



CESPU
COOPERATIVA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
E UNIVERSITÁRIO

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

O papel do Médico Dentista na saúde oral do desportista de alta competição

Ano letivo 2018-2019

Michel Louis Robert Plichta

Orientador: Mestre Selma Pascoal

DECLARAÇÃO

Eu, **Michel Louis Robert Plichta**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), com o nº 22792, declaro ter atuado com absoluta integridade e de acordo com o Regulamento Pedagógico Específico do Curso na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **O papel do Médico Dentista na saúde oral do desportista de alta competição.**

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório Final de Estágio apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Gandra, 25 junho 2019

O aluno,

Orientador: Mestre Selma Pascoal

Aceitação do orientador

Eu, Selma Pascoal, com a categoria profissional de Monitor clínico do Instituto Universitário de Ciências da Saúde Norte, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado “**O papel do Médico Dentista na saúde oral do desportista de alta competição**”, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Michel Louis Robert Plichta** declaro que dou 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, maio 2019

Orientador: Mestre Selma Pascoal

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar por agradecer todo o corpo docente do grupo CESPU e à minha orientadora, Selma Pascoal, por toda a ajuda e disponibilidade dispendida para tornar este trabalho possível.

Aos meus pais e avós, que sempre me apoiaram durante estes 5 anos. Ficarei eternamente grato por tudo o que fizeram e fazem por mim.

Aos meus irmãos, Louis e Joseph, com quem sempre pude contar e a quem desejo as maiores felicidades.

Ao meu binómio, Victor Zilioli, com quem partilhei 5 anos de momentos fabulosos e inesquecíveis .

Ao Damien Verrey e à "dream team" com quem partilhei aventuras espetaculares neste magnífico país que é Portugal.

A todos os meus amigos da França, particularmente ao "romano", aos "les kuchus", aos "les duthoits", que na maioria das vezes estavam longe do olhar, mas perto do coração.

RESUMO

A Medicina Dentária Desportiva (MDD) é uma área recente da Medicina Dentária que procura através da avaliação e do tratamento das doenças da cavidade oral uma saúde oral ótima, de forma a contribuir para um melhor desempenho físico dos atletas. É também uma área multidisciplinar preventiva que deve ser difundida a todos os praticantes de exercício físico, profissionais ou não, para que sejam informados das possíveis complicações orais a que poderão estar sujeitos.

O objetivo foi perceber as especificidades do ambiente dos desportistas profissionais e as suas consequências na saúde oral, assim como, definir o papel do médico dentista e o que poderá ser melhorado.

Para isso foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando os motores de busca Google Académico e Pubmed.

Apesar da existência desta área na medicina dentária, específica para desportistas de alta competição, a saúde oral dos atletas profissionais continua a ser pobre, fazendo com que a promoção da MDD seja fundamental para incrementos de melhoria no futuro.

“palavras-chave”: Medicina Dentária Desportiva, saúde oral dos desportistas, nutrição dos desportistas, traumatismo, prevenção.

ABSTRACT

Sports Dentistry (SD) is a recent area of Dental Medicine that seeks through the evaluation and treatment of diseases of the oral cavity an optimal oral health, in order to contribute to a better physical performance of athletes. It is also a multidisciplinary preventive area that should be disseminated to all practitioners of physical exercise, professional or not, so that they are informed of the possible oral complications to which they may be subjected.

The objective was to understand the specificities of the professional sports environment and its consequences on oral health, as well as to define the role of the dentist and what can be improved.

For this purpose, a bibliographic search was conducted using the search engines Google Academic and Pubmed.

Despite the existence of this area in dental medicine, specific for top-level athletes, the oral health of professional athletes continues to be poor, making the promotion of SD essential for further improvement in the future.

"Keywords": Sports Dental Medicine, oral health of athletes, nutrition of athletes, trauma, prevention.

Listas de abreviaturas e siglas

AINEs: Anti-inflamatórios não-esteróides

AOD: Academia para odontologia desportiva

CAMD: Colégio americano de medicina desportiva

MDD: Medicina dentária desportiva

MLB: *Major League Baseball*

MLS: *Major League Soccer*

NBA: *National Basketball Association*

NFL: *National Football League*

NHL: *National Hockey League*

PB: Protetores bucais

Índice de tabelas

Tabela 1: Sistemas de classificação de PB.....	11
Tabela 2: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Clínica Geral Dentária..... na Unidade Clínica de Gandra	21
Tabela 3: Atos clínicos realizados durante o estágio em Clínica Hospitalar no Centro..... Hospitalar Tâmega e Sousa (hospital de Amarante)	22
Tabela 4: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Saúde Oral Comunitária no..... Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira	24
Tabela 5: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Saúde Oral Comunitária..... no hospital Santo tirso	24

Índice de figuras

Figura 1: PB personalizados feito a partir das impressões orais de um atleta.....	12
Figura 2: kit de emergência oral.....	15

Índice geral

Capítulo I – Fundamentação teórica

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	2
3. Metodologia.....	2
4. Desenvolvimento.....	3
4.1. Ambiente do desportista de alta competição e implicações orais.....	3
4.1.1. Características da nutrição e da higiene oral dos desportistas.....	3
4.1.2. Consequências na saúde oral.....	6
4.1.2.1 Doenças orais.....	6
4.1.2.2 Traumatismos.....	8
4.1.3. Impacto sobre a saúde geral.....	9
4.2. Papel do médico dentista enquadrado na alta competição.....	11
4.2.1. Prevenção dos riscos em relação com o ambiente dos desportistas.....	11
4.2.1.1 Prevenção dos traumatismos.....	11
4.2.1.2 Prevenção bucodentária.....	13
4.2.2. Tratamento dos atletas.....	14
4.2.3. Educação dos supervisores e atletas.....	14
4.3. Contributos de melhoria.....	16
5. Considerações finais.....	17
6. Bibliografia:.....	18

CAPÍTULO II – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. Estágio em Clínica Geral Dentária.....	21
2. Estágio em Clínica Hospitalar.....	22
3. Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	22

Capítulo I

“O papel do Médico Dentista na saúde oral do desportista de alta competição”

1. Introdução

Ao longo dos anos tem vindo a aumentar o investimento e a investigação de forma a atender a exigência do mundo do desporto profissional. O estabelecimento de um corpo técnico ao serviço dos atletas continuou a crescer, incluindo fisiologistas, analistas desportivos, fisioterapeutas, psicólogos, médicos e, mais recentemente, dentistas.

A medicina dentária desportiva (MDD) é uma das mais recentes áreas da medicina dentária.

