



Artigo original

Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses

Carlos Pereira^a, Nélio Veiga^{b,*}, Odete Amaral^a e Joana Pereira^c

^a Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal

^b Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal

^c Riga Stradins University, Riga, Letónia

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 3 de junho de 2011

Aceite a 14 de março de 2013

On-line a 12 de julho de 2013

Palavras-chave:

Saúde oral

Escovagem

Fio dentário

Consulta ao médico dentista

Fatores sociodemográficos

R E S U M O

Introdução: A frequência da escovagem, a utilização do fio dentário e a consulta regular ao médico dentista são importantes determinantes de saúde oral. O objetivo deste estudo foi caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes portugueses, mais especificamente a prevalência de escovagem, a utilização de fio dentário e as consultas regulares ao médico dentista, e estabelecer a associação destes comportamentos com aspetos sociodemográficos.

Participantes e métodos: Realizámos um estudo transversal onde avaliámos os alunos de 26 escolas públicas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Viseu. Em cada escola avaliámos todos os adolescentes do 7.º ao 12.º ano de escolaridade. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário autoaplicado e respondido pelos adolescentes em sala de aula, contendo questões referentes a comportamentos de saúde oral e estatuto socioeconómico. Dos 8768 distribuídos, recolhemos 7644 (87,2%). Foram excluídos da análise os questionários sem informação para o sexo e para a idade, bem como os que correspondiam a idades inferiores a 12 ou superiores a 18 anos. Ficámos com uma amostra final de 7563 adolescentes (4117 do sexo feminino).

Resultados: A prevalência de escovagem (2 ou mais vezes por dia) é de 23,5%, mais frequente no sexo feminino (25,5 vs. 21,2%, $p < 0,01$). A frequência da escovagem (2 vezes ou mais por dia) encontra-se associada às habilitações literárias dos pais (< 4 anos = 18,2%, 4-12 anos = 23,2% e > 12 anos = 44,2%, $p < 0,01$) e à área de residência (urbano = 36,9%, rural = 16,7%, $p < 0,01$). A utilização diária do fio dentário é referida por 4,4% dos adolescentes, mais frequente no sexo feminino (4,6 vs. 4,1%, $p < 0,05$). 37,1% dos adolescentes referem nunca terem utilizado o fio dentário, 40,5% referem utilizá-lo às vezes e 18,1% desconhecem o fio dentário. 86,7% dos adolescentes referem ter consultado um médico dentista, uma ou mais vezes durante a vida e 55,0% referem que o fizeram nos últimos 12 meses. As razões mais frequentes para a ida à consulta nos últimos meses foram: consulta de rotina (49,8%), odontalgias (27,8%) e tratamentos dentários (21,6%).

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: nelioveiga@gmail.com (N. Veiga).

0870-9025/\$ – see front matter © 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.002>

Conclusão: O presente estudo permitiu concluir que os comportamentos de saúde oral dos adolescentes estão associados a fatores demográficos e socioeconômicos. Os hábitos de higiene oral são mais frequentes no sexo feminino. Uma elevada proporção de adolescentes não realiza consultas de rotina e vai ao médico apenas quando tem odontalgias. Programas comunitários devem ser considerados por forma a melhorar os conhecimentos e os comportamentos relacionados com a saúde oral dos adolescentes.

© 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Oral health behaviours in Portuguese adolescents

A B S T R A C T

Keywords:

Oral health
Toothbrushing
Dental floss
Dental appointments
Socio-demographic factors

Background: The frequency of toothbrushing, use of dental floss and regular dental appointment are important determinants of oral health. The aim of this study was to assess the oral hygiene behaviors in a Portuguese sample of adolescents, namely the prevalence of toothbrushing, use of dental floss and regular dental appointments and the association of these behaviours with socio-demographic aspects.

Participants and methods: A sample of adolescents attending twenty-six public schools of the district of Viseu, Portugal, was enrolled in this cross-sectional study. In each school we assessed all students from the 7th to the 12th grades aged twelve to eighteen years old. A self-administered questionnaire with questions about oral health behavior, knowledge and socio-economic status was answered by the adolescents in the classroom. We sent 8768 questionnaires and received 7644 (87.2%). The questionnaires without sex and age information and those related to adolescents younger than twelve and older than eighteen years old were excluded from the analysis. The final sample included in the analysis was composed by 7563 adolescents (4117 female).

