indicam que ao melhor nível de conhecimentos coube melhores níveis de comportamentos e saúde, parecerá que o Programa de Saúde Oral não foi em vão, ainda que o grupo de Águeda, sem Programa, se tivesse posicionado melhor do que o de Albergaria-a-Velha, onde o Programa funcionou. Apesar de em Águeda não ter havido a administração do flúor nas escolas, a educação para a saúde é uma constante das Equipas de Saúde Locais. Existiram factores condicionantes em Albergaria-a-Velha, não objecto deste estudo, que justificarão os resultados, mas que deverão ser estudados para obter conclusões que ajudem a implementar outras medidas e estratégias.

A manutenção da alta prevalência de cárie dentária, superior aos 80,0% e um CPOD de 4,07, mostra-nos que temos de percorrer, ainda, um longo caminho. Encontramo-nos no virar do Séc. XX para o XXI, sem se ter atingido os objectivos da “*Saúde para todos*” propostos pela OMS⁽⁶⁾ e em que melhores níveis de saúde oral constituíam um objectivo. Apesar da necessidade de repensar objectivos, actividades e estratégias capazes de darem uma resposta cabal, que urge ser dada, é certo que o panorama de saúde oral é melhor hoje do que antes de surgir o Programa de Saúde Oral nas Escolas. O CPOD de 9,20 registado em Castelo Branco, no início da década de 90, em adolescentes de 15 anos, é significativamente diferente do CPOD 4.07 assinalado no presente estudo.

A saúde oral para atingir os níveis de alguns países desenvolvidos, onde o CPOD se situa em 2,20, necessita de uma imperiosa e urgente reformulação das atitudes e práticas dos nossos governantes, dos nossos profissionais de saúde, dos nossos professores e dos pais de modo a reforçar a importância, para o bem-estar geral, da promoção e preservação da saúde oral.

Os custos do tratamento das doenças da boca são onerosos, impossibilitando a maioria dos nossos jovens de terem acesso, em devido tempo, aos cuidados médico-dentários por carência de recursos financeiros. As “*desgraças bucais*”

surgem já em crianças, como se pode observar neste estudo, onde 5,0% dos adolescentes de Albergaria-a-Velha apresentaram mais de dez dentes cariados com necessidade de cuidados médico-dentários urgentes. Estas situações multiplicam-se e, com o passar dos anos, vão-se agravando até à instalação do endentulismo bem cedo na vida.

Torna-se necessário e urgente que o Programa de Promoção de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes, proposto pela Direcção-Geral da Saúde, e iniciado como projecto piloto com 120 crianças dos 6/7 anos no Centro de Saúde de Ílhavo (Distrito de Aveiro) e 120 crianças de 9/10 no Centro de Saúde de Valença (Distrito de Viana do Castelo) se universalize por toda a população do Ensino Básico obrigatório com a colocação de Higienistas Oraís em todos os Centros de Saúde e contratualização de médicos-dentistas para acompanhamento e vigilância buco-dentária e em que os Mestres em Saúde Oral Comunitária tenham um papel importante a desempenhar.

Só uma acção preventiva conjunta, aceite e empenhada por toda a comunidade, sem exclusão de instituições e entidades oficiais, religiosas e particulares, trará resultados verdadeiramente positivos e, por certo, com custos menos onerosos para todos.

RESUMO

A cárie dentária é a doença buco-dentária mais frequente nas crianças e adolescentes, constituindo um indicador de saúde importante.

Os estudos realizados entre nós sobre a prevalência da cárie mostram algumas variações.

O presente estudo teve como principal objectivo avaliar a prevalência da cárie e os níveis de conhecimentos e comportamentos, na área da sua prevenção, em adolescentes de 15 anos, residentes no distrito de Aveiro, divididos em 3 grupos distintos: Espinho (n = 67), Albergaria-a-Velha (n = 65) e Águeda (n = 68).

Os grupos de Espinho e Albergaria-a-Velha foram alvo do Programa de Saúde Oral, promovido pela Direcção-Geral de Saúde, durante os quatro anos do 1.º Ciclo do Ensino Básico. O grupo de Águeda, não abrangido por qualquer programa específico de saúde oral, constituiu o grupo controlo.

No protocolo do presente estudo foram incluídos 200 alunos adolescentes: 104 do sexo feminino e 96 do sexo masculino.

O estudo do tipo “Pilot Pathfinder”, transversal, realizou-se nos meses de Fevereiro e Março de 1999.

Os resultados mostraram uma prevalência de cárie de 80,3% com um CPOD de 4,07, tendo Espinho registado 68,2% com um CPOD de 3,56 e Albergaria-a-Velha 91,6% com o CPOD de 4,75. Águeda posicionou-se na zona intermédia com 82,4% e 3,93.