Em junho de 2001 foi realizado em Boston o primeiro Congresso Mundial de Odontologia Desportiva e Traumatologia Odontológica, reunindo duas organizações internacionais: a International Association of Dental Traumatology e a International Academy for Sports Dentistry. O objetivo do congresso foi publicar uma revista oficial sobre traumatologia oral.

O desempenho da MDD abrange um vasto campo de ação incluindo: a prevenção, a manutenção e o tratamento dos traumatismos orofaciais e das doenças orais.

Projetado para colocar o atleta nas melhores condições possíveis, o ambiente dos desportistas profissionais causa maior propensão aos traumatismos dentários e doenças orais. A obtenção de performances ótimas, que normalmente só podem ser atingidas por atletas completamente saudáveis sofrerá, por conseguinte, um impacto negativo.

Por exemplo, os atletas que praticam um desporto de contato têm um risco aumentado para lesões faciais durante a sua carreira. Outro estudo comparando a saúde oral de jogadores profissionais do FC Barcelona com a de estudantes de medicina dentária mostrou que os jogadores eram mais propensos a lesões cáries ativas.

A MDD vai então ter um papel importante para colocar os atletas nas melhores condições possíveis, que passa, além da prevenção e dos tratamentos dos traumatismos dentários, também pela promoção da educação em saúde diretamente com os atletas, profissionais e a sua comitiva.

2. Objetivos

O objetivo desse trabalho é explicar as especificidades do ambiente dos desportistas profissionais e as suas consequências na saúde bucal, definir o papel do médico dentista e o que poderá ser melhorado.

3. Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed e Google Acadêmico. Alguns dos artigos foram selecionados a partir de referências bibliográficas de outros estudos. A pesquisa foi realizada entre janeiro e maio de 2019 e foram utilizadas as palavras chave: traumatismo, prevenção, saúde oral dos desportistas, nutrição dos desportistas

Após a análise dos critérios de inclusão e critérios de exclusão, foram selecionados 24 artigos publicados entre 2005 e 2018 e 2 sites na internet.

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados no período 2005-2019
- Artigos em inglês, português e francês
- Artigos sobre o tema "o papel do Médico Dentista na saúde oral do desportista de alta competição"
- Artigos que abordassem as palavras chave

Critérios de exclusão:

- Artigos publicados antes de 2005
- Artigos que, por título/resumo, não foram úteis para este projeto
- Artigos em idioma diferente do francês, inglês e português

4. Desenvolvimento

4.1. Ambiente do desportista de alta competição e implicações orais

4.1.1. Características da nutrição e da higiene oral dos desportistas

Em 2016, a *Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail* atualizou os valores da necessidade de calorias abrangendo 97,5% da população francesa. Assim, recomendou consumir 2600 kcal/d e 2100 kcal/d, para homens e mulheres respetivamente entre os 18 e 69 anos. Para os três principais macronutrientes, que aportam a maior parte destas calorias, a repartição varia: de 40 a 55 % para os hidratos de carbono, 35 a 40% para os lípidos e 10 a 20% para as proteínas. Além disso, a ingestão satisfatória de água é definida como 2L/d para as mulheres e 2,5L/d para os homens.¹

De fato, estas necessidades dietéticas não são fixas e são influenciadas por uma série de fatores intrínsecos (idade, o sexo, a massa corporal) e extrínsecos como:^{1,2,3}

- tipo de desporto (força, resistência, velocidade, desporto coletivo/individual);
- tempo gasto em treinos e competições;
- categoria dos desportistas (amadores ou profissionais);
- objetivo num momento específico (perder ou ganhar peso, preparação para uma competição).

Em atletas, a ingestão calórica é aumentada para atender às necessidades energéticas adicionais requeridas pela sua atividade e metabolismo após a cessação da atividade.

A repartição dos macronutrientes para os atletas será, portanto, diferente da população sedentária. A fim de poder assumir o fornecimento de energia adicional necessária para manter um balanço energético positivo, o atleta verá o seu número de refeições por dia aumentado em relação aos sedentários.^{2,4}

A manutenção deste equilíbrio é essencial para evitar os principais fatores que contribuem para o declínio do desempenho durante a prática de um desporto. Estes fatores são:^{3,4,5}

- desidratação;
- diminuição de glicogénio dos músculos;
- redução da concentração de glicose no sangue.

De maneira geral, o atleta terá de aumentar a ingestão de proteínas passando entre 1,2 a 2,0 g/kg/d⁴ contra 0,83g/kg/d para a população geral.¹ Os dados atuais referem que o aumento da ingestão de proteína na dieta é necessária para apoiar a adaptação metabólica, reparo e a remodelação muscular. Segundo o Colégio americano de medicina desportiva (CAMD), essa ingestão será alcançada por meio de várias refeições e do consumo de 0,3g/kg de peso corporal após as principais sessões de treino.⁴

Os atletas verão a sua ingestão lipídica diminuída comparativamente com a população em geral, passando esta a estar entre os 30-35% da ingestão diária.¹ A ingestão de lípidos pode até mesmo descer para 20%, mas não é aconselhado atingir este limite com o risco de não ter a ingestão mínima necessária dos ácidos gordos, que são importantes como potenciais substratos de energia para a contração muscular.⁴

É ao nível da ingestão dos hidratos de carbono que se verificam as maiores mudanças. Em função da intensidade e da duração do exercício, as recomendações de ingestão de carboidratos variam, representando 50 a 60 % da ingestão diária de energia a fim de permitir a constituição de reservas glicogénicas musculares e hepáticas.^{1,4}

Para otimizar a constituição das reservas glicogénicas e prevenir a desidratação antes de um evento importante, o CAMD implementou uma estratégia nutricional que consiste em modular a ingestão de água e de hidratos de carbono em 3 rações: pré-competitiva, durante e pós-competitiva.^{4,5}

- A ração pré-competitiva tem por objetivo colocar o atleta num estado hidratado e preparar as reservas glicogénicas antes dum evento. Para alcançar isso, no dia anterior ao evento, o atleta reduzirá sua carga de trabalho e consumirá mais carboidratos (7-12gr/kg). Para responder a eventos de longo prazo (>90min), o carregamento de carboidratos pode ser feito

em 2 a 3 dias e mudar para um consumo de 10-12gr/kg de carboidratos. A consumação do último almoço deverá ser 3-4h antes do evento e deve favorecer alimentos ricos em hidratos de carbono com baixo índice glicémico, que têm a vantagem de promover o conforto gastrointestinal e a libertação de energia durante o exercício.

