

Raquel Sofia Rosendo Ferreira

**IMPORTÂNCIA DOS MOMENTOS DOCES
NO APARECIMENTO DA CÁRIE -
CONHECIMENTO DOS PAIS**

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador:

Professor José Leonel Sousa

Gandra, Julho de 2018

Eu, Raquel Sofia Rosendo Ferreira, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: "Importância dos Momentos Doces no Aparecimento da Cárie - Conhecimento dos Pais". Confirmo, que em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recori a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio. Mais, declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.



(Raquel Sofia Rosendo Ferreira)

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Para obtenção do Grau de Mestrado Integrado em Medicina

Dentária

Orientador: Professor José Leonel Sousa

Aceitação do orientador:

Eu, José Leonel Fontoura Correia de Sousa, com a categoria profissional de Assistente Convocado do Instituto Universitário Ciências da Saúde do Norte, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “A Importância Dos Momentos Doces No Aparecimento Da Cárie Dentária- Conhecimento Dos Pais”, da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Raquel Sofia Rosendo Ferreira, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 10 de Julho de 2018

O Orientador:

José Leonel Fontoura Correia de Sousa

RESUMO

Introdução: A cárie dentária é uma doença crónica, de natureza multifactorial, provocada pela acção de bactérias cariogénicas responsáveis por originar ácidos orgânicos que levam à dissolução do conteúdo mineral dos dentes, e, consequentemente, ao aparecimento de lesões de cárie. Estas bactérias são fortemente influenciadas pelos hidratos de carbono da dieta, principalmente os açúcares. Com o processo de civilização houve um aumento da introdução de alimentos industrializados na dieta, ricos em açúcares além dos naturalmente intrínsecos nos alimentos, denominados pela OMS como, açúcares livres. Para que o seu consumo seja seguro, este não deve ser superior a 10% do consumo energético (%E). A saúde oral está, assim, relacionada com a alimentação de várias formas, nomeadamente através do efeito directo dos alimentos sobre os dentes no desenvolvimento da cárie dentária. Sabendo que os pais são um modelo para as crianças, os seus hábitos e conhecimentos alimentares vão influenciar o estado de saúde oral dos seus filhos, sendo os primeiros anos de vida importantes para o estabelecimento de hábitos que se vão prolongar durante toda a vida.

Objectivos: Este estudo tem como objectivo avaliar o grau de conhecimento dos pais em relação à influência que a alimentação tem no aparecimento da cárie dentária.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma pesquisa electrónica na base de dados *PubMed*, *Science Direct*, *SciELO* (2010-2018), onde posteriormente foi feita uma recolha de um total de 24 artigos relevantes para este trabalho. Foi também realizado um inquérito com base nos artigos, direccionado aos Encarregados de Educação de crianças do ensino básico no concelho de Barcelos.

Resultados e Discussão: Foram examinados um total de 478 inquéritos, 199 de meio urbano e 279 de meio rural. A maioria dos encarregados de educação, (N=422) têm por hábito limitar o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições, sendo que, 69 mencionaram utilizar os doces como forma de recompensa. Relativamente à introdução do açúcar na alimentação, 260 afirmam ter iniciado após os 2 anos de idade. Quanto ao consumo de açúcares, 202 dos encarregados de educação, 59,4% (N=120) do meio rural e 40,6% (N=82) do meio urbano, consideram ser entre as refeições, a melhor altura para o seu consumo. Relativamente à cárie dentária, 436 afirmam que a alimentação pode ter influência no seu aparecimento e 247 consideram-na uma doença, sendo que destes, 33 acham que é transmissível.

Conclusão: De acordo com os resultados obtidos, os encarregados de educação revelam algumas limitações relativamente aos conhecimentos sobre a influência da alimentação no aparecimento da cárie dentária.

Palavras-chave: “Açúcar e cárie dentária”; “Crianças”; “Influência dos Pais”; “Nutrição e saúde oral”; “Alimentação” e cárie dentária”.

ABSTRACT

Introduction: Dental caries is a chronic, multifactorial disease caused by the action of cariogenic bacteria responsible for causing organic acids that lead to the dissolution of the mineral content of the teeth and, consequently, to the appearance of carious lesions. These bacteria are heavily influenced by dietary carbohydrates, especially sugars. With the civilization process there was an increase in the introduction of industrialized foods in the diet, rich in sugars besides the naturally intrinsic ones in foods, denominated by the WHO as, free sugars. According to the World Health Organization (WHO), its consumption should not exceed 10% of energy consumption (% E). Oral health is thus related to feeding in various ways, namely through the direct effect of food on the teeth in the development of dental caries. Knowing that parents are a role model for children, their eating habits and skills will influence their children's oral health status, and the first years of life will be important in establishing habits that will last a lifetime.

Objectives: This study aims to evaluate the parents' knowledge regarding the influence that feeding has on the appearance of dental caries.

Materials and Methods: An electronic search was conducted in the PubMed database, Science Direct, SciELO (2010-2018), where a collection of a total of 24 articles relevant to this work was subsequently collected. An article-based survey was also carried out, aimed at the Education Officers of elementary school children in the municipality of Barcelos.

Results and Discussion: A total of 478 surveys were examined, 199 from urban and 279 from rural areas. Most purchasers of education, (N = 422) have consumed sweets and sugary drinks outside of meals, and are therefore consumed by consumers. Regarding the introduction of consumption in food, 260 claim after 2 years of age. As for sugar consumption, 202.6% (n = 120) of the rural environment and 40.6% (n = 82) of the urban environment are included among the meals, the best for consumption. With regard to dental disease, 436 state that their relationship may be influenced and 247 is a disease, 33 of which are thought to be transmissible.

Conclusion: According to the results obtained, educators present some limitations regarding the knowledge of food, and its influence on the appearance of dental caries.

Keywords: “Sugar and dental caries”; “Children”; “Parents Influence”; “Nutrition and oral health”; “Feeding and dental caries”

Agradecimentos

Em primeiro lugar, aos meus pais por todo o amor que me transmitem, pelos valores e educação que me deram e por me permitirem realizar este percurso.

À minha irmã, Filipa Ferreira, pela amizade e disponibilidade constante. Por me transmitir sempre positividade, encorajamento e me ajudar em todas as situações.

A todas as minhas amigas, em especial, à Rita, a minha melhor amiga e confidente que me tem acompanhado ao longo de todos os anos.

Aos meus amigos, Alberto, Catarina, Gonçalo, Inês, João e Mariana, por todas as memórias que me proporcionaram nestes cinco anos, por todas as gargalhadas e por todas as horas que passamos juntos, por me acompanharem nos bons momentos e me erguerem sempre nos menos bons.

À minha binómia, Inês Costa, pela verdadeira amizade, por ser o meu porto seguro e por nos mantermos sempre unidas ao longo destes anos.

Ao professor Leonel pelo apoio como orientador, pela disponibilidade e auxílio no desenvolvimento deste projecto.

Ao professor Luís Santos, a quem não podia deixar de agradecer pela amizade, por todas as conversas e todos os conhecimentos que me transmitiu.

A todo o corpo docente do IUCS-N pela disponibilidade e por todos os conhecimentos que partilharam e contribuíram para a minha formação.

Índice

Capítulo I	1
1– INTRODUÇÃO	1
1.1 Cárie	2
1.2 Cárie VS Açúcar.....	2
1.3 Tipos e Açúcar	3
1.4 Frequência de Consumo de Açúcar e Ph Crítico.....	3
1.5 Influência da Frequência, Quantidade e Consistência.....	4
1.6 Hábitos	5
2-OBJECTIVO.....	6
3-MATERIAIS E MÉTODOS	6
4-RESULTADOS	7
5-DISCUSSÃO	144
6-CONCLUSÃO	177
7-BIBLIOGRAFIA	188
8-ANEXOS (Capítulo I).....	20
Capítulo II- Relatório das Atividades Práticas das Unidades Curriculares de Estágio	27
1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA	277
2. ESTÁGIO HOSPITALAR EM SERVIÇOS DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA EM UNIDADES HOSPITALARES.....	277
3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA	288
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	289

Capítulo I

1- INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença crónica^{1,2,3,4,5,6,7}, de natureza multifactorial^{1,2,8,9,10} caracterizada por um processo dinâmico que resulta da interação de vários factores presentes entre, o hospedeiro, o microbiota e o substrato^{1,3,8,9}, sendo o tempo um fator crucial para o seu desenvolvimento^{3,11}.

