

Relatório de Estágio

Manutenção de Próteses Removíveis. Estudo do conhecimento dos pacientes portadores de prótese

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Autor: Joana Matilde Ferreira dos Santos

Orientadora: Mestre Mónica Cardoso

Aceitação do Orientador

DECLARAÇÃO

Eu, Mónica Alexandra Guedes Cardoso, com a categoria profissional de Assistente Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado *Manutenção de Próteses Removíveis. Estudo do conhecimento dos pacientes portadores de prótese*, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Joana Matilde Ferreira dos Santos, 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, 15 de Julho de 2016

O Orientador



Agradecimentos

Neste espaço limitado de agradecimentos, certamente, não me permite agradecer, como devia e da forma que devia, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado Integrado em Medicina Dentária me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais uma etapa da minha formação académica.

À Professora Mónica Cardoso, agradeço profundamente toda a orientação, apoio incondicional e todo o empenho e disponibilidade. Agradeço também a oportunidade e a confiança que depositou em mim, desde o início, mas também, o sentido de responsabilidade que me incutiu em todas as fases desta longa etapa.

Aos meus amigos e ao meu trinómio/binómio um muito obrigada, pela amizade, companheirismo e toda a ajuda disponibilizada, sem vocês muita coisa não teria sido possível. Obrigada por toda a força e carinho, sabem o quão importantes são para mim!

Ao meu namorado, um especial agradecimento por toda a paciência, ajuda, compreensão, amizade e todo o incentivo diário. Pela transmissão de confiança e pelo afeto, por tudo, um enorme obrigada!

À Minha Família, em especial aos Meus Pais e à Minha Irmã, um muito obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço. Espero que com esta etapa, que agora termina, possa, de certa forma, retribuir todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem. A eles, dedico todo este trabalho.

Muito Obrigada!

“Nem tudo o que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado.”

Albert Einsten

Resumo

Introdução: A prótese dentária tem como objetivo restabelecer a função mastigatória e estética ao paciente. Após a colocação da prótese, é necessário por parte do profissional de saúde um acompanhamento periódico, bem como motivar e instruir o paciente para a higienização da prótese e dos tecidos orais para que assim haja um controlo eficaz do biofilme através dos métodos de higienização adequados.

Objetivos: Avaliar os conhecimentos dos pacientes em relação aos hábitos de higiene e sobre a informação recebida durante a elaboração da prótese dentária.

Material e Métodos: Participaram no estudo 101 indivíduos portadores de prótese removível, pacientes da Unidade Clínica de Gandra. O universo de estudo abrangia 67 mulheres (66,3%) e 34 homens (33,7%) com idades compreendidas entre os 20 e 91 anos (média de 57 anos). Foi efetuado um inquérito em papel sobre a manutenção de próteses removíveis e o registo da condição dentária dos dentes presentes. Os dados foram inseridos e analisados no SPSS versão 23®, sendo que alguns gráficos foram realizados no Microsoft Excel 2010.

Resultados: Observou-se que 80,2% das pessoas receberam informações no dia da colocação da prótese e destas, 74,3% receberam-na oralmente e 5,9% em formato papel. 25,8% dos inquiridos não foram informados para fazer a limpeza da prótese e da cavidade oral, contudo, 52,5% receberam aconselhamento para a utilização de soluções de limpeza e 44,6% cumpriram essa indicação. O método de higienização mais utilizado foi a escovagem juntamente com o método químico. Detetou-se que das 57 pessoas que usam o método químico, 66,7% tem ausência de placa e que das 20 pessoas que vão às consultas de revisão, 80% tem ausência de placa assim como, os pacientes que dormem com a prótese têm uma maior acumulação de placa.

Conclusão: O método de higienização mais utilizado na população em estudo foi a escovagem auxiliada pela imersão em soluções de higiene.

Das vinte pessoas que referem ir às consultas de revisão, 80% têm ausência de placa ou uma quantidade desprezível.

Quanto ao índice de placa, na totalidade dos pacientes em estudo, obteve-se um bom nível de limpeza em 23,8% das próteses.

Verificou-se uma relação direta entre o nível de satisfação e a hipótese de fazer uma nova prótese nos 6 meses seguintes, assim como entre a idade e o que se utiliza para lavar a prótese. Existe uma relação inversa entre o número de vezes que se mergulha a prótese numa solução

de limpeza e o índice de placa, assim como entre o sexo e o número de vezes que se escova os dentes.

Palavras-chave: Portadores de prótese, Prótese dentária, Prótese Parcial, desinfecção protética, higiene oral, motivação, biofilme.

ABSTRACT

Introduction: The dental prosthesis aims to restore the masticatory and aesthetics functions to the patient. After the placement of the denture it is necessary, by the health professional, a regular monitoring as well as motivate and instruct the patient to the cleaning of the denture and of the oral tissues so that there is an effective control of the biofilm through the proper hygiene methods.

Aims: Evaluate the knowledge of the patients in relation to the hygiene habits and also about the received information during the elaboration of the dental prosthesis.

Material and Methods: In the study participated 101 individuals with removable dentures, who were patients of the Clinical Unit of Gandra. The universe of the study covered 67 women (66,3%) and 34 men (33,7%) with ages between 20 and 91 years old (average of 57 years old). It was made an enquiry on paper about the maintenance of removable dentures and the registration of the dental condition of the existing teeth. The data were inserted and analysed on SPSS 23® version, and some graphics were performed on Microsoft Excel 2010.

Results: It was observed that 80,2% of the population in study received information on the day of the placement of the denture and from these, 74,3% received it verbally and 5,9% on paper. 25,8% of the respondents weren't informed to clean the denture and the oral cavity, however 52,5% received counseling to use cleaning solutions and 44,6% fulfilled that indication. The most used cleaning method was the brushing together with the chemical method. It was detected that 57 of the people who use the chemical method, 66,7% have absence of plaque and that from the 20 people that go to the review consultations, 80% have absence of plaque as well as the patients that sleep with the denture have a greater plaque accumulation.

Conclusion: The cleaning method most used for the population under study was the brushing aided by immersion in hygiene solutions.

From the 20 people who mention to go to the review consultations, 80% have absence of plaque or a negligible amount of it.

In relation of the plaque index, in all the patients of the study, it was achieved a good level of cleaning in 23,8% of the dentures.

It was verified a direct relationship between the level of satisfaction and the hypothesis of making a new prosthesis in the following six months as well as between the age and what it is used to wash the denture.

There is an inverse relationship between the number of times that someone plunges the

denture in a cleaning solution and the plaque index, as well as between the gender and the number of times that someone brushes the teeth.

Key Words: Denture wearers, Dental prosthesis, parcial denture, deodorization prosthetic, oral hygiene, motivation, biofilm.

Índice

Capítulo I- Manutenção de Próteses Removíveis. Estudo do conhecimento dos pacientes portadores de prótese	1
1. Introdução	1
2. Objetivos	4
3. Material e Métodos	4
4. Resultados	5
5. Discussão	13
6. Conclusão	20
7. Bibliografia	21
Anexos Capítulo I	27
Anexo A	28
A1- Critério da OMS para a avaliação da prevalência da cárie dentária	28
Anexo B	29
B1- Declaração da autorização da realização do Estudo	29
B2-Questionário	30
Capítulo II- Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionadas	37
1. Introdução	37
2. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionadas	37
2.1. Relatório de Atividade por Unidade Curricular	37
2.1.1. Voluntariado em Clínica Geral Dentária	37
2.1.2. Estágio em Clínica Geral Dentária	37
2.1.3. Estágio Hospitalar	37
2.1.4. Estágio de Saúde Oral Comunitária	38
2.2. Considerações Finais	38
Anexos do Capítulo II	39
Anexo A- Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionadas	40
A1- Estágio de Verão em Regime de voluntariado	40
A2- Estágio em Clínica Geral Dentária	40
A3- Estágio em Clínica Hospitalar	40
Anexo B	41
B1- Cronograma de Atividades do Estágio em Saúde Oral Comunitária	41

Capítulo I- Manutenção de Próteses Removíveis. Estudo do conhecimento dos pacientes portadores de prótese

1. Introdução

A perda dentária acarreta diversos problemas de âmbito funcional, psicológico e social, podendo-se refletir em termos de dieta e de bem-estar geral.¹ Como consequências destas perdas, surgem os prejuízos funcionais a elas associadas, tais como: a perda de suporte dentário, que é responsável por manter um mecanismo mastigatório eficiente para as funções fisiológicas; diminuição da dimensão vertical; dificuldades para mastigação e alimentação.² Esta condição oral é prevalente entre os idosos e os diferentes estudos em vários países indicam uma prevalência, oscilando entre 6% e 78%.⁷ Estudos epidemiológicos mostram que pessoas de classe social baixa e indivíduos com pouca ou nenhuma educação têm maior probabilidade de ser desdentados do que pessoas de classe social alta e com elevado nível de educação.³ Num estudo efetuado em Portugal, numa população de idosos institucionalizados do distrito do Porto, Sampaio Fernandes referiu uma percentagem de desdentados totais de 30,13%, com predominância no sexo feminino.⁴ A Organização Mundial de Saúde incentiva os profissionais de saúde oral nacionais a implementar programas de forma sistemática e orientada a fim de melhorar a saúde oral e a qualidade de vida dos idosos.^{3,5}

A doença periodontal e a cárie dentária constituem as principais causas de perda dentária, as lesões da mucosa oral e a presença de xerostomia são as patologias orais presentes nos idosos referidas com mais frequência na literatura.^{6,7,8,46}

A prótese removível é, com alguma frequência (por condicionantes económicas, estéticas ou funcionais) a única solução para a reabilitação de arcadas desdentadas.⁹ Nos indivíduos parcial ou totalmente edêntulos, a prótese dentária tem a função de substituir dentes e tecidos bucais ausentes, reproduzindo a anatomia original.

Contudo, a colocação de uma prótese provoca uma alteração qualitativa e quantitativa da placa microbiana aumentando a predisposição dos seus portadores ao desenvolvimento de determinadas patologias (cárie dentária, periodontopatias e processos inflamatórios da mucosa).⁹ Na cavidade oral, os microorganismos existem em comunidades polimicrobiais e espécies diferentes interagem de uma forma complexa para modular a natureza do biofilme.¹⁰ A placa bacteriana da prótese é um agregado complexo de bactérias orais, fungos e outros

organismos; está estimado que contém mais de 10^{11} organismos por miligrama (peso húmido) envolvendo mais de 30 espécies diferentes.¹¹ A Estomatite Protética é uma doença crónica e multifatorial da mucosa oral com uma prevalência que varia de 11 a 67%, em portadores de prótese removível total e tende a comprometer a qualidade de vida dos pacientes desdentados.¹² Várias bactérias orais também têm sido detetadas neste processo de doença.¹³ O biofilme formado com as espécies *Candida Albicans* tem mostrado ser um fator que provoca a Estomatite Protética.¹⁰ Na maioria dos casos existe colonização da mucosa de suporte protético por *Candida albicans*, mas também pode surgir devido a reações alérgicas ao material protético, como manifestação de doenças sistémicas ou como manifestação de trauma.