A toma suplementar de hidratos de carbono 1h antes da prática desportiva pode ser útil ou não dependendo do evento e/ou da preferência dos atletas. De fato, em alguns atletas, esse consumo tem levado a sintomas semelhantes à hipoglicémia.

No que diz respeito à hidratação, recomenda-se o consumo equivalente a 5-10 ml/kg de corpo peso, 2 a 4 horas antes do evento, a fim de minimizar o impacto da desidratação causada pela transpiração.

- A ração durante a competição tem por principal objetivo substituir a perda de água e sódio causada pela transpiração. Com efeito, uma perda de líquidos até 2% do peso corporal é suficiente para comprometer as funções cognitivas e o desempenho desportivo.⁴ As bebidas desportivas constituem a maior parte desta ração porque a composição destas foi especialmente formulada para fornecer aos atletas uma fonte de hidratos de carbono (glicose, frutose e sacarose) e micronutrientes (sódio, potássio) para substituir eletrólitos perdidos e limitar a sua perda, promovendo a retenção de água.⁶

Segundo o CAMD, a ingestão de hidratos de carbono varia consoante a duração do evento. Quando a prova tem duração de 45 a 75 minutos, mesmo em altas intensidades, está provado que enxaguamentos frequentes com hidratos de carbonos são suficientes para estimular o cérebro e o sistema nervoso. Para eventos a longo prazo (2 horas ou mais) a ingestão de hidratos de carbono continua a ser importante para manter uma boa condição física.

De fato, de acordo com um estudo de Smith *et al.* (2010) sobre a relação entre a taxa de ingestão de hidratos de carbono e o desempenho cíclico, concluiu-se que a maior melhoria no desempenho foi observada quando a taxa de ingestão de hidratos de carbono estava entre 60 e 80g por hora.⁵

- A ração pós-competitiva tem por objetivo promover a re-hidratação e restaurar as reservas glicogénicas necessárias para a recuperação muscular com o consumo adequado de líquidos,

eletrólitos e hidratos de carbono. As bebidas desportivas continuarão a ter um papel importante devido à sua capacidade de restaurar eletrólitos perdidos e promover a retenção de água. Além das bebidas desportivas, o consumo de hidratos de carbono (1,0-1,2g/kg/h) e proteínas de alta qualidade (0,25-0,3g/kg do peso corporal) no início da recuperação irá, em cerca de 4 a 6 horas, optimizá-la e fazer a reconstrução e nova síntese de glicogénio muscular.

Um estudo de V. Lun *et al.* (2012) realizado em colaboração com os 8 centros desportivos do Canadá reforçou o fato de que o consumo de suplementos alimentares por atletas de alta competição se tornou numa prática comum para satisfazer as suas necessidades energéticas. Dos 440 atletas estudados, 87% referiram ter consumido pelo menos 3 suplementos alimentares nos 6 meses anteriores ao estudo. Dos 76 suplementos alimentares encontrados, bebidas desportivas (24,1%), multivitaminas e preparações minerais (16,1%), barras de hidratos de carbono (11%) e pó proteico (9,8%) foram os suplementos alimentares mais consumidos pelos atletas. Além disso, o estudo também concluiu que o número de horas dedicadas ao treino tem influência nesse consumo, que passa de 66% para 95,1% para atletas que treinam menos de 5 horas e mais de 25 horas por semana, respetivamente.⁷

4.1.2. Consequências na saúde oral

4.1.2.1 Doenças orais

O ambiente em que os desportistas profissionais estão inseridos traz alterações nos hábitos alimentares, vários estudos foram realizados no sentido de tentar perceber quais as possíveis consequências que essas mudanças poderiam ter sobre a saúde oral. Desde o primeiro estudo realizado em atletas britânicos antes dos Jogos de 1968 na Cidade do México por Forrest JO, outros estudos têm sido realizados desde 2009 sob o impulso do Comité Olímpico Internacional, a fim de obter mais dados sobre este assunto.⁸

Um estudo realizado por Needleman *et al.* durante os Jogos Olímpicos de Londres em 2012 analisou 302 atletas de 25 desportos e forneceu as seguintes estatísticas: 55% dos atletas tinham cáries dentárias (dos quais 41% atingiram a dentina) atingindo em média 2 dentes em cada atleta, 45% tinham erosões dentárias moderadas a graves (grau 2-3), casos de gengivite e de periodontite foram encontradas atingido 76% e 15% dos atletas respetivamente e 9,9% dos atletas apresentaram sinais de pericoronarite.⁸

Em 2015, o primeiro grande estudo representativo sobre saúde bucal no futebol profissional no Reino Unido foi realizado pelo mesmo autor: 187 jogadores de 8 clubes de futebol profissional foram estudados, dando resultados tão preocupantes quanto o estudo anterior. 37% dos atletas tinham cáries dentárias ativas, 53% tinham erosões dentárias moderadas a graves (grau 2-3), 76,7% e 5% dos futebolistas apresentavam respectivamente gengivite e periodontite e 3.2% dos atletas apresentaram sinais de pericoronarite.⁹

Os resultados obtidos através dos estudos têm mostrado consistentemente má saúde oral em atletas de alta competição devido à elevada presença de cáries, erosões dentárias, doença periodontal e problemas relacionados com os 3^{os} molares (pericoronarite, dente impactado).^{8,9,10,11,12}

A maior incidência de doenças orais em atletas de alto rendimento pode ser explicada por um conjunto de vários fatores diretos tais como nutrição, desidratação oral e imunossupressão induzida por exercícios intensivos.¹⁰

A ingestão frequente de hidratos de carbono através de alimentos e bebidas desportivas leva a um aumento do tempo de contato do açúcar no ambiente oral, aumentando assim o potencial cariogénico e a acumulação de placa bacteriana.^{6,10} Embora vários estudos não tenham encontrado uma relação direta entre o consumo regular de bebidas desportivas e a cárie dentária, o potencial cariogénico destas não deve ser ignorado. De fato, as bebidas desportivas têm a mesma cariogenicidade que os sumos de frutas, bebidas de frutas e bebidas gaseificadas.⁶

Além de aumentar o potencial de cárie, o consumo regular de bebidas desportivas aumenta significativamente o risco de erosão dentária.^{6,10,13} A erosão dentária é caracterizada por uma perda patológica, crónica e localizada de tecido duro dentário¹³ que ocorre quando o pH da cavidade oral passa a ser inferior a 5,5.¹⁴