Segundo a World Health Organization (WHO) metade da população mundial tem historial de cárie dentária, tornando-a uma das doenças mais prevalentes nos humanos e um dos principais problemas de saúde pública. Está envolvida num processo dinâmico de saúde-doença provocada por factores de ordem geral, locais, sociais, económicos e culturais^{1,2,3,4,5,8,9,11,12}.

Todas as pessoas estão em risco de desenvolver cárie. Sendo uma doença cumulativa, o seu aparecimento é muito frequente nos adultos^{14,7} no entanto, é nas crianças e nos adolescentes que se encontra em maior risco¹². Esta é responsável por causar dor e ansiedade, sendo causa de várias hospitalizações quando não tratada¹⁴.

O açúcar é o principal factor dietético no desenvolvimento desta doença e, segundo a WHO, para que o seu consumo seja seguro, não deve ser superior a 10% do consumo energético (%E), sendo até idealmente inferior a 5%^{6,7,14,15}.

Relativamente ao estado social, verifica-se uma maior prevalência em grupos populacionais pobres e desfavorecidos¹².

1.1 Cárie

A cárie dentária tem origem num processo patológico que consiste na desmineralização do esmalte e da dentina por intermédio de ácidos orgânicos, que resultam da fermentação de açúcares produzidos pelos principais microorganismos denominados de: *Streptococcus Mutans* e *Streptococcus sobrinus*^{2,3,6}. Estes patógenos têm a capacidade de colonizar a superfície do dente, produzindo ácidos orgânicos a uma velocidade superior à capacidade de neutralização do biofilme, conduzindo à dissolução do esmalte em ambiente abaixo do pH crítico (menor que 5,5)^{2,3,7}. Os lactobacilos são, também, microorganismos importantes no processo de desenvolvimento da doença, estando estes associados à progressão da lesão^{3,11}.

Este processo de desmineralização pode ser influenciado por vários fatores que incluem: a saliva, a frequência do consumo de açúcares, a idade pós-eruptiva do dente e a resistência do esmalte ao ataque ácido por administração prolongada de flúor⁹.

Dependendo do estado de desmineralização, a cárie pode ser prevenida, controlada^{1,3} ou até mesmo revertida^{2,3}. Quando diagnosticada num estado inicial, na presença de mancha branca e sem cavidade, é possível o controle e reversão. Numa situação clínica em que envolva a presença de cavidade, é necessário tratamento curativo³.

1.2 Cárie VS Açúcar

A cárie é uma das doenças com maior incidência na criança e, a dieta, é tida como fator primário e determinante na susceptibilidade do seu aparecimento^{8,9,17,18}.

A dieta, não só fornece o principal substrato como influencia na produção de ácidos, no tipo e quantidade de biofilme bacteriano, na composição de microorganismos e na qualidade e quantidade de secreção salivar. Assim, esta, não é apenas importante para a saúde em geral, mas também, para a saúde oral, sendo a alimentação saudável um modo de prevenir o aparecimento desta doença^{1,2,3,8,9,10,11}.

Com o processo de civilização observou-se um aumento da prevalência da cárie dentária, resultante da diminuição do consumo de fibras e hidratos de carbono

complexos e no aumento da introdução de alimentos industrializados na dieta, estando a sacarose presente na maioria da sua composição^{3,8,17,19}.

1.3 Tipos e Açúcar

O termo açúcar é tecnicamente aplicado a dois tipos de hidratos de carbono: os monossacarídeos (glucose, frutose e galactose) e os dissacarídeos (sacarose, lactose e maltose)^{9,14,18}. A sacarose é o açúcar mais cariogénico, tendo a capacidade de formar glucano, uma substância que permite que as bactérias adiram melhor à superfície dentária difundindo o ácido plaquetário e reduzindo a capacidade tampão⁹.

Os açúcares naturais estão presentes na fruta, vegetais, leguminosas^{14,18}, leite e seus derivados. Estudos, sugerem que estes não têm um papel importante no aparecimento da cárie dentária, devido ao seu alto teor em fibra, água e outros fatores protetores, tais como o cálcio¹⁴.

Os adoçantes são açúcares adicionais que são utilizados para satisfazer o paladar e, em alguns casos, para fornecer energia adicional¹⁸.

Açúcares, além dos naturalmente intrínsecos nos alimentos, são considerados pela WHO, como açúcares livres. Inclui todos os monossacarídeos e dissacarídeos adicionados a alimentos fabricados, além dos naturalmente presentes no mel, sumos de fruta e concentrados¹⁴. Segundo a WHO o consumo destes açúcares livres deve ser restringido, sendo o valor recomendado menor ou igual a 10% do consumo de energia^{14,15}. Este limite está de acordo com estudos que comprovam que, quando o consumo de açúcar se encontra abaixo deste valor os níveis de cárie dentária diminuem¹⁵.

1.4 Frequência de Consumo de Açúcar e Ph Crítico

Ao considerar o efeito da frequência de ácido no aparecimento da cárie dentária, é necessário considerar as características químicas da placa, bem como as suas características microbiológicas e o efeito que podem ter na desmineralização e remineralização¹⁶.

Quando a produção de ácido pelas bactérias leva a uma descida do ph abaixo do nível crítico, a dissolução do esmalte vai depender do seu grau de saturação e do fluído em contacto com ele. Concentrações suficientes de Cálcio e Fosfato presentes no fluído previnem a desmineralização, independentemente do ph do meio, promovendo a remineralização, no entanto, em ph crítico e concentrações insuficientes destes minerais, irá ocorrer a desmineralização¹⁶.

As concentrações de Cálcio e Fosfato variam dentro e entre indivíduos, bem como a solubilidade do esmalte varia dentro e entre os dentes. Assim, o ph crítico não é um valor fixo, estando compreendido entre valores de ph 5,0 e 5,5¹⁶.

1.5 Influência da Frequência, Quantidade e Consistência

É geralmente aceite segundo a WHO, que tanto a quantidade de açúcar como a frequência com que este é consumido, são um factor de risco para o desenvolvimento da doença cárie, estando estas duas variáveis altamente relacionadas e, onde um aumento de uma, resulta conseqüentemente no aumento da outra^{4,14,17}.

No entanto, é difícil quantificar a relação entre o consumo de açúcar e a cárie dentária devido a limitações inerentes como, a duração da exposição dos dentes aos açúcares afetados pela variabilidade dos padrões de consumo, a prevalência de cárie influenciada por diversos factores difíceis de controlar incluindo, o conteúdo mineral na dieta (flúor, cálcio, fósforo), os cuidados de saúde, os hábitos de higiene oral e o nível de educação⁸.

A cariogenicidade de um alimento depende do estado, dos nutrientes, quando e com que frequência é consumido, da duração da sua exposição ao dente^{3,4,9,17,18} e do seu ph⁹.

Um fator importante que influencia o tempo que o alimento irá permanecer na cavidade oral é a consistência^{9,17,18}. Vários estudos observaram que determinados alimentos, mesmo com um alto teor de açúcar, podem ter uma maior solubilidade, sendo eliminados mais rapidamente do que alimentos de maior consistência. Alimentos como o pão, os cereais e a batata são eliminados mais lentamente, permanecendo mais tempo na cavidade oral e conseqüentemente levam a um aumento da produção de ácido^{9,17,18}. No caso dos refrigerantes e das bebidas gasosas, contém ácidos carboxílicos que devido ao ph baixo, alteram o esmalte tornando-o mais susceptível a um ataque cariogénico posterior³.

Outro aspecto de extrema importância é a altura do consumo de um alimento cariogénico, isto é, se consumido durante uma refeição ou como snack, o que pode alterar as suas propriedades cariogénicas¹⁹. A frequência do consumo de alimentos cariogénicos, particularmente entre as refeições, tem uma forte relação com o risco de aparecimento da cárie dentária por favorecer mudanças de pH aumentando a probabilidade de desmineralização do esmalte⁹.

Apesar de o açúcar ser, inquestionavelmente, o principal fator dietético responsável pela cárie dentária, a dieta actual contém um aumento do consumo de hidratos de carbono fermentáveis, incluindo alimentos que contêm amido altamente processado. Este, quando consumido ao mesmo tempo que o açúcar, é responsável por aumentar as suas propriedades cariogénicas¹⁸. Apresenta um alto poder cariogénico, devido aos açúcares fermentáveis resultantes da sua hidrólise, que promovem a formação de uma placa acidogénica, favorecendo assim o desenvolvimento da cárie¹⁷.