Results: The prevalence of toothbrushing (twice-a-day or more) is 23.5%, more frequent in female sex (25.5% vs. 21.2%, $p < 0.01$). Toothbrushing (twice a day or more) is associated with parents' level of education (< 4 yrs = 18.2%, 4-12 yrs = 23.2% and > 12 yrs = 44.2%, $p < 0.01$) and residential area (urban = 36.9% and rural = 16.7%, $p < 0.01$). Daily flossing was reported by 4.4% adolescents, more frequent amongst female sex (4.6% vs. 4.1%, $p < 0.05$). 37.1% refer never using dental floss, 40.5% uses sometimes and 18.1% as to unknowing the use of dental floss. 86.7% of adolescents visited a dentist during their life, and 55.0% visited once or more times in the previous twelve months. The more frequent reasons referred for the dental appointments in the last months are: 49.8% for a dental check-up, 27.8% when having a toothache and 21.6% for oral treatments.

Conclusion: These findings showed that oral health behaviors in adolescents are associated with demographic and socio-economic factors. A high proportion of adolescents don't make a routinely dental check-up and visit a dentist only when they have dental pain. Oral hygiene habits were more frequent in female sex. Community-oriented oral health programmes should be considered in order to increase the level of knowledge and to change attitudes related with oral health among adolescents.

© 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

Nas últimas décadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem dedicado especial atenção às doenças da cavidade oral, nomeadamente à cárie dentária, promovendo e incentivando a realização de diversos programas de prevenção¹.

Em alguns países industrializados assiste-se a uma diminuição da incidência e da prevalência desta doença, explicada, em grande parte, pela adoção de medidas ao nível da prevenção primária^{2,3}. Por outro lado, na generalidade dos países em vias de desenvolvimento, a cárie dentária assume, em todas as idades, proporções epidémicas e é considerada a

doença infecciosa, prevenível, com maior prevalência durante a vida e à qual está associada uma elevada morbidade¹. Constitui a principal causa da perda de dentes, sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública, não apenas pela sua elevada frequência, mas também pela associação com outras doenças, pelos custos envolvidos e pelas repercussões na qualidade de vida^{2,4}.

Existe uma estreita relação entre as condições socioeconómicas e culturais e o nível de saúde oral das pessoas⁵. Diversos estudos demonstram que a prevalência de doenças orais como a cárie dentária e os comportamentos de saúde oral são influenciados por fatores socioeconómicos e demográficos⁶⁻⁹. As prevalências de cárie são superiores entre os indivíduos

com menor grau de escolaridade e entre os que têm maior dificuldade no acesso à informação e aos serviços de saúde¹⁰.

Questões de natureza metodológica podem impor limitações na comparação de diversos estudos quando o objetivo é estimar a prevalência de cárie. Em Portugal, o último estudo nacional de prevalência de doenças orais, realizado em 2008, demonstrou que aos 12 e aos 15 anos o índice CPOD era de 1,48 e 3,04, respetivamente. A prevalência de cárie aumentava com a idade e era superior nas classes mais desfavorecidas¹¹.

Fatores de natureza comportamental, designadamente a escovagem regular, a utilização do fio dentário, a alimentação equilibrada e a consulta regular ao médico dentista/estomatologista, associam-se a uma diminuição significativa do risco de cárie. A escovagem dos dentes deve ser efetuada pelo menos 2 vezes ao dia, após as refeições, e incluir a lavagem das gengivas e da língua com utilização de pastas dentífricas contendo flúor em concentrações adequadas à idade. O uso do fio dentário deve completar a higiene oral, pois permite a remoção dos restos dos alimentos e da placa bacteriana nas superfícies interdentárias onde a escova não chega ou não é eficaz¹².

No contexto da saúde oral, a higiene alimentar assenta, sobretudo, na diversidade e em evitar o consumo frequente de bebidas e alimentos açucarados, especialmente no período entre as principais refeições¹³.

A consulta regular ao médico dentista é fundamental e deve ocorrer pelo menos uma vez em cada 6 meses, pois permite detetar precocemente a cárie e fornecer orientações específicas acerca de determinados procedimentos, designadamente no que diz respeito às técnicas de escovagem e à utilização correta do flúor^{12,14}.

Em Portugal são escassos os estudos desenhados para quantificar a prevalência da escovagem em adolescentes, bem como de outros comportamentos associados com a saúde oral. No estudo nacional de prevalência das doenças orais de 2008 foi possível constatar que 63% dos jovens portugueses com 15 anos de idade referiam escovar os dentes mais de uma vez por dia. No mesmo estudo foi possível verificar que 25% utilizam o fio dentário e que cerca de 85% dos jovens teve acesso a cuidados de saúde oral¹¹.

