

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

EFICÁCIA DOS BOCHECHOS COM SOLUÇÕES FLUORETADAS NUMA
POPULAÇÃO EM ESTUDO

Teresa Alexandra Silva Lopes

Orientador: Prof. Doutor Paulo Rompante

*Quando alguém se interessa pelo que faz, é capaz de empreender esforços
até ao limite da sua resistência física.*
(Jean Piaget)

A ti...
Ainda tínhamos tanto por dizer, para ver, para viver, para sentir
mas tu partiste.

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Alexandre Martins de Almeida Rompault, com a categoria profissional de Professor Auxiliar Nomeação Definitiva do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **EFICÁCIA DOS BOCHECHOS COM SOLUÇÕES FLUORETADOS NUMA POPULAÇÃO EM ESTUDO**, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **TERESA ALEXANDRA SILVA LOPES**, 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, 05/07/2016

O Orientador



AGRADECIMENTOS

A realização deste Relatório Final de Estágio marca o fim de uma importante etapa da minha vida, deixo a minha sincera gratidão e profundo reconhecimento a todos aqueles que me acompanharam.

Agradeço a Deus, primeiramente, por esta e tantas outras coisas boas que me tem concedido.

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Rompante, cujo exemplo me motivou a prosseguir com maior empenho e sentido de responsabilidade. Pelo seu rigor, atenção, disponibilidade e partilha do saber... Para ele o meu sincero e profundo reconhecimento não só pelo contributo dado à realização deste trabalho, como também pela pessoa que é.

A todos os "meus" professores do curso de Medicina Dentária que de alguma forma me marcaram e contribuíram para a minha formação académica.

Obrigada família, pela vossa presença em todos os momentos, por puxarem a corda sempre que caí ao fundo do poço, por terem confiança nas minhas capacidades, e por se orgulharem da pessoa que me tornei.

À mãe Bety e ao pai Lopes, agradeço por acreditarem, por viverem para me proteger, por me apoiarem nos momentos de devaneio, por estarem sempre perto, por chorarem e rirem comigo, por largarem tudo para me acudir, pela amizade, confiança, motivação e força que incansavelmente manifestaram ao longo destes anos, agradeço por não medirem esforços para tornar este, e tantos outros sonhos, realidade.

À mana Raquel, na qual tenho imenso orgulho, agradeço por todo o incentivo, apoio, carinho que me tem dado ao longo da minha vida, pela compreensão e tolerância nos momentos de maior agitação, pela amizade, pelo abraço, e até pela resposta torta... enfim, por tudo! É uma pessoa ímpar, fonte de força, alegria e inspiração.

Ao avô Chico, por aquele olhar terno que me abraça no vazio, por aquelas palavras de incentivo que sempre permaneceram comigo ao longo destes anos, nunca me deixando desistir.

À avó Tina e ao avô João, agradeço por cuidarem de mim, por me escutarem sem julgar, pela interminável força e disponibilidade, por nunca desviarem o seu olhar protector nem largarem a minha mão.

À tia Eduarda e ao tio Rui, obrigada por todo o carinho, colaboração e encorajamento, obrigada pelo verdadeiro e grande exemplo de luta diária em que não existe a palavra desistir.

Aos primos, João e Rui obrigada pelas palavras, pelos sorrisos, pela amizade e confiança que sempre demonstraram depositar em mim. Embora geograficamente distantes, estão sempre presentes.

Ao Nuno, ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos, pelo apoio, pela confiança e pela força transmitida, pela valorização sempre tão entusiasta que me deu ao longo destes anos.

Obrigada a todos os amigos/as, pelos momentos de descontração tão importantes para o meu equilíbrio, pelas conversas alheias aos problemas, pela preocupação e companheirismo, pelas partilhas de momentos e vivências.

Na certeza de que é impossível transmitir nestas palavras toda a minha gratidão, continuo na esperança que a minha presença esteja sempre à altura de vos dar tudo o que vocês já me deram.

ABSTRACT

Introduction: The fluoride is used in various forms, in prevention and control of dental caries, is a preventive and therapeutic agent with a major impact on health and in people life. The public water fluoridation is an important strategy for controlling and reducing the incidence of dental caries. However, fluoride is also present in dentifrices, mouthwashes, gels and varnishes for topical application.

The mouthwashes with fluoride solutions are often used in school programs of caries prevention, because of the low cost and easy application.

The use of fluoride, combined with educational activities and adequate oral hygiene practices, can produce significant changes in the epidemiological profile of dental caries.

Objectives: Compare the DMFT index of children who participated in a biweekly program of mouthwash with sodium fluoride 0,2%, with children who do not participate in the program; Determine the existence of statistically significant differences between the DMFT index in male and female; Determine the existence os statistically significant differences between the DMFT index in relation to age; To evaluate the oral hygiene habits and brushing frequency of the population under study.

Materials and Methods: With support bibliographic, a search was made in the scientific databases like PubMed, ResearchGate. Refer to the website of the Directorate General of Health (DGS) and World Health Organization (WHO) to collect documents and made up a manual search of books related to the subject. It was implemented a questionnaire with some questions, adapted from Annex 8 and held the epidemiological surveys for the DMFT index determination according to Oral Health Survey, 2013. The data analysis was performed by descriptive and inferential statistics, using the software SPSS- 22.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Conclusions: The DMFT index of children who participate in a biweekly mouthwash program with sodium fluoride at 0.2%, it was lower compared to children who did not participate in the program, leading to the assumption that the measure is preventive; not occur statistically significant differences between the DMFT index in male and female; Check statistically significant differences between the DMFT index and age; Regarding the

habits of oral hygiene, it appears that most of the population under study has the habit of brushing teeth and use toothpaste, but more than half of the population do not know if the toothpaste contains fluoride. Regarding the frequency with the toothbrushing, most of the population do it at least once a day, regardless of make or not mouthwashes with fluoride solutions.

Keywords: fluorine", "mouthwashes with sodium fluoride", "sodium fluoride", "dental caries", "prevention oral health", "DMFT index", "oral health"

RESUMO

Introdução: O flúor é utilizado sob diversas formas, na prevenção e controlo da cárie dentária, sendo um agente preventivo e terapêutico com grande impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas. A fluoretação da água de abastecimento público constitui uma estratégia importante para controlo e diminuição da incidência da cárie. No entanto, o flúor está presente também em dentífricos, soluções para bochechos, géis e vernizes para aplicação tópica.

Os bochechos com soluções fluoretadas são utilizados frequentemente em programas escolares de prevenção da cárie dentária, dado o seu baixo custo e facilidade de aplicação.

O uso de flúor, combinado com acções educativas e práticas adequadas de higiene oral, pode produzir mudanças relevantes no perfil epidemiológico da cárie dentária.

Objetivos: Comparar o Índice CPOD e o Índice CPOS de crianças que participam num programa quinzenal de bochechos com fluoreto de sódio a 0,2%, com crianças que não participam no programa; Determinar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o Índice CPOD no género feminino e masculino; Determinar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o Índice CPOD em relação à idade; Avaliar os hábitos de higiene orais e a frequência de escovagem da população em estudo.