Os resultados, comparados com os estudos nacionais existentes para idêntico grupo etário, permitem concluir haver uma evolução positiva, bem evidente no grupo de Espinho. Contudo, transparece a necessidade do reforço no envolvimento dos pais, professores e serviços de saúde para uma maior eficácia das medidas preventivas preconizadas.

Ao melhor conhecimento das medidas preventivas correspondeu melhor comportamento, melhor nível sócio-económico e, por sua vez, um melhor estado de saúde oral.

O número de cáries diagnosticadas por tratar sugere que há, igualmente, necessidade de o “Programa de Saúde Oral para Crianças em Idade Escolar” contemplar a vigilância médico-dentária gratuita e universal.

ABSTRACT

Dental caries is the most frequent children's and adolescents' oral diseases, being an important health indicator.

The studies made in Portugal about the prevalence of caries show some variations.

The main purpose of said study was to estimate caries prevalence and the levels of both knowledge and behaviours in 15 years adolescents residing in the district of Aveiro, divided in three distinct groups :

- Espinho (n = 67)
- Albergaria-a-Velha (n = 65)
- Águeda (n = 68).

The groups of Espinho and Albergaria-a-Velha were the target of the Oral Health Programm, promoted by the General Health Department, during the four years of the Basic Elementary School. The group of Águeda was not included in any oral health specific program, becoming the control group.

Two hundred teenagers were included in the protocol study, being 104 females and 96 males.

The study of the transversal model "Pilot Pathfinder" happened during the months of February and March of 1999.

The results showed a caries prevalence of 80,3% with a DMFT of 4,07; Espinho registered 68,2% with a DMFT of 3,56 and Albergaria-a-Velha

91,6% with a DMFT of 4,75. Águeda has been placed in the intermediate position with 82,4% with a DMFT of 3,93.

If we compare these results with the existing national studies for a similar group, we can perceive a clear positive evolution in the group of Espinho. However, there is a necessity of reinforcing the involvement of the parents, theachers and health services for more efficient preventive measures already established.

To the best knowledge of these preventive measures corresponded a better behaviour, a better socio-economical level and consequently a better oral health.

The diagnosed number of untreated caries shows that there is also a need for a free, constant and universal medical-dentist watch from the "Oral Health Program for School Age Children".

BIBLIOGRAFIA

- 1 **Chaves MM.** Odontologia Social. 2.ª ed., Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1986: 486 p.
- 2 **Harris NO, Christen AG.** Primary Preventive Dentistry. Third Edition, Norwalk, California: Appleton & Lange, 1990.
- 3 **Almeida M.** Prevalência em Portugal das Doenças Orais. In: Simpósio de Promoção de Saúde Oral nas Escolas e Jardins de Infância, II. Lisboa: 1999 Março.
- 4 **Calado MR.** Programa de Cuidados de Saúde Oral do Cartaxo. Avaliação do Seu Impacto. DGCSP/DSO. Acta Médica Portuguesa 1993; 6 : 115 – 122.
- 5 **DGS.** Tradução da OMS. Saúde Oral para Uma vida Saudável !. Dia Mundial da Saúde. Génève, 1994.
- 6 **DGS.** Tradução da OMS pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. As metas de saúde para todos. Génève, 1985.
- 7 **Saltman RB, Figueras J.** European Health Care Reform: Analysis of current strategies. Regional Office for Europe, WHO. Copenhagen: 1997.
- 8 **Bjertness E, Eriksen HM.** Design of a Socio-Ecologic Caries Model and Testing on 50-Year-Old Citizens of Oslo. Norway : Acta Odontol Scand, 1992; 50: 151-162.
- 9 **Reis J.** Autonomia conceptual da pessoa nos processos de saúde. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicoterapia Cognitiva, 1992.
- 10 **OMS.** Mensagem do Director-Geral da OMS pelo Dia Mundial da Saúde. Geneva, 1989; Abril.
- 11 **Meyer K.** Oral health of Portuguese adults: a study of oral health and its determinants in five different population groups. Bergen, Norway: University of Bergen, 1990.
- 12 **Russel N.** Manual de Educação para a saúde. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1996. 68 p.
- 13 **Melo P, Reis J.** Estudo sobre a Prevalência da Cárie. Revista de Saúde Oral 1997; Maio: 46-51.
- 14 **Torrinha F.** Dicionário Latino Português. 3.ª Edição, Porto: Edições Marânus, 1945: 947p.
- 15 **Couto AJ.** Cárie Dentária e Gravidez (Tese). Porto: Faculdade de medicina Dentária do Porto, 1995. 193 p.
- 16 **Baciero GR, Gandarias FJG, Pérez LM.** Oral health in the Elderly in Spain. Bilbao: Ediciones Eguía , 1998. 173 p.
- 17 **Carvalho C.** Higiene Oral Começa no Berço. Cadernos de Saúde do Jornal Independente 1995 Fevereiro 3: 1-3 p.
- 18 **Corsépius Y.** A Educação para a Saúde em Saúde Oral. Caderno n.º 3 de Saúde Oral da DGCSP 1987 Setembro 9 p.