Vários artigos relataram que a propriedade erosiva das bebidas desportivas no esmalte se deve ao seu baixo pH e teor de ácido cítrico. Devido ao seu pH muito baixo de 1,8, o ácido cítrico tem a capacidade de dissolver os cristais de hidroxiapatite do esmalte, promovendo assim a sua descalcificação e, conseqüentemente, o risco de erosão.^{6,13,14}

Outro efeito negativo das bebidas desportivas é a possibilidade de danificar as propriedades dos compósitos.¹⁴

A desidratação causada pela prática desportiva promove uma diminuição do fluxo salivare consequentemente das suas propriedades protetoras. Pelo fato de conter propriedades remineralizantes e antimicrobianas (importantes para a proteção contra doenças periodontais),¹³ a diminuição da sua quantidade aumentará o impacto dos carboidratos e ácidos contidos nas bebidas sobre os tecidos dentários.^{6,10,13}

Finalmente, a prática desportiva intensiva pode causar imunossupressão, levando à diminuição da proteção imuno-inflamatória do organismo contra os microorganismos responsáveis pela cárie dentária e doença periodontal.¹⁰

4.1.2.2 Traumatismos

A atividade desportiva está frequentemente associada a um aumento do risco de lesão orofacial.^{14,15,16} De acordo com as estatísticas, 13-39% de todas as lesões dentárias e 11 a 18% das lesões maxilofaciais estão relacionadas ao desporto.¹⁶

Segundo o modelo de lesão de Bahr e Krosshaug, os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e a interação entre eles, tornam os atletas mais vulneráveis a lesões relacionadas a um evento desportivo.¹⁷

Os fatores de risco extrínsecos estão essencialmente relacionados com o tipo de atividade.¹⁶ Na prática de um desporto de contato, os atletas têm até 10% mais hipótese de sofrer uma lesão oral e facial do que os não praticantes e 33 a 56% mais hipótese de sofrer uma lesão facial durante sua carreira.¹⁴

Os fatores intrínsecos são as características biológicas incluindo idade, lesões anteriores, condição física e fatores psicológicos que podem predispor alguns indivíduos a um tipo de lesão desportiva.¹⁷ Relativamente à idade, adolescentes e jovens adultos estão entre a população mais afetada por lesões desportivas. De acordo com Stephens *et al.*, homens e meninos são mais propensos aos traumatismos devido à sua tendência para escolher desportos mais propensos ao contacto.¹⁶

As lesões mais frequentemente relatadas na literatura incluem tecidos moles, ossos da "zona T" (ossos nasais, zigomáticos e mandibulares), articulação temporomandibular e dentes devido à sua localização numa área vulnerável do rosto.^{14,15,16,18}

Muhammad Ruslin *et al.*(2015), numa amostra de 108 pacientes provenientes de 18 desportos diferentes analisaram 128 fraturas maxilo-faciais. As fraturas maxilo-faciais mais frequentemente relacionadas com desporto foram as fraturas do complexo zigomático (45%) e as fraturas da mandíbula (32%). Nas fraturas da mandíbula, o corpo mandibular foi o mais atingido (45%), seguido pelo côndilo mandibular (36%).¹⁸

Sobre os traumatismos dentários, os incisivos centrais superiores são os mais propensos a traumatismo dentário (52-90%), resultando maioritariamente em fratura coronal não complicada (44 a 62,5%).¹⁴

Correa *et al.*(2010), relataram uma taxa elevada de traumatismo dentário no futebol profissional brasileiro, 71,1% dos médicos das 38 equipas estudadas foram confrontados com pelo menos um traumatismo dentário na sua experiência profissional. Os tipos mais comuns de lesões dentárias observadas foram as fraturas dentárias (74,1%) seguidas das avulsões (59,3%).¹⁹

4.1.3. Impacto sobre a saúde geral

Vários estudos têm observado que a má saúde bucal dos atletas tem um impacto na qualidade de vida e nas performances dos atletas.^{8,10,11,12}

Segundo o estudo de Needleman *et al.*(2015) sobre a saúde bucal de 187 futebolistas, concluiu que mais de 45% dos atletas foram afetados pela sua saúde oral, 19,6% referiram um impacto na sua qualidade de vida e 6,9% nas suas performances. A dor na cavidade oral (15,6%), dor dentária (10,2%), sensibilidade ao calor ou frio nos dentes (27,4%), história de inchaço ou infecção ao redor dos dentes do siso (14,1%) foram os problemas orais mais relatados.⁹

Em geral, uma má saúde bucal pode ter consequências funcionais e psicológicas, tanto a curto como a longo prazo. A curto prazo, uma má saúde oral pode reduzir a qualidade de vida uma vez que poderá provocar dificuldade para comer, dormir e então afetar as performances desportivas. A longo prazo, as doenças orais são fatores predisponentes à

perda dentária e a uma maior necessidade de tratamento, agravando o fator psicológico e funcional.¹⁰

Em relação aos problemas orais e suas consequências, a cárie dentária é frequentemente associada à experiência de dor e interferência com alimentos, bebidas e sono.⁸ Os 3^{os} molares são muitas vezes responsáveis pelo sub-desempenho dos atletas. De fato, os problemas relacionados com estes dentes são numerosos e podem incluir: hiperémia, dor, trismo e inchaço, mau hálito, gengivite, amidalite e inchaço repetitivo que podem tornar o atleta subitamente indisponível à prática desportiva.²⁰

Segundo a literatura atual, doenças orais podem ser associadas a um aumento do número de fator de necrose tumoral (TNF- α) e da interleucina-6 (IL-6) que têm um papel importante na origem da fadiga muscular e, conseqüentemente, no risco de lesão desportiva. Com base nisto, um estudo de Henny Solleveld (2015) encontrou associações entre problemas de saúde bucal e o risco de injúrias em jogadores de futebol de elite masculino como câibras musculares associadas a exercícios repetidos, novas lesões musculares ou dos tendões e múltiplos tipos de novas lesões.¹⁷

Após o trauma, a proporção de atletas que relataram um impacto negativo na sua saúde oral foi de 33-66%.¹⁰ Os traumatismos dentários estão frequentemente associados a graves consequências funcionais, estéticas, económicas e psicológicas. Em caso de elevada gravidade, pode até mesmo excluir o atleta de uma competição importante.¹⁴

Os 3^o molares podem também aumentar o risco de fraturas relacionadas com o trauma. Uma meta-análise de 2017 de Armond ACV *et al.* sugere que a presença do terceiro molar aumenta a hipótese de fratura em ângulo em 3,27 vezes e que, de acordo com a classificação de Pell e Gregory, as posições mais favoráveis do terceiro molar para fratura em ângulo são as classes B II enquanto as classes A I atuam como fatores protetores.²¹