O objetivo deste estudo foi caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes portugueses, mais especificamente a prevalência de escovagem, a utilização de fio dentário e as consultas regulares ao médico dentista, e estabelecer a associação destes comportamentos com aspetos sociodemográficos (sexo, nível socioeconómico e área de residência).

Participantes e métodos

Num estudo transversal avaliámos uma amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de 26 das 48 escolas públicas do distrito de Viseu. Em cada escola foram avaliados todos os alunos que frequentavam o terceiro ciclo e secundário (sétimo ao décimo segundo ano de escolaridade). A recolha de dados foi efetuada através de um questionário autoaplicado e respondido pelos adolescentes

em sala de aula, contendo questões referentes aos comportamentos de saúde oral e ao estatuto socioeconómico. Dos 8768 questionários distribuídos aos alunos, recolhemos 7644 (87,2%). Foram excluídos da análise os questionários sem informação para o sexo e para a idade, bem como aqueles que correspondiam a idades inferiores a 12 ou superiores a 18 anos. Ficámos com uma amostra final de 7563 adolescentes (4117 do sexo feminino). Para a avaliação das condições socioeconómicas recorremos às habilitações literárias dos pais e considerámos a mais elevada. A informação relativa à área de residência foi obtida através da resposta por parte dos adolescentes a uma questão sobre se residiam na aldeia, na vila ou na cidade. Na análise dos dados agrupámos os adolescentes que residiam na aldeia na variável área rural e os que residiam na vila ou na cidade na variável área urbana.

Considerámos higiene oral correta quando o adolescente realizava a escovagem 2 ou mais vezes por dia, utilizava o fio dentário uma ou mais vezes por dia e consultou o médico dentista/estomatologista 2 ou mais vezes nos últimos 12 meses, independentemente dos motivos.

No processamento e análise dos dados foram utilizados os programas *Epi-Info 6.0 a* e o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18.0)*. Foram calculadas prevalências, expressas em percentagens com os respetivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Para comparação de proporções recorremos ao teste do qui-quadrado.

Resultados

A amostra global analisada ficou constituída por 7.563 adolescentes, sendo 3.446 (45,6%) do sexo masculino. Verificámos que a distribuição por idades nos 2 sexos em conjunto apresenta uma proporção de 11,3% com 12 anos, 15,1% com 13 anos, 17,2% com 14 anos, 19,1% com 15 anos, 16,5% com 16 anos, 13,3% com 17 anos e 7,6% com 18 anos. A maior proporção de adolescentes do sexo masculino encontra-se a frequentar o sétimo ano de escolaridade, num total de 763 (22,2%). No sexo feminino, a maior proporção das adolescentes encontra-se a frequentar o décimo ano de escolaridade, num total de 807 (19,6%). Em ambos os sexos, a maior proporção dos adolescentes frequenta o sétimo ano, num total de 1.531 (20,3%). Os restantes distribuem-se de modo semelhante pelos diferentes anos de escolaridade, com 18,4% a frequentarem o oitavo ano, 18,2% o nono ano, 18,5% o décimo ano, 12,1% o décimo primeiro ano e 12,6% o décimo segundo ano.

A maioria dos pais dos adolescentes de ambos os sexos apresenta uma escolaridade de 5-6 anos (39,4%). Relativamente ao índice de aglomeração, 68,4% dos adolescentes de ambos os sexos enquadra-se no índice inferior a 1,0 (pessoa por assoalhada), 17,3% no índice 1,0 e 14,3% no índice superior a 1,0. Quanto ao local de residência, a maioria dos adolescentes inquiridos (66,1%) vive em aldeias, 25,9% em vilas e 8,0% em cidades (tabela 1).