- 19 **Moreira P, Peres E.** Alimentação em adolescentes. Revista Alimentação Humana 1996; Ano 2, Dezembro n.º 4: 4-45.
- 10 **DGS.** Tradução da OMS. Saúde Oral para Uma vida Saudável ! Dia Mundial da Saúde. Lisboa 1994.
- 21 **Marques MD.** Saúde Oral de Uma População do Porto, do Grupo Etário dos 30-39 anos (Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor) . Porto : Fac. Med. Dentária do Porto, 1994. 92 p.
- 22 **Kandelman D.** Prévention de la carie et des maladies parodontales chez l'enfant. In Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Odontologie : Editions Techniques, 1991. 4 p.
- 23 **Miller WD.** Micro-organisms of the human mouth. SS. White Dental Mfg Co.,1890.
- 24 **Marques MD.** Educação para a Saúde Oral e Promoção da Saúde Oral. (Conferência). Gondomar: 1998 Abril.
- 25 **Bánóczy Y.** Etiologie de la carie. In: Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Odontologie: Editions Techniques: 1987; 230 10 A³⁰ (7). 6 p.
- 26 **Finidori et al.** Pathogénie de la carie. Encycl. Méd. Chir. (P,France), Odontologie,1987; 230 10 B¹⁰ (7): 10 p.
- 27 **Tenenbaum H.** Pathologie générale et parodonte. In: Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Stomatologie et Odontologie: Editions Techniques,1993; 23-447-A-10. 5 p.
- 28 **Bandeira MJ.** Alguns Aspectos Práticos da Aplicação de Flúor e Algumas Considerações Sobre a Etiologia da Cárie Dentária e das Periodontopatias e Respectivas Medidas de Prevenção. Textos de Apoio n.º 1 da DGCSP/DSO, 1985.13 p.
- 29 **Pellat B.** Plaques Bactériennes Dentaires: Aspects Biochimiques. In: Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Stomatologie et Odontologie : Editions Techniques,1993; 23-010-A-15 .7 p.
- 30 **Bertrand MF.** Biochimie des Différentes Strututres de l' Organe Dentaire. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier – Paris) , Stomatologie/Odontologie, 1997; 22-001-G-10. 10 p.
- 31 **Haikel Y, Hemmerlé J.** Thérapeutique Étiopathogénique de la Carie. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Stomatologie et Odontologie ,1993; 23-010-F-10. 11 p.
- 32 **Thylstrup A,Fejerskov O.** Different Concepts Of Dental Caries and their Implications. In: Texbook of Carology, University Oslo: 2th Ed. Munksgaard, 1987; 209-244.
- 33 **Rendeiro MC.** Cárie dentária: a prevenção é a única medida eficaz ao seu combate. T.A. n.º 2 da DGS/SSE,1982. 15 p.
- 34 **Murray JJ.** The Prevention of Dental Disease. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press, 1985.351 p.
- 35 **Möller IJ.** Flúor,Denture e Santé. In: Conferência no Seminário Internacional sobre Prevenção da Cárie Dentária pela Fluoração. Lisboa, ENSP, 1979. Novembro.

- 36 **Bellemare M.** Les Fluorures et l'Environnement Humain. In: Conferência no Seminário sobre Prevenção da Cárie Dentária pela Fluoração. Lisboa, ENSP, 1979. Novembro.
- 37 **Bercy P, LSD, Vreven J.** Les Materiaux Fluorés. L'Information Dentaire n.º 6, Université Catholique de Louvain 1977. Dezembro; 17- 31.
- 38 **Vreven J.** Les Applications Locales de Flúor. Université Catholique de Louvain Belge Med. Dent., 1971; 26 (2): 220-234.
- 39 **Vreven J, DSO, LSD.** Les Dentifrices Fluorés . In: Conferência no Seminário Internacional Sobre Prevenção da Cárie Dentária pela Fluoração. Lisboa: ENSP, 1979: Novembro.
- 40 **Marthaler TM.** Prevention of Dental Caries by salt fluoridation. In: Conferência no Seminário Internacional sobre Prevenção da Cárie Dentária pela Fluoração. Lisboa: ENSP, 1979 Novembro.
- 41 **Cruz JP, Henrique L, Balseiro C.** Importância do Flúor na Protecção dos Dentes. In: Jornadas Sobre Saúde Oral. Aveiro: Hospital Distrital, 1994 Maio.
- 42 **DGCSP.** Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar para o Ano Lectivo de 1992/93 - Revisto e Actualizado DGS/DSSE/DSO, Lisboa: 1992. Agosto.
- 43 **DGCSP.** Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar para o Ano Escolar de 1993/94. Lisboa: DGS/DSSE/DSO, 1993 Julho.
- 44 **WHO.** Recent Advances in Oral Health .Genève: Technical Report, 1992.
- 45 **DGS.** Programa de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes, Lisboa: 1999 Abril.
- 46 **Corsépius Y.** Educação em Saúde Oral: Sugestões para Actividades com Crianças em idade Escolar e Pré-Escolar. Adaptação do Programa de Saúde Oral de Aberystwyth (País de Gales) pela DGCSP, Lisboa: 1987.
- 47 **Berge M, Veerkamp Jaap SJ, Hoogstraten J, and Prins Pier JM.** Behavioural in Children Referred to a Centre for Special Dental Care. Community Dent Oral Epidemiol, 1999; 27: 181- 6.
- 48 **Wang NJ, and Riordan.** Fluoride Supplements and Caries in a Non-Fluoridated Child Population. Community Dent Oral Epidemiol, 1999; 27 : 117- 23.
- 49 **Demars Fremault C, et Muhima CP.** La Carie et Ses Complications Chez L'enfant. In: Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Odontologie: Editions Techniques, 1991; 23410 (10): 7p.
- 50 **Gaughwin Anne, Spencer J, Brennam David S, and Moss J.** Oral Health of Children in South Australia by Socio-Demographic Characteristics and Choice of Provider. Community Dent Oral Epidemiol, 1999 ; 27 : 93-102.
- 51 **Hescot P, Caron H.** La Salud Bucodental en la Escuela. Salud Mundial da OMS 1994; 47(1) : 10 - 12.
- 52 **Keys W.** The Prevalence of Dental Caries in Europe 1990/95 . Caries Research 1996; 237 - 255.
- 53 **Santos H.** Acção do Flúor Sobre a Cárie. Tratamento feito nas águas de abastecimento à Vila de Montemor-o-Novo. Évora: 1976. 47 p.