Materiais e Métodos: Como suporte bibliográfico, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados científicas Pubmed e ResearchGATE, consultou-se o site da Direção Geral de Saúde (DGS) e da da World Health Organization (WHO) para recolha de documentos e fez-se uma pesquisa manual de livros relacionados com o tema. Foi implementado um questionário composto por algumas perguntas, adaptadas do anexo 8 e realizou-se o levantamento epidemiológico para determinação do Índice CPOD de acordo com a metodologia Oral Health Surveys, 2013. A análise de dados foi realizada por estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-22.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Conclusões: O índice CPOD das crianças que participam num programa quinzenal de bochechos com fluoreto de sódio a 0,2% é inferior quando comparado com o de crianças

que não participam no programa, levando à hipótese que a medida é preventiva; Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o Índice CPOD no gênero feminino e masculino; Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o Índice CPOD e a idade; Em relação aos hábitos de higiene orais, verifica-se que a maior parte da população em estudo tem o hábito de escovar os dentes e utiliza dentífrico, contudo mais de metade da população não sabe se o dentífrico contém flúor. Em relação à frequência com que se realiza a escovagem dentária a maior parte da população fá-lo pelo menos uma vez por dia, independentemente de realizar ou não bochechos com soluções fluoretadas.

Palavras-chave: "flúor", "bochechos com fluoreto de sódio", "fluoreto de sódio", "cárie dentária", "prevenção na saúde oral", "índice CPOD", "saúde oral"

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I - EFICÁCIA DOS BOCHECHOS COM SOLUÇÕES FLUORETADAS NUMA POPULAÇÃO EM ESTUDO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS	5
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	6
3.1. METODOLOGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	6
3.1.1. Motores de Busca/ Palavras –chave:.....	6
3.1.2. Critérios de Inclusão e de Exclusão da Pesquisa Bibliográfica	6
3.1.3. Pesquisa Bibliográfica.....	7
3.2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	8
3.2.1. Tipo de Estudo	8
3.2.2. Tipo de Amostra.....	8
3.2.3. Amostra.....	8
3.2.4. Critérios de Inclusão e de Exclusão da Seleção da Amostra.....	8
3.2.5. População de Estudo (n=).....	8
3.2.6. Caracterização da População em Estudo.....	8
3.2.7. Questionário	9
3.2.7.1. Tipo de Questionário.....	9
3.2.7.2. Elaboração do Questionário	9
3.2.8. Levantamento Epidemiológico de Saúde Oral.....	11
3.2.9. Análise Dados:.....	11
3.2.10. Recolha e Registo de Dados.....	12
3.3. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	14
4. RESULTADOS.....	15
4.1. ICPOD E ICPOS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEM BOCHECHOS E COM BOCHECHOS COM FLÚOR.....	15
4.2. ICPOD E ICPOS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR GÉNERO	15
4.3. ICPOD E ICPOS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR IDADE.....	16
4.4. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEM BOCHECHOS E COM BOCHECHOS COM FLÚOR.....	17
4.5. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR GÉNERO.....	17
4.6. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR IDADE.....	18

4.7.	FREQUÊNCIA DA ESCOVAGEM DENTÁRIA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEM BOCHECHOS E COM BOCHECHOS COM FLÚOR.....	18
4.8.	FREQUÊNCIA DA ESCOVAGEM DENTÁRIA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR GÊNERO	19
4.9.	FREQUÊNCIA DA ESCOVAGEM DENTÁRIA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR IDADE	20
5.	DISCUSSÃO.....	21
6.	CONCLUSÕES	31
7.	BIBLIOGRAFIA	31

CAPÍTULO II – ESTÁGIO SUPERVISIONADO

1.	INTRODUÇÃO.....	35
2.	RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO.....	35
2.1.	Estágio em Clínica Geral Dentária.....	35
2.2.	Estágio Hospitalar.....	36
2.3.	Estágio em Saúde Oral Comunitária	36
3.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	ANEXOS.....	38

CAPÍTULO I - EFICÁCIA DOS BOCHECHOS COM SOLUÇÕES FLUORETADAS NUMA POPULAÇÃO EM ESTUDO

1. INTRODUÇÃO

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas conduzem à saúde oral. As cáries dentárias são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para 2020, metas para a saúde oral que exigem um esforço das ações de promoção e prevenção da saúde.^{1,2,3} O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) desenha assim, uma estratégia global de intervenção assente na promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças orais.^{1,2,4}

A cárie dentária é uma doença multifatorial com uma importante componente infecciosa que se caracteriza, quase sempre, por uma destruição progressiva e centrípeta dos tecidos mineralizados dos dentes.⁵

Invariavelmente, a ausência de tratamento irá conduzir a um avanço da lesão, progredindo em direção à polpa dentária, resultando de um aumento progressivo da sua inflamação e dor.⁶

Apresenta uma elevada prevalência e incidência a nível mundial,^{2,7} afetando 60 a 90% das crianças em idade escolar.⁴ É a causa principal da perda de dentes na população, e como é influenciada por diversos fatores como genéticos, culturais e sociais, admite variações de prevalência e de incidência a nível mundial.⁸

O desenvolvimento da lesão de cárie é caracterizado por uma etiologia complexa e multifatorial,⁹ necessitando da interação de vários fatores em condições críticas, durante um certo período de tempo, para que ela se expresse clinicamente.² Está dependente da inter-relação dos fatores preconizados por Keyes: número e espécies de bactérias constituintes da placa bacteriana, substrato para os microrganismos provenientes da dieta, assim como a suscetibilidade do dente.⁹

A superfície de qualquer dente encontra-se num ciclo constante de desmineralização e remineralização, devido às flutuações do pH intraoral.⁵ Estas superfícies colonizadas por bactérias que constituem a placa bacteriana possuem a capacidade de produzir ácidos a partir da fermentação dos hidratos de carbono consumidos.⁹

Estes ácidos promovem a diminuição de pH na cavidade oral e quando o valor crítico de pH é atingido inicia-se a dissolução dos minerais da estrutura dentária libertando-se iões de cálcio e fosfato, ocorrendo uma desmineralização da superfície dentária que progride em profundidade.¹⁰ O esmalte dentário pode começar a ser dissolvido com pH igual ou menor que 5,5 e a dentina com pH de 6,5.⁹

Se os iões cálcio, fosfato e flúor no meio oral existirem numa concentração superior à existente na estrutura, estes possuem a capacidade de se deslocar para a zona de desmineralização impedindo a perda de estrutura ou a evolução da lesão de cárie.¹¹

Assim sendo, a desmineralização do esmalte não é um processo contínuo e irreversível. A progressão da doença é relativamente lenta nos primeiros estadios, e pode ser controlada e revertida antes de se tornar cavitada, se forem criadas condições favoráveis, que possibilitem assim a remineralização.^{5,9}