4.2. Papel do médico dentista enquadrado na alta competição

4.2.1. Prevenção dos riscos em relação com o ambiente dos desportistas

4.2.1.1 Prevenção dos traumatismos

Atualmente, a *American Dental Association* recomenda o uso de protetores bucais (PB) apropriados em 40 desportos ou atividades físicas a fim de reduzir as lesões dento alveolares relacionadas com o desporto.¹⁹

A fim de desempenharem plenamente as suas funções, os PB devem cumprir as seguintes condições: ^{15,16,20}

- não afetar as funções sistémicas (fonação, deglutição, respiração);
- ter uma retenção e uma oclusão perfeita;
- dissipar as forças transmitidas na área de impacto para reduzir a incidência de lacerações dos tecidos moles, traumatismos dentários, fraturas da mandíbula e luxação ou trauma da articulação temporomandibular.

Os PB também contribuem para reduzir o risco de concussão, mantendo a cabeça do côndilo mandibular separada da base do crânio.¹⁵

Os PB são geralmente fabricados para o arco superior. No entanto, podem ser adaptados à arcada inferior para pacientes com má oclusão de classe III para proteger os dentes antero-inferiores.²⁰

Tabela 1 : Sistemas de classificação de PB²²

American Society for Testing and Materials ^a	American National Standards Institute/American Dental Association ^b	Standards Australia International/Australian Dental Association ^c
Type I: Thermoplastic Class 1: Vacuum formed Class 2: Mouth formed	Type III: Custom Class 1: Vacuum formed Class 2: Model formed	Custom made Single-layer vacuum formed Single-layer pressure formed
Type II: Thermosetting Class 1: Mouth formed	Type II: Mouth formed Class 1: Thermoplastic	Laminated, air pressure Bimaxillary
Type III: Stock	Class 2: Chemical setting Type I: Stock	Mouth formed Stock

Embora existam várias classificações, é comumente aceite três categorias: I – PB pré-fabricados, II – PB termoplásticos e III – PB personalizados.^{14,15,22}

I: PB pré-fabricados: têm menor custo, não requer qualquer ajuste para ser usado devido ao seu tamanho único. São menos retentivos e interferem com as habilidades fisiológicas dos atletas, este tipo de PB não é recomendável.¹⁶

II: PB termoplásticos: coloca-se o protetor bucal, amolecido em água a ferver, na boca do atleta. Uma vez colocado, a adaptação às estruturas dos tecidos duros e moles da boca é realizada através de movimentos musculares faciais e intra-orais.¹⁶

III: PB personalizados: são fabricados profissionalmente a partir da impressão da arcada do atleta com acetato etileno vinílico por formação de vácuo ou laminação por pressão térmica.²³ Apresentam melhor proteção, retenção e adaptação, permitindo menor impacto nas habilidades fisiológicas dos atletas.¹⁵

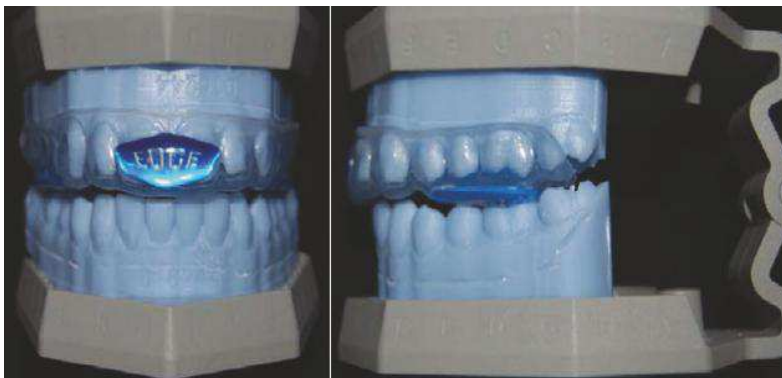


Figura 1: PB personalizados feito a partir das impressões orais de um atleta²³

Apesar de ser a melhor opção em termos de proteção, o uso dos PBs durante o treino e competições, é reduzido. Segundo o estudo de Needleman *et al.*(2012), apenas 82 (30,6%) dos 269 atletas analisados utilizaram os PB. Destes, mais de 42,2% usaram os PB termoplásticos e 57,8% usaram os PB personalizados.⁸

Alguns atletas tendem a recorrer aos PBs pré-fabricados ou termoplásticos por razões económicas. O abandono ou a não utilização destes PB está muitas vezes associado ao fato de interferirem com as funções respiratórias, fonação e não serem confortáveis.¹⁴ Assim sendo, é importante orientar os atletas para um PB corretamente adaptado, a fim de aumentar a sua tolerância.²²

4.2.1.2 Prevenção bucodentária

Segundo Hoy *et al.* (2018), é através dum exame dentário de pré-temporada que o médico dentista terá um papel fundamental com os atletas. Deverá, para além da história clínica, exames radiográficos e exames buco-dentário, incluir idealmente uma parte sobre o protetor bucal incluindo um exame dos protetores bucais existentes e a impressão de um novo protetor bucal se necessário.²³

Através deste exame global, o médico dentista será capaz de detectar e posteriormente tratar patologias dentárias, periodontais, dos tecidos moles, e da cabeça, pescoço e cavidade oral (respiração oral, má oclusão)¹⁴ de forma a colocar o atleta nas melhores condições possíveis.²³

Em 2009, o jogador do FC Porto, Aly Cissokho, foi recusado a sua transferência para o AC Milan na sequência da detecção de uma má oclusão dentária. Na verdade, uma má oclusão pode ser responsável por problemas posturais que podem levar à dor, fadiga e problemas musculares.²⁵

Os 3^{os} molares deverão ter atenção especial, uma vez que, a sua erupção ocorre num período (entre 16 e 22 anos) correspondente à idade do melhor desempenho desportivo.^{20,23} As patologias relacionadas com estes dentes poderão assim ser prevenidas e, em alguns casos, eliminadas através de uma germectomia ou extração no período menos desfavorável ao calendário desportivo.²⁰

Como o stress está etiologicamente ligado a problemas oclusais e nas articulações temporomandibulares, o médico dentista também terá um papel a desempenhar na detecção de possíveis problemas extra-desportivos que possam afetar as performances.¹⁷

A má saúde oral dos atletas está relacionada com a nutrição, desidratação oral e imunossupressão induzida por exercícios intensivos, mas também poderá ser resultante da falta de acesso a programas de prevenção, falta de conhecimento sobre saúde oral e de não ser uma prioridade na preparação desportiva.^{8,9,10,11}