A prevalência de escovagem 2 ou mais vezes por dia foi de 23,5%, mais frequente no sexo feminino (25,5 vs. 21,2%, $p < 0,01$). A frequência de escovagem uma vez por dia foi de 56,8%, também mais frequente entre as adolescentes (61,4 vs. 51,2%, $p < 0,01$). Quanto à escovagem de menos de uma vez

Tabela 1 – Caracterização da amostra

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	3446	45,6	4117	54,4	7563	100,0
Idade						
12	373	10,8	482	11,7	855	11,3
13	523	15,2	615	14,9	1138	15,1
14	651	18,9	647	15,7	1298	17,2
15	636	18,5	806	19,6	1442	19,1
16	577	16,7	674	16,4	1251	16,5
17	419	12,2	583	14,2	1002	13,2
18	267	7,7	310	7,5	577	7,6
Escolaridade						
7	763	22,2	768	18,7	1531	20,2
8	689	20,0	700	17,0	1389	18,4
9	654	19,0	722	17,5	1376	18,2
10	588	17,1	807	19,6	1395	18,5
11	384	11,1	532	12,9	916	12,1
12	367	10,6	587	14,3	954	12,6
Habilitações literárias dos pais						
0-4	772	22,5	861	21,0	1633	21,7
5-6	1333	38,8	1636	39,8	2969	39,4
7-12	841	24,5	1066	26,0	1907	25,3
>12	248	7,2	230	5,6	478	6,3
s/informação	240	7,0	313	7,6	553	7,3
Índice de aglomeração						
< 1,0	2359	68,5	2810	68,2	5169	68,4
1,0	579	16,8	731	17,8	1310	17,3
> 1,0	508	14,7	576	14,0	1084	14,3
Local de residência						
Aldeia	2196	64,4	2759	67,6	4955	66,1
Vila	922	27,0	1015	24,9	1937	25,9
Cidade	294	8,6	306	7,5	600	8,0

por dia, registou-se uma prevalência de 19,7%, sendo mais frequente no sexo masculino (27,5 vs. 13,1%, $p < 0,01$).

A frequência da escovagem encontra-se associada às habilitações literárias dos pais, registando-se diferenças estatisticamente significativas entre os vários estratos analisados. Os adolescentes cujos pais apresentam uma escolaridade inferior a 4 anos referem menor frequência de escovagem. Constatámos, nestes adolescentes, que 22,6% referem escovar

Tabela 3 – Caracterização da escovagem

Higiene oral	N	% (IC 95%)
Gengivas, dentes e língua	3205	42,8 (41,7-44,0)
Dentes e língua	1024	13,7 (12,9-14,5)
Dentes e gengivas	1997	26,7 (25,7-27,7)
Dentes	1255	16,8 (15,9-17,6)
Não responderam	82	1,1 (0,9-1,3)

menos de uma vez por dia, 59,2% uma vez por dia e apenas 18,2% 2 ou mais vezes por dia.

Entre os adolescentes cujos pais tinham uma escolaridade entre o quarto ano e o décimo segundo ano, 19,5% escovavam menos que uma vez por dia, 57,3% uma vez por dia e 23,2% 2 vezes ou mais por dia.

Os adolescentes cujos pais são detentores de formação académica superior são os que escovavam mais frequentemente, verificando-se que 12,6% escovavam menos de uma vez por dia, 43,2% uma vez por dia e 44,2% 2 ou mais vezes por dia.

Quanto à área de residência, verifica-se uma maior frequência de escovagem (2 vezes por dia) entre os adolescentes das áreas urbanas (36,9 vs. 16,7%, $p < 0,01$). Analisando a prevalência de escovagem de menos de uma vez por dia, verificamos que os que habitam nas zonas rurais apresentam um resultado superior àqueles que habitam nas zonas urbanas (22,5 vs. 14,4%, $p < 0,01$) (tabela 2).

Relativamente à caracterização da higiene oral, verificamos que 42,8% dos adolescentes escovam os dentes, as gengivas e a língua, enquanto apenas 16,8% afirmam escovar apenas os dentes (tabela 3).

A utilização do fio dentário (uma ou mais vezes por dia) é referida por 4,4% dos adolescentes, mais frequente no sexo feminino (4,6 vs. 4,1%, $p < 0,01$). Verificamos que 37,1% dos adolescentes referem nunca terem utilizado o fio dentário, 40,5% referem utilizá-lo às vezes/espontaneamente e 18,1% desconhecem o fio dentário. A utilização do fio dentário encontra-se também associada às habilitações literárias dos pais. Entre os adolescentes cujos pais apresentam uma escolaridade inferior a 4 anos é menos frequente a utilização do fio dentário. Nestes adolescentes verificámos que apenas 3,5% utilizam o fio dentário uma ou mais vezes por dia, 34,8% utilizam-no às