- 54 **Abrantes A.** Cárie Dentária e saúde escolar . T.A. n.º 1 de Saúde Oral da DGCSP/SSE,1982. 13 p.
- 55 **Navarro MF.** Proposta de Programas de Saúde Oral nas Escolas . DSO/DGCSP, 1985. 8 p.
- 56 **DGCSP.** Programa de Educação em Saúde Oral em Saúde Escolar . Informação n.º 75/DSO, 1986. 7 p.
- 57 **Freitas J.** Prevenção da Cárie Dentária . Caderno n.º 2 de Saúde Oral da DGCSP 1987. Junho. 32 p.
- 58 **DGCSP.** Saúde Oral em Saúde Materna e Infantil. Circular Informativa n.º 4 /DSO 1989. Janeiro.13 p.
- 59 **DGCSP.** Programa Saúde Oral em Saúde Escolar - Avaliação de Actividades do Ano Lectivo 90/91/ DSO, 1992. 8 p.
- 60 **DGCSP.** Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar. Avaliação de Actividades do Ano Escolar 1992/93 / DSO, 1994 Maio. 9 p.
- 61 **SRS-Aveiro.** Relatório Anual das Actividades em Saúde Oral da Sub-Região de Saúde de Aveiro de 1994/95, Aveiro:1995 Outubro. 7 p.
- 62 **DGS.** Programa de Saúde Oral em Idade Escolar. DSE.1996 Abril. 17 p.
- 63 **DGCSP.** Avaliação do Programa de Saúde Oral do Ano Lectivo de 1987/88 .DSO. 1989 Junho. 13 p.
- 64 **Calado RMD.** O Programa de cuidados de saúde oral de Castelo Branco. A procura de novas estratégias, para vencer um velho problema. Lisboa: 1994. 78 p.
- 65 **Pereira A.** Estudo de prevalência da cárie dentária na população escolar dos 6 aos 13 anos do Concelho de Viana do Castelo. Ver Port Estomatol Cir Maxilofac 1983; Jul-Sep 27(3):317-61.
- 66 **Furtado I et al.** Contribuição para o estudo da saúde oral na criança portuguesa na idade escolar, dos 6 aos 12anos. Ver Pot Estomatol Cir Maxilofac 1983; 24:462-78.
- 67 **Marques MD, Dinis A.** Levantamento epidemiológico da fluorose e da cárie dentária dos alunos do Ciclo Preparatório e do Ensino Secundário de Povoação, Ilha de S.Miguel,Açores. Act Med-Dent 1988; 1:33-8.
- 68 **Almeida CM, Emilio MC, Moller I, Marthaler T.** 1.º inquérito nacional explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. Ver Port Estomatol Cir Maxilofac 1990; 31(3): 137-49.
- 69 **Cruz JP.** Importância dos comprimidos de fluoreto de sódio na incidência da cárie dentária. Estudo epidemiológico. Ver Port Estomatol Cir Maxilofac 1990; jan-Mar; 31(1): 9-20.
- 70 **Pontes MT.** The prevalence of dental caries among Portuguese chidren 6-9 years of age. Ver Port Estomatol Cir Maxilofac 1986; 27(1):73-93.
- 71 **Reis E.** Levantamento epidemiológico da cárie dentária nas crianças que frequentam o Ensino Básico do Concelho de Condeixa-a-Nova no ano lectivo de 1986/87. Ver Port Estomatol Cir Maxilofac 1989; Jan-Mar; 30(1): 55-69.