1.6 Hábitos

Os primeiros anos de vida são importantes para o estabelecimento dos hábitos alimentares que se vão prolongar durante toda a vida, sendo estes estabelecidos pelo consumo regular desde o nascimento e durante o desenvolvimento de uma criança, como parte de um processo de aprendizagem e socialização^{1,3,19,20,21,22}.

Um fator mediador da relação entre as condições sociais, as preocupações orais e a saúde oral na criança é o ambiente familiar. Os pais são os principais responsáveis pela saúde oral dos filhos tendo um papel fundamental na sua promoção²³.

Fatores psicossociais tais como, a depressão materna, a baixa coerência, pais indulgentes e o stress parental, estão demonstrados como sendo preditores para uma saúde oral negativa na criança²³.

Vários estudos vieram defender que o estado de saúde oral e a quantidade de açúcar consumida pelos pais, influencia no aparecimento da cárie nos seus filhos (L), isto porque, as práticas alimentares das crianças são fortemente influenciadas pelas escolhas e pela disponibilidade dos alimentos^{10,15,19,20,21,22}.

2-OBJECTIVO

Este estudo teve como objetivo, avaliar o grau de conhecimento dos pais em relação à influência que a alimentação tem no aparecimento da doença cárie.

3-MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada pesquisa bibliográfica entre Outubro de 2017 e Junho de 2018, utilizando a base de dados *PubMed*, *Science Direct*, *SciELO* com as palavras-chave: “*cárie dentária*”, “*crianças*”, “*pais*”, “*nutrição e saúde oral*”, “*alimentação*”.

Os artigos seleccionados estão compreendidos entre os anos 2010 e 2018, e perfazem um total de 24 artigos. Devido à variabilidade de artigos acerca deste tema, tornou-se necessário utilizar critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

- ✓ Artigos publicados entre 2010 e 2018;
- ✓ Artigos escritos na língua Portuguesa e Inglesa;
- ✓ Artigos que abordassem a cárie dentária na criança;
- ✓ Artigos que abordassem a influência dos pais na alimentação dos filhos;

Como critérios de exclusão:

- ✓ Artigos não gratuitos;
- ✓ Artigos publicados em anos anteriores a 2010
- ✓ Artigos não permitido efectuar o download;
- ✓ Artigo sem qualquer relevância para a realização deste trabalho;

O presente estudo é de carácter estatístico e foi desenvolvido através da realização de inquéritos direccionados aos Encarregados de Educação de crianças do primeiro ciclo do ensino básico, no concelho de Barcelos. Foram distribuídos um total de 540 inquéritos por cinco escolas pertencentes a dois Agrupamentos, sendo que apenas 478 foram utilizados para este estudo.

No Agrupamento de Escolas de Barcelos foram entregues um total de 323 inquéritos (77 na Centro Escolar de Barqueiros; 92 no Centro Escolar de Cristelo e Paradela; 70 na Escola EB1/JI de Milhazes; 84 no Centro Escolar de Gilmonde). No Agrupamento de

escolas Alcaides Faria foi entregue um total de 217 inquéritos na escola António Fogaça.

O estudo baseou-se na análise e interpretação das respostas dos encarregados de educação, tendo como critérios de inclusão os encarregados que se mostraram disponíveis para preencher o inquérito e como critérios de exclusão todos os inquéritos incorretamente ou parcialmente preenchidos, bem como aqueles que não foram devolvidos.

O inquérito foi constituído por 2 partes:

-Caracterização sócio-demográfica dos encarregados de educação: Foram realizadas perguntas sobre o grau de parentesco com a criança, as habilitações literárias e o meio habitacional.

-Questionário de avaliação dos hábitos e conhecimentos alimentares: (ver anexo D)
Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, através do *software* SPSS-22.0 (Statistical Package for the Social Sciences)

4-RESULTADOS

No presente estudo, utilizou-se uma amostra total de 478 questionários.

O **Gráfico 1** representa o meio habitacional dos encarregados de educação, ao qual 41.9% (N=199) pertencem ao meio urbano e 58.4% (N=279) pertencem ao meio rural.

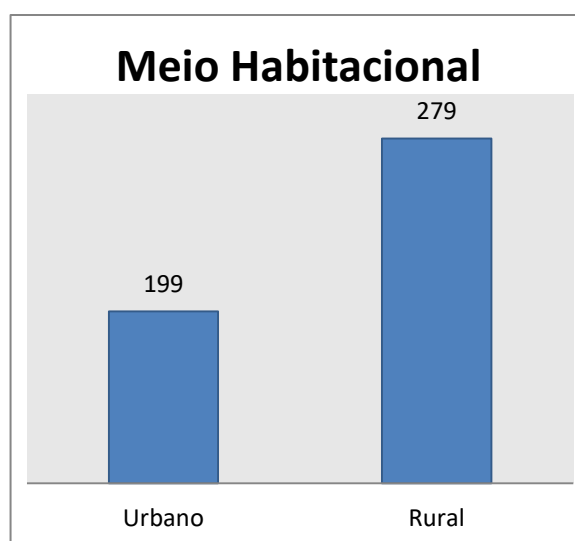


Gráfico 1.

Os Gráficos 2 e 3 são relativos ao grau de parentesco do encarregado de educação que procedeu ao preenchimento do inquérito e às suas habilitações literárias, respetivamente.

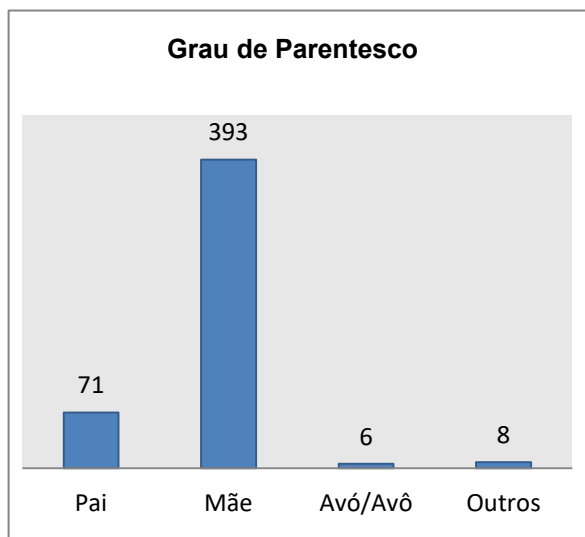


Gráfico 2.

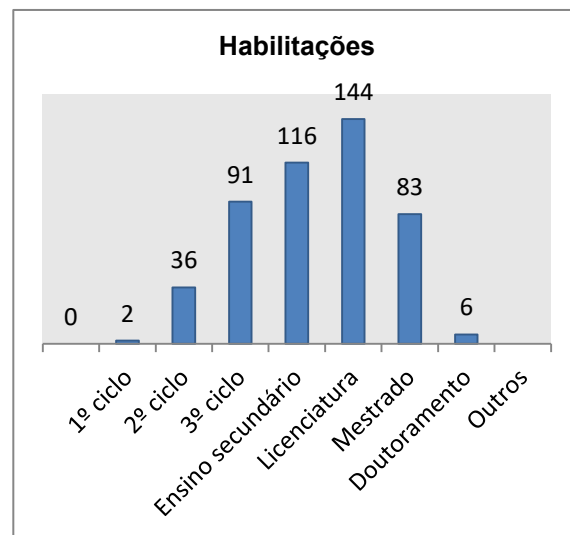


Gráfico 3.