O baixo nível de saúde oral dos atletas encontrado por Needleman nos Jogos Olímpicos de 2012 pode ser explicado pelo fato de que quase metade (46,5%) dos atletas relatou não ter ido a uma visita de controle nos 12 meses seguintes aos Jogos e 8,7% relataram nunca ter

recebido tal cuidado.⁸ Contudo, Kraft *et al.* (2018) relataram que, apesar de 81,0% dos 116 atletas terem visitado um dentista no último ano, 43% deles necessitaram de cuidados dentários.¹¹

A prevenção de doenças orais e a promoção da saúde oral devem, tornar-se um elemento essencial no cuidado dos atletas de elite.^{8,9,10,11,12,}

4.2.2. Tratamento dos atletas

De acordo com a AOD, um médico dentista deve ter as qualificações necessárias nos seguintes tratamentos:^{14,20,23}

- Identificar e tratar todos os tipos de traumatismos dentoalveolares;
- Realização de primeiros socorros orais e faciais (hematomas, lacerações, etc.);
- Identificar e tratar lesões e luxações da articulação temporomandibular;
- Identificar complicações médicas relacionadas a traumatismos cranianos (concussão);
- Ter o conhecimento necessário sobre as drogas proibidas pela World Anti-Doping Agency (WADA)

Apesar de não fazer parte das drogas dopantes, foi indicado na revisão de Lundberg (2018) que uma atenção especial deve ser dada aos atletas devido ao seu consumo frequente de anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs). O uso crônico de AINEs pelos atletas para reduzir a dor e inflamação associado ao seu estilo de vida (aumento do número de treinos e competição) pode ser perigoso devido aos seus efeitos adversos, que podem causar complicações gastrointestinais e afetar a coagulação, aumentando o risco de sangramento após o trauma.²⁴

4.2.3. Educação dos supervisores e atletas

Em 2010, o estudo de Correa revelou uma grande falta de conhecimento básico sobre a prevenção oral e o tratamento dos traumatismos dento-alveolares no futebol profissional brasileiro. Dos 38 médicos pesquisados, 76,6% disseram que um dente inchado poderia ser re-implantado até 6 horas após o acidente ou não sabiam a resposta. Além disso, 50% dos médicos não recomendaram o uso de protetores bucais, considerando-os desnecessários. A

falta de conhecimento sobre este assunto pode ser justificada pelo fato de que 52,6% das equipas terem apenas um médico dentista no seu departamento médico.¹⁹

É dever do médico dentista, dar a conhecer e informar os atletas e os membros do corpo técnico, sobre as condutas a tomar em caso de traumatismos dento-alveolares.^{9,10,12,14,20,23} A presença de um kit de emergência oral também é altamente recomendada para garantir uma intervenção rápida, melhorando muito as perspectivas de sucesso do tratamento.²³



Figura 2: kit de emergência oral.²³

O médico dentista deve também orientar os atletas sobre os hábitos a seguir, de forma a melhorar a sua saúde oral:^{9,10}

-Os atletas são aconselhados a limpar os PB, antes e depois do uso, com um agente antimicrobiano e a guardá-los num recipiente plástico limpo, rígido e ventilado. Qualquer exposição prolongada ao sol ou a fontes de calor também devem ser desaconselhadas.²²

-Uso de pastas dentífricas com elevado teor de flúor (com pelo menos 1400 ppm de flúor) e de colutórios.

-Alterar o comportamento dos atletas no que diz respeito à higiene oral, através do uso de escovas interdentais para remover eficientemente a placa bacteriana.

-Reduzir se possível, o consumo de alimentos ou bebidas ricas em hidratos de carbono e/ou ácido cítrico, reduzir o tempo de permanência na cavidade oral, utilizar recipientes que reduzam o contacto das bebidas desportivas com os dentes (cantil).^{9,10}

De acordo com o estudo de Ostrowka *et al.*(2016), *Isostar®* foi a bebida desportiva mais segura para o esmalte devido à sua maior concentração de cálcio (320mg/L) do que as

outras bebidas estudadas: *Powerade®* (40mg/L), *Gatorade®* (21mg/L) e sumo de laranja (109mg/L). A utilização de compostos de cálcio para reduzir o potencial erosivo das bebidas desportivas é, por conseguinte, recomendada.¹³

4.3. Contributos de melhoria

Ao longo dos anos, foi observada uma crescente utilização de serviços odontológicos durante os Jogos Olímpicos, representando 30% de todas as visitas médicas nos Jogos Olímpicos de 2012 (2º atendimento atrás das visitas por motivos músculo-esqueléticos).⁸ Apesar das medidas tomadas, a má saúde oral continua a ser relatada, o que dá indícios de que a saúde oral continua a ser de menor importância para os atletas.¹¹

As organizações desportivas nacionais e internacionais devem reforçar os seus papéis na promoção e integração da saúde oral na medicina desportiva em geral.^{8,10,19}

Se a MDD já foi documentada em vários países, tais como na França, Inglaterra, Espanha, Alemanha, Itália, Finlândia, Eslováquia, Austrália e Canadá, é como especialidade que ela existe nos Estados Unidos e no Brasil.²⁰

Em Portugal, em 2003, a Ordem dos Dentistas (OMD) organizou um Fórum sobre a MDD. Foi celebrado um acordo entre o Presidente da Federação Portuguesa de Futebol (FPF) e o Conselho de Administração do Euro 2004 para a criação de uma rede de serviços dentários para os participantes do Campeonato da Europa de Futebol e dos Jogos Olímpicos de Atenas, em 2004.²⁶

Nos Estados Unidos, a MDD está bem estabelecida graças a várias reformas que promovem a prevenção oral. Em 1962, a Federação Nacional de Futebol dos Estados Unidos exigiu o uso de PB personalizados. Em 1979, em Espanha, a exigência do uso de protetores bucais personalizados, feitos por médicos dentistas, causou polémica devido a um possível interesse financeiro.²⁰

Criada em 1983, a AOD qualifica os médicos dentistas para se tornarem certificados. Estas qualificações foram adoptadas, entre outras, pela Major League Soccer (MLS).²³

No Brasil, a Confederação Brasileira de Futebol tem um médico dentista na equipa técnica desde 1958. Além disso, a Associação Brasileira de Medicina Dentária é a autora do projeto

de lei PL 5391/2005 que visa integrar, em competições, médicos dentistas especializados em odontologia desportiva.²⁰