Tabela 2 – Frequência de escovagem

	< uma vez/d		uma vez/d		≥ 2 vezes/d		p
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	
	1488	19,7 (18,8-20,6)	4291	56,8 (55,6-57,9)	1780	23,5 (22,6-24,5)	
Sexo							
Feminino	541	13,1 (12,1-14,2)	2527	61,4 (59,9-62,9)	1049	25,5 (24,2-26,8)	
Masculino	947	27,5 (26,0-29,0)	1764	51,2 (49,6-52,9)	731	21,2 (19,9-22,6)	< 0,01
Habilitações literárias dos pais							
< 4 anos	369	22,6 (20,6-24,7)	965	59,2 (56,8-61,5)	297	18,2 (16,4-20,1)	
4-12 anos	953	19,5 (18,5-20,7)	2793	57,3 (55,9-58,7)	1129	23,2 (22,0-24,4)	
> 12 anos	60	12,6 (9,8-15,8)	206	43,2 (38,8-47,7)	211	44,2 (39,8-48,7)	< 0,01
Área de residência							
Rural	1112	22,5 (21,3-23,6)	3016	60,9 (59,5-62,2)	825	16,7 (15,6-17,7)	
Urbano	366	14,4 (13,1-15,8)	1233	48,6 (46,7-50,6)	936	36,9 (35,1-38,8)	< 0,01

Tabela 4 – Utilização do fio dentário

	Uma ou mais vezes por dia		Esporadicamente		Nunca utilizou		Não sabe o que é o fio dentário		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	315	4,4	2929	40,5	2682	37,1	1312	18,1	
Sexo									
Feminino	182	4,6	1795	45,2	1394	35,1	596	15,0	
Masculino	133	4,1	1134	34,7	1288	39,4	716	21,9	<0,01
Habilitações literárias dos pais									
< 4 anos	55	3,5	545	34,8	657	41,9	311	19,8	
4-12 anos	198	4,2	1929	41,3	1704	36,5	841	18,0	
> 12 anos	37	8,1	238	51,9	123	26,8	61	13,3	<0,01
Área de residência									
Rural	181	3,8	1932	40,9	1674	35,4	941	19,9	
Urbano	130	5,3	976	39,9	988	40,4	350	14,3	<0,01

vezes/espontaneamente, 41,9% referem nunca terem utilizado e 19,8% desconhecem a sua existência.

Entre os adolescentes cujos pais tinham um nível de escolaridade entre o quarto ano e o décimo segundo ano, 4,2% utilizam fio dentário uma ou mais vezes por dia, 41,3% utilizam-no às vezes/espontaneamente, 36,5% nunca o utilizam e 18,0% desconhecem o fio dentário.

Aqueles cujos pais frequentaram o ensino superior são os que referem utilizar o fio dentário com maior frequência. Nestes adolescentes, 8,1% utilizam o fio dentário uma ou mais vezes por dia, 51,9% utilizam-no às vezes/espontaneamente, 26,8% nunca o utilizam e 13,3% desconhecem-no.

Verificam-se também diferenças estatisticamente significativas na utilização do fio dentário em função da área de residência, havendo uma maior prevalência de utilização do fio dentário de uma ou mais vezes por dia nas áreas urbanas (5,3 vs. 3,8%, $p < 0,01$). Quanto ao desconhecimento da existência e da utilidade do fio dentário, constatámos uma proporção maior entre os adolescentes que residem nas áreas rurais, comparativamente com os que vivem em vilas e cidades (19,9 vs. 14,3%, $p < 0,01$) (tabela 4).

Do total da amostra, 86,7% dos adolescentes referem ter consultado um médico dentista uma ou mais vezes durante a vida e 55,0% referem que o fizeram nos últimos 12 meses. Verificámos que os adolescentes do sexo feminino apresentam uma maior prevalência de consultas ao médico dentista (uma ou mais vezes durante a vida), comparativamente aos do sexo masculino (87,5 vs. 85,6%, $p < 0,01$). O mesmo se verifica quanto à prevalência de consultas ao médico dentista nos últimos 12 meses (57,4 vs. 52,0%, $p < 0,01$).

Dos adolescentes cujos pais apresentam um nível de escolaridade inferior a 4 anos, apenas 49,5% consultaram o médico dentista nos últimos 12 meses. Dos adolescentes cujos pais têm um nível de escolaridade superior ao quarto ano e inferior ao décimo segundo ano, 56,4% consultaram o médico dentista nos últimos 12 meses e entre aqueles cujos pais são detentores de formação académica superior, 67,6% consultaram o médico dentista pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Assim, constatámos que a consulta ao médico dentista associa-se com as habilitações literárias dos pais.