- 72 **Pereira A, Capelas AG, Pereira MI et al.** Prevalência da cárie dentária na população escolar do Concelho de Vila Nova de Cerveira e suas correlações com os hábitos dietéticos, de higiene oral e de utilização de flúor. *Act Med-Dent* 1988; 1 (1): 45-54.
- 73 **Marques MD, Jorge AESC, Figueiral MH.** Levantamento epidemiológico das crianças a frequentar no lectivo de 1987/88 a Escola Primária do Viso (Porto): resultados preliminares da cárie dentária. *Act Med-Dent* 1988; 1: 33-8.
- 74 **Pereira A, Capelas JA, Capelas AG, Capelas AM.** Prevalência da cárie dentária na população escolar do Ensino Básico do Concelho de Freixo de Espada à Cinta. *Act Med-Dent* 1988; 1 (3): 27-37.
- 75 **Pereira A .** Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade da cárie dentária em Portugal (Tese). Porto, Portugal. Universidade do Porto, 1990.
- 76 **Ribeiro S.** Prevalência da cárie dentária em crianças a frequentar o 1.º Ciclo do Ensino Básico na região de Lisboa. In: Simpósio de Promoção de Saúde Oral nas Escolas e Jardins de Infância,II. Lisboa: 1999 Março.
- 77 **DGCSP.** Programa Saúde Oral em Saúde Escolar - Avaliação de Actividades do Ano Lectivo 95/96; Centro de Saúde de Espinho, 1996.
- 78 **OMS.** Oral Health Surveys - 3.ª Edition da OMS . Genève : 1987. 51 p.
- 79 **Beaglehole R, Bonita R, Kjellström.** Basic Epidemiology. Genève, WorldHealth Organization: 1993; 175 p.
- 80 **INE .** Estatísticas Demográficas de 1991.
- 81 **Lutz W .** 2. Como Seleccionar amostras para inquéritos. Tradução pela Associação Internacional de Epidemiologia, 1986. 109 p.
- 82 **Erasmie Th .** Introdução ao Trabalho de Investigação em Educação de Adultos. Braga Universidade do Minho, 1983. 197 p.
- 83 **INE -** Estatísticas Demográficas em 1997.
- 84 **Greene JC, Vermillion JR.** The Simplified Oral Hygiene index. *J Am Dent Assoc.* 1964; 68: 25-31.
- 85 **Klein H, Palmer LE.** Studies on Dental Caries 1. Dental Status and Dental Needs of Elementary School Children . *Public Health Rep.* 1938; 53: 751-65.
- 86 **Pereira A.** Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia, 1.ª ed., Lisboa, Edições Sílabo,Lda.,1999; Março, 192 p.
- 87 **Gjerme P.** *Course in Survey Methodology.* University of Oslo. In:Congresso Internacional de Cuidados em Saúde Oral,I. Fão,Portugal,1989.Março.
- 88 **Tewari A.** Prevención a Bajo Costo . *Salud Mundial da OMS* 1994; 47(1): 18-19.
- 89 **OMS.** Novos Parceiros para o Séc.XXI- In: Conferênmcia Internacional Sobre a Promoção da Saúde. Declaração de Jacarta, 4.ª . Tradução do PAS,1997. 6 p.

- 90 **Kichbusch I.** Um conceito social da Educação para a Saúde .Revue Internationale d'Education pour la Santé, Vol.XX, 1981/84. Traduzido e adaptado pela Divisão de Educação da DGS,1985. 9 p.
- 91 **DGS .** Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes. Circular normativa n.º 6/DSE 1999 Maio. 13 p.
- 92 **Arrow P.** Oral hygiene in the control of occlusal caries. Commuunity Dent Oral Epidemiol,1998; 26: 324-30.
- 93 **Bailleul-Forestier I,Glorieux FH,Berdal A.** Mécanismes Moléculaires et Aspects Cliniques des Altérations Dentaires Associées au Rachitisme Chez L'Enfant. Physiologie, Actualités Odonto-Stomatologiques , 1997; n.º 198 Junho.
- 94 **Pollard M, Duggal MS, Fayle S, Toumba KJ and Curzon MEJ.** Caries Preventive Strategies . ILSI Europe Concise Monograph Series,1995.

ANEXOS

PROGRAMA DE SAÚDE ORAL EM SAÚDE ESCOLAR

PROPOSTA

De: COORDENAÇÃO DISTRITAL DO PROGRAMA DE SAÚDE ORAL EM SAÚDE ESCOLAR

Para: COORDENADOR SUB- REGIONAL DE SAÚDE DE AVEIRO

ASSUNTO: *Estudo sobre a prevalência da cárie dentária em adolescentes de 14/15 anos como avaliação dos resultados das medidas implementadas pelo Programa de Saúde Oral(PSO).*

Entre as estratégias divulgadas pelas Normas do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, oriundas da Direcção-Geral da Saúde, estão previstas avaliações periódicas sobre os resultados das medidas sugeridas e implementadas pelo Programa.