O Gráfico 4 é relativo às questões 3, 4, 5 e 6 do inquérito. (ver anexo A)

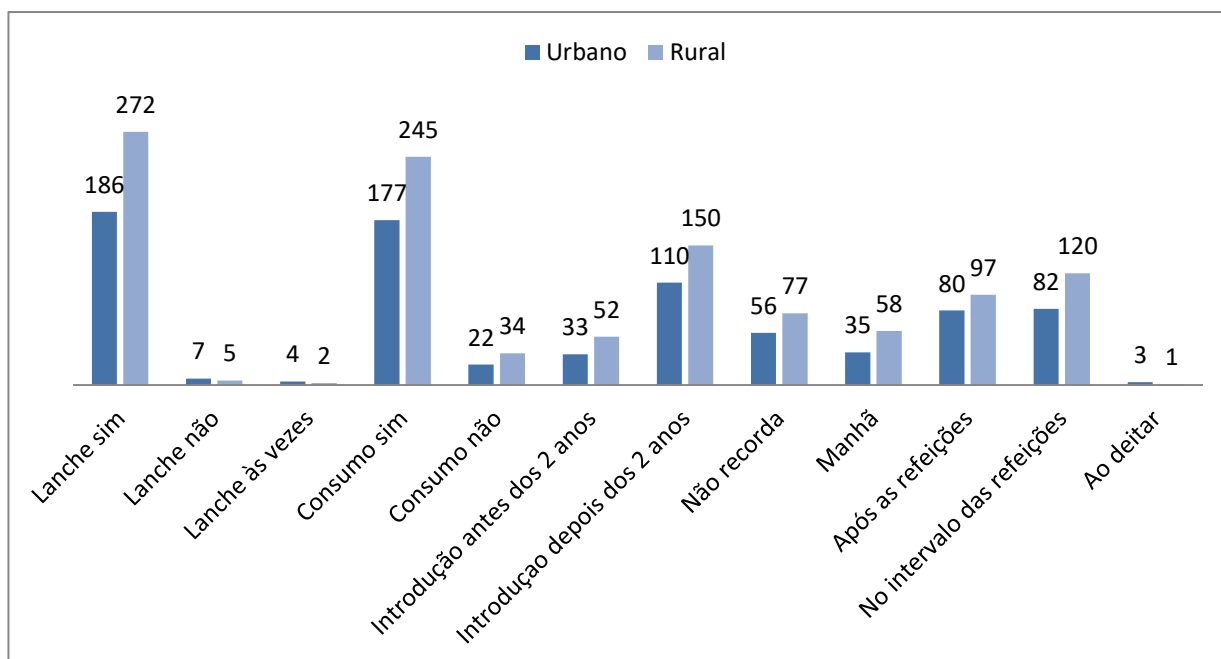


Gráfico 4.

Os **Gráficos 5, 6, 7, 8, 9 e 10** correspondem às questões 7, 8, 10, 11, 13 e 14 do inquérito. O **Gráfico 5** é relativo à questão se utiliza os doces como forma de recompensa. O **Gráfico 6**, se acha que a alimentação tem influência no aparecimento da cárie. Os **Gráfico 7 e 8** se a criança costuma comer ou beber antes de ir para a cama, e caso o faça, se lava os dentes antes de ir dormir. Os **Gráficos 9 e 10**, se consideram a cárie uma doença, e em caso afirmativo, se acha transmissível. (ver anexo A)

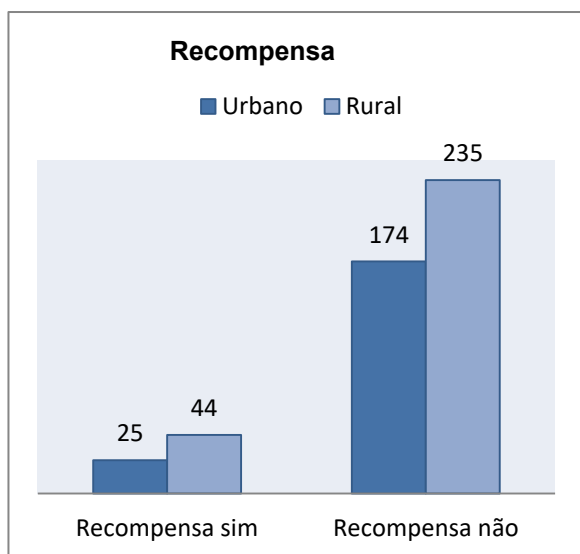


Gráfico 5.

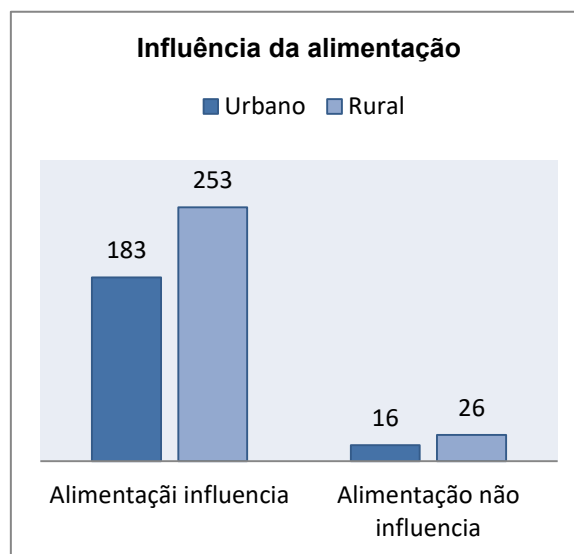


Gráfico 6.

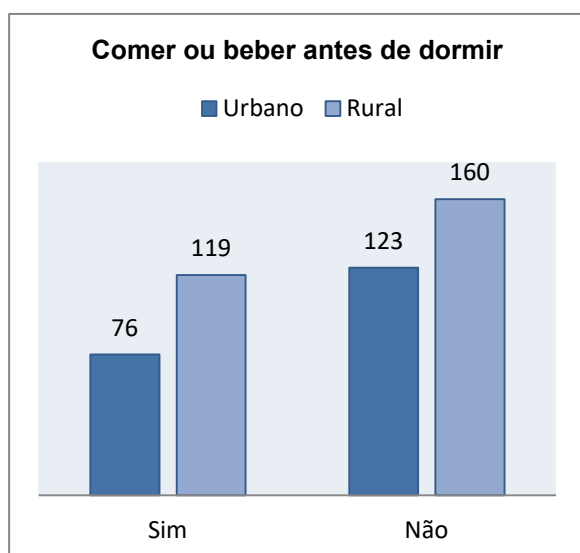


Gráfico 7.

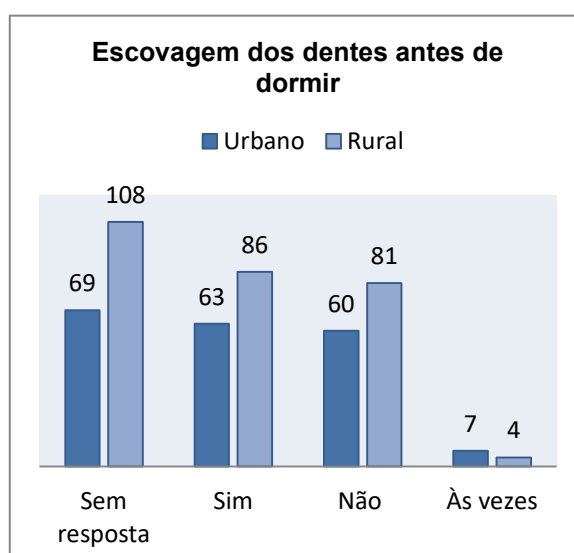


Gráfico 8.

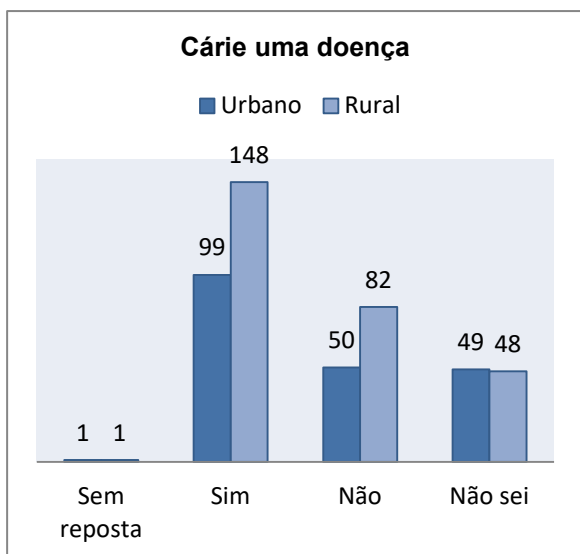


Gráfico 9.

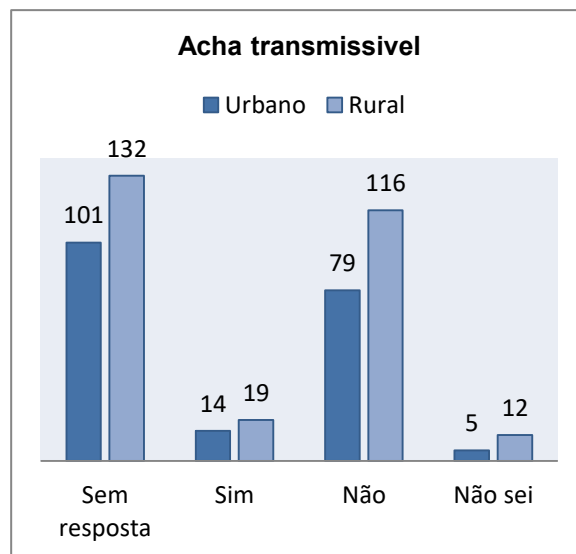


Gráfico 10.