A higiene oral e protética, assim como o uso contínuo de prótese, o uso de próteses desadaptadas, o tempo de utilização e a idade das mesmas, a oclusão e a dimensão vertical e ainda o consumo de álcool e tabaco são apontados como fatores de risco associados a esta patologia. Outro tipo de lesões que podem surgir associadas ao uso de prótese, são hiperplasias fibroepiteliais, úlceras traumáticas e queilite angular. Geralmente são mais frequentes entre portadores de próteses totais sem retenção, desadaptadas e/ou com diminuição da dimensão vertical.⁴

Os adesivos para Próteses quando usados devidamente podem melhorar a retenção, a estabilidade das próteses e ajudam a selar a acumulação de partículas de comida sob estas, mesmo as que se adaptam corretamente. Os adesivos para próteses devem ser completamente removidos da prótese e da cavidade oral diariamente. As mudanças funcionais associadas à aplicação do adesivo da prótese estão dependentes do tempo.¹² Rendell *et al.*¹⁴ descobriu que a mastigação melhorava imediatamente após a aplicação do adesivo e continuava a melhorar após 2 a 4 horas.¹⁴ Enquanto muitos estudos indicam que os adesivos são eficazes para mais de oito horas, um ensaio de Kapur *et al.*¹⁵ indicou que a prótese mandibular em vez de mostrar melhorias iniciais na retenção, foram submetidos a perdas significativas de retenção. A duração de eficácia da retenção do adesivo é variável e muitas vezes dependente do produto. Em termos clínicos, o nível de rugosidade de uma resina pode afetar a aderência do biofilme e a coloração, contribuindo para a taxa de colonização microbiana na resina acrílica. Com o objetivo de facilitar a limpeza da prótese e melhorar o conforto do paciente, os procedimentos laboratoriais e de polimento devem ser direcionados no sentido de providenciar bases com uma superfície lisa e homogénea, independentemente do método usado para terminar e polir a resina acrílica, para assim evitar a acumulação de bactérias que podem causar mucosite por causa dos produtos libertados do biofilme bacteriano¹⁶. Além disso, os biofilmes são difíceis de eliminar por causa da

2

sua resistência inerente aos agentes antimicrobianos e antifúngicos.¹⁷ A rugosidade da superfície é de extrema importância clínica, uma vez que a prótese precisa de ter uma superfície lisa para impedir a adesão e colonização de microorganismos. As próteses podem ser limpas mecanicamente, quimicamente ou através de uma combinação de ambas. Os métodos mecânicos são constituídos por escovagem (associada a água, sabão, dentífrico ou abrasivos) e tratamento ultrasônico. Os métodos químicos estão classificados de acordo com a composição e mecanismo de ação, isto é, hipocloritos, peróxidos, enzimas, ácidos e colutórios para próteses.⁶ Apesar de dados anteriores terem mostrado que a escovagem com dentífrico é um dos métodos mais comuns de higiene da prótese,^{6,18} o método de combinação de higienização (método mecânico+método químico) no estudo de Paranhos *et al.*¹⁰ foi mais eficaz do que o método químico para *E. Faecalis*, *E. Coli*, *C. Albicans* (ATCC e estirpe de campo), *C. Glabrata* e *C. Tropicalis*.

A higiene adequada previne a formação do biofilme, diminui a acumulação do material orgânico, a proliferação das bactérias e dos fungos. No entanto, quando não se efetua uma higiene eficaz pode surgir halitose, pigmentação da resina acrílica, formação de cálculos, estomatite protética e potencialmente infecções pleuropneumônicas ou gastrointestinais.¹⁹ A *E. Faecalis* está apta para colonizar vários locais, incluindo a cavidade oral²⁰ e tem sido associada a lesões da mucosa oral em indivíduos imunodeprimidos.²¹ Cerca de 67% dos utilizadores da prótese pensa-se terem *Candida Albicans* associada à estomatite da prótese. O papel da *Candida Albicans* na patogénese da Estomatite Protética tem sido bastante investigada e as múltiplas variedades da *Candida Albicans* têm sido detetadas a colonizar a base da prótese, bem como os tecidos orais.²² Assim sendo, a higiene oral e a higiene protética são essenciais para a manutenção da saúde dos tecidos.^{9,23,24}

Cabe ao Médico Dentista conhecer os materiais e métodos utilizados na manutenção da higiene oral, seleccioná-los de acordo com as particularidades de cada caso, motivar e orientar a sua aplicação, para que os cuidados sejam eficazes na conservação do estado de saúde obtido com o tratamento, nunca esquecendo a importância no que se refere ao acompanhamento do paciente pós-colocação para que assim haja uma eficiência a longo prazo.²⁵ Mesmo que as próteses parciais sejam satisfatórias, o paciente tem que estar ciente que há um risco maior para as cáries. Portanto, a persistência e o recapitular da informação por parte do profissional e um bom auto cuidado oral são importantes para reduzir tal risco.²⁶

Como o comprometimento da saúde oral pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e, ainda, diminuir o prazer de uma vida social ativa, é da responsabilidade do paciente manter a higiene oral e do médico dentista motivar e instruir o paciente a promover um controlo efetivo do biofilme, através dos métodos de higienização adequados.²⁷

Assim, o objetivo deste trabalho de investigação, é conhecer os hábitos dos pacientes na manutenção das próteses removíveis e se os mesmos obtiveram adequada orientação profissional de utilização e higiene durante a elaboração da prótese dentária.

2. Objetivos

- Avaliar os conhecimentos dos pacientes em relação aos hábitos de higiene;
- Avaliar os conhecimentos dos pacientes em relação à informação recebida durante a elaboração da prótese dentária;
- Verificar qual o tipo de informação dada pelos profissionais de saúde;
- Avaliar os hábitos de higiene oral e protética da população de estudo;

3. Material e Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, entre outubro de 2015 e abril de 2016, nas seguintes bases de dados científicas: Pubmed, Scielo e ScienceDirect e no relatório ResearchGate, com as seguintes palavras-chave: "Denture wearers", "Dental prosthesis", "parcial denture", "oral hygiene", "biofilms", "prótese dentária", "desinfecção protética", "motivação". A pesquisa foi concretizada no período compreendido entre 1967 e 2014.

Foi efetuado um inquérito em papel (anexo B2) a 101 pessoas portadoras de prótese removível numa população de pacientes da CESPU, de 4 de janeiro de 2016 a 1 de abril de 2016. Tratou-se de um estudo transversal, de prevalência e de caráter individual. Foi solicitada uma autorização ao diretor da Unidade Clínica de Gandra, o Professor Doutor José Júlio Pacheco para a execução deste estudo (Anexo B1).

Os critérios de inclusão foram pacientes portadores de prótese removível (que a tivessem e usassem). Já os critérios de exclusão foram pacientes com dificuldades de comunicação e/ou que não fossem portadores de prótese removível. A examinadora fazia parte do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS.

A população de estudo era constituída por 101 indivíduos, 67 mulheres (66,3%) e 34 homens (33,7%) com idades entre os 20 e 91 anos (média de 57 anos) utentes da Unidade Clínica Nova

Saúde-Gandra. Dos indivíduos avaliados a maior percentagem (42,6%) correspondia à escolaridade $\leq 4^{\circ}$ ano. Foi efetuado um inquérito sobre a manutenção das próteses removíveis que era uma observação do estado dos dentes remanescentes. A observação da cavidade oral ocorreu durante o período de 4 de janeiro a 1 de abril de 2016, tendo o exame clínico sido realizado na Unidade Clínica Nova Saúde-Gandra. A observação da cavidade oral foi realizada com a utilização de luvas e o auxílio de um espelho clínico e luz artificial com o paciente deitado na cadeira de médico dentista e o observador, sentado, à direita deste.

Os dados foram inseridos e analisados no SPSS versão 23®, foram utilizadas medidas de cálculo de dispersão e localização, como percentagens de frequências relativas e absolutas e valor da média e o teste de qui-quadrado nas correlações sendo que os gráficos foram realizados no Microsoft Excel 2010.

4. Resultados

Este estudo não está isento de limitações, o número de pacientes da amostra era reduzido.

O grupo de estudo era formado por 67 pessoas do sexo feminino e 34 do sexo masculino (Tabela 1), com uma média de CPOd de 5,95, a de dentes cariados de 0,65, dentes perdidos 3,11 e dentes obturados 2,21 (Tabela 2).

População	Género	
	Frequência Absoluta	Percentagem (%)
Feminino	67	66,3%
Masculino	34	33,7%
Total	101	100%

Tabela 1 – Distribuição da população de estudo por género.

	N	Média (\bar{X})
CPOd	101	5.95
Dentes Cariados	101	0.65
Dentes Perdidos	101	3.11
Dentes Obturados	101	2.21

Tabela 2- Estatística descritiva das variáveis do CPO.

Nas respostas ao inquérito foram obtidos os seguintes dados, quando inquiridos sobre a informação recebida no dia de colocação da prótese sobre a higienização. 5,50% dos que receberam essa informação não costumam higienizar a prótese, 94,50% costumam higienizar a prótese e destes 43,27% receberam a informação em papel e 51,23% oralmente (Gráfico 1). Das 31,7% pessoas que receberam indicação de revisão anual da prótese, apenas 19,8% delas vão às consultas de revisão e têm 80% (25%+55%) de ausência de placa ou uma quantidade desprezível, ao passo que quem não vai às consultas de revisão tem 41,6% de acumulação muito significativa de placa (Tabela 3).