Deste modo, a cárie dentária representa um processo dinâmico caracterizado por fases cíclicas de desmineralização e remineralização, sendo cada uma destas fases variável de acordo com as condições da cavidade oral, como a saliva, a placa bacteriana e a flora oral, e ainda com fatores exógenos, designadamente o aporte de flúor e as características da dieta.^{2,12}

Para a quantificação da doença cárie dentária utiliza-se o CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados) que regista o número de dentes cariados, perdidos e obturados, observados num determinado momento, reportando assim a história da doença da pessoa observada, ou seja, a sua experiência de cárie.²

A relação entre cárie dentária e os efeitos benéficos dos fluoretos são reconhecidos pela comunidade científica desde o início do século XX,¹³ pois tem desempenhado um papel determinante na diminuição dos índices de cárie dentária das populações.^{3,5,14}

Embora o uso isolado do flúor não impeça o desenvolvimento da cárie dentária, reduzindo apenas a sua progressão, o declínio mundial da manifestação desta doença, tem sido atribuído ao recurso generalizado de uma ou mais formas de utilização do flúor,⁵ como a fluoretação da água de abastecimento público, o uso de dentífricos fluoretados e soluções fluoretadas para bochechos entre outros.¹⁴

Para além da sua ação preventiva, o flúor tem sido considerado um agente com capacidade terapêutica, pela sua ação remineralizante.⁵ A sua ação cariostática parece ser conseguida predominantemente através da sua atuação tópica, por três mecanismos diferentes: inibição do processo de desmineralização, potenciação do processo de remineralização e inibição da ação da placa bacteriana.^{1,5,13,14} A permuta de iões hidróxido da hidroxiapatite por iões flúor resulta da formação de cristais de hidroxiapatite que conferem mais resistência à estrutura dentária.¹⁴

Atualmente recomenda-se que cada indivíduo deve receber 0,05mg/kg/fluoreto por dia para obter a máxima eficácia na redução da cárie dentária.¹⁵

A utilização de flúor é hoje considerada como a medida mais eficaz de prevenção da cárie dentária,^{16,17,18} podendo ser utilizado de forma sistémica ou tópica.^{5,12,19}

A água, o sal, o leite e os comprimidos para as crianças são os meios preferencialmente usados para ações sistémicas.^{4,5,15,20}

A evidência apresentada atualmente por estudos clínicos e laboratoriais demonstra que o efeito do flúor se manifesta essencialmente na fase pós eruptiva, ou seja, que o flúor tem uma ação essencialmente tópica.^{5,13,16,19,21}

Sendo que as pastas dentífricas, as soluções fluoretadas para bochechos, os géis e os vernizes, são os mais utilizados para levar topicamente o flúor ao dente,^{4,5,15,20,22} através do fluoreto de sódio, estanhoso, aminado, fosfatado acidulado ou do monofluorofosfato.⁵

Essa ação é cumulativa. Quanto mais tempo o dente estiver exposto, desde a sua erupção, aos fluoretos, mais resistente se tornará aos ataques ácidos¹³ e tende a ser gradualmente perdida caso a exposição ao flúor seja interrompida.¹⁹ Dá-se particular importância aos dentífricos fluoretados e aos bochechos com soluções fluoretadas.^{21,23}

A remoção da placa bacteriana é de maior interesse na prevenção da cárie dentária, tendo como objetivo a redução drástica das suas potencialidades patogénicas.^{23,24} Os dentífricos fluoretados são considerados como um dos principais agentes pois combinam a utilização do flúor à mecânica da redução do biofilme.^{12,21,25}

Os bochechos com soluções fluoretadas foram aprovados em 1974 pela Food and Drug Administration (FDA)²⁴ em 1975 pela Associação Dentária Americana (ADA),^{23,24} devido à sua eficácia na redução da incidência de cárie dentária quando utilizados diária, semanal ou quinzenalmente em programas escolares, tanto em áreas com água fluoretada ou não.^{23,26}

Devido à sua simplicidade e à sua eficácia, os bochechos com soluções fluoretadas tornaram-se uma medida com interesse em Saúde Pública, por constituírem um método muito simples e económico na prevenção da cárie dentária.^{23,24,27,28}

Alguns estudos apontam que a utilização de soluções fluoretadas para bochechos tem uma eficácia que varia entre os 20% e os 50%^{23,24,26} enquanto que outros estudos só verificam essa eficácia quando os bochechos com soluções fluoretadas estão associados ao uso de dentífricos fluoretados.⁵ Os benefícios tornam-se maiores quando os bochechos são usados a longo prazo,^{3,23} sendo que o efeito cariostático melhora quando os bochechos são associados com outros regimes de flúor.²³

A eficácia dos programas de bochechos com soluções fluoretadas em geral é influenciada por duas variáveis: a concentração e a frequência.²³ As soluções fluoretadas de uso diário habitualmente têm uma concentração de fluoreto de sódio a 0,05% e as de uso semanal ou quinzenal habitualmente têm uma concentração de 0,2%.¹

As soluções fluoretadas para bochechos podem começar a ser usadas a partir dos 5 anos e quando a criança tem capacidade para bochechar.^{1,5,15, 23}

Baixas concentrações de flúor são suficientes para inibir a produção de ácidos pelas bactérias, tendo sido demonstrado que repetidas exposições com baixas concentrações de flúor, promovem uma remineralização eficaz nas lesões de cárie incipientes.²³

Os bochechos com soluções fluoretadas promovem uma rápida subida do teor de flúor na placa bacteriana e o regresso ao nível normal demora cerca de 24 horas,²³ o que leva a

concluir que os bochechos diários serão mais efetivos do que os bochechos quinzenais em relação à diminuição da incidência de lesões de cárie.^{3,23,29}

A combinação simultânea de diferentes métodos, particularmente quando incorporam diferentes concentrações de flúor, frequência de aplicação e modos de administração pode produzir benefícios adicionais.^{21,23}

Um método sistêmico de utilização de flúor em associação com um ou mais métodos tópicos, têm-se revelado mais eficazes que apenas a utilização de um dos métodos isoladamente.^{23,26}

Fatores inertes ao paciente, tais como a idade, a suscetibilidade e a atividade de cárie devem ser tidos em atenção quando se estabelece uma terapêutica múltipla de flúor.^{20,23}

Poderá ocorrer fluorose, devido à ingestão excessiva de flúor, resultando em manifestações a nível dentário, com diferentes graus de severidade, dependendo do período de ingestão, da duração da aplicação e da dose administrada.¹⁴

Apesar da sua longa história e uso, os Médicos Dentistas devem ter conhecimento básico acerca dos produtos fluoretados e da sua segura utilização.²²

A forma como são apresentados, a concentração, a frequência e a posologia correta favorece o seu efeito anti cárie, quando adaptados à terapêutica individual tendo em conta fatores como a idade do paciente e a sua suscetibilidade à atividade cárie.^{12,30}

2. OBJETIVOS

- Comparar o Índice CPOD e o Índice CPOS de crianças que participam num programa quinzenal de bochechos com fluoreto de sódio a 0,2%, com crianças que não participam no programa;
- Determinar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o Índice CPOD no género feminino e masculino;
- Determinar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o Índice CPOD em relação à idade;
- Avaliar os hábitos de higiene orais e a frequência de escovagem da população em estudo.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. METODOLOGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

3.1.1. Motores de Busca/ Palavras –chave:

Para aquisição de suporte teórico que sustenta o presente estudo, foi conduzida uma pesquisa bibliográfica entre janeiro e junho de 2016. Foi limitada, a partir do ano 2001 nas bases de dados científicas Pubmed e ResearchGATE, com as seguintes palavras-chave: “fluorine”, “mouthwashes with sodium fluoride”, “sodium fluoride”, “dental caries”, “prevention oral health”, “DMFT index” e “oral health”.