O **Gráfico 11** corresponde à questão 9 (ver anexo A) que questiona quais os alimentos que os encarregados consideram que possivelmente possam aumentar o risco de cárie.

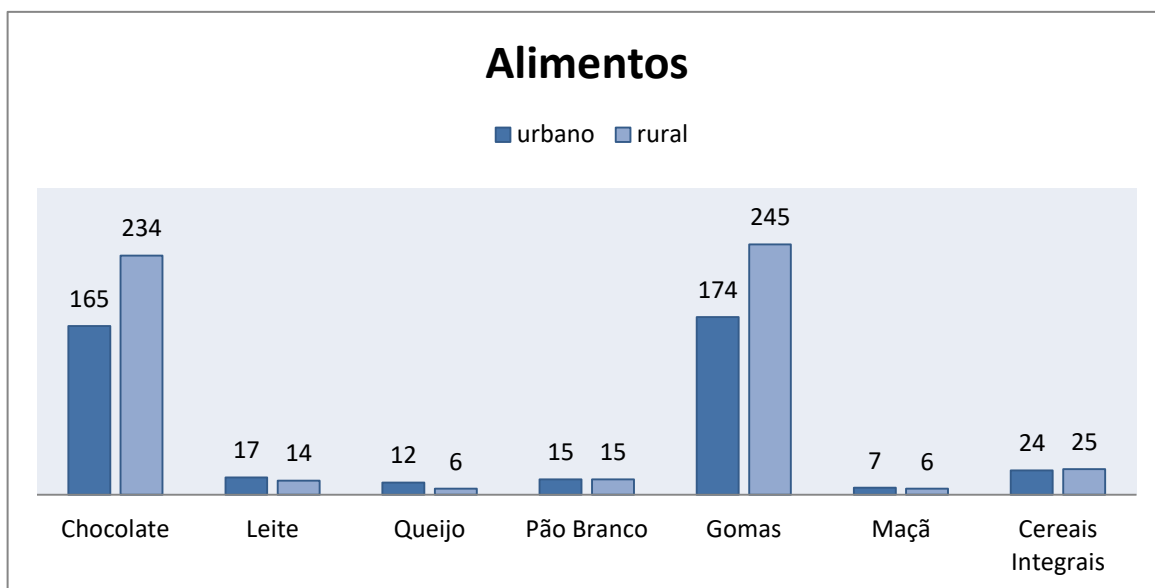


Gráfico 11.

O **Gráfico 12** corresponde à questão 15 (ver anexo A) que questiona quais dos seguintes factores podem causar cárie dentária.

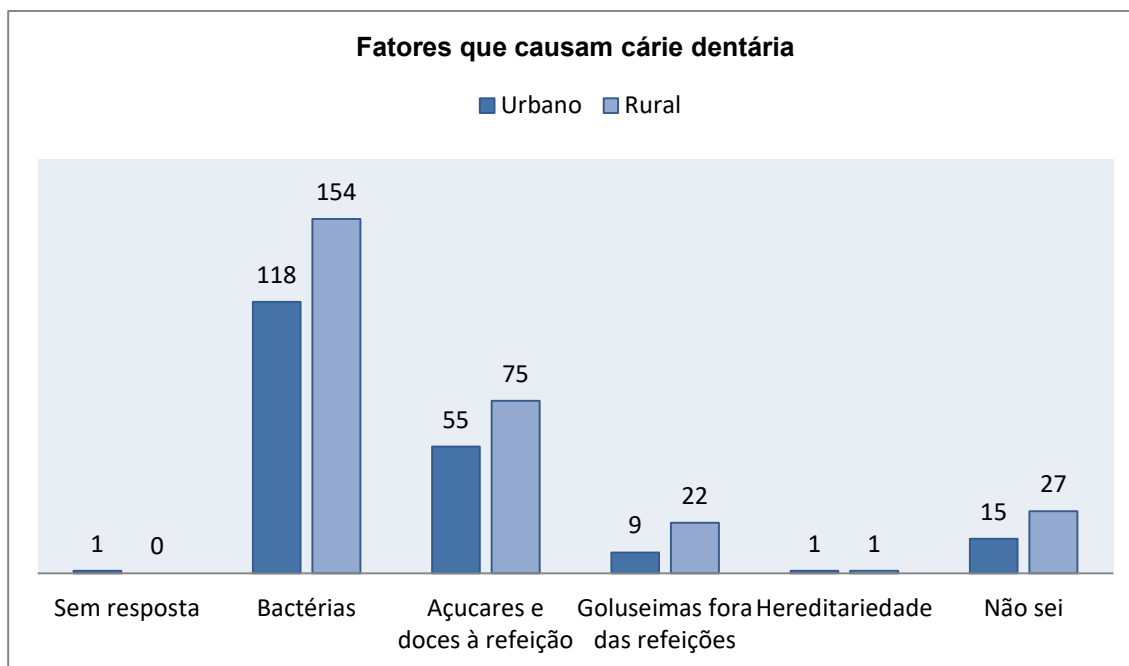


Gráfico 12.

A **Tabela 1** corresponde à questão 12 (ver anexo A). Para o pão de forma observou-se, na amostra, uma classificação média de 2.35, uma mediana de 2 (ou seja 50% das observações têm classificação inferior a 2) e uma moda de 2 (valor mais vezes observado na amostra). O mesmo se verificou para os cereais integrais, obtendo uma classificação média de 2.15 com uma mediana de 2 e uma moda de 1 (valor mais observado). O leite de chocolate e o croissant foram considerados os de maior teor de açúcar com uma média de 3.82 e 3.96 respectivamente, uma mediana de 4 e uma moda de 5.

Estatística

		Pão de forma	Cereais integrais	Leite com chocolate	Croissant	Bolacha Maria
N	Validos	457	457	457	457	457
	Em Falta	21	21	21	21	21
Média		2,35	2,15	3,82	3,96	2,73
Mediana		2,00	2,00	4,00	4,00	3,00
Moda		2	1	5	5	3

Tabela 1: Média, Moda e Mediana dos alimentos

Através da **Tabela 2** podemos constatar se existem diferenças entre médias dos grupos (Urbano e Rural) relativamente às variáveis.

Exemplo: “Pequeno-almoço”

Para assumir se existe igualdade de variâncias observamos o valor de Sig. que nos indica se devemos assumir igualdade de variáveis. Como o valor de significância foi de 0.094, que é superior a 0.1 (valor assumido como referência), rejeita-se a hipótese nula de igualdade de variâncias. Uma vez que se rejeita a hipótese nula de igualdade de variâncias iremos considerar “Igualdade da variâncias não assumida”, assim vemos que o nível de significância é de 0.426 para as diferenças de médias, que é inferior a 0.1, não se rejeitando a igualdade de médias, ou seja, neste exemplo não existem diferenças estatisticamente significativas, entre o meio urbano e rural, para os encarregados que dão pequeno-almoço aos seus educandos. Neste caso, observou-se uma diferença de médias de -0.009 com intervalos de confiança a 95%, para esta diferença, compreendido entre -0.032 e 0.014.

Através da análise da tabela, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre o meio rural e urbano.

		Levene's Teste para Igualdade de Variâncias		t-test para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2- tailed)	Diferença de Médias	Std. Diferença de Erro	95% Diferença do Intervalo de Confiança	
									Menor	Maior
Pequeno-almoço	Igualdade de variâncias assumida	2,813	,094	-,838	476	,403	-,009	,011	-,031	,013
	Igualdade de variâncias não assumida			-,796	343,423	,426	-,009	,012	-,032	,014
Consumo doces e bebidas	Igualdade de variâncias assumida	,576	,448	,378	476	,705	,011	,030	-,047	,070
	Igualdade de variâncias não assumida			,381	436,936	,703	,011	,030	-,047	,070

Relatório Final de Estágio – Raquel Ferreira

Quando introduziu açúcar	Igualdade de variâncias assumida	,013	,908	,418	476	,676	,026	,062	-,096	,148
	Igualdade de variâncias não assumida			,420	432,238	,675	,026	,062	-,096	,148
Recompensa	Igualdade de variâncias assumida	3,946	,048	-,983	476	,326	-,032	,033	-,096	,032
	Igualdade de variâncias não assumida			-,998	448,819	,319	-,032	,032	-,095	,031
Influência da alimentação	Igualdade de variâncias assumida	,951	,330	,486	476	,627	,013	,026	-,039	,064
	Igualdade de variâncias não assumida			,491	442,649	,623	,013	,026	-,038	,064
Beber ou comer antes de ir dormir	Igualdade de variâncias assumida	3,946	,048	,977	476	,329	,045	,046	-,045	,134
	Igualdade de variâncias não assumida			,980	430,929	,328	,045	,046	-,045	,134
Costuma lavar os dentes	Igualdade de variâncias assumida	,014	,905	1,154	476	,249	,093	,081	-,065	,252
	Igualdade de variâncias não assumida			1,147	416,348	,252	,093	,081	-,067	,253
	Igualdade de variâncias assumida	4,395	,037	1,413	476	,158	,104	,074	-,041	,249
	Igualdade de variâncias não assumida			1,392	402,789	,165	,104	,075	-,043	,252
	Igualdade de variâncias assumida	1,456	,228	- 1,332	476	,183	-,146	,110	-,361	,069
	Igualdade de variâncias não assumida			- 1,351	446,660	,177	-,146	,108	-,358	,066

5-DISCUSSÃO

Os pais são vistos como um modelo para os filhos, sendo responsáveis pelos seus hábitos alimentares bem como as escolhas e a disponibilidade dos alimentos.