Dada a circunstância de o proponente ser responsável pela execução do mesmo e, simultaneamente, estar a frequentar o Curso de Mestrado em Saúde Oral Comunitária que exige a apresentação, à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, de uma dissertação de candidatura ao Grau de Mestre, proponho à autorização superior o presente estudo, pelo interesse que igualmente terá para o Serviço, tendo como objectivo:

Avaliar o impacto do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar quer nos conhecimentos e comportamentos quer na prevenção da cárie dentária em adolescentes de 14/15 anos, nos concelhos de Albergaria-a-Velha, Espinho e Águeda.

Hipóteses a verificar:

- 1 – O Índice de CPO, em adolescentes em PSO, é mais baixo;
- 2 – O Índice de Placa Simplificado (IHO-S), em adolescentes em PSO, é mais baixo;
- 3 – O nível de conhecimentos, em adolescentes em PSO, sobre as medidas de promoção de saúde oral é mais elevado;

4 – O nível da prática das medidas de prevenção da cárie dentária, em adolescentes em PSO, é mais elevado.

Na execução do estudo prevê-se a participação:

- Da Equipa de Saúde Escolar dos respectivos Centros de Saúde;
- De 3 a 4 Observadores (O proponente mais 3 colegas médicos dentistas);
- De 3 a 4 Anotadores (Enfermeiros dos Centros de Saúde).

Os recursos materiais resumem-se:

- Nas deslocações do proponente aos Centros de Saúde e Estabelecimentos de Ensino para preparação e execução do estudo;
- Na elaboração de cerca de 250 fichas para registo do CPO e IHO-S;
- Na aquisição de 4 frascos de revelador de placa;
- No uso de sondas e espelhos planos estomatológicos;
- Na elaboração de 250 questionários para os adolescentes;
- No uso de autoclave e de mangas de esterilização .

No estudo, que decorrerá de Setembro/98 a Abril/99, o proponente terá como orientador o Prof. Doutor Manuel Desport Marques do Departamento de Medicina Dentária Preventiva da Faculdade de Medicina Dentária, da Universidade do Porto, e a colaboração da Senhora Dr.^a Gregória Paixão Von Amann, responsável pelo Programa De Saúde Oral em Saúde Escolar, na Divisão de Saúde Escolar da Direcção-Geral da Saúde.

À consideração superior:

Aveiro, 26 de Agosto de 1998

(António Amador de Almeida)

*ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE AVEIRO*

ANEXO II

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho Directivo da Escola Adolfo
Portela

Rua Joaquim de Almeida

3750 ÁGUEDA

DSS/SO

23/10/98

ASSUNTO : Estudo sobre a saúde oral em adolescentes

Desejando a Sub-Região de Saúde de Aveiro, através da sua Coordenação Distrital do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, em colaboração com a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e do Centro de Saúde de Águeda, saber a actual prevalência da cárie dentária em adolescentes de 14/15 anos;

Desejando avaliar a correlação dos seus conhecimentos e comportamentos com o estado de saúde da boca, tal como avaliar os ganhos em saúde que, porventura, o Programa de Saúde Oral tem trazido;

Vem solicitar a V.Ex.^a a colaboração do Estabelecimento de Ensino, que mui dignamente dirige, no sentido de facilitar a realização de um inquérito e a observação médica da boca de um grupo de alunos que virá a constituir a amostra do estudo e de acordo com o já exposto em reunião com V.Ex.^a.

Prevê-se que o desenrolar das actividades seja durante o mês de Janeiro de 1999 e de acordo com a metodologia que, em data a combinar, será de novo discutida com V.Ex.^a, de modo a não perturbar as normais actividades da escola.

Pela colaboração prestada, desde já, os nossos agradecimentos.

Com os melhores cumprimentos.

O DIRECTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

*ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE AVEIRO*

ANEXO III

ESTUDO SOBRE A SAÚDE ORAL EM ADOLESCENTES

QUESTIONÁRIO

A Sub-Região de Saúde de Aveiro, em colaboração com o teu Centro de Saúde, a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e a tua Escola, está empenhada na Promoção da Saúde dos dentes de toda a população. Para além de outras actividades que, há muito, tem vindo a levar a efeito, vai realizar um estudo-diagnóstico da situação, pelo que se pede a tua prestimosa colaboração. Certos que o teu grande objectivo na vida é que haja mais e melhor saúde e que tu próprio sejas um dos obreiros dessa “obra”, pedimos-te que respondesses às seguintes questões:

1 - Indica a data do teu nascimento Dia _____ Mês _____ Ano _____;

2 – Fizeste o bochecho de flúor na tua Escola Primária desde a 1.ª à 4.ª Classe?