Consultou-se o site da Direção Geral de Saúde (DGS) e da da World Health Organization (WHO), para recolha de documentos.

Realizou-se uma pesquisa na Revista Acta Pediátrica Portuguesa, em busca de artigos relacionados com o tema.

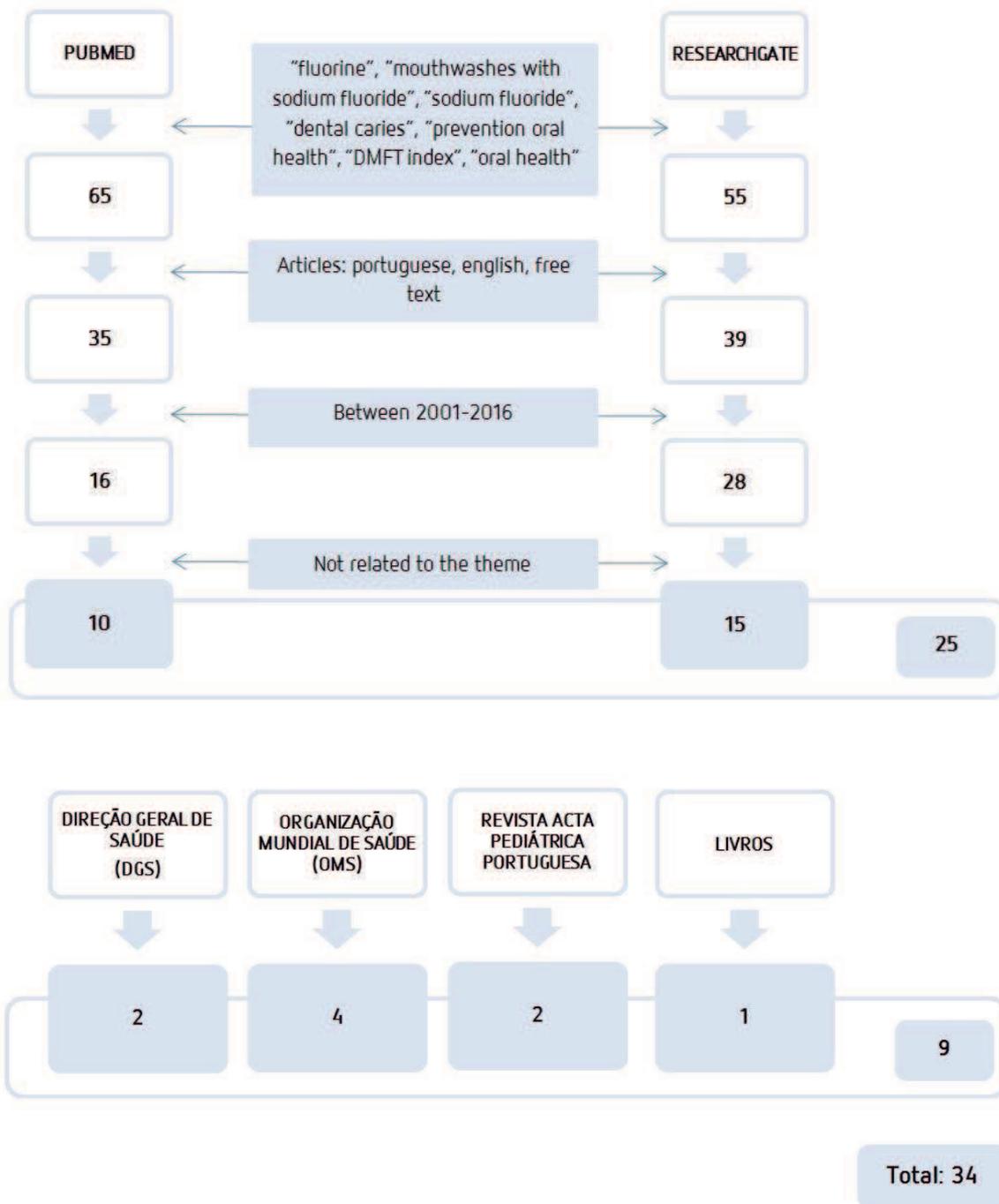
Executou-se uma pesquisa manual de livros relacionados com o tema na Biblioteca Professor Doutor Fernando Oliveira Torres.

3.1.2. Critérios de Inclusão e de Exclusão da Pesquisa Bibliográfica

Como critérios de inclusão: “free full text”, que estivessem escritos em Inglês ou Português, entre o ano 2001 e 2016 e que fossem relacionados com o tema.

Como critérios de exclusão: artigos com acesso restrito, publicados antes de 2001 e que não fossem relacionados com o tema.

3.1.3. Pesquisa Bibliográfica



3.2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.2.1. Tipo de Estudo

Descritivo observacional.

3.2.2. Tipo de Amostra

Amostra de conveniência.

3.2.3. Amostra

A amostra é constituída por um universo de 5679 crianças.

3.2.4. Critérios de Inclusão e de Exclusão da Seleção da Amostra

Critérios de Inclusão: Crianças colaborantes, com idades entre os 5 e os 10 anos, que participassem ou não no programa quinzenal de bochechos com soluções fluoretadas e que fossem portadoras da autorização do Encarregado de Educação para a observação da cavidade oral e respectivo registo, e para responder a algumas perguntas do questionário. Visto que se trata de uma amostra de conveniência, inclui-se o número de crianças a que se teve acesso durante o ESOC (Estágio de Saúde Oral Comunitária).

Critérios de Exclusão: Criança não colaborantes, com idades inferiores a 5 anos e superiores a 10 anos, que não fossem portadoras da autorização do Encarregado de Educação para a observação da cavidade oral e respectivo registo, e para responder a algumas perguntas do questionário. Excluíram-se eventuais dados incorrectamente registados.

3.2.5. População de Estudo (n=)

A população de estudo são 600 crianças: 300 participam no programa quinzenal de bochechos com soluções fluoretadas e 300 não participam, com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos

3.2.6. Caracterização da População em Estudo

A população de estudo total (n=600) foi constituída por dois grupos, conforme gráfico 1. Um grupo de crianças que faziam bochechos com soluções fluoretadas (n1=300, 50%), designado grupo 1 e um grupo de crianças que não faziam os bochechos (n2=300, 50%), designado grupo 2.