Um facto evidente é que pessoas que desenvolveram cárie na infância tem maior propensão a vir a desenvolver esta doença mais tarde. Assim, uma das variáveis possíveis para que ocorra uma redução deste facto seria uma nutrição adequada em criança¹⁹.

Vários estudos epidemiológicos relacionam o açúcar com o aparecimento da cárie dentária, mostrando que há uma grande relação entre a frequência de consumo de açúcar entre as refeições e o desenvolvimento desta doença⁸.

A principal descoberta de acordo com o estudo realizado por *Bonotto D. et al* (¹⁰), relativamente ao facto de limitar o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições foi que, o estabelecimento de limites no consumo de snacks é um factor protector contra a cárie dentária. Segundo este mesmo estudo, uma menor prevalência de cárie dentária foi encontrada em crianças cujos educadores reportavam menor consumo de doces, bebidas açucaradas e snacks salgados. Isto porque, segundo a literatura, pais permissivos sem qualquer capacidade de impor limites, têm dificuldades em restringir o consumo de comidas e bebidas açucaradas, sendo o acesso a estes alimentos um factor de risco para o desenvolvimento da doença cárie.

De acordo com o estudo realizado por *Maganhoto A. et al* (¹³), o consumo de alimentos açucarados entre as refeições resultou num aumento do aparecimento de cárie precoce nas crianças, tendo sido estatisticamente comprovado que, o índice de dmft (decayed, missing, and filled teeth) era maior em crianças cujo consumo de bebidas açucaradas (refrigerantes, iogurtes, leite de chocolate) era igual ou superior a duas vezes por semana.

Uma diminuição da prevalência da cárie foi também encontrada em crianças cujos educadores reduziram o consumo de gorduras, sendo uma possível explicação o facto da restrição e o controlo de comidas menos saudáveis levar a um encorajamento de adoção de um estilo de vida mais saudável, sem qualquer sensação de sacrifício ou conflito¹⁰.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, a maioria dos encarregados de educação (N=422) têm por hábito limitar o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições. No entanto, contrariamente ao esperado, muitos encarregados consideram que a melhor altura para o seu consumo é, entre refeições, obtendo um total de 202 respostas, sendo 59,4% (N=120) do meio rural e 40.6% (N=82) do meio urbano, facto que vem a ser contrariado segundo a literatura.

Quanto ao facto de dar doces como forma de recompensa, 409 dos encarregados, 57,5% (N=235) do meio rural e 42.5% (N=174) do meio urbano referiram não dar doces como forma de recompensa aos seus educandos, estando de acordo com o estudo realizado por *Kral T. et al* ⁽²⁰⁾ onde, crianças cujos pais utilizavam a comida como forma de recompensa e que obrigavam à limpeza do prato na totalidade, vieram a desenvolver um aumento significativo na desinibição, sugerindo que a restrição e o controlo excessivo alimentar podem contribuir para uma incapacidade de autocontrolo alimentar.

Os comportamentos de alimentação infantil podem vir a ter um impacto no futuro aparecimento de cáries por pelo menos duas vias possíveis, incluindo aqueles que ocorreram antes ou durante a erupção dentária. O fornecimento antecipado de alimentos e bebidas açucaradas pode potenciar o estabelecimento de preferências futuras de alimentos cariogénicos, bem como, pode influenciar a ecologia bacteriana, favorecendo o estabelecimento da bactéria *Streptococcus Mutans*, microorganismo preditor da incidência de futuras cáries em crianças pequenas^{15,24}.

Assim, segundo o estudo de *Benjamim W. Chaffee et al* ⁽²⁴⁾ há uma recomendação para a introdução complementar de alimentos gradualmente após os 6 meses de amamentação exclusiva, dando ênfase a grãos, carnes, frutas e vegetais, evitando refrigerantes, e doces. As práticas alimentares são importantes para a prevenção da cárie e de acordo com os resultados obtidos, este estudo sugere que a intervenção deve abordar os hábitos que emergem na infância. Por exemplo, no caso de crianças que foram regularmente alimentadas com água adoçada antes dos 6 meses, revelaram preferência pelo consumo de líquidos doces aos 2 anos de idade.

Já no estudo realizado por *Biral A. Et al* ⁽¹⁾, segundo Os Dez Passos da Alimentação Saudável, a utilização de açúcar numa criança com idade inferior a dois anos é desnecessária, afirmando que essa atitude leva a que a criança não se interesse pelos cereais, verduras e legumes. Num estudo realizado por *Brandão et al.* que envolveu 110

crianças com idades compreendidas entre os 24 e os 35 meses, a cárie dentária precoce foi observada em 28,2% das crianças, afirmando que a preferência pelo açúcar era altamente influenciada pela maior exposição e disponibilidade desse açúcar, associada à urbanização¹. (D) Saito et al. examinaram 156 crianças com idades compreendidas entre os 18 e os 48 meses, tendo observado uma relação entre uma maior prevalência de cárie dentária e a introdução precoce do açúcar na dieta¹.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, 260 dos encarregados afirmam ter introduzido o açúcar após os 2 anos de idade, o que está de acordo com as evidências científicas, tendo apenas 85 revelado introduzir antes dos 2 anos de idade,

As práticas alimentares das crianças são portanto, influenciadas pelos seus educadores sendo estes os principais responsáveis pelas escolhas e pela disponibilidade dos alimentos. Assim, o exemplo dos educadores e as estratégias alimentares adotadas durante as refeições, são consideradas importantes para a implementação de padrões alimentares bem como, para a promoção de um ambiente positivo capaz de estimular práticas alimentares saudáveis.

Segundo *Tanja V.E. Kral et al* (²¹), os pais atuam como modelos para os filhos, sendo os principais responsáveis pelos hábitos e as escolhas alimentares. Num estudo caso-controlo, crianças que consumiam diariamente fruta e vegetais estavam significativamente associadas ao facto de as próprias mães terem por hábito o consumo diário desses alimentos. Confeccionar comidas saudáveis e facilitar o seu acesso pode influenciar os comportamentos de consumo.

Segundo um estudo de *Silva R. et al* (¹⁸), a cárie dentária era 1.4 vezes mais frequente entre crianças que frequentemente consumiam alimentos que constituem um padrão obesogénico. Neste mesmo artigo, num estudo feito por *Slater et al.* concluiu que padrões alimentares caracterizados por doces, produtos açucarados, pão e alimentos de pastelaria são preditores significantes para o aparecimento da doença cárie.

O conhecimento dos constituintes dos alimentos e a influência que a alimentação pode ter no aparecimento da cárie é portanto, um passo importante para manter uma dieta equilibrada. Existem alimentos que contêm açúcares naturais, tais como a fruta, verduras, leite e seus derivados. No entanto, certos alimentos que são considerados

“saudáveis” contêm açúcares que por vezes se encontram escondidos, denominados açúcares extrínsecos⁴.

Neste estudo, 58% (N=253) dos encarregados em meio rural e 42% (N=183) do meio urbano, consideram que a alimentação tem influência no aparecimento da cárie.

Relativamente à questão se consideravam a cárie dentária uma doença, 247 dos encarregados responderam que sim, 59.9% (N=148) do meio rural e 40.1% (N=99) do meio urbano, sendo que apenas 33 consideram ser uma doença transmissível.