Muitos artigos, através dos seus resultados e conclusões, propõem dados futuros a serem coletados a fim de melhorar o desenvolvimento de estratégias de saúde oral em atletas:

- Estudos epidemiológicos mais detalhados, em quantidade e qualidade, sobre o impacto da saúde oral nas performances;¹⁰

- Melhor orientação para aumentar o desenvolvimento e a utilização dos PB;¹⁴

- A triagem e a promoção da saúde oral devem tornar-se elementos sistemáticos nos cuidados médicos no desporto profissional.⁹ Nos Estados Unidos, a NHL é a única liga profissional que exige triagem dentária sistemática em exames na pré-época. No entanto, na NBA, NFL, MLB e MLS apesar de não serem exigidos exames odontológicos na pré-temporada, eles são realizados em algumas equipas destas mesmas ligas;²³

- Mais pesquisas deverão ser realizadas na saúde oral entre jovens atletas para identificar oportunidades de integrar a promoção da saúde oral o mais cedo possível.⁹

5. Considerações finais

A MDD é uma área que vai além da confecção de proteções bucais e do tratamento de traumas orais e faciais. Inclui, também, o diagnóstico de distúrbios e patologias orais que podem afetar o atleta.

Os atletas de alto rendimento, devido às exigências e particularidades a que estão sujeitos, estão entre os indivíduos que apresentam um maior risco de doenças e lesões orais, as quais poderão causar algum impacto no seu desempenho, tanto a nível físico como psicológico. Por isso, é importante zelar ao máximo pela saúde dos atletas de topo, promovendo a gestão multidisciplinar destes através da integração de um médico dentista na equipa médica, a fim de permitir que os atletas atinjam e mantenham o seu nível mais elevado.

A MDD deverá fazer mais progressos, não só através da investigação, mas também promoção entre as partes interessadas através de organizações desportivas nacionais e internacionais.

6. Bibliografía:

1. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement T. Actualisation des repères du PNNS : établissement de recommandations d'apport en sucres. 2016;96. <https://www.anses.fr/en/system/files/NUT2012SA0186Ra.pdf>.
2. Capling L, Beck KL, Gifford JA, Slater G, Flood VM, O'Connor H. Validity of dietary assessment in athletes: A systematic review. *Nutrients*. 2017;9(12). doi:10.3390/nu9121313
3. Mielgo-Ayuso J, Maroto-Sanchez B, Luzardo-Socorro R, Palacios G, Palacios Gil-Antuñano N, González-Gross M. Evaluation of nutritional status and energy expenditure in athletes. *Nutr Hosp*. 2015;31:227-236. doi:10.3305/nh.2015.31.sup3.8770
4. Thomas D., Erdman K., Burke L. (2016). American college of sports medicine joint position statement. nutrition and athletic performance. *Med. Sci. Sports Exerc*. 48 543–568. doi:10.1249/MSS.0000000000000852
5. Jeukendrup AE. Nutrition for endurance sports: Marathon, triathlon, and road cycling. *J Sports Sci*. 2011;29(SUPPL. 1). doi:10.1080/02640414.2011.610348
6. Coombes JS. Sports drinks and dental. *Am J Dent*. 2005;18(2):101-104.
7. V. L, K.A. E, T.S. F, R.A. R. Dietary supplementation practices in canadian high-performance athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*. 2012;22(1):31-37. doi:10.1123/ijsnem.22.1.31
8. Needleman I, Ashley P, Petrie A, et al. Oral health and impact on performance of athletes participating in the London 2012 olympic games: A cross-sectional study. *Br J Sports Med*. 2013;47(16):1054-1058. doi:10.1136/bjsports-2013-092891
9. Needleman I, Ashley P, Meehan L, et al. Poor oral health including active caries in 187 UK professional male football players: Clinical dental examination performed by dentists. *Br J Sports Med*. 2016;50(1):41-44. doi:10.1136/bjsports-2015-094953
10. Needleman I, Ashley P, Fine P, et al. Oral health and elite sport performance. *Br J Sports Med*. 2015;49(1):3-6. doi:10.1136/bjsports-2014-093804

11. Kragt L, Moen MH, Van Den Hoogenband C-R, Wolvius EB. Oral health among Dutch elite athletes prior to Rio 2016. *Phys Sportsmed*. 2018;00(00):1-7. doi:10.1080/00913847.2018.1546105
12. Gallagher J, Ashley P, Petrie A, Needleman I. Oral health and performance impacts in elite and professional athletes. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(6):563-568. doi:10.1111/cdoe.12392
13. Ostrowska A, Szymański W, Kołodziejczyk Ł, Bołtacz-Rzepkowska E. Evaluation of the Erosive Potential of Selected Isotonic Drinks: In Vitro Studies. *Adv Clin Exp Med*. 2016;25(6):1313-1319. doi:10.17219/acem/62323
14. Soares PV, Tolentino AB, Machado AC, Dias RB, Coto NP. Sports dentistry: a perspective for the future. *Rev bras educ fis esp*. 2014;28(2):351-358. doi:10.1590/1807-55092014000200351
15. Saini R. Sports dentistry. *Natl J Maxillofac Surg*. 2011;2(2):129. doi:10.4103/0975-5950.94465
16. Ramagoni N, Rao S, Singamaneni V, Karthikeyan J. Sports dentistry: A review. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2014;4(6):139. doi:10.4103/2231-0762.149019
17. Solleveld H, Goedhart A, Bossche L Vanden. Associations between poor oral health and reinjuries in male elite soccer players: A cross-sectional self-report study. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2015;7(1):1-8. doi:10.1186/s13102-015-0004-y
18. Ruslin M, Boffano P, Brincke T, et al. Sport-Related Maxillofacial. 2016;27(1):91-94. doi:10.1097/SCS.0000000000002242
19. Correa MB, Schuch HS, Collares K, Torriani D dias, Hallal PC, Demarco FF. Survey on the occurrence of dental trauma and preventive strategies among Brazilian professional soccer players. *J Appl Oral Sci*. 2010;18(6):572-576. doi:10.1590/S1678-77572010000600007
20. COSTA SDS. Odontologia Desportiva Na Luta Pelo Reconhecimento. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo*. 2009;21(2):152-168.