A população de estudo foi caracterizada por género, constituída por crianças do género masculino (n3=316, 52,67%) e do género feminino (n4=284, 47,33%), conforme gráfico 2.

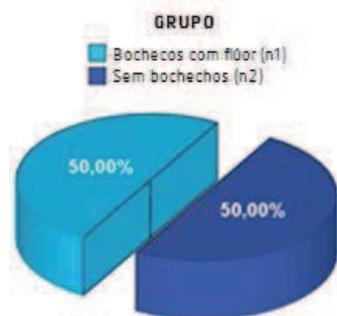


Gráfico 1- Percentagem de participantes por grupo

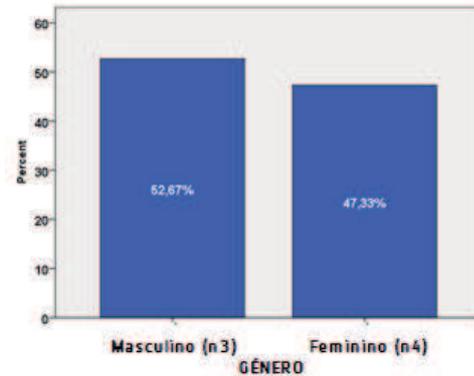


Gráfico 2 – Distribuição da população em estudo por género

Relativamente à idade dos participantes, a população de estudo apresentava uma idade média de 7,85, desvio-padrão 1,37, mínima de 6, máxima de 10; As idades foram distribuídas de acordo com os dados da tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da população em estudo por idade

	N	%
6 Anos	138	23,0
7 Anos	119	19,8
8 Anos	121	20,2
9 Anos	139	23,2
10 Anos	83	13,8

3.2.7. Questionário

3.2.7.1. Tipo de Questionário

Questionário direto com questões fechadas.

3.2.7.2. Elaboração do Questionário

Para a recolha de dados foram selecionadas três questões que constam do anexo 8.

- "7 – How often do you clean your theeth?";

- Tradução não oficial adotada: "7 – Quantas vezes lavas os dentes por dia?"
- Respostas:
 - Never;
 - Several times a month (2-3 times);
 - Once a week;
 - Several times a week (2-6 times);
 - Once a day;
 - 2 or more times a day.
- Tradução não oficial adotada:
 - Nunca;
 - Algumas vezes por mês (2-3 vezes);
 - Uma vez por semana;
 - Algumas vezes por semana (2-6 vezes);
 - Uma vez por dia;
 - Duas ou mais vezes por dia

- "9a – Do you use toothpaste to clean your teeth?";
- Tradução não oficial adotada: "9a – Usas dentífrico para escovar os dentes?"
- Respostas:
 - Yes
 - No
- Tradução não oficial adotada:
 - Sim
 - Não

- "9b – Do you use toothpaste that contains fluoride?";
- Tradução não oficial adotadas: "9b – O dentífrico que usas contém flúor?"
- Respostas:
 - Yes
 - No
 - Don't no
- Tradução não oficial adotada:

- Sim
- Não
- Não sei

3.2.8. Levantamento Epidemiológico de Saúde Oral

Os instrumentos de recolha de dados, para o presente estudo foram:

- Observação da cavidade oral das crianças e o seu respetivo registo epidemiológico (Anexo 4) para determinação do Índice CPOD de acordo com a metodologia Oral Health Surveys, 2013.
- A observação à cavidade oral das crianças realizou-se nas salas de aula das Escolas Básicas durante o período da tarde, de acordo com a mesma metodologia.
- **Calibragem:** Foi efectuada calibragem intra examinador prévia, durante o Estágio de Saúde Oral Comunitária, de acordo com a metodologia de calibragem de examinadores.

3.2.9. Análise Dados:

Fez-se a análise dos dados por estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-22.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes de hipóteses paramétricos, conclui-se que a amostra não segue uma distribuição normal nas variáveis em estudo. Desta forma, foram utilizados testes não-paramétricos de Qui-Quadrado, Teste de Correlação de Spearman, Teste de Mann-Withney e o Teste de Kruskall-Wallis.

O Coeficiente de Correlação de Spearman é uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais. Este coeficiente é obtido através da substituição dos valores das observações pelas respetivas ordens. As medidas de associação quantificam a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis.

O Teste de Mann-Withney é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes.

O teste do Qui-Quadrado (χ^2) serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não aleatória. Foi também utilizada a Continuity Correction^b dado que se tratam de tabelas de 2x2.

O Teste de Kruskal-Wallis é o teste não-paramétrico apropriado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis pelo menos ordinais observadas em duas ou mais amostras independentes.

3.2.10. Recolha e Registo de Dados

Utilizaram-se os Anexos 4 e 8 da World Health Organization, para registar o CPOD e os dados sobre a frequência de escovagem dentária e uso de dentífrico fluoretado dos indivíduos da população de estudo.

7. **How often do you clean your teeth?**

(Put a tick/cross in one box only)

- Never 1
- Several times a month (2–3 times)..... 2
- Once a week 3
- Several times a week (2–6 times)..... 4
- Once a day 5
- 2 or more times a day 6

9.

- a) **Do you use toothpaste to clean your teeth**..... Yes 1 No 2

- b) **Do you use toothpaste that contains fluoride?**..... Yes 1 No 2
- Don't know..... 9

3.3. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Por se tratar de uma amostra de conveniência, não ficou assegurado o critério de uma amostra representativa.

4. RESULTADOS

4.1. ICPOD E ICPOS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEM BOCHECHOS E COM BOCHECHOS COM FLÚOR

Tabela 2 - Média, desvio-padrão, mínimo, máximo e valor de p do teste de Mann-Whitney das variáveis em estudo por grupo

	Bochechos com Flúor (n=300)				Sem bochechos (n=300)				ρ
	Média	dp	Min	Máx	Média	dp	Min	Máx	
Idade	7,82	1,22	6	10	7,88	1,51	6	10	,649
Total Dentes	22,58	1,86	15	28	22,85	1,57	17	27	,096
Dentes Cariados	,81	1,21	0	6	2,41	2,48	0	11	,000
Dentes Perdidos	,02	,19	0	3	,12	,49	0	4	,000
Dentes Obturados	,33	,83	0	5	,64	1,17	0	5	,001
ICPOD	1,15	1,47	0	6	3,16	2,85	0	13	,000
Total Superfícies	101,70	9,00	66	128	102,78	7,50	73	123	,181
Superfícies Cariadas	1,26	2,19	0	17	3,53	4,51	0	29	,000
Superfícies Perdidas	,08	,95	0	15	,50	2,10	0	15	,000
Superfícies Obturadas	,51	1,51	0	15	1,04	2,49	0	20	,002
ICPOS	1,86	2,81	0	17	5,08	5,93	0	34	,000