6-CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que os encarregados de educação apresentam algumas limitações relativamente aos conhecimentos sobre a alimentação. Grande parte considera, entre as refeições, a melhor altura de ingerir doces, facto que vem a ser contrariado segundo a literatura, bem como, 247 dos encarregados considera a cárie dentária uma doença, e destes, apenas 33 acredita ser transmissível.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto das respostas às perguntas do questionário dependerem da maneira como o encarregado as interpreta, havendo por vezes uma tendência para responder o que será o mais correcto e não o que realmente acontece. Outro facto importante é estarmos perante uma amostra muito pequena, não sendo possível tirar conclusões e com isto ser necessário a realização de mais estudos.

7-BIBLIOGRAFIA

- 1- Biral A, Taddei J, Passoni D, Palma D. Dental caries and food practices among children attending daycare centers in the city of São Paulo, Brazil. *Ver. Nutr., Campinas*. 2013 Jan./Fev; 26(1): 37-48.
- 2- Struzycka, I. The Oral Microbiome in Dental Caries. *Polish Journal of Microbiology*. 2014; vol. 63, n.2, 127-135.
- 3- Feijó I, Iwasaki K. Caries and Food Diet. *Revista UNINGÁ Rewiew*. 2014 Jul-Set; vol. 19, n.3, 44-50.
- 4- Rugg-Gunn A. Dental caries: Strategies to control this preventable disease. *Acta Medica Academica*. 2013 March; 42(2): 117-130.
- 5- Gonçalves J, Moreira E, Rauen M, Rossi A. Associations Between Caries Experience, Nutricional Status, Oral Hygiene, and Diet in a Multigenerational Cohort. *THREE GENERATIONS: CARIES AND NUTRICION*. 2016 May/Jun; vol.38, n.3.
- 6- Sheiham A, James W. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. *BMC Public Health*. 2014; 14:863
- 7- Sheiham A, James W. A new understanding of the relationship between sugars, dental caries and fluoride use: implications for limits on sugars consumption. *Public Health Nutrition*. 2014 June; 17(10), 2176-2184.
- 8- Cagnani A, Barros A, Sousa L, Oliveira A, Zanin L, Flório F. Association between preference for sweet foods and dental caries. *RGO-Ver Gaúcha Odontol., Porto Alegre*. 2014 Jan./mar.; vol. 62, n.1, 25-29.
- 9- Sanz Á, Nieto B, Nieto E. Dental health; the relationship between tooth decay and food consumption. *Nutr Hosp* 2013; 28 (Supl.4): 64-71.
- 10- Bonotto D, Montes G, Ferreira F, Assunção L, Fraiz F. Association of parental attitudes at mealtime and snack limits with the prevalence of untreated dental caries among preschool children. *Appetite*. 2016 Jan. ;108:450-455.
- 11- Pal A, Gupta S, Rao A, Kathal S, Roy S, Pandey S. Family-Related Factors Associated with Caries Prevalence in the Primary Dentition of 5-6-year-old Children in Urban and Rural Areas of Jabalpur City. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2017; 8(2): 305–309.
- 12- World Health Organization (WHO) Sugars and dental caries. 2017;

- 13- Maganhoto A, Bauer M, Lopes C, Paiano H, Vizzotto D. Prevalence of caries disease in Pro-Health practices. *RSBO*. 2015 Oct-Dec.; 12(4):356-61.
- 14- Moynihan P. Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. *American Society for Nutrition. Adv Nutr*. 2016; 7:149-56.
- 15- França S. Açúcar VS Cárie e outra doenças: Um contexto mais amplo. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016; 70(1):6-11.
- 16- Bradshaw D, Lynch R. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. *International Dental Journal*. 2013; 63 (Supl. 2): 64-72.
- 17- Silva R, Silva L, Araújo R, Soares F, Fiaccone R, Cangussu M. Standard obesogenic diet: the impact on oral health in children and teenagers at the Recôncavo Baiano- Brazil. *Cad. Saúde Colet*. 2015; 23(2):198-205.
- 18- Gupta P, Gupta N, Pawar A, Birajdar S, Natt A, Singh H. Role of Sugar and Sugar Substitutes in Dental Caries: a Review. *Hindawi Publishing Corporation. ISRN Dent*. 2013; 519421.
- 19- Junior J, Gonçalves L, Correia A. Alimentos x Cárie: a ingestão do açúcar em excesso como fator estimulante do desenvolvimento da doença. *Ciências biológicas e da saúde*. Dez 2015; vol.2, n.2, 11-20.
- 20- Kral T, Rauh E. Eating behaviours of children in the context of their family environment. *Physiol Behav*. 2010 Jul 14; 100(5):567-73.
- 21- Mehta V, Rajesh G, Rao A, Shenoy R, Pai M, Nayak V. Effect of Motives for Food Choice on Oral Health among Primary School Children in Mangalore: An Analytical Survey. *Jornal Of Clinical and Diagnostic Research*. 2017May; vol.11(5), 59-63.
- 22- Jong-Lenters M, Duijster D, Bruist M, Thijssen J, Ruiter C. The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: A case-control study. *Social Science & Medicine*. 2014; 49-55.
- 23- Duijster D, Verrips G, Corn Van L. The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014; vol. 42, 193-205.
- 24- Chaffee B, Feldens C, Rodrigues P, Vítolo M. Feeding Practices in Infancy Associated with Caries Incidence in Early Childhood. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015 August; 43(3):338-348.

8-ANEXOS (Capítulo I)

Anexo A

Autorização do Professor Doutor, Paulo Rompante

Eu, Raquel Ferreira, estudante de Medicina Dentária venho por este meio solicitar a autorização para a entrega de inquéritos de forma a poder efectuar a tese de mestrado no Instituto Universitário Ciências da Saúde do Norte (IUCS-N), no âmbito da disciplina Estágio em Saúde Oral Comunitária.

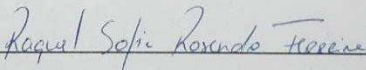
O tema da minha tese é “Importância dos Momentos Doces no Aparecimento da Cárie - Conhecimento dos Pais” e têm como objectivo estudar o conhecimento destes em relação à doença cárie.

Pretendo então realizar um inquérito direccionado aos pais das crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos na região do concelho de Barcelos.

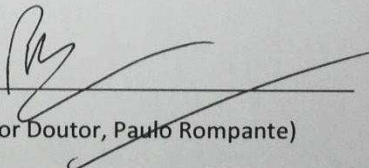
Todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Grata pela atenção prestada, aguardo resposta o mais brevemente possível.

Atenciosamente, a aluna



(Raquel Sofia Rosendo Ferreira)



(Professor Doutor, Paulo Rompante)

Anexo B

Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas de Barcelos

Exm^o Senhor

Diretor Do Agrupamento De Escolas De Barcelos

Eu, Raquel Ferreira, estudante de Medicina Dentária venho por este meio solicitar a autorização para a entrega de inquéritos de forma a poder efetuar a tese de mestrado no Instituto Universitário Ciências da Saúde do Norte (IUCS-N) , no âmbito da disciplina Estágio em Saúde Oral Comunitária.

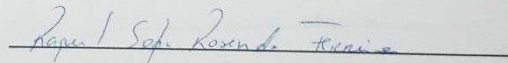
O tema da minha tese é “Importância dos Momentos Doces no Aparecimento da Cárie - Conhecimento dos Pais” e tem como objetivo estudar o conhecimento destes em relação à doença cárie.

Pretendo realizar um inquérito direcionado aos pais das crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos na região do concelho de Barcelos.

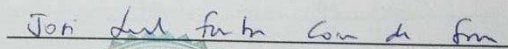
Todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Grata pela atenção prestada, aguardo resposta o mais brevemente possível.

Atenciosamente,

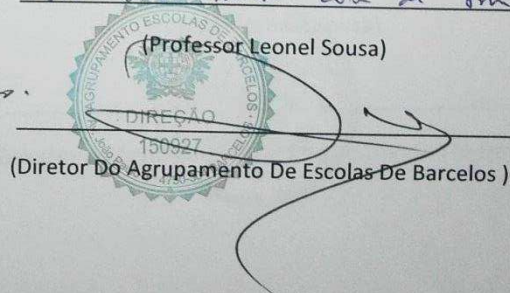


(a aluna, Raquel Sofia Rosendo Ferreira)



(Professor Leonel Sousa)

Autorizado.