SIM: _____ NÃO: _____;

3 – Estás disponível para que se faça uma observação médica dos teus dentes para diagnóstico do seu estado de saúde?

SIM: _____ NÃO: _____ NÃO SABES: _____;

4 – Indica:

1 – O teu nome completo: _____;

2 – Ano de escolaridade: _____;

3 – A turma que frequentas: _____;

OBRIGADO PELA TUA PARTICIPAÇÃO !

ANEXO IV

PROGRAMA DE SAÚDE ORAL EM SAÚDE ESCOLAR

QUESTIONÁRIO

(adolescentes)

IDENTIFICAÇÃO

1 - NOME _____

2 - ESCOLA _____

3 - FREGUESIA: _____

4 - CONCELHO : _____

5 - IDADE : 6 - SEXO : M. ☐ F. ☐7 - ANO DE ESCOLARIDADE: 5.º ☐; 6.º ☐; 7.º ☐; 8.º ☐; 9.º ☐; 10.º ☐8 - ACTIVIDADE PROFISSIONAL DO PAI
_____9 - ACTIVIDADE PROFISSIONAL DA MÃE
_____NÃO
PREENCHER
NA ZONA
SOMBREADA☐☐☐☐☐☐☐☐

12 - Indica a última vez que foste ao médico dentista. 1 - Há menos de 1 ano..... ☐ 2 - Entre 1 e 3 anos..... ☐ 3 - Há mais de 3 anos..... ☐	☐
13 - Porque motivo foste ao médico dentista ? 1 - Nunca fui ao médico dentista..... ☐ 2 - Por ter dores de dentes..... ☐ 3 - Para ver se os dentes estavam bem..... ☐ 4 - Para limpeza dos dentes..... ☐ 5 - Não me lembro..... ☐ 6 - Outro motivo. Qual?..... ☐ _____ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ NÃO PREENCHER NA ZONA SOMBREADA
14 - Escovas os dentes ? 1 - Nunca ☐ 2 - Menos do que uma vez por dia..... ☐ 3 - Uma vez por dia..... ☐ 4 - Duas ou mais vezes por dia..... ☐	☐
15 - Ontem, ao deitar, lavaste os dentes ? 1 - Sim..... ☐ 2 - Não..... ☐	☐

16 - Usas alguma vez o fio dental ? 1 - Nunca.....☐ 2 - Algumas vezes.....☐ 3 - Todos os dias.....☐	☐												
17 - Usas pasta dentífrica regularmente ? 0 - Não.....☐ Se usas, é : 1 - Com flúor.....☐ 2 - Sem flúor.....☐ 3 - Desconheces.....☐	NÃO PREENCHER ZONA SOMBREADA ☐												
18 - Tens dentes cariados ? 0 - Não.....☐ Se tens, indica : 1 - Quantos _____ 2 - Não sabes.....☐	☐ 												
19 - Assinala com um X as refeições que tomaste <u>durante todo o dia de ontem</u>, indicando as respectivas horas : <table style="width: 100%;"> <tr> <td>1 - Pequeno Almoço.....☐</td> <td>_____ Horas/Minutos</td> </tr> <tr> <td>2 - Lanche da Meia Manhã.....☐</td> <td>_____ “</td> </tr> <tr> <td>3 - Almoço (Refeição do Meio-Dia).....☐</td> <td>_____ “</td> </tr> <tr> <td>4 - Merenda☐</td> <td>_____ “</td> </tr> <tr> <td>5 - Jantar (Refeição da noite).....☐</td> <td>_____ “</td> </tr> <tr> <td>6 - Ceia (Pequeno lanche antes de deitar.....☐</td> <td>_____ “</td> </tr> </table>	1 - Pequeno Almoço..... ☐	_____ Horas/Minutos	2 - Lanche da Meia Manhã..... ☐	_____ “	3 - Almoço (Refeição do Meio-Dia)..... ☐	_____ “	4 - Merenda ☐	_____ “	5 - Jantar (Refeição da noite)..... ☐	_____ “	6 - Ceia (Pequeno lanche antes de deitar..... ☐	_____ “	☐
1 - Pequeno Almoço..... ☐	_____ Horas/Minutos												
2 - Lanche da Meia Manhã..... ☐	_____ “												
3 - Almoço (Refeição do Meio-Dia)..... ☐	_____ “												
4 - Merenda ☐	_____ “												
5 - Jantar (Refeição da noite)..... ☐	_____ “												
6 - Ceia (Pequeno lanche antes de deitar..... ☐	_____ “												

**20 – Assinala com um X, no quadro seguinte,
o tipo de alimento que ingeriste durante o dia de ontem**

	Pequeno Almoço	Lanche	Almoço	Merenda	Jantar	Ceia
Rebuçados						
Doces/bolos/similar						
Chocolate/similar						
Pastilhas c/ açúcar						
Refrigerantes						
Coca-Cola/Pepsi						
Leit/Caf/Chá+açúcar						
Leit/Caf/Chá+mel						
Caramelos						
Sumos de Fruta						
Fruta						
Cerveja						
Vinho						

NÃO
PREENCHER
ZONA
SOMBREADA

**21 – Durante o dia de ontem, fora das principais refeições que referiste
teres tomado, ingeriste algum dos alimentos que constam no quadro que se Segue ?**

0 - Não.....☐

Se **SIM**, assinala com um X o respectivo alimento na quadrícula
Correspondente ao número de vezes que o fizeste .