4.2. ICPOD E ICPOS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR GÊNERO

Tabela 3 - Média, desvio-padrão, mínimo, máximo e valor de p do teste de Mann-Whitney das variáveis em estudo por gênero

	Masculino (n=316)				Feminino (n=284)				ρ
	Média	dp	Min	Máx	Média	dp	Min	Máx	
Idade	7,94	1,36	6	10	7,75	1,38	6	10	,105
Total Dentes	22,70	1,71	15	28	22,74	1,76	15	28	,599
Dentes Cariados	1,63	2,19	0	11	1,58	2,00	0	9	,932
Dentes Perdidos	,07	,41	0	4	,06	,33	0	3	,978
Dentes Obturados	,48	1,02	0	5	,49	1,04	0	5	,863
ICPOD	2,19	2,58	0	13	2,13	2,36	0	11	,853
Total Superfícies	102,09	8,36	66	128	102,42	8,23	68	128	,488
Superfícies Cariadas	2,40	3,69	0	29	2,40	3,76	0	29	,973
Superfícies Perdidas	,31	1,68	0	15	,27	1,59	0	15	,983
Superfícies Obturadas	,81	2,26	0	20	,74	1,85	0	20	,882
ICPOS	3,52	5,06	0	29	3,42	4,73	0	34	,772

4.3. ICPOD E ICPOS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR IDADE

Tabela 4 – Média, desvio-padrão, mínimo, máximo e valor de p do Teste Kruskal-Wallis das variáveis em estudo por idade

	6 anos (n=138)					7 anos (n=119)					8 anos (n=121)					9 anos (n=139)					10 anos (n=83)					p
	Média	dp	Min	Max		Média	dp	Min	Max		Média	dp	Min	Max		Média	dp	Min	Max		Média	dp	Min	Max		
Total Dentes	21,98	1,92	15	24		22,49	1,69	16	24		23,13	1,41	17	28		23,09	1,49	15	26		23,05	1,83	16	28	,000	
Dentes Cariados	1,72	2,08	0	10		1,45	2,00	0	9		1,11	1,56	0	8		1,96	2,28	0	10		1,78	2,53	0	11	,039	
Dentes Perdidos	,07	,412	0	4		,06	,397	0	3		,01	,091	0	1		,09	,432	0	3		,11	,442	0	2	,193	
Dentes Obturados	,46	1,11	0	5		,45	0,99	0	5		,43	0,32	0	5		,55	1,07	0	5		,53	1,04	0	5	,381	
ICPOD	2,26	2,49	0,00	10,00		1,96	2,46	0,00	10,00		1,55	1,78	0,00	8,00		2,60	2,63	0,00	11,00		2,42	2,92	0,00	13,00	,026	
Total de Superfícies	98,33	9,26	68	108		101,54	7,84	72	114		104,14	6,66	73	128		104,12	7,28	66	128		103,84	8,75	68	128	,000	
Superfícies Cariadas	2,24	2,91	0	20		2,20	3,98	0	29		1,78	3,14	0	20		3,08	4,06	0	20		2,71	4,52	0	29	,027	
Superfícies Perdidas	,25	1,29	0	10		,29	1,98	0	15		,04	0,45	0	5		,44	2,07	0	15		,47	1,90	0	9	,195	
Superfícies Obturadas	,61	1,74	0	15		,66	1,57	0	10		,63	1,35	0	7		,94	2,48	0	20		1,19	3,09	0	20	,284	
ICPOS	3,10	3,70	0,00	20,00		3,15	5,21	0,00	34,00		2,45	3,42	0,00	20,00		4,45	5,63	0,00	26,00		4,37	6,26	0,00	29,00	,024	

4.4. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEM BOCHECHOS E COM BOCHECHOS COM FLÚOR

Tabela 4 - Teste do Qui-Quadrado das variáveis em estudo por grupo

			Bochechos com Flúor	Sem Bochechos	Total	<i>p</i>
Escova os dentes?	Sim	n	291	298	589	
		%	49,4%	50,6%	100,0%	
	Não	n	9	2	11	
		%	81,8%	18,2%	100,0%	0,068
Usa dentífrico?	Sim	n	291	298	589	
		%	49,4%	50,6%	100,0%	
	Não	n	9	2	11	
		%	81,8%	18,2%	100,0%	0,068
O dentífrico contém flúor?	Sim	n	91	117	208	
		%	43,8%	56,3%	100,0%	
	Não	n	22	9	31	
		%	71,0%	29,0%	100,0%	
	Não sabe	n	187	174	361	
		%	51,8%	48,2%	100,0%	0,010

4.5. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR GÉNERO

Tabela 5 - Teste do Qui-Quadrado das variáveis em estudo por género

			Masculino	Feminino	Total	<i>p</i>
Escova os dentes?	Sim	n	312	277	589	
		%	53,0%	47,0%	100,0%	
	Não	n	4	7	11	
		%	36,4%	63,6%	100,0%	0,431
Usa dentífrico?	Sim	n	312	277	589	
		%	53,0%	47,0%	100,0%	
	Não	n	4	7	11	
		%	36,4%	63,6%	100,0%	0,431
O dentífrico contém flúor?	Sim	n	102	106	208	
		%	49,0%	51,0%	100,0%	
	Não	n	19	12	31	
		%	61,3%	38,7%	100,0%	
Não sabe	n	195	166	361		
	%	54,0%	46,0%	100,0%	0,319	

4.6. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR IDADE

Tabela 6 - Teste do Qui-Quadrado das variáveis em estudo por idade

		6 anos	7 anos	8 anos	9 anos	10 anos	Total	p					
Escova os dentes?	Sim	n	134	n	116	n	120	n	139	n	80	589	0,205
		%	22,8%	%	19,7%	%	20,4%	%	23,6%	%	13,6%	100,0%	
	Não	n	4	n	3	n	1	n	0	n	3	11	
		%	36,4%	%	27,3%	%	9,1%	%	0,0%	%	27,3%	100,0%	
Usa dentífrico?	Sim	n	134	n	116	n	120	n	139	n	80	589	0,205
		%	22,8%	%	19,7%	%	20,4%	%	23,6%	%	13,6%	100,0%	
	Não	n	4	n	3	n	1	n	0	n	3	11	
		%	36,4%	%	27,3%	%	9,1%	%	0,0%	%	27,3%	100,0%	
O dentífrico contém flúor?	Sim	n	24	n	28	n	40	n	73	n	43	208	0,000
		%	11,5%	%	13,5%	%	19,2%	%	35,1%	%	20,7%	100,0%	
	Não	n	8	n	11	n	7	n	3	n	2	31	
		%	25,8%	%	35,5%	%	22,6%	%	9,7%	%	6,5%	100,0%	
	Não sabe	n	106	n	80	n	74	n	63	n	38	361	
		%	29,4%	%	22,2%	%	20,5%	%	17,5%	%	10,5%	100,0%	

4.7. FREQUÊNCIA DA ESCOVAGEM DENTÁRIA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO SEM BOCHECHOS E COM BOCHECHOS COM FLÚOR