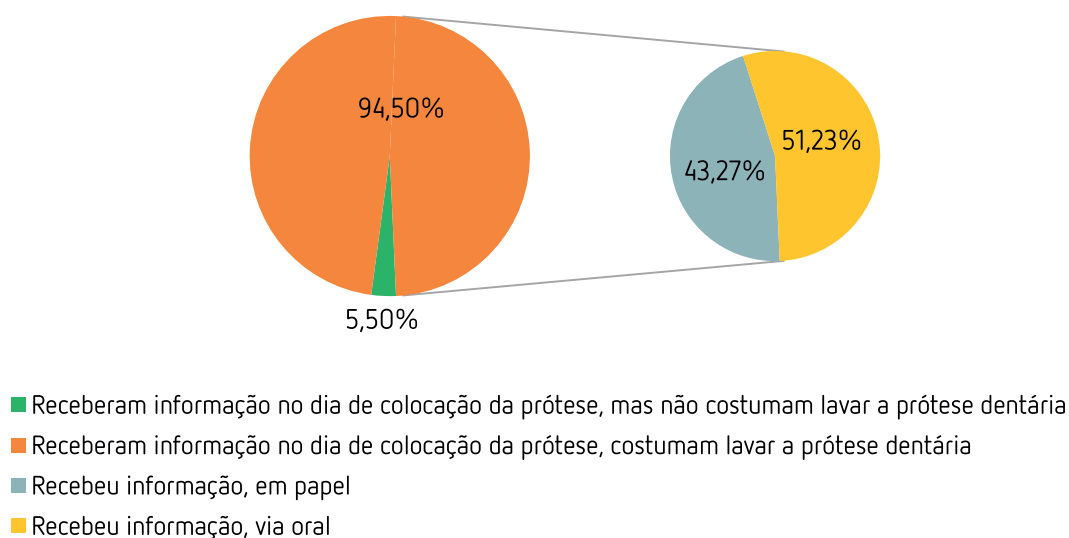


Gráfico 1- Verificar se quem recebeu informação costuma lavar ou não a prótese dentária.

	Costuma ir à consulta todos os anos	Não costuma ir à consulta todos os anos
Ausência de Placa	25%	16,7%
Placa aderida à prótese, detetável após raspagem com espátula	55%	41,7%
Acumulação moderada de placa, detetável a olho nú	15%	33,3%
Acumulação abundante de placa	5%	8,3%

Tabela 3- Comparação entre os que costumam ir à consulta todos os anos e os que não vão à consulta em relação ao nível da placa.

Quando inquiridos se costumam dormir com a prótese, 49,5% responderam que não dormem com a prótese e 50,5% dormem com a prótese (Tabela 4). Quando se compara se quem dorme com a Prótese tem maior ou menor índice de placa obteve-se que quem dorme com a Prótese tem 37,5% de ausência de placa e 57,1% possuem muita acumulação de placa, já quem não dorme com a prótese tem 62,5% de ausência de placa e 42,9% apresentam uma acumulação abundante de placa (Tabela 5).

Informação dormir com ou sem Prótese	
Dorme com prótese	50,5%
Dorme sem prótese	49,5%

Tabela 4- Análise de quem dorme ou não com a prótese dentária.

	Ausência de placa	Acumulação abundante de placa
Dormir com a Prótese	37,5%	57,1%
Dormir sem a Prótese	62,5%	42,9%

Tabela 5- Relação entre dormir com ou sem a prótese e o índice de placa.

Quando questionados sobre o método que utilizam para lavar a prótese, 4,2% responderam apenas químico, 37,5% responderam mecânico sem água no lavatório + químico e 25% responderam mecânico com água no lavatório+ químico (Tabela 6 e Gráfico 2).

	Utilização das Soluções de Limpeza		
	Químico	Mecânico sem lavatório com água+ Químico	Mecânico com lavatório com água+ Químico
Ausência de Placa	4,2 %	37,5%	25%

Tabela 6- Método de Higienização das próteses com a ausência de placa.

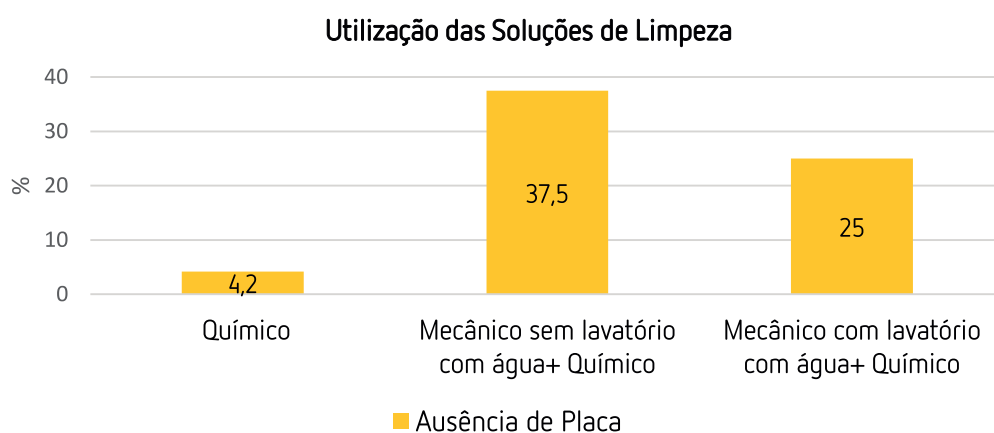


Gráfico 2- Análise do método de Higienização com a ausência de placa.

Quando inquiridos sobre quantas vezes escovam a prótese por dia, 6,90% responderam menos que 1 vez por dia, 29,70% uma vez por dia e 63,40% mais de que uma vez por dia (Gráfico 3). Quando se relacionou o número de vezes que se escova a prótese com a ausência/presença de placa obteve-se que o maior índice de placa é relativo a quem escova 2 vezes por dia sendo que quem escova 3 ou mais vezes ao dia obteve 0% de presença de placa.(Tabela 7).

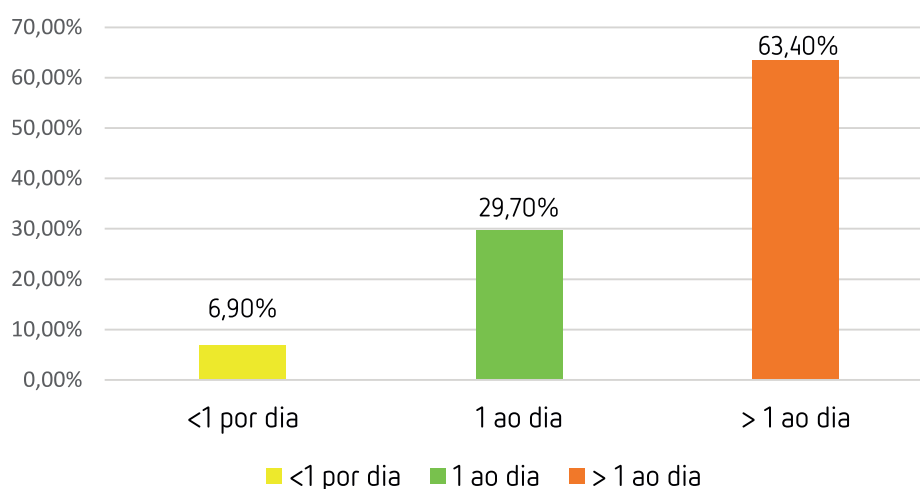


Gráfico 3- Análise do número de vezes por dia que a população de estudo faz a escovagem dentária.

	Número de vezes que escova a Prótese	
	Ausência de Placa	Acumulação abundante de Placa
2 por dia	45,8%	42,9%
3 ou mais vezes por dia	20,8%	0%
Nenhuma ou 1 por dia	33,4%	57,1%

Tabela 7- Análise do número de vezes que a população de estudo faz a escovagem com o índice de placa.

Dos que foram aconselhados a mergulhar a prótese em soluções de limpeza, 30,2% tinham ausência de placa e dos que não foram aconselhados 16,7% tinham ausência de placa (Tabela 8). Quando comparado se quem foi aconselhado tem por hábito colocar a prótese numa solução de limpeza apenas 2% têm acumulação abundante de placa e quem foi aconselhado a mergulhar a Prótese numa solução de limpeza e não cumpre tem 25% de presença abundante de placa (Tabela 9).

	Não foram aconselhados a mergulhar a prótese	Foram aconselhados a mergulhar a prótese
Ausência de Placa	16,7%	30,2%
Com Placa	83,3%	69,8%

Tabela 8- Comparação entre os que foram ou não aconselhados a mergulhar a prótese com a ausência ou não de placa.

	Foram aconselhados a mergulhar a prótese, mas não têm o hábito de colocar a prótese numa solução de limpeza	Foram aconselhados a mergulhar a prótese e têm o hábito de colocar a prótese numa solução de limpeza
Acumulação abundante de placa	25%	2,2%
Nenhuma/ Pouca placa	75%	97,8%

Tabela 9- Dos que foram aconselhados a mergulhar a prótese, comparação entre os que têm hábito de colocar a prótese numa solução e os que não têm esse hábito e se apresentam ou não placa.

No que diz respeito ao que se utiliza para higienizar a prótese, a maioria com 40,60% responderam água+pasta+soluções, sendo que a água obteve 100%, pasta dentífrica 77,2%, soluções 56,5% e sabão apenas 5% (Gráfico 4), sendo o método de escovagem mais utilizado com 51%, a escovagem+ soluções de higiene (Gráfico 5).

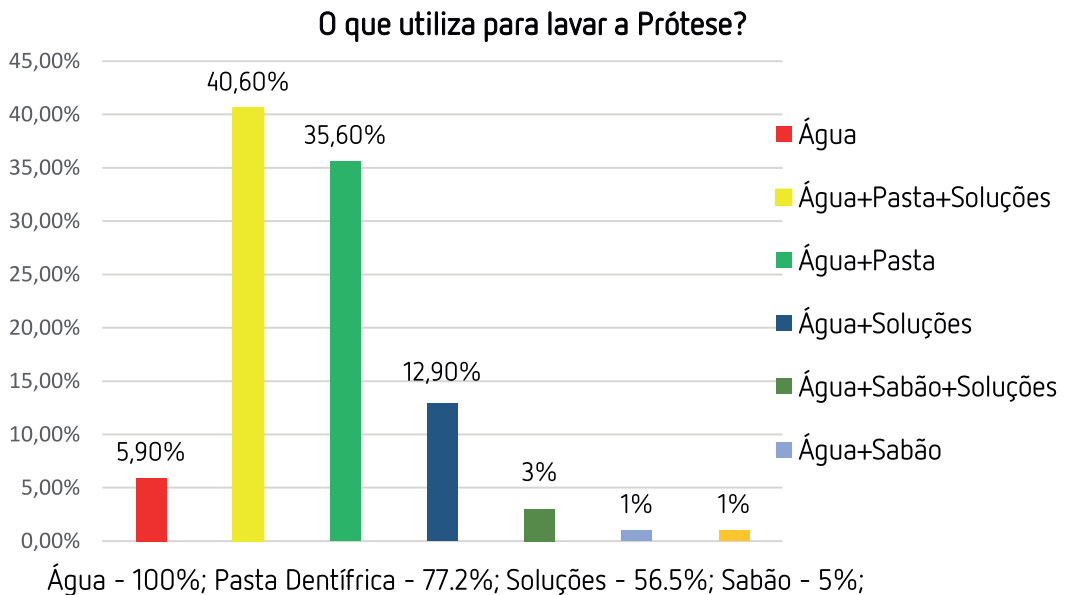


Gráfico 4- Meios utilizados para lavar as próteses.