21. Armond ACV, Martin CC, Glória JCR. Influence of third molars in mandibular fractures . Part 1 : mandibular angle — a meta- analysis. 2017. doi:10.1016/j.ijom.2017.02.1264
22. Gould TE, Piland SG, Caswell S V, Ferrara MS. position statement. 2016;51(10):821-839. doi:10.4085/1062-6050-51.8.01
23. Hoy J, Roettger M, Nativi P. Modern Sports Dentistry. 2018:213-227. doi:10.1007/978-3-319-44416-1
24. Lundberg TR. Analgesic and anti- - inflammatory drugs in sports : Implications for exercise performance and training adaptations. 2018;(April):1-11. doi:10.1111/sms.13275
25. Frias, R. (2009, 19 junho). dentes travam mesmo Cissokho... para já. Diário de notícias, p. 40. Available on:<https://www.ond.pt/2009/06/medicina-dentaria-desportiva/?fbclid=IwAR20k-YnAxligwaiGEGSiIUDN1DieHii7NfwwZsTjevY4fJcD2AG9BKd6-8>
26. Apresentação - Ordem dos Médicos Dentistas. (s.d.). [Cited 2019 maio 13]. Available on: <https://www.ond.pt/congresso/arquivo-2003/apresentacao/>

CAPÍTULO II – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O estágio em Clínica Geral Dentária foi realizado na Unidade Clínica de Gandra, no Instituto Universitária de Ciências de Saúde, em Gandra-Paredes. Decorreu no período entre 10 de setembro de 2018 e 14 de junho de 2019, às quartas-feiras, da 19h às 00h, perfazendo um total de 280h. Este estágio teve como monitores os Mestres João Batista, Luís Santos e Sónia Machado.

Por ser multidisciplinar, este estágio retratou as experiências do dia-a-dia na prática da Medicina Dentária, proporcionando também a oportunidade de os alunos desenvolverem e aplicarem os conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

Os atos clínicos realizados neste estágio estão indicados na tabela 2.

Atos clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	0	0	0
Dentísteria	10	13	23
Endodontia	3	1	4
Destartarização	3	1	4
exodontia	1	3	4
outros	0	1	1
total	17	19	36

***Tabela 2:** Atos clínicos realizados durante o Estágio em Clínica Geral Dentária na Unidade Clínica de Gandra*

2. Estágio em Clínica Hospitalar

O estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (hospital de Amarante), em Amarante. Decorreu no período entre 10 de setembro e 14 de junho, às quartas-feiras, das 09h às 12h30, perfazendo um total de 196 horas. Este estágio teve como monitor o Prof. Doutor Thiago Resende.

Este estágio em ambiente hospitalar permitiu que os alunos desenvolvessem as competências que abrangem as diversas áreas da Medicina Dentária pela oportunidade que tiveram de trabalhar com pacientes portadores das mais diversas patologias, limitações e particularidades, exigindo-lhes autonomia, responsabilidade e dinamismo.

Os atos clínicos realizados neste estágio estão indicados na tabela 3.

Atos clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	3	2	5
Dentísteria	44	39	83
Endodontia	8	6	14
Destartarização	27	17	44
exodontia	11	16	27
outros	1	2	3
total	94	82	176

Tabela 3: Atos clínicos realizados durante o estágio em Clínica Hospitalar no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (hospital de Amarante)

3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O estágio em Saúde Oral Comunitária foi composto por 2 fases, contabilizando um total de 196 horas. A primeira fase consistiu na realização de 6 desafios, expostos abaixo. Cada binômio teve de realizar 3 projetos de intervenção comunitária na área da Saúde Oral, apresentando e justificando os seus objetivos, estratégias de intervenção e recursos materiais e humanos necessários à sua execução. Os projetos de intervenção selecionados foram um estabelecimento prisional, um hospital da misericórdia e um projeto de rua. Os últimos 3

projetos basearam-se nos temas tratados durante a IX Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria (SPOP) que ocorreu o 23 de Fevereiro 2019 na Plataforma das Artes em Guimarães.

1. Projeto de Intervenção Comunitário no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira

Os alunos foram convidados pela direção de um Estabelecimento Prisional do norte de Portugal, com aproximadamente 700 reclusos, a fazer um projeto de intervenção comunitária na área da saúde oral. O projeto foi apresentado no formato *PowerPoint*.

2. Projeto de Intervenção Comunitário no Hospital da Misericórdia

Os alunos foram convidados pela Presidência de uma Câmara Municipal, em parceria com um Hospital da Misericórdia, a implementar um Projeto de Intervenção Comunitária na área da Saúde Oral, desenvolvido com a premissa de 2 equipamentos para funcionarem em atendimento comunitário durante os períodos da manhã em todos os dias úteis da semana. O projeto foi apresentado no formato *PowerPoint*.

3. Projeto de intervenção comunitária de rua na área da Saúde Oral

Os alunos foram convidados a elaborar um projeto de intervenção comunitária de rua na área da Saúde Oral, num local de grande afluência. O projeto teve de contemplar toda a documentação necessária para comunicar e solicitar autorização às autoridades competentes. O projeto foi apresentado no formato *PowerPoint*.

4. Projeto sobre a temática "Patologias sistémicas com repercussões na cavidade oral. Conhecer e saber como proceder"

5. Projeto sobre a temática "Patologia benigna dos tecidos moles em Odontopediatria. Diagnóstico e terapêutica em ambulatório"

6. Projeto sobre a temática "Patologia oral maligna em Odontopediatria. Diagnóstico e o que saber para fazer terapêutica em ambulatório"

Na segunda fase foram implementados os projetos sobre o estabelecimento prisional, o hospital da misericórdia e a rua. Consoante o mapa de trabalho atribuído, os alunos foram distribuídos por 2 unidades de saúde distintas, expostas abaixo. Neste estágio, os alunos puderam aplicar e aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

1. Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira decorreu no período entre 08 de outubro de 2018 e 14 de junho de 2019, às sextas-feiras, das 09h às 12h30.

Atos clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	2	1	3
Dentísteria	3	5	8
Endodontia	2	2	4
Destartarização	1	2	3
exodontia	5	7	12
outros	1	1	2
total	14	18	32

Tabela 4: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Saúde Oral Comunitária no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira

2. Hospital de Santo Tirso decorreu no período entre 26 de novembro de 2018 e 14 de junho de 2019, às sextas-feiras, das 09h às 12h30. Este estágio teve como monitores o Doutor Raul Pereira.

Os atos clínicos realizados neste estágio estão indicados na tabela 5.

Atos clínicos	Operador	Assistente	Total
Triagem	3	3	6
Dentísteria	1	2	3
Endodontia	0	0	0
Destartarização	1	0	1
exodontia	0	1	1
outros	0	1	1
total	5	7	12

Tabela 5: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Saúde Oral Comunitária no hospital Santo Tirso