Tabela 7 - Teste do Qui-Quadrado das variáveis em estudo por grupo

Frequência de Escovagem		Bochechos com Flúor		Sem Bochechos	Total	p
2-3 vezes p/ mês	Sim	n	7	1	8	0,075
		%	87,5%	12,5%	100,0%	
	Não	n	293	299	592	
		%	49,5%	50,5%	100,0%	
1 vez p/ semana	Sim	n	14	5	19	0,062
		%	73,7%	26,3%	100,0%	
	Não	n	286	295	581	
		%	49,2%	50,8%	100,0%	
2-6 vezes p/ semana	Sim	n	15	26	41	0,106
		%	36,6%	63,4%	100,0%	
	Não	n	285	274	559	
		%	51,0%	49,0%	100,0%	
1 vez p/ dia	Sim	n	70	72	142	0,923
		%	49,3%	50,7%	100,0%	
	Não	n	230	228	458	
		%	50,2%	49,8%	100,0%	
2 ou mais vezes p/ dia	Sim	n	185	194	379	0,498
		%	48,8%	51,2%	100,0%	
	Não	n	115	106	221	
		%	52,0%	48,0%	100,0%	

4.8. FREQUÊNCIA DA ESCOVAGEM DENTÁRIA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR GÊNERO

Tabela 8 - Teste do Qui-Quadrado das variáveis em estudo por gênero

Frequência de Escovagem			Masculino	Feminino	Total	p	
2-3 vezes p/ mês	Sim	n	6	2	8	0,359	
		%	75,0%	25,0%	100,0%		
	Não	n	310	282	592		
		%	52,4%	47,6%	100,0%		
1 vez p/ semana	Sim	n	9	10	19		0,813
		%	47,4%	52,6%	100,0%		
	Não	n	307	274	581		
		%	52,8%	47,2%	100,0%		
2-6 vezes p/ semana	Sim	n	26	15	41	0,206	
		%	63,4%	36,6%	100,0%		
	Não	n	290	269	559		
		%	51,9%	48,1%	100,0%		
1 vez p/ dia	Sim	n	80	62	142		0,365
		%	56,3%	43,7%	100,0%		
	Não	n	236	222	458		
		%	51,5%	48,5%	100,0%		
2 ou mais vezes p/ dia	Sim	n	185	194	379	0,169	
		%	48,8%	51,2%	100,0%		
	Não	n	115	106	221		
		%	52,0%	48,0%	100,0%		

4.9. FREQUÊNCIA DA ESCOVAGEM DENTÁRIA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO POR IDADE

Tabela 9 - Teste do Qui-Quadrado das variáveis em estudo por idade

Frequência de Escovagem		6 anos		7 anos		8 anos		9 anos		10 anos		Total	<i>p</i>
2-3 vezes p/ mês	Sim	n	3	n	1	n	3	n	1	n	0	8	0,450
		%	37,5%	%	12,5%	%	37,5%	%	12,5%	%	0,0%	100,0%	
	Não	n	135	N	118	n	118	n	138	n	83	592	0,629
		%	22,8%	%	19,9%	%	19,9%	%	23,3%	%	14,0%	100,0%	
1 vez p/ semana	Sim	n	4	n	3	n	6	n	5	n	1	19	0,353
		%	21,1%	%	15,8%	%	31,6%	%	26,3%	%	5,5%	100,0%	
	Não	n	134	n	116	n	115	n	134	n	82	581	0,001
		%	23,1%	%	20,0%	%	19,8%	%	23,1%	%	14,1%	100,0%	
2-6 vezes p/ mês	Sim	n	9	n	12	n	4	n	10	n	6	41	0,001
		%	22,0%	%	29,3%	%	9,8%	%	24,4%	%	14,6%	100,0%	
	Não	n	129	n	107	n	117	n	129	n	77	559	0,001
		%	23,1%	%	19,1%	%	20,9%	%	23,1%	%	13,8%	100,0%	
1 vez p/ dia	Sim	n	50	n	30	n	21	n	25	n	16	142	0,001
		%	35,2%	%	21,1%	%	14,8%	%	17,6%	%	11,3%	100,0%	
	Não	n	88	N	89	n	100	n	114	n	67	458	0,001
		%	19,2%	%	19,4%	%	21,8%	%	24,9%	%	14,6%	100,0%	
2 ou mais vezes p/ dia	Sim	n	68	n	70	n	86	n	98	n	57	379	0,001
		%	17,9%	%	18,5%	%	22,7%	%	25,9%	%	15,0%	100,0%	
	Não	n	70	n	49	n	35	n	41	n	26	221	0,001
		%	31,7%	%	22,2%	%	15,8%	%	18,6%	%	11,8%	100,0%	

5. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia dos bochechos com soluções fluoretadas numa população em estudo.

Os resultados deste estudo indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os Índices CPOD e CPOS bem como no número de dentes e superfícies cariadas, perdidas e obturadas entre os dois grupos distintos: grupo 1 - crianças que realizam bochechos com soluções fluoretadas e grupo 2 - crianças que não realizam os bochechos.

Foram encontradas diferenças significativas entre o número total de dentes e de superfícies, número de dentes e de superfícies cariadas, nos Índices CPOD e CPOS de acordo com a idade.

Foi ainda encontrada uma associação entre o conhecimento das crianças relativamente à presença de flúor no dentífrico que usam e ao grupo a que pertencem (grupo 1 e 2), como também em relação à idade.

Foi encontrada outra associação entre a frequência da escovagem dentária (realizada 1 vez p/ dia e 2 ou mais vezes p/ dia) e a idade.

Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do grupo 1 e do grupo 2, relativamente ao número de dentes cariados, perdido e obturados, e ao número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas cuja média se apresenta superior no grupo 2.

Relativamente ao Índice CPOD, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, cuja média se apresentou superior no grupo 2 com 3,16 face ao grupo 1 cuja média foi de 1,15.

De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), a gravidade da doença cárie no grupo 1 é muito baixa por se verificar inferior a 1,2, enquanto que no grupo 2 é moderada porque o valor deste se encontra entre o intervalo de 2,7 e 4,4.³³

As crianças do grupo 1 apresentam médias inferiores em relação às superfícies cariadas, perdidas e obturadas quando comparadas com as crianças do grupo 2.

Em relação ao Índice CPOS, constatou-se que independentemente do grupo, há crianças que não apresentam superfícies cariadas, perdidas e obturadas, sendo o ICPOD=0 e ICPOS=0.

Quando comparado o número máximo de superfícies cariadas, perdidas e obturadas entre grupos, verificamos que no grupo 1 a criança com mais superfícies cariadas, apresenta 17, enquanto que a do grupo 2 apresenta 29. A criança com mais superfícies perdidas de ambos os grupos, apresenta 15 superfícies. Em relação às superfícies obturadas, a criança com mais superfícies obturadas do grupo 1 tem 15, enquanto que a do grupo 2 apresentava 20.