(Diretor Do Agrupamento De Escolas De Barcelos)

Anexo C

Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas Gonçalo Nunes

Exm^o Senhor

Director Do Agrupamento de Escolas Gonçalo Nunes

Eu, Raquel Ferreira, estudante de Medicina Dentária venho por este meio solicitar a autorização para a entrega de inquéritos de forma a poder efectuar a tese de mestrado no Instituto Universitário Ciências da Saúde do Norte (IUCS-N) , no âmbito da disciplina Estágio em Saúde Oral Comunitária.

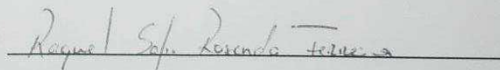
O tema da minha tese é “Importância dos Momentos Doces no Aparecimento da Cárie - Conhecimento dos Pais” e tem como objectivo estudar o conhecimento destes em relação à doença cárie.

Pretendo realizar um inquérito direccionado aos pais das crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos na região do concelho de Barcelos.

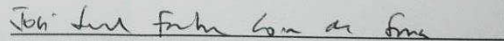
Todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Grata pela atenção prestada, aguardo resposta o mais brevemente possível.

Atenciosamente,



(a aluna, Raquel Sofia Rosendo Ferreira)



(Professor Leonel Sousa)


(Director do Agrupamento de Escolas Gonçalo Nunes)



Anexo D

Inquérito realizado aos Encarregados de Educação

Exmo. Sr (a) Encarregado (a) de Educação:

Eu, Raquel Ferreira, estudante de Medicina Dentária, venho por este meio pedir a sua colaboração para a realização do seguinte questionário para posterior realização da tese de mestrado no Instituto Universitário Ciências da Saúde do Norte (IUCS-N), no âmbito da disciplina Estágio em Saúde Oral Comunitária.

As seguintes questões que serão colocadas são anónimas e confidenciais, servindo apenas para análise estatística, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário.

Para salvaguardar o questionário não deixe nenhuma questão por responder.

Obrigada pela sua colaboração,

(a aluna, Raquel Sofia Rosendo Ferreira)

Parte I- Caracterização do encarregado de educação

1.1 Identifique o seu grau de parentesco com a criança. Assinale com um (x):

- Pai
- Mãe
- Avó/avô
- Outro: _____

1.2 Assinale com um (x) as suas habilitações literárias:

- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra. Indique qual: _____

1.3 Meio Habitacional:

- Meio Urbano
- Meio Rural

Parte II- Hábitos Alimentares

2. O seu educando tem o hábito de tomar o pequeno-almoço?

- Sim
- Não

3. Costuma dar lanche para o meio da manhã e para o meio da tarde ao seu educando?

- Sim
- Não
- Às vezes
- Se sim, o quê? _____

4. Costuma limitar ao seu educando o consumo de doces e bebidas açucaradas fora das refeições?

- Sim
- Não

5. Quando começou por introduzir açúcar ao seu educando?
- Antes dos 2 anos
 - Depois dos 2 anos
 - Não me recordo
6. Na sua opinião, qual a melhor altura do dia para comer doces?
- De manhã
 - Imediatamente após as refeições
 - No intervalo das refeições
 - Ao deitar
7. Costuma dar ao seu educando doces como forma de recompensa?
- Sim
 - Não
8. Acha que a alimentação influencia o aparecimento de cáries?
- Sim
 - Não

(Se respondeu “Não” passe para a pergunta 10)

9. Se sim, seleccione dos seguintes alimentos quais os que pensa que possam aumentar o seu aparecimento:
- Chocolate
 - Leite
 - Queijo
 - Pão branco
 - Gomas
 - Maçã
 - Cereais integrais

10. O seu educando costuma comer ou beber antes de ir dormir?
- Sim
 - Não

(Se respondeu “Não” passe para pergunta 12)

11. Quando o seu educando come ou bebe antes de ir dormir costuma depois escovar os dentes?
- Sempre
 - Às vezes
 - Nunca
12. Enumere de 1 a 5 os seguintes alimentos em relação à quantidade de açúcar, começando no de menor valor:
- Pão de forma
 - Cereais integrais
 - Leite com chocolate
 - Croissant
 - Bolacha Maria
13. Considera a cárie dentária uma doença?
- Sim
 - Não
 - Não sei
14. Se sim acha que é transmissível?
- Sim
 - Não
 - Não sei
15. Na sua opinião qual(ais) são os factores que causam a cárie dentária? (pode usar mais do que uma opção)
- Bactérias
 - Açúcar e doces à refeição
 - Guloseimas fora das refeições
 - Hereditariedade (a doença passa de pais para filhos)
 - Não sei

Capítulo II- Relatório das Atividades Práticas das Unidades Curriculares de Estágio

O Estágio de Medicina Dentária tem como objectivo preparar o aluno para o futuro, colocando-o em prática clínica de modo aplicar os seus conhecimentos teóricos previamente adquiridos, de modo a desenvolver experiência clínica, o que conduzirá por sua vez, a uma melhoria das suas competências a nível profissional. Este encontra-se repartido em três áreas: o Estágio em Clínica Geral Dentária o Estágio Hospitalar.e o Estágio de Saúde Oral e Comunitária.

1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica de Gandra do IUCS, entre o dia 13 de Setembro de 2017 e 13 de Junho de 2018, às Quartas-feiras à noite das 19h às 24h, perfazendo um total de 5 horas semanais. Este foi supervisionado pelos Professores João Baptista, Luís Santos e Sónia Machado. O objectivo do Estágio em Clínica Geral foi adquirir prática clínica, aperfeiçoar a relação com o paciente e a conscientização perante a profissão. Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se no Anexo (Tabela 1).

2. ESTÁGIO HOSPITALAR EM SERVIÇOS DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA EM UNIDADES HOSPITALARES

O Estágio Hospitalar decorreu no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, entre o dia 11 de Setembro de 2017 e 11 de Junho de 2018, às Segundas-feiras das 14h às 17h e 30, perfazendo um total de 3h e 30 semanais. Este foi supervisionado pelo Professor Doutor Luís Monteiro e pelo Mestre Tiago Resende. Este permitiu pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos até então, devido à frequência de pacientes com condições especiais, necessitando de atenção especial no que diz respeito à associação entre patologia e o tratamento a efectuar, como também às interacções medicamentosas. Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se no Anexo A (Tabela 3).

3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA

O Estágio em Saúde Oral e Comunitária decorreu sobre a regência do Professor Doutor Paulo Rompante, entre 14 de Setembro de 2017 a 14 de Junho de 2018, à Quinta-feira das 9h às 12h 30, perfazendo um total de 196h. Numa primeira fase, em contexto escolar no IUCS, procedeu-se ao planeamento e desenvolvimento de inúmeras actividades sobre a saúde oral, tendo como base o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Numa segunda fase, procedeu-se à apresentação destas actividades às crianças pertencentes à Escola EB1 de Susão. Foi também feito um levantamento epidemiológico, seguindo a metodologia WHO 2013, sendo os dados introduzidos e posteriormente avaliados estatisticamente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diversos estágios permitiram adquirir e solidificar conhecimentos e aperfeiçoar competências práticas, promovendo a consolidação dos cinco anos de ensinamentos.

São portanto responsáveis por tornar o aluno de Medicina Dentária num futuro Médico Dentista com uma superior autonomia e confiança, preparando-o assim para o mundo de trabalho que irá enfrentar.

Relativamente ao acompanhamento e supervisionamento dados pelos docentes e orientadores, é necessário salientar a presença constante e o apoio recebido ao longo deste percurso.

5. Anexos (Capítulo II)

	Operador	Assistente	Total
Destartarização	2	0	2
Exodontia	4	7	11
Endodontia	4	5	9
Dentisteria	8	7	15
Outros	1	1	2

Tabela 1: Atos Clínicos no Estágio em Clínica Geral Dentária

	Operador	Assistente	Total
Destartarização	21	16	37
Exodontia	26	30	56
Endodontia	0	1	1
Dentisteria	19	15	34
Outros	11	10	21

Tabela 2: Atos clínicos no Estágio Hospitalar

0-5 anos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividade musical com incentivo à escovagem ➤ Atividades para colorir ➤ Fantoches
6-7 anos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividades didáticas e educação para a saúde oral ➤ Entrega de um caderno de atividades elusivas à saúde oral ➤ Atividade lúdica “Jogo da Memória”, “Dente Triste/ Dente Feliz”
8-9 anos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividades didáticas e educação para a saúde oral ➤ Atividade lúdica “Peddy Paper”, “Jogo dos Tapetes” ➤ Educação sobre a alimentação e sua importância na saúde oral

Tabela 1 - Plano de Atividades para crianças Hospitalar