Quanto à área de residência, verificámos que os adolescentes que habitam no meio rural foram menos vezes ao médico

Tabela 5 – Prevalência de consulta ao médico dentista/estomatologista

	Últimos 12 meses		Durante a vida	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
	4.132	55,0 (53,9-56,1)	6.519	86,7 (85,9-87,4)
Sexo				
Feminino	2.354	57,4 (55,9-59,0)	3.592	87,5 (86,5-88,5)
Masculino	1.778	52,0 (50,4-53,7)	2.927	85,6 (84,2-86,8)
p		<0,01		<0,01
Habilitações literárias dos pais				
< 4 anos	802	49,5 (47,0-51,9)	1.322	81,5 (79,6-83,3)
4-12 anos	2.736	56,4 (55,0-57,8)	4.269	88,0 (87,0-88,9)
> 12 anos	322	67,6 (63,3-71,7)	443	93,1 (90,5-95,1)
p		<0,01		<0,01
Área de residência				
Rural	2.585	52,5 (51,1-53,9)	4.202	85,2 (84,2-86,2)
Urbano	1.513	60,0 (58,0-61,9)	2.259	89,6 (88,3-90,7)
p		<0,01		<0,01

Tabela 6 – Prevalência de comportamentos de saúde oral adequados (escovagem 2 ou mais vezes por dia, utilização do fio dentário uma ou mais vezes por dia e consulta ao médico dentista/estomatologista 2 ou mais vezes por ano)

	Comportamentos de saúde oral adequados	
	N	% (IC 95%)
	80	1,1 (0,9-1,3)
Sexo		
Feminino	47	1,0 (0,9-1,5)
Masculino	33	1,2 (0,7-1,4)
p		0,45
Habilitações literárias dos pais		
< 4 anos	12	0,7 (0,4-1,3)
4-12 anos	49	1,0 (0,8-1,3)
> 12 anos	16	3,5 (2,1-5,4)
p		< 0,01
Área de residência		
Rural	30	0,6 (0,4-0,9)
Urbano	49	2,0 (1,5-2,6)
p		< 0,01

dentista nos últimos 12 meses, comparativamente aos habitantes do meio urbano (52,5 vs. 60,0%, $p < 0,01$). O mesmo se verifica relativamente à visita ao médico dentista pelo menos uma vez durante a vida (85,2 vs. 89,6%, $p < 0,01$) (tabela 5).

Quanto à prevalência de comportamentos de saúde oral adequados (escovagem 2 ou mais vezes por dia, utilização do fio dentário uma ou mais vezes por dia e visita ao médico dentista/estomatologista 2 ou mais vezes por ano), verificámos que apenas 1,1% dos adolescentes referiram ter comportamentos de saúde oral adequados, não havendo diferenças significativas entre os sexos. Relativamente à variável habilitações literárias dos pais, verificámos que entre os adolescentes cujos pais apresentam um nível de escolaridade inferior ao quarto ano, apenas 0,7% têm comportamentos de saúde oral adequados. Quanto àqueles cujos pais frequentaram a escola entre o quarto e o décimo segundo ano, 1,0% tinham comportamentos de saúde oral adequados e 3,5% dos adolescentes cujos pais tinham formação académica superior também cumpriam os critérios estabelecidos para uma saúde oral adequada ($p < 0,01$). Quanto à área de residência, verificámos que a prevalência de comportamentos de saúde oral adequados é de 0,6% nos adolescentes que habitam no meio rural e de 2,0% nos que habitam no meio urbano (tabela 6).

As razões mais frequentes para a ida à consulta nos últimos 12 meses foram a consulta de rotina (49,8%) e odontalgias

(27,8%). Apenas 0,7% dos adolescentes foram ao médico dentista devido a edema da face e 21,6% visitaram o médico dentista por outros motivos de que é exemplo o tratamento ortodôntico (tabela 7).

Discussão/Conclusões

Este estudo mostra uma associação entre os comportamentos relativos à saúde oral nos adolescentes e os fatores demográficos e socioeconómicos já referidos noutras investigações^{7,9,15}. Como principal limitação no estudo, verificamos o facto de haver questionários que não foram respondidos na totalidade. Esta limitação foi possível ser minimizada com a obtenção de uma amostra representativa da população adolescente do distrito de Viseu.

Vários estudos evidenciam que os adolescentes que pertencem a um estatuto socioeconómico desfavorecido têm maior risco de vir a adquirir doenças orais, nomeadamente cárie dentária, associada a piores práticas de higiene oral^{5,6,16}. Honkala et al. num estudo realizado na Finlândia concluíram que a frequência de escovagem menos de uma vez por dia se encontra associada a uma condição socioeconómica desfavorecida e a um pior desempenho escolar¹⁵.