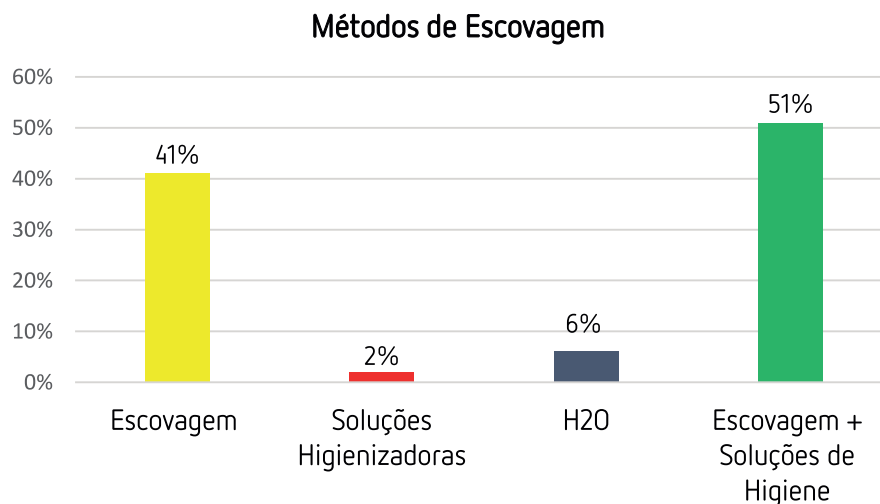


Gráfico 5- Métodos de Escovagem.

Na questão do índice de Placa obteve-se 76,2% com pobre a nível moderado de placa e 23,8% com bom nível de limpeza (Gráfico 6).

Índice de Placa (Ambjornsen, 1982)

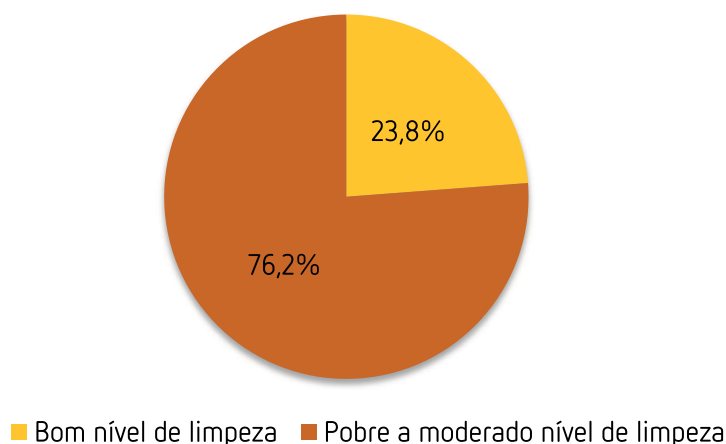


Gráfico 6- Verificar os níveis de limpeza da população de estudo.

Quando questionados se costumam lavar os dentes, o sexo feminino respondeu afirmativo em 100% das respostas, o sexo masculino com 88,2% disse que sim, mas 11,80% disse que não costuma lavar (Tabela 10) sendo que as mulheres com 74,60% escovam 2 ou mais vezes ao dia, já os homens apenas 58,80% relativamente à mesma frequência de escovagem (Tabela 11).

		Costuma escovar os dentes	
		Sim	Não
Sexo	Feminino	100%	0%
	Masculino	88,20%	11,80%

Tabela 10- Avaliar qual o sexo que escova mais os dentes.

		Número de vezes que escova os dentes					
		0, não tem necessidade	0, tem falta de destreza manual	0, por falta de meios mecânicos	0, preguiça / falta de tempo	1	2 ou mais
Sexo	Feminino	0%	0%	0%	0%	25,40%	74,60%
	Masculino	0%	0%	0%	11,80%	29,40%	58,80%

Tabela 11- Avaliar qual a maior frequência de escovagem.

Quando questionados há quanto tempo tem a prótese, 12,90% responderam há menos de 2 anos, 30,70% entre 2-5 anos e 56,40% há 6 anos ou mais (Gráfico 7), relativamente à utilização do adesivo dentário, 82,20% da população não utiliza adesivo e apenas 17,80% utiliza adesivo, sendo que 7,90% é porque já não faz ajustes há muito tempo e 9,90% porque necessita de retenção extra (Gráfico 8).

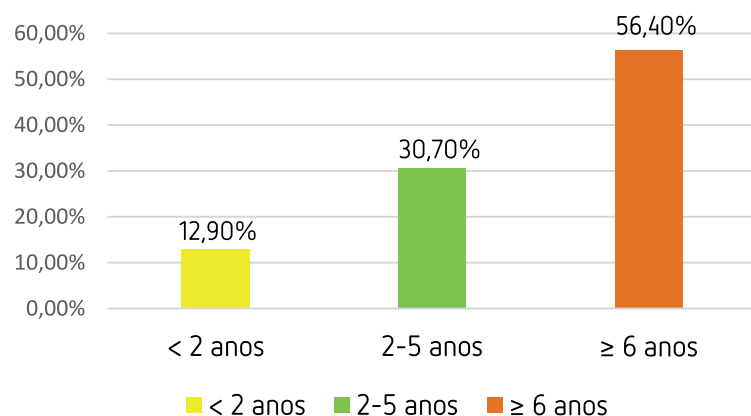


Gráfico 7- Análise do número de anos que tem a prótese.

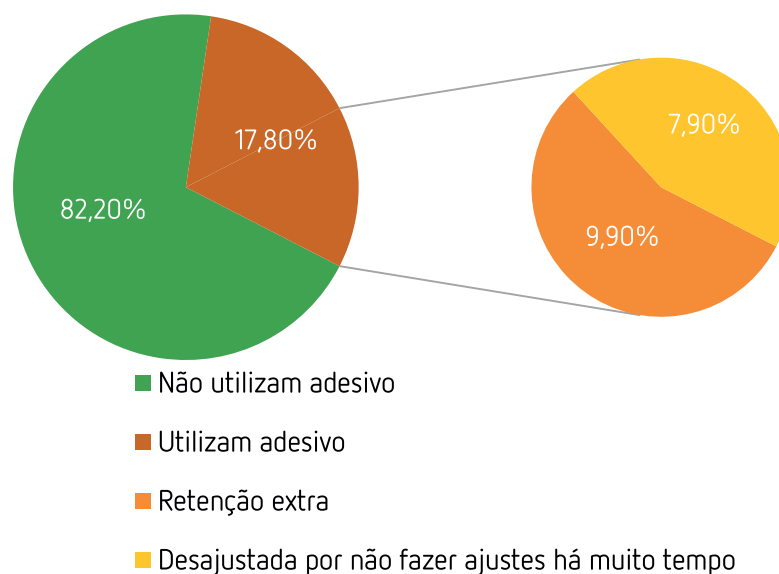


Gráfico 8- Análise do uso de adesivo dentário e o motivo na população de estudo.

Quando aplicado o Teste de Qui-quadrado entre o “grau de satisfação com a prótese” e “pretende nova prótese (6 meses)” verifica-se um coeficiente de correlação de Pearson de 0,198, correlação fraca e positiva (Tabela 12) bem como na correlação entre a “soluções de higienização (nº de vezes)” e o “índice de placa”, coeficiente de correlação de Pearson é de -0,202, correlação fraca e negativa (Tabela 13).

		Grau de Satisfação com a prótese	Pretende nova Prótese (6 meses)
Grau de Satisfação com a prótese	Pearson Correlation	1	198*
	Sig. (2-tailed)		0,047
	N	101	101
Pretende nova prótese(6 meses)	Pearson Correlation	,198*	1
	Sig. (2-tailed)	0,047	
	N	101	101

Tabela 12- Coeficiente de Spearman aplicado à satisfação e à realização de uma nova prótese.

*A correlação é significativa ao nível de 0,05(2-tailed).

		Soluções de Higienização (nº de vezes)	Índice de Placa (Ambjornsen, 1982)
Soluções de Higienização (nº de vezes)	Pearson Correlation	1	,198*
	Sig. (2-tailed)		-,202*
	N	101	0,043
Índice de Placa (Ambjornsen, 1982)	Pearson Correlation	,198*	1
	Sig. (2-tailed)	-,202*	
	N	0,043	101

Tabela 13- Coeficiente de Spearman aplicado à frequência da utilização de soluções higienizadoras e ao índice de placa.

**A correlação é significativa ao nível de 0,05(2-tailed).*

Quando realizado o Teste de Qui-quadrado entre as variáveis "idade" e os "produtos que utiliza para lavar a prótese" verifica-se um coeficiente de correlação de -0,278 que é uma correlação fraca e negativa (Tabela 14) já entre o "número de vezes que escova os dentes" e o "sexo", a correlação de Pearson é de -0,236, correlação fraca e negativa (Tabela 15).

		Idade	O que utiliza para lavar a prótese
Idade	Pearson Correlation	1	-,278*
	Sig. (2-tailed)		0,005
	N	101	101
O que utiliza para lavar a prótese	Pearson Correlation	-,278*	1
	Sig. (2-tailed)	0,005	
	N	101	101

Tabela 14- Coeficiente de Spearman aplicado à idade e o que usa para lavar a prótese.

**A correlação é significativa ao nível de 0,05(2-tailed).*

		Nº de vezes que escova os dentes	Sexo
Nº de vezes que escova os dentes	Pearson Correlation	1	-,236*
	Sig. (2-tailed)		0,018
	N	101	101
Sexo	Pearson Correlation	-,236*	1
	Sig. (2-tailed)	0,018	
	N	101	101

Tabela 15- Coeficiente de Spearman aplicado ao sexo e ao número de vezes que escova os dentes.

**A correlação é significativa ao nível de 0,05(2-tailed).*

5. Discussão

As taxas atuais de edentulismo foram estimadas entre 7% e 69% da população adulta internacionalmente.²⁸ Nos Estados Unidos, enquanto a incidência de edentulismo continua a diminuir (cerca de 6% entre 1988 e 2000), o crescimento rápido da população juntamente com as condições económicas atuais sugerem que o edentulismo e o uso de prótese convencional continuará nos números atuais ou superiores. Infelizmente, não foram publicadas diretrizes baseadas em estudos publicados sobre os cuidados diários a longo prazo e a manutenção de próteses removíveis.²⁹

Dos 101 indivíduos entrevistados com idades compreendidas entre os 20 e os 91 anos, com uma média de 57 anos, 67 eram do sexo feminino (66,3%) e 34 do sexo masculino (33,7%) enquanto que no estudo similar de Milward P *et al.*³¹ em que os dados foram recolhidos através de um questionário preenchido por 196 portadores de prótese parcial removível que tivessem conhecimento da higiene da prótese e frequentavam 3 unidades de ensino de graduação dentária, a faixa etária destes encontrava-se entre os 27 e os 91 anos sendo a média de 62,8 anos.