	Cinco Vezez	Quatro Vezez	Três vezez	Duas vezez	Uma vez
Rebuçados					
Doces/bolos/similar					
Pastilhas c/ açúcar					
Refrigerantes					
Coca/cola/Pepsi					
Leit/Caf/Chá+Açúcar					
Leit/Caf/Chá+Mel					
Caramelos					
Sumos de Fruta					
Fruta					
Cerveja					
Vinho					

22 – Durante o dia de ontem, fumaste ? 1 - Sim.....☐ 2 - Não.....☐ 3 - Se respondeste SIM, quantos cigarros fumaste ? _____	☐ ☐
---	---

PARTE II
AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Assinalar com um X as respostas que considerares certas

23 – Porque razão se estragam os dentes ? 1 - Por falta de higiene.....☐ 2 - Por se comerem muitos doces e açúcar.....☐ 3 - Por usar escovas rijas.....☐ 4 - Por comer laranjas e maçãs.....☐ 5 - Porque é natural estragarem-se.....☐ 6 - Por uso de flúor.....☐ 7 - Por abuso de mariscos.....☐ 8 - Não sabes.....☐	NÃO PREENCHER NA ZONA SOMBREADA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
---	---

24- Como se pode evitar a cárie ? 1 - Escovando os dentes..... ☐ 2 - Evitando comer frequentemente doces..... ☐ 3 - Usando flúor (pastas dentífricas, comprimidos ,bochecho)..... ☐ 4 - Usando o fio dental..... ☐ 5 - É difícil evitar a cárie..... ☐ 6 - Não sabes..... ☐	
25- Quantas vezes se devem lavar os dentes ? 1 - Todos os dias de manhã..... ☐ 2 - Todos os dias ao deitar..... ☐ 3 - Depois das principais refeições e ao deitar..... ☐ 4 - Basta aos sábados e aos Domingos..... ☐ 5 - Não sabes..... ☐	NÃO PREENCHER NA ZONA SOMBREADA
26- Que produtos conheces para tornar os dentes mais resistentes ? 1 - Flúor (comprimidos, gotas, bochecho)..... ☐ 2 - Pastas dentífricas com flúor..... ☐ 3 - Fruta e leite..... ☐ 4 - Refrigerantes ricos em vitamina C..... ☐ 5 - Cenoura..... ☐ 6 - Chocolate..... ☐ 7 - Leite com mel..... ☐ 8 - Peixe..... ☐ 9 - Não sabes..... ☐	

27- Em que altura do dia é pior comer os alimentos doces ? 1 - Logo a seguir às refeições principais..... ☐ 2 - Entre as refeições principais..... ☐ 3 - Ao deitar..... ☐ 4 - É sempre mau..... ☐ 5 - Não sabes..... ☐	☐
28- Quantas vezes se deve ir ao médico dentista ? 1 - Pelo menos uma vez por ano..... ☐ 2 - Duas vezes por ano..... ☐ 3 - De 2 em 2 anos..... ☐ 4 - Só quando doem os dentes..... ☐ 5 - Não sabes..... ☐	NÃO PREENCHER NA ZONA SOMBREADA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO !

RASTREIO DA CÁRIE DENTÁRIA E PLACA BACTERIANA

FICHA INDIVIDUAL

Nro. **ANEXO V**

Nome: _____

Sexo ☐ M ☐ F
1 2

Escola: _____

CPOS _____

INDICE CPOS

	3	8	13	18	23	27	31	35	39	43	47	52	57	62	
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
M															M
V															V
D															D
P															P
O															O
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
	7	12	17	22	26	30	34	38	42	46	51	56	61	66	

	67	72	77	82	87	91	95	99	103	107	111	116	121	126	
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
M															M
V															V
D															D
L															L
O															O
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
	71	76	81	86	90	94	98	102	106	110	115	120	125	130	

0 = sã / 1 = cariada / 2 = obturada / 3 = perda por cárie / 4 = extracção indicada
5 = ausência por causa desconhecida / 6 = prótese fixa ou removível

INDICE OHI-S

	131	132	133	
Maxila				
Mandíbula				
	134	135	136	
	D	F	E	

16V	11V	26V
46L	31V	36L

V = Vestibular
L = Lingual

Examinador _____
Anotador _____