Os hábitos de higiene oral corretos são mais frequentes nos adolescentes do sexo feminino e naqueles cujos pais são detentores de formação académica superior e vivem em meios urbanos^{17,18}. O facto de os adolescentes cujos pais frequentaram o ensino superior escovarem 2 ou mais vezes por dia com maior frequência pode traduzir a existência de melhores conhecimentos sobre os comportamentos de saúde oral adequados e, simultaneamente, uma maior motivação na manutenção de uma boa saúde oral⁶.

A área de residência também se encontra associada à frequência de escovagem, registando-se uma menor frequência de escovagem entre os adolescentes que habitam em meios rurais¹⁹. Um estudo realizado por Zhu et al. demonstrou que 44,4% dos adolescentes escovavam pelo menos 2 vezes por dia e que esta variável se encontrava associada com a área de residência¹⁹.

Uma elevada proporção de adolescentes não realiza consultas de rotina e vão ao médico dentista apenas quando têm odontalgias ou necessidade de realizar algum tratamento médico-dentário. Os dados recolhidos na literatura apoiam os resultados obtidos no presente estudo, em que verificamos a existência de uma relação direta entre a consulta ao médico dentista por parte dos adolescentes e as habilitações literárias dos pais, bem como com a respetiva área de residência^{5,7,8}.

Tabela 7 – Motivos para a ida à consulta (último ano)

	Total		Feminino		Masculino	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Rotina	2029	49,8 (48,2-51,4)	1170	50,3 (48,2-52,3)	859	49,2 (46,9-51,6)
Odontalgia	1133	27,8 (26,2-29,3)	622	26,7 (25,0-28,5)	511	29,3 (27,2-31,5)
Edema da face	30	0,7 (0,5-1,0)	15	0,6 (0,4-1,0)	15	0,9 (0,5-1,4)
Outros	881	21,6 (20,4-22,9)	521	22,4 (20,7-24,1)	360	20,6 (18,8-22,6)

Um estudo realizado por Schwarz na Austrália revela a influência das desigualdades geográficas no acesso aos cuidados de saúde oral, havendo maiores limitações por parte dos residentes em áreas rurais⁷.

Em Portugal, a desigualdade registada no acesso aos cuidados de saúde oral das populações é evidente. É conhecida a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde oral por parte dos indivíduos socioeconomicamente desfavorecidos e dos que residem em meios rurais. Esta situação verifica-se devido ao facto de a larga maioria desses cuidados serem prestados pelo setor privado, envolvendo verbas que nem todas as pessoas são capazes de suportar²⁰. Este facto leva a que os indivíduos com um estatuto socioeconómico mais desfavorecido e os que habitam em meios rurais recorram aos cuidados médico-dentários já numa fase avançada da doença, apresentando, frequentemente, um quadro clínico de odontalgia¹⁴. O contrário se verifica entre os indivíduos com um estatuto socioeconómico mais elevado que realizam, com maior frequência, consultas preventivas ou de rotina⁴.

Programas comunitários devem ser considerados e desenvolvidos de modo a melhorar os conhecimentos e os comportamentos relacionados com a saúde oral dos adolescentes, dando especial atenção à constituição de equipas multidisciplinares com a intervenção de vários profissionais de saúde, nomeadamente, o médico de saúde geral e familiar, médico dentista e higienista oral, entre outros. Por outro lado, seria importante abranger, nos programas de saúde oral, não apenas as crianças e os adolescentes mas também os respetivos pais de modo a disporem dos conhecimentos necessários sobre como ter bons hábitos de saúde oral e conseguir transmitir essa informação e motivação aos seus filhos.

Portugal, através da Direção-Geral da Saúde (DGS), tem desenvolvido, nos últimos 20 anos, programas de promoção da saúde oral e de prevenção das doenças orais. Os cuidados preventivos e curativos de medicina dentária prestados são efetuados nos consultórios de estomatologistas e médicos dentistas que adiram ao projeto. Estes cuidados são, posteriormente, pagos através de «cheques-dentista» personalizados, fornecidos pelos centros de saúde.