Na tabela 2 é possível observar os valores médios dos dados obtidos aquando da realização da observação oral de cada indivíduo. O CPOD médio foi de 5,95. De acordo com o critério da Organização Mundial de Saúde este é considerado um valor elevado (Anexo A1).³⁰ Quanto ao número total de cáries, o valor médio foi de 0,65, o de dentes perdidos 3,11 e o de dentes obturados 2,21. De acordo com o estudo de Cardoso EM *et al.*⁴², os dados foram coincidentes quanto ao valor médio de dentes cariados (0,58), mas quanto à média de dentes obturados (0,72), dentes perdidos (27,78) e CPOD (29,08) foi díspar.⁴²

A variável que contribuiu para um valor mais elevado do CPOD foi o número de dentes ausentes o que também aconteceu no estudo de Cardoso EM *et al.*⁴²

Para Sadig W⁴³, os Dentistas e Higienistas Dentários devem suportar a responsabilidade fornecendo rotineiramente instruções de higiene pós-colocação da prótese; este regime deve instruir os pacientes a enxaguar as suas próteses e bocas após as refeições sempre que possível, mergulhá-las num tipo de solução de limpeza e evitar usar as suas próteses enquanto dormem.

Relativamente à informação recebida no dia de colocação da prótese correspondente a 80,2% das pessoas, 74,3% receberam instruções orais e apenas 5,9% receberam em papel. Das 75 pessoas que receberam indicações seja em papel ou verbalmente em relação à escovagem da prótese, 94,5% escovam a prótese, ou seja, cumpriram com as indicações dos profissionais de saúde, sendo que desta percentagem, 43,27% receberam informação em papel e 51,23% oralmente (Gráfico 1). Idealmente, é esperado que o conselho dado verbalmente deva ser também dado ao paciente em formato escrito, uma vez que está estimado que a média com que os indivíduos se lembram daquilo que lhes foi transmitido verbalmente é de cerca 15%. No entanto, é importante perceber que a informação escrita está lá para servir de auxiliar de memória mais do que como uma alternativa às instruções verbais.³¹

Instruções orais e impressas foram consideradas eficazes para a educação do paciente e uma cópia destas informações e instruções resumidas deve ser dada ao paciente. Tem sido demonstrado que o conhecimento do paciente e hábitos comportamentais positivos podem ser melhorados pela distribuição de folhetos com instruções ao paciente. Estas instruções podem ser complementadas com instruções orais para se adequar às necessidades individuais, fornecidas pelo dentista sempre que necessário.³²

Um indivíduo com uma prótese parcial removível é responsável por manter bons níveis de higiene oral e da prótese através da limpeza diária e cuidado em casa. Contudo, é o dentista que tem a obrigação de motivar estes indivíduos, instruí-los e aconselhá-los sobre os cuidados com a prótese. Os pacientes precisam de ser alertados para a importância da higiene da prótese de forma a motivá-los a desempenhar boas atitudes de cuidado com as próteses. É, assim, essencial que os indivíduos com próteses parciais removíveis sejam instruídos sobre a higiene da prótese e manutenção quando recebem a sua prótese, para assegurar a boa saúde oral e longevidade dos dentes naturais que se mantêm no indivíduo. Também devem ser dados conselhos sobre a frequência com que eles devem visitar um dentista e realizar um exame.³¹ Em relação ao aconselhamento sobre as soluções específicas de limpeza por parte dos profissionais de saúde, 52,5% deram essa indicação e desses apenas, 44,6% cumpriram e têm esse hábito.

Dos entrevistados, 31,7% referiram que foram aconselhados a fazer uma revisão à prótese todos os anos, mas só 19,8% é que seguem essa recomendação, já no estudo de Almeida Jr *et al.*²⁵, da sua população de estudo, apenas 5,7% fazem ajustes com regularidade.²⁵

Das 20 pessoas que vão às consultas de revisão da prótese, 80% (25,0%+55,0%) têm ausência de placa ou uma quantidade de placa desprezível enquanto que das 12 pessoas que não vão às

consultas de revisão estas têm 41,6% (33,3%+8,3%) de acumulação muito significativa de placa, mas mesmo os pacientes que costumam ir à consulta de revisão todos os anos têm 5% de acumulação abundante de placa (Tabela 3). No estudo de Milward P *et al.* ³¹, dos participantes que relataram visitar um dentista com frequência, 6,2% tinham uma limpeza má da prótese. Conclui-se que neste estudo os pacientes que vão às consultas por rotina e são incentivados a escovarem têm menor índice de placa. Assim, devem fazer-se exames dentários de rotina a cada 6 a 12 meses como parte do cuidado a ter com a prótese, para permitir que os dentes naturais que ainda existam sejam observados e para examinar a saúde oral em geral. Estes exames também permitem ao dentista monitorizar a higiene da prótese do indivíduo e ter a oportunidade de reforçar as mensagens sobre a higiene da prótese.³³ Para Paranhos *et al.* ¹⁰ é necessário fixar que a higiene das áreas de retenção deve receber uma atenção especial durante a instrução da manutenção da prótese.

Este reforço periódico tem um papel importante na mudança de hábitos e comportamento, uma vez que isso motiva os pacientes numa base contínua. A existência de uma força motivadora pode produzir uma mudança de atitude e, como tal, uma mudança no comportamento do paciente, o que resulta na alteração de hábitos e atitudes que podem conduzir à preservação da saúde oral.³²

Das 101 pessoas questionadas, 50,5% dormiam com a prótese e destas, 16,8% tinham sido aconselhadas a dormir sem a prótese, no entanto, mesmo assim dormiam com ela (Tabela 4). No estudo de Barbosa L *et al.* ³⁴ 64% dos entrevistados também dormiam com prótese.

Na tabela 5, verifica-se que das 51 das pessoas que dormem com prótese, 57,1% têm muita acumulação de placa e só 37,5% têm ausência de placa, ao contrário das pessoas que só usam a prótese durante o dia que, mesmo com o índice de placa elevado (42,9%) consegue ser inferior aos que dormem com a prótese e têm uma ausência de placa de 62,5%. Pode-se concluir que quem dorme com prótese tem maior índice de placa do que aqueles que apenas a usam durante o dia. Usar uma prótese parcial continuamente tem resultado numa maior acumulação de placa quando comparado com o uso de uma prótese parcial apenas durante o dia.³⁴

Em relação à higienização das próteses, dos 101 inquiridos apenas 25,8% não foram informados para fazer a limpeza da prótese e da cavidade oral. No estudo de Almeida Jr *et al.* ²⁵, 53% das pessoas que participaram não foram orientadas em relação a este item. Embora as instruções de higiene oral, motivação e cuidado profissional em intervalos regulares tenham mostrado a

prevenção ou redução da doença periodontal e cáries dentárias, também tem sido sugerido que o aumento do conhecimento e melhoria nos hábitos de higiene da prótese não seriam realizados durante um longo período de tempo, a não ser que um reforço periódico fosse dado ao utilizador, salientando a importância da necessidade de conselho contínuo dos dentistas em geral aos utilizadores de prótese.³³

Dos 101 entrevistados, 41 pessoas (40,7%) apenas usavam a escovagem como método de higienização, 2 pessoas (2%) utilizavam apenas a imersão em soluções higienizadoras, 6 pessoas (5,9%) só colocavam em água e 51 pessoas (51,4%) faziam a escovagem juntamente com a imersão em soluções de higiene (Gráfico 5). Kulak-Ozkan *et al.*³³ no seu estudo tinham 40 pessoas (57,1%) que só escovavam a prótese, 4 pessoas (5,7%) que apenas a mergulhavam em soluções de higiene, 12 pessoas (17,1%) que só a colocavam em água e 6 pessoas (8,6%) que faziam ambos os métodos (imersão e escovagem).

Para os utilizadores de próteses bem como para os pacientes com dentes, a higiene oral é tão necessária para assegurar a saúde dos tecidos de suporte bem como para manter os dentes saudáveis. Um dos principais objetivos da higiene oral é reduzir ou eliminar a placa bacteriana, conhecida como biofilme.³⁵

Em relação aos cuidados de higiene com os dentes remanescentes 97 pessoas afirmaram fazer uma limpeza diária sendo que 98% afirmaram usar escova dentária. Dos trinta entrevistados de Almeida Jr *et al.*²⁵ 100% utilizam escova dentária.²⁵

A percentagem de portadores de prótese que usam o método químico neste estudo é de 56,5% o que corresponde a 57 pessoas por oposição ao estudo de Almeida Jr *et al.*²⁵ no qual apenas 12 pessoas faziam higienização química. Das 52,5% pessoas que foram aconselhadas a usar soluções de limpeza, 30,2% tinham ausência de placa e das que não foram aconselhadas a mergulhar a prótese em soluções de limpeza apenas 16,7% apresentavam ausência de placa (Tabela 8). Das pessoas que receberam informação sobre a utilização de soluções de limpeza, 45 cumpriram com as recomendações e destas apenas 2,2% tinham acumulação abundante de placa ao contrário, de quem não cumpriu as recomendações e que apresenta 25% da mesma acumulação (Tabela 9). Resumindo, quem recebeu indicações conseguiu obter menor índice de placa do que os que não receberam.

Quando se relaciona a utilização de soluções de limpeza com o menor índice de placa, conclui-se que quem usa soluções tem uma resposta de mais do que 50% de ausência de placa, ou seja, das 57 pessoas que utilizam método químico, 66,7% (4,2%+25,0%+37,5%) têm ausência

de placa nas suas próteses (Tabela 6 e Gráfico 2). Quanto à relação da lavagem diária da prótese com o menor índice de placa, obtém-se uma resposta positiva, independentemente se se lava a prótese uma, duas ou três vezes ao dia, pois a ausência de placa foi conseguida em 95,8% das próteses. Dos que apresentam ausência de placa (45,8%+20,8%+33,4%) sendo a maior percentagem de ausência de placa (45,8%) relativa à lavagem duas vezes ao dia e no item "acúmulo abundante de placa" obteve-se 0% em quem escova três ou mais vezes ao dia (Tabela 7). O valor obtido (0%) com quem escova três ou mais vezes ao dia não é real/significativo devido à limitação do estudo (pequena amostra de estudo). De acordo com Nevalainen *et al.*³⁶, estes sugeriram que a frequência de limpeza não indica necessariamente eficiência. Isto pode explicar porque é que só 20,8% daqueles que relataram limpar a sua prótese mais de 3 vezes ao dia tiveram ausência de placa, quando seria esperado um melhor nível de limpeza da prótese.

Quanto à frequência de higienização da prótese, 6,9% dos indivíduos realizavam-na menos de 1 vez ao dia, já 29,7% escovavam 1 vez por dia e 63,4% mais de que uma vez ao dia (Gráfico 3). Kulak-Ozkan *et al.*³³ relataram que 25,7%, 28,6% e 45,7% das pessoas higienizavam, menos do que uma vez ao dia, uma vez por dia e mais do que uma vez por dia, respetivamente.

Das 98% das pessoas que higienizam a prótese, apenas 21,8% utilizavam uma escova diferente para a cavidade oral e para a prótese e com uma maior percentagem (7,9%) os que utilizavam uma escova simples sem qualquer tipo de cuidado com as cerdas.

Relativamente aos produtos usados na limpeza da prótese, a água é a mais utilizada com uma percentagem de 100%, a pasta dentífrica com 77,2%, o sabão 5% e as soluções 56,5%. Quanto ao estudo Milward P *et al.*³¹ os resultados foram: 96,9% água, 35,2% pasta dentífrica e 38,3% soluções de limpeza (Gráfico 4). Já no estudo de Barbosa L. *et al.*³⁴ 8% utilizaram o sabão e 88,7% a pasta dentífrica. As propriedades ideais para os produtos que cuidam das próteses incluem o facto de serem fáceis de manusear, eficazes na remoção de depósitos e manchas inorgânicos/orgânicos, terem propriedades bactericidas e fungicidas, não devem ser tóxicos para o paciente e deve existir compatibilidade com os materiais da prótese e o baixo custo.³⁷ A combinação de produtos mais utilizada na higienização das próteses foi água+pasta+solução com 40,6% (Gráfico 4). Segundo vários autores, a higiene por escovagem não é suficiente para a remoção da placa microbiana, sendo a higiene química indispensável para o cuidado diário da Prótese Removível.^{9,38,39} A desinfecção das próteses removíveis é um processo essencial na redução da incidência total da estomatite da prótese.⁴⁴ A utilização de um agente químico reduz

a patogenicidade dos microrganismos presentes na superfície de uma prótese, sendo importante a associação de um método mecânico e químico como complementares no processo de higiene protética. Nenhum dos métodos por si só parece ser suficiente para remover adequadamente a placa microbiana presente na superfície da Prótese Removível.^{9,38,39}

Na realização do índice de placa através da pontuação divulgada pelo biofilme com o exame visual tem algumas vantagens, uma vez que é mais fácil e não tem necessidade de um equipamento especial, tornando-a útil para os estudos epidemiológicos. Contudo, a utilização de métodos subjetivos em vez de métodos quantitativos mais sofisticados tais como a análise fotográfica computadorizada pode gerar erros aleatórios e sistemáticos.⁶ Com o estudo obteve-se um bom nível de limpeza em 23,8% das próteses e em 76,2% um nível pobre a moderado de limpeza (Gráfico 6). Quando comparado com o estudo de Milward P *et al.*³⁷, os resultados foram semelhantes, 39,8% tinha um bom nível de limpeza e 60,2% um nível pobre a moderado de placa.

Sabe-se que é imprescindível a limpeza diária e adequada das próteses e também dos tecidos moles, com o objetivo de manter a saúde da mucosa bucal.

Dos inquiridos concluiu-se que com 100% é o sexo feminino quem mais escova os dentes contra 88,2% dos homens e isto acontece com uma frequência de duas ou mais vezes ao dia nas mulheres o que revela uma percentagem de 74,6% ao invés de 58,8% dos homens (Tabela 10 e 11).

No momento da entrevista, 12,9% dos usuários tinham a prótese há menos de 2 anos, 30,7% tinham a prótese entre 2-5 anos e 56,4% tinham há 6 anos ou mais (Gráfico 7). Almeida Jr *et al.* na sua pesquisa relataram que 20% tinha há menos de 1 ano, 40% entre 1-5 anos e 40% há mais de 5 anos.²⁵

Quanto à necessidade de utilização de adesivos nas próteses dentárias, 17,8% dos inquiridos utilizava-os, sendo que 9,9% era porque necessitavam de uma retenção extra e 7,9% pois não faziam ajustes há muito tempo na prótese e esta se encontrava desajustada (Gráfico 8). Segundo Barbosa L *et al.*³⁴ apenas 1,3% dos pacientes entrevistados usavam este tipo de produto, já no estudo de Coates⁴⁵ 6,9% dos participantes usavam adesivo na prótese dentária.³⁴

O objetivo dos adesivos da prótese dentária é beneficiar os utilizadores de prótese com um suporte mais adequado e confortável e melhorar a sua capacidade de mastigação e confiança. No entanto, existe uma grande desvantagem dos adesivos dentários que é o perigo de prolongar a duração de utilização da má adaptação das próteses.³⁴

O coeficiente de correlação entre o nível de satisfação influencia na hipótese de fazer uma nova prótese nos próximos 6 meses (tabela 12), embora esta correlação seja significativa também é fraca e positiva, ou seja, as pessoas satisfeitas estão a pensar fazer uma nova prótese, no entanto, o principal motivo não é a satisfação, mas sim a necessidade de retenção, o número de anos que a prótese já tem e o estado em que ela se encontra. Como tal, a satisfação, neste caso, não contribui de forma substancial para esta variável. A satisfação com as próteses parciais removíveis parece ter um caráter multicausal. Além dos fatores diretamente relacionados ao funcionamento de próteses, os fatores relacionados com o paciente influenciam o resultado final. A satisfação com as próteses parciais removíveis estão relacionados em alguns pacientes, primariamente, com o conforto e a capacidade de mastigação, mas a estética e retenção também parecem ser importantes.⁴⁰

Quanto à correlação entre o número de vezes que se mergulha a prótese numa solução de limpeza e o índice de placa (tabela 13) conclui-se que quanto mais frequente for a utilização de soluções de limpeza na prótese, menor vai ser o índice de placa, mas essa não é a principal razão/variável, por isso é que a correlação apesar de significativa é negativa e fraca, mas de qualquer forma, observa-se que para um valor $p < 0.05$ (perto de 0) existe uma correlação entre as duas variáveis que, no entanto, não é forte, porque a escovagem da prótese é essencial. Porém, a variável contribui para a redução do índice de placa e uma conjugação com as restantes variáveis representa uma mais valia na higiene oral (redução de placa).

Relativamente à correlação entre se a idade influencia o que se utiliza para lavar a prótese (tabela 14) esta é significativa, fraca e negativa, ou seja, quanto maior for a idade do paciente menor vão ser os cuidados na utilização da prótese.

Por último, procedeu-se à averiguação da existência de diferenças significativas entre o sexo e o número de vezes que escovam os dentes (tabela 15) e a correlação é significativa, fraca e negativa. Pode-se assim concluir que o sexo influencia o número das vezes com que os pacientes escovam os dentes, sendo que com 100% é o sexo feminino que mais executa essa tarefa e desta percentagem, 74,6% escovam duas ou mais vezes, enquanto que 58,8% é a percentagem que corresponde ao sexo masculino relativamente à mesma frequência.

Mais do que reabilitar o sistema mastigatório, o fator mais importante para o sucesso do tratamento da prótese é a satisfação do paciente, que é vista como uma das tarefas mais difíceis de o médico concretizar.⁴¹

6. Conclusão

Relativamente aos hábitos de higiene, é importante realçar o desconhecimento que a população de estudo visada apresentava sobre as técnicas de escovagem dentária como também da higienização protética, o que mais uma vez torna crucial o papel do profissional de saúde.

O método de higienização mais utilizado nesta população de estudo foi a escovagem mais a imersão em soluções de higiene. Das 45 pessoas que utilizam as soluções de limpeza apenas 2,2% tinha acumulação abundante de placa. Das 51 pessoas que dormem com a prótese 57,1% tem muita acumulação de placa, ao contrário de quem não dorme com a prótese que tem uma ausência de placa de 62,5%.

Apesar do pequeno número de pessoas (20) que referem ir às consultas de revisão, 80% têm ausência de placa ou uma quantidade desprezível pelo que se conclui que incentivar e reforçar a importância de visitar o profissional de saúde com regularidade se torna crucial. Quanto ao índice de placa, com o estudo obteve-se bom nível de limpeza em 23,8% das próteses.

Quanto à informação que foi mais vezes transmitidas (70%) aos pacientes pelos profissionais de saúde foi a escovagem/higienização da prótese. A consulta de revisão da prótese dentária e a consulta de pós-colocação têm uma percentagem entre os 30%-40%, ou seja, é necessário que os profissionais de saúde estejam conscientes desta realidade e que cada vez mais insistam na importância destas consultas.

O Índice de CPOD médio na população em estudo foi de 5,95, o que segundo a Organização Mundial de Saúde é considerado elevado.

Verificou-se uma relação direta entre o sexo e o número de vezes que se escova os dentes assim como entre a idade e o que se utiliza para lavar a prótese.

Existe uma relação entre o número de vezes que se mergulha a prótese numa solução de limpeza e o índice de placa, assim como entre o nível de satisfação e a hipótese de fazer uma nova prótese nos 6 meses seguintes.

Por último, constatou-se com o decorrer deste trabalho que a informação sobre a saúde oral da população portuguesa adulta é escassa, pelo que esta realidade deve ser melhorada.

7. Bibliografia

- 1) Paranhos Hde F, Lovato da Silva CH, de Souza RF, Pontes KM. Evaluation of three indices for biofilm accumulation on complete dentures. *Gerodontology*. 2010 Mar; 27(1): 33-40.
- 2) Batista V, Almeida D, Verri F, Pellizzer E. Nível de Satisfação dos Pacientes Edêntulos Reabilitados com Prótese Total na Faculdade de Odontologia de Adamantina – FA. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2013; 15(2): 135-39.
- 3) Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Apr; 33(2): 81-92.
- 4) Ferreira RC, de Magalhães CS, Moreira AN. Tooth loss, denture wearing and associated factors among an elderly institutionalised Brazilian population. *Gerodontology*. 2008 Sep; 25(3): 168-78.
- 5) Petersen PE The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Dec; 31 Suppl 1:3-23.
- 6) Paranhos HF, Silva-Lovato CH, Souza RF, Cruz PC, Freitas KM, Peracini A. Effects of mechanical and chemical methods on denture biofilm accumulation. *J Oral Rehabil*. 2007 Aug; 34(8): 606-12.
- 7) Cortê-Real I, Figueiral M, Campos J. As doenças orais no idoso--considerações gerais. *rev port estomatol med dent cir maxilofac*. 2011; 52(3): 175–80.
- 8) Yoshihara A, Watanabe R, Hanada N, Miyazaki H. A longitudinal study of the relationship between diet intake and dental caries and periodontal disease in elderly Japanese subjects. *Gerodontology*. 2009 Jun; 26(2): 130-6.
- 9) Fonseca P, Areias C, Figueiral MH. Higiene de Próteses Removíveis. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2007; 48: 141–46.
- 10) Paranhos HF, Silva-Lovato CH, de Souza RF, Cruz PC, de Freitas-Pontes KM, Watanabe E *et al*. Effect of Three Methods for Cleaning Dentures on Biofilms Formed In Vitro on Acrylic Resin. *J Prosthodont*. 2009 Jul; 18(5): 427-31.