É fundamental que desde muito cedo as crianças adquiram hábitos de higiene oral corretos, designadamente sobre a escovagem dos dentes pelo menos 2 vezes por dia. Vários autores concluem que a frequência de escovagem diária recomendável é 2 vezes por dia, dando especial importância à escovagem depois das refeições e antes de se deitarem. A escovagem deve ser realizada com o uso conjunto de dentífricos fluoretados que atuam aumentando a ação abrasiva das cerdas da escova e como agente de libertação de substâncias químicas na prevenção e controlo da placa bacteriana¹². A escovagem deve incluir, para além dos dentes, a língua e as gengivas². Também é necessário instruir os adolescentes a selecionar adequadamente a sua escova de dentes que deve ter cerdas flexíveis e ser substituída regularmente.

É fundamental instruir a utilização correta e diária do fio dentário, como complemento da escovagem e a consulta regular ao médico dentista a cada meio ano, de modo a prevenir o surgimento de doenças orais. A consulta regular ao médico dentista é fundamental, pois permite detetar precocemente doenças orais, fornecer orientações específicas acerca de determinados procedimentos de higiene oral e aplicar um

conjunto de outras medidas preventivas primárias como a aplicação tópica de flúor e de selantes de fissuras^{12,14}.

A manutenção de níveis adequados de flúor na cavidade oral é um determinante de saúde oral importante e que contribui para a prevenção da cárie dentária. Isto é conseguido através da utilização de fluoretos durante a escovagem dentária com auxílio de um dentífrico fluoretado e a realização de bochechos periodicamente através de colutórios fluoretados e da aplicação do gel de flúor em consultório¹².

A colocação de selantes de fissuras nas superfícies dentárias mais suscetíveis à cárie é considerada como sendo umas das medidas preventivas primordiais para a redução do risco de cárie dentária. Esta medida preventiva permite a redução da incidência de cárie em fossas e fissuras dentárias, prevenindo a necessidade de realização de restaurações dentárias mais invasivas¹³.

A educação para a saúde oral deve abranger também a higiene alimentar englobando o controlo do consumo de alimentos cariogénicos com elevado teor de hidratos de carbono que é, também, um importante fator de risco para o desenvolvimento da cárie dentária¹⁷.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO global oral health programme. Geneva: WHO; 2003.
2. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva, planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed; 2003.
3. Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB, Krusturup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent.* 2004;64:127-35.
4. Bastos JL, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Cien Saude Colet.* 2007;12:1611-21.
5. Nicolau B, Marceles W, Bartley M, Sheiham A. Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. *J Public Health Dent.* 2005;65:14-20.
6. Timis T, Danila I. Socioeconomic status and oral health. *J Prev Med.* 2005;13:116-21.
7. Schwarz E. Access to oral health care: an Australian perspective. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34:225-31.
8. Petersen PE, Jiang H, Peng B, Tai BJ, Bian Z. Oral and general health behaviours among Chinese urban adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36:76-84.
9. Poutanen R, Lahti S, Seppä L, Tolvanen M, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, behavior, and family characteristics among Finnish schoolchildren with and without active initial caries lesions. *Acta Odontol Scand.* 2007;65:87-96.
10. Powell RN, Gilhooly JT, McKenna ER. Prevalence and distribution of gingivitis and dental caries in children aged 6-12 years in Brisbane primary schools. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1986;14:110-4.

11. Direção-Geral de Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: DGS; 2008.
12. Harris NO, García-Godoy F. Primary preventive dentistry. 6 th ed. New Jersey: Pearson-Prentice Hall; 2004. p. 399-409.
13. Daniel SJ, Harfst SA, Wilder RS. Mosby's dental hygiene: concepts, cases and competencies. 2nd ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2008. p. 440-55.
14. Okullo I, Astrøm AN, Haugejorden O. Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32:447-55.
15. Honkala E, Honkala S, Rimpelä A, Rimpelä M. The trend and risk factors of perceived toothache among Finnish adolescents from 1977 to 1997. *J Dent Res.* 2001;80:1823-7.
16. Julihn A, Barr Agholme M, Grindefjord M, Modéer T. Risk factors and risk indicators associated with high caries experience in Swedish 19-year-olds. *Acta Odontol Scand.* 2006;64:267-73.
17. Ostberg AL, Halling A, Lindblad U. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontol Scand.* 1999;57: 231-6.
18. Pattussi MP, Olinto MT, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:377-86.
19. Zhu L, Petersen PE, Wang HY, Bian JY, Zhang BX. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China. *Int Dent J.* 2003;53:289-98.
20. De Almeida CM, Petersen PE, André SJ, Toscano A. Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dent Health.* 2003;20:211-6.