- 11) Nikawa H, Hamada T, Yamamoto T. Denture plaque--past and recent concerns. *J Dent.* 1998 May; 26(4): 299-304.
- 12) Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S *et al.* Evidence-based guidelines for the care and maintenace of complete dentures: a publication of the American College of Prosthodontists. *J Prosthodont.* 2011 Feb; 20 Suppl 1:S1-S12.
- 13) Theilade E, Budtz-Jørgensen E, Theilade J. Predominant cutivable microflora of plaque on removable dentures in patients with healthy oral mucosa. *Arch Oral Biol.* 1983; 28(8): 675-80.
- 14) Rendell JK, Gay T, Grasso JE, Baker RA, Winston JL. The effect of denture adhesive on mandibular movement during chewing. *J Am Dent Assoc.* 2000 Jul; 131(7): 981-6.
- 15) Kapur KK. A clinical evaluation of denture adhesives. *J Prosthet Dent.* 1967 Dec;1 8(6): 550-8.
- 16) Lira AF, Consani RL, Mesquita MF, Nóbilo MA, Henriques GE. Effect of toothbrushing, chemical disinfection and termocycling procedures on the surface microroughness of denture base acrylic resins. *Gerodontology.* 2012 Jun; 29(2).
- 17) Chandra J, Mukherjee PK, Leidich SD, Faddoul FF, Hoyer LL, Douglas LJ *et al.* Antifungal resistance of candidal biofilms formed on denture acrylic in vitro. *J Dent Res.* 2001 Mar; 80(3): 903-8.
- 18) Marchini L, Santos J, Silva J. Factors influencing patients' satisfaction with complete dentures: a qualitative study. *Braz Dent Sci* 2014 Apr/ Jun;17 (2).
- 19) Salles AE, Macedo LD, Fernandes RA, Silva-Lovato CH, Paranhos Hde F. Comparative analysis of biofilm levels in complete upper and lower dentures after brushing associated with specific denture paste and neutral soap. *Gerodontology.* 2007 Dec; 24(4): 217-23.
- 20) Smyth CJ, Matthews H, Halpenny MK, Brandis H, Colman G. Biotyping, serotyping and phage typing of *Streptococcus faecalis* isolated from dental plaque in the human mouth. *J Med Microbiol.* 1987 Feb; 23(1): 45-54.
- 21) Wahlin YB, Holm AK. Changes in the oral microflora in patients wiith acute leukemia and related disorders during the period of induction therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988 Apr; 65(4): 411-7.

- 22) Coco BJ, Bagg J, Cross LJ, Jose A, Cross J, Ramage G. Mixed *Candida albicans* and *Candida glabrata* populations associated with the pathogenesis of denture stomatitis. *Oral Microbiol Immunol.* 2008 Oct; 23(5): 377-83.
- 23) Lopes D, Legami C, Matsubara V, Furuyama R, Gil C, Nakamae A. Avaliação da influência do ácido acético na eficiência da higienização de próteses totais. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2009 mai-ago; 21(2): 150-4.
- 24) Webb BC, Thomas CJ, Whittle T. A 2-year study of *Candida*-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects. *Gerodontology* 2005 Sep; 22(3): 168-76.
- 25) Júnior AAA, Neves ACC, Araújo CCN, Ribeiro CF, Oliveira JLG, Rode SM. Avaliação de Hábitos de Higiene Bucal em Portadores de Próteses Removíveis da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. *Comun Ciênc Saúde* 2006; 17(4): 283-89.
- 26) Drake CW, Beck JD. The oral status of elderly removable partial denture wearers. *J Oral Rehabil* 1993; jan; 20(1): 53-60.
- 27) Catão CDS, Ramos INC, Neto JMS, Duarte SMO, Batista AUD, Dias AHM. Eficiência de Substâncias químicas na remoção do biofilme em próteses totais. *Rev Odontol UNESP* 2007; 36(1): 53-60.
- 28) Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems—towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 686-93.
- 29) Douglass CW, Shih A, Ostry L: Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020? *J Prosthet Dent* 2002; 87:5-8.
- 30) Amorim P. Cárie Dentária em Portugal- Monografia de Licenciatura em Medicina Dentária. Universidade Fernando Pessoa. 2009.
- 31) Milward P, Katechia D, Morgan MZ. Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. *British dental journal* 2013 Nov; 215(10): E20.
- 32) Ribeiro DG, Pavarina AC, Giampaolo ET, Machado AL, Jorge JH, Garcia PP. Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers: Longitudinal study. *Gerodontology* 2009 Jun; 26(2): 150-56.

- 33) Kulak-ozkan Y, Kazazoglu ,Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *Journal of Oral Rehabilitation* 2002 Mar; 29(3): 300-4.
- 34) Barbosa L, Ferreira MR, Calabrich C, Viana AC, Lemos MC, Lauria RA. Edentulous patients' Knowledge of dental hygiene and care of prostheses. *Gerodontology* 2008 Jun; 25(2): 99-106.
- 35) Berteretche MV, Mastari F, Nicolas E, Hüe O. The needs of denture-brushing in geriatrics: clinical aspects and perspectives. *Gerodontology*. 2012 Jun; 29(2): 768-71.
- 36) Nevalainen MJ, Narhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *Journal of Oral Rehabilitation* 1997 May; 24(5): 332-7.
- 37) Panzeri H, Lara EH, Paranhos Hde F, Lovato da Silva CH, de Souza RF, de Souza Gugelmin MC *et al.* In vitro and clinical evaluation of specific dentifrices for complete denture hygiene. *Gerodontology*. 2009 Mar; 26(1): 26-33.
- 38) Barnabé W, Neto TM, Pimenta FC, Pegorado LF, Scolaro JM. Efficacy of sodium hypochlorite and coconut soap used as disinfecting agents in the reduction of denture stomatitis, *Streptococcus mutans* and *Candida albicans*. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 453-9.
- 39) Harrison Z, Johnson A, Douglas CWI. An in vitro study into the effect of a limited range of denture cleaners on surface roughness and removal of *Candida albicans* from conventional heat-cured acrylic resin denture base material. *J Oral Rehabil* 2004; 31: 460-7.
- 40) Zlatarić DK, Celebić A. Treatment outcomes with removable partial dentures: a comparison between patient and prosthodontist assessments. *Int J Prosthodont*. 2001 Sep-Oct; 14(5): 423-6.
- 41) Marchini L, Tamashiro E, Nascimento DF, Cunha VP. Self-reported denture hygiene of a sample of edentulous attendees at a University dental clinic and their relationship to the condition of the oral tissues. *Gerodontology*. 2004 Dec; 21(4): 226-8.
- 42) Cardoso EM, Parente R, Vettore M, Rebelo M. Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas :estimativas por sexo. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1): 131-40.

- 43) Sadig W. The denture hygiene, denture stomatitis and role of dental hygienist. *Int J Dent Hyg.* 2010 Aug; 8(3): 227-31.
- 44) Jose A, Coco BJ, Milligan S, Young B, Lappin DF, Bagg J, *et al*. Reducing the incidence of denture stomatitis: are denture cleansers sufficient?. *J Prosthodont.* 2010 Jun; 19(4): 252-7.
- 45) Coates AJ. Usage of denture adhesives. *J Dent.* 2000 Feb; 28(2): 137-40
- 46) Kossioni AE, Dontas AS. The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner. *Clin Interv Aging.* 2007; 2(4): 591-7.

Anexos Capítulo I

Anexo A

A1- Critério da Organização Mundial de Saúde para a avaliação da prevalência da cárie dentária

Anexo B

B1- Declaração da autorização da realização do Estudo

B2- Questionário

Anexo A

A1- Critério da Organização Mundial de Saúde para a avaliação da prevalência da cárie dentária

0-1,1 CPO/pessoa – muito baixa
1,2-2,6 CPO/pessoa – baixa
2,7-4,4 CPO/pessoa – moderada
4,5-6,5 CPO/pessoa – elevada
+6,6 CPO/pessoa – muito elevada
Tabela 1 – Critério da OMS para a avaliação da prevalência da cárie dentária.



Gandra, 4 de Janeiro de 2016

Exmo. Sr. Director da
Unidade Clínica de Gandra
Prof. Doutor José Júlio Pacheco

Eu, Joana Matilde Ferreira dos Santos, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS) – CESPU, com vista à realização de um trabalho/Relatório de Estágio, venho solicitar a Vossa Exa. a autorização para realizar uma recolha de dados através de questionários e de visualização clínica das cavidades orais de Pacientes da Unidade Clínica de Gandra que sejam portadores de prótese dentárias.

Todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada. Atenciosamente,

Joana Santos

Joana Santos

*Autorização, dada em 05
de Janeiro de 2016
de Gandra*

07/01/2016

Questionário

Data: __/__/__ Nº _____

Nome _____

Idade _____

Processo nº _____

Sexo

- Feminino
 Masculino

Escolaridade

- Sem escolaridade
 ≤ 4º ano
 > 4º ano até 9º ano
 Ensino Secundário
 Ensino Superior

Exame Clínico

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27

47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Legenda:

Cariado (C)	Obturado (O)	Perdido (P)
Prótese Acrílica (PA)	Prótese Esquelética (PE)	Prótese Fixa (PF)

CPOd= _____

Prótese Dentária:

❖ Onde se dirigiu para fazer a prótese?

- Médico Dentista
- Protésico
- Outra pessoa não da área

❖ No dia da colocação da Prótese, recebeu instruções/ informações sobre a mesma?

- Sim
- Não

- Se Sim:

- Em Papel
- Oral

- Se Não, procurou informações com quem:

- Outro portador de prótese
- Já tinha conhecimentos do assunto
- Não procurou informação

❖ **Se recebeu informação, falaram-lhe sobre:**

❖ A consulta de pós-colocação, que se realiza uns dias após a colocação?

- Sim
- Não

Se Sim, foi a essa consulta?

- Sim
- Não

❖ A consulta de revisão todos os anos?

- Sim
- Não

Se Sim, costuma ir todos os anos?

Sim

Não

❖ Sobre à noite dormir sem a prótese?

Sim

Não

Costuma dormir com a prótese?

Sim

Não

Se não dorme com a prótese, onde a coloca?

Embrulhada num papel

Num copo com água

Num copo com solução higienizadora e água

Na mesa ao lado da cama

Outros

❖ Sobre escovar a prótese e a cavidade oral?

Sim

Não

Costuma lavar a sua prótese diariamente?

Sim

Não

Se Sim, com que método?

Mecânico (escovagem com água ou sabão, escovagem com dentífrico, micro-ondas, ultra-som) com o cuidado de ter o lavatório com água

Mecânico (escovagem com água ou sabão, escovagem com dentífrico, micro-ondas, ultra-som) sem água no lavatório

Químico (hipoclorito alcalino, peróxidos alcalinos, desinfetantes, enzimas)

Se mecânico - Quantas vezes escova, por dia, a sua prótese?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou mais

Se mecânico - O que usa para escovar a prótese?

- A mesma escova com que escova os dentes
- Uma escova diferente da que usa para escovar os dentes ou não lava os dentes e usa uma escova dentária. Qual escova? _____
- Outros (mãos, etc)

❖ **Caso utilize uma escova para higienização da sua prótese, onde adquiriu?**

- Farmácia
- Hipermercado

❖ **Aconselharam a mergulhar a prótese em soluções específicas de limpeza das próteses dentárias?**

- Sim
- Não

Tem por hábito colocar a prótese numa solução de limpeza?

- Sim
- Não

Se Sim, por norma de quanto em quanto tempo?

- Duas vezes por semana
- Uma vez por semana
- Mês a mês
- Todos os dias
- > 1 mês

❖ O que usa para lavar a sua prótese?

- Água
- Sabão
- Pasta dentífrica. Qual? _____
- Soluções químicas de limpeza
- Outro. Qual? _____

Se usa pasta dentífrica, onde a adquiriu?

- Farmácia
- Hipermercado

❖ Índice de Placa (Ambjornsen,1982)

- 0- Ausência de Placa
- 1- Placa aderida à prótese, detectável após raspagem com espátula
- 2- Acúmulo moderado de placa, detectável a olho nu
- 3- Acúmulo abundante de placa

Hábitos de Higiene Oral

❖ Costuma escovar os dentes?

- Sim
- Não

❖ Quantas vezes escova os dentes por dia?

- 0
- 1
- 2 ou mais

Se 0, porquê?

- Não sente necessidade
- Tem falta de destreza manual
- Por falta de meios mecânicos

Preguiça/ falta de tempo

❖ Há quanto tempo tem a prótese?

< 2 anos

2 – 5 anos

6 – 10 anos

> 10 anos

❖ Usa “Cola” (adesivos) na prótese?

Sim

Não

Se Sim, porquê?

Porque necessita de uma retenção extra;

Porque já não faz os ajustes necessários há muito tempo e por isso está desajustada;

❖ Está satisfeito com a sua prótese?

Muito Satisfeito

Satisfeito

Pouco Satisfeito

Nada Satisfeito

❖ Está a pensar fazer uma prótese nova nos próximos 6 meses?

Sim

Não

Talvez

Capítulo II- Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionadas

1. Introdução

O estágio de Medicina Dentária é um período no qual se aplicam os conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, sempre com a orientação e supervisão por parte dos docentes. Permite um contacto direto com a profissão e a aquisição/desenvolvimento das competências pessoais e profissionais na prática clínica.

Este estágio compreende três áreas: Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio de Saúde Oral e Comunitária.

2. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionadas

2.1. Relatório de Atividade por Unidade Curricular

2.1.1. Voluntariado em Clínica Geral Dentária

O voluntariado de clínica geral dentária, em que a Regente é a Professora Doutora Filomena Salazar e os monitores, o Mestre Luís Santos, o Mestre João Batista, a Professora Doutora Cristina Coelho, a Doutora Sónia Machado, a Mestre Paula Malheiro, realizou-se na Unidade Clínica de Gandra, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, no período de 13 de julho de 2015 a 12 de agosto de 2015. Este estágio permitiu um maior enquadramento em todo o funcionamento da clínica e dinâmica de trabalho, bem como a aquisição de experiência (Anexo A1).

2.1.2. Estágio em Clínica Geral Dentária

O estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica de Gandra, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, num período de 5 horas semanais: Segunda-feira das 14h-19h entre 14 de setembro de 2015 a 13 de junho de 2016. Compreendeu um total de 280 horas.

Foi supervisionado pela Doutora Maria do Pranto e pela Doutora Cristina Coelho. Este estágio estimula a capacidade de formar um diagnóstico e plano de tratamento corretos, assim como a criação de uma relação de empatia com o paciente (Anexo A2).

2.1.3. Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar, como abrange uma maior dimensão populacional, permite-nos ganhar muita destreza manual e maior rapidez na execução dos atos clínicos. Dá-nos a capacidade de lidar e interagir com pacientes polimedicados, com patologias de várias especialidades médicas

e com uma série de limitações físicas e intelectuais e assim colocar em prática os conceitos teóricos.

Teve a duração de 196 horas e decorreu no Hospital de Valongo (Centro Hospitalar de São João EPE-Valongo) à quarta-feira à tarde, supervisionado pelo Professor Doutor Luís Monteiro (Anexo A3).

2.1.4. Estágio de Saúde Oral Comunitária

Este estágio realizou-se em duas escolas do concelho de Valongo: Escola EB1/JI de Paço e Escola EB1/JI de Campelo, à sexta-feira de manhã, abrangendo um total de 233 alunos e decorreu de 5 de fevereiro de 2016 a 27 de maio de 2016 com um total de 196 horas, supervisionado pelo regente Professor Doutor Paulo Rompante.

Este estágio tinha como objetivo a implementação do Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral e acima de tudo incentivar as crianças à higiene oral (Anexo B1).

2.2. Considerações Finais

A associação destes 3 estágios permite consolidar conhecimentos e preparar os estagiários para a realidade com o qual se podem deparar ao longo da vida profissional, ajudando desta forma a inserção no mercado de trabalho, bem como a ampliar e aprimorar o leque de situações para assim estarem preparados para a exigente prática clínica.

Anexos do Capítulo II

Anexos A

A1- Estágio de Verão em Regime de voluntariado

A2- Estágio em Clínica Geral Dentária

A3- Estágio em Clínica Hospitalar

Anexo B

B1- Cronograma de Atividades do Estágio em Saúde Oral Comunitária

Anexo A- Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionadas

Anexo A1

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Triagem	0	2	2
Restaurações	7	8	15
Endodontias	3	0	3
Exodontias	2	0	2
Destartarizações	2	4	6
Prótese Fixa	1	0	1
Prótese Removível	5	1	6
Total	20	15	35

Tabela 1- Número de atos realizados como operador e como assistente no Estágio de Verão em Regime de voluntariado.

Anexo A2

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Triagem	9	5	14
Restaurações	15	15	30
Endodontias	18	10	28
Exodontias	8	4	12
Destartarizações	2	8	10
Prótese Fixa	1	2	3
Prótese Removível	2	3	5
Consulta Simples	1	6	7
Total	56	53	109

Tabela 2- Número de atos realizados como operador e como assistente Estágio em Clínica Geral Dentária.

Anexo A3

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Triagem	22	26	48
Restaurações	29	23	52
Endodontias	5	4	9
Exodontias	36	40	76
Destartarizações	22	26	48
Pulpectomia	1	0	1
Pulpotomia	1	0	1
Selantes	6	4	10
Consulta Simples	1	2	3
Total	123	125	248

Tabela 3- Número de atos realizados como operador e como assistente Estágio em Clínica Hospitalar.

Anexo B

B1- Cronograma de Atividades do Estágio em Saúde Oral Comunitária

Datas	Jl Paço	EB1 Paço	Jl Campelo	EB1Campelo
29-01-2016	Aceitação do cronograma + verificação de condições	Aceitação do cronograma + verificação de condições	Aceitação do cronograma +verificação de condições	Aceitação do cronograma +verificação de condições
05-02-2016	Férias de Carnaval	Férias de Carnaval	Férias de Carnaval	Férias de Carnaval
12-02-2016	Teatro “Escova Mágica”	Jogo “Dentes Saltitantes”	Teatro “Escova Mágica”	Jogo “Dentes Saltitantes”
19-02-2016	Levantamento dados T1 (4) + Escovagem	Levantamento de dados T1 (4) + Escovagem	Levantamento dados T1 (10) + T2 (5) + Escovagem	Levantamento dados C1 (10) + Implementação da Escovagem
26-02-2016	Levantamento dados T1 (4) + escovagem	Levantamento dados T1 (2) + T2 (2) + Escovagem	Levantamento dados T3 (5) + Escovagem	Levantamento dados C2 (5) + C2/3A (5) + C2/3 B (5) + Escovagem
04-03-2016	Implementação da Escovagem	Levantamento dados T2 (4) + Escovagem	Levantamento dados T2 (10) + T3 (5) +Escovagem	Levantamento dados C1(9)+C2(5)+C2/3A (5)+C2/3B(5)+ Escovagem
11-03-2016	Hora do conto “o menino que não gostava da escova de dentes”	Levantamento de dados T1 (4) + Escovagem	Levantamento dados T1(5)+Escovagem	Levantamento dados C1(6)+C2(5)+C4(10)+ Escovagem
18-03-2016	Férias Páscoa	Férias Páscoa	Férias Páscoa	Férias Páscoa
01-04-2016	Férias Páscoa	Férias Páscoa	Férias Páscoa	Férias Páscoa
08-04-2016	Levantamento dados T1(4)+ Escovagem	Levantamento dados T2(4)+ escovagem	Levantamento dados T1(5)+ T2(5)+ Escovagem	Levantamento dados C2(6)+C2/3A (5)+ C2/3B (5)+ Escovagem
15-04-2016	Jornadas de MD	Jornadas de MD	Jornadas de MD	Jornadas de MD
22-04-2016	Levantamento dados T1(2)+ escovagem	Levantamento dados T2(5)+ Escovagem	Levantamento T3(10)+ Escovagem	Levantamento de dados C2/3A (7) + C2/3B (7)+ Escovagem
29-04-2016	Levantamento dados T1(3)+ Escovagem	Levantamento dados T1(2)+ T2(2)+ Escovagem	Levantamento dados T1(5)+T2(5)+Escovagem	Levantamento dados C4(6)+ Escovagem
13-05-2016	Educação para a saúde	Educação para a saúde	Levantamento dados T3(5)+ Escovagem	Levantamento dados C4(6)+ Escovagem
20-05-2016	Avaliação T1	Avaliação T1	Avaliação T1+T2	Avaliação T3
27-05-2016	Avaliação T1	Avaliação T2	Avaliação T1+T2	Avaliação T1+T2+T3

Tabela 4- Cronograma de atividades do Estágio de Saúde Oral e Comunitária no concelho de 41 Valongo.