O Índice CPOS é de 1,86 para o grupo 1, e de 5,08 para o grupo 2, sendo que a criança do grupo 1 com o CPOS mais elevado é de 17 e a do grupo 2 é 34.

Foi realizado um estudo com uma duração de 3 anos para avaliar a eficácia dos bochechos fluoretados, em que o Índice CPOD inicialmente não carecia de diferenças para ambos os grupos. Um dos grupos durante esses três anos realizou os bochechos com soluções fluoretadas e o outro grupo não. No entanto, no final do estudo apareceram diferenças significativas entre eles, sendo que o grupo teste apresentava um índice CPOD de 2,30, enquanto que o grupo controlo apresentava um Índice CPOD de 4,01.²⁶

Aminabadi et al, realizou um estudo com dois grupos de crianças em que um deles tinha acesso ao programa de bochechos com soluções fluoretadas e o outro não. No fim do estudo o Índice CPOD do grupo que realizou os bochechos com soluções fluoretadas, teve uma diminuição de 51,5% quando comparado com o outro grupo que não teve acesso ao programa de bochechos com soluções fluoretadas.¹⁵

Da análise parcelar dos dentes cariados, perdidos e obturados não se verificarem grandes diferenças entre géneros, sendo que a média de dentes cariados, perdidos e obturados para o sexo masculino foi de 1,63, 0,07 e 0,48 respetivamente, e para o sexo feminino é de 1,58, 0,06 e 0,49.

Relativamente ao Índice CPOD, verificou-se que em ambos os géneros, este é mais elevado devido à presença de dentes cariados, seguindo-se os dentes obturados, e por fim os dentes perdidos.

Assim sendo, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, sendo o índice CPOD de 2,19 para o género masculino e de 2,13 para o género feminino.

De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), a gravidade da doença cárie em ambos os géneros é baixa, pois os valores estão no intervalo de 1,2 – 1,6.³³

Segundo o III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais, o Índice de CPOD para o género masculino é de 1,44 e para o género feminino é de 1,30. Quando comparados verificou-se que em ambos os estudos o Índice de CPOD é mais elevado no género masculino do que no género feminino, apesar de se mostrar um pouco discrepante.³⁴

As crianças do género masculino apresentam médias superiores em relação às superfícies perdidas e obturadas quando comparadas com o género feminino, mas a média do total de superfícies cariadas é igual independentemente do género.

Em relação ao Índice de CPOS, constatou-se que independentemente do género há crianças que não apresentam superfícies cariadas, perdidas e obturadas, sendo o ICPOD=0 e ICPOS=0.

A média do Índice CPOS é de 3,52 para o género masculino, e de 3,42 para o género feminino, sendo que o rapaz e a rapariga com o CPOS mais elevado é de 29 e 34, respetivamente.

O índice CPOD é maior no género masculino do que no feminino, mas o Índice CPOS é maior no género feminino do que no masculino.

Relativamente ao número total de dentes, obtiveram-se valores semelhantes para os cinco grupos, em que cada grupo só continha elementos de idade igual. A criança que apresentava menos dentes em boca, pertencia aos grupos dos 6 anos e dos 9 anos, com

15 dentes, por sua vez, a que apresentava mais dentes em boca, pertencia aos grupos dos 8 e dos 10 anos com 28 dentes.

Assim, a média do número total de dentes também se mostrou semelhante entre os grupos, sendo que a média do número total de dentes se apresentava mais alta no grupo das crianças com 8 anos com um valor de 23,13 dentes e apresentava-se mais baixa no grupo das crianças com 6 anos, com um valor de 21,98.

Em relação à média de dentes cariados, perdidos e obturados, a média de dentes cariados varia entre 1,11 no grupo das crianças com 8 anos e 1,96 no grupo das crianças com 9 anos, a média de dentes perdidos varia entre 0,01 no grupo das crianças com 8 anos e 0,11 no grupo das crianças com 10 anos e por fim a média de dentes obturados varia entre 0,43 no grupo das crianças com 8 anos e 0,55 no grupo das crianças com 9 anos.

Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos referentes a cada idade relativamente ao número total de dentes, e de dentes cariados, cuja média do número total de dentes se apresenta superior nas crianças do grupo dos 8 anos e a média do número de dentes cariados é superior no grupo das crianças de 9 anos.

Relativamente ao Índice CPOD, verificou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos das crianças com a mesma idade, cuja média se apresentou superior no grupo dos 9 anos com 2,60, seguindo-se o grupo dos 10 anos com 2,42, o grupo dos 6 anos com 2,26, o grupo dos 7 anos com 1,96 e a média que se apresentou mais baixa foi no grupo dos 8 anos com 1,55.

De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), a gravidade da doença cárie em todos os grupos das diferentes idades é baixa, por se encontrar no intervalo de 1,2-2,6.³³

No que concerne ao número de superfícies dentárias, verificou-se que a média total de superfícies dentárias é semelhante entre os grupos das diferentes idades, variando entre 104,14 no grupo das crianças com 8 anos e 98,33 no grupo das crianças com 6 anos. A criança com menos superfícies dentárias pertence ao grupo dos 9 anos, com 66

superfícies, e no grupo dos 8, 9 e 10 anos é onde está a criança com mais superfícies dentárias, apresenta 128.

As crianças do grupo dos 9 e dos 10 anos apresentam médias superiores em relação às superfícies cariadas, perdidas e obturadas, quando comparadas com as do grupo dos 6, 7 e 8 anos.

Em relação às superfícies cariadas, o grupo das crianças com 9 anos é o que apresenta uma média de superfícies cariadas mais elevada com 3,08 e o grupo das crianças com 8 anos é o que apresenta uma média mais baixa 1,78, sendo que as médias dos outros grupos variam entre estes valores.

Em relação às superfícies perdidas, o grupo das crianças com 10 anos é o que apresenta uma média mais elevada de superfícies perdidas com 0,47 e novamente o grupo das crianças com 8 anos é o que apresenta a média de superfícies perdidas mais baixa com 0,04, sendo que as médias do resto dos grupos variam entre este intervalo.

Em relação às superfícies obturadas, o grupo das crianças com 10 anos é o que apresenta a média mais elevada de superfícies obturadas com 1,19 e o grupo de crianças dos 6 anos é o que apresenta a média mais baixa, com valor de 0,61.

Em relação ao índice de CPOS, constatou-se que independentemente do grupo, há crianças que não apresentam superfícies cariadas, perdidas e obturadas, sendo o ICPOD=0 e o ICPOS=0.

Quando comparado o número máximo de superfícies cariadas, perdidas e obturadas entre grupos, verificamos que a criança com mais superfícies cariadas, apresenta 29 e pertence ao grupo dos 7 anos e dos 10 anos; a criança com mais superfícies perdidas, apresenta 15 e pertence ao grupo dos 7 anos e dos 9 anos; em relação às superfícies obturadas, a criança com mais superfícies obturadas apresenta 20, e pertence ao grupo dos 9 e 10 anos.

O índice CPOS é de 4,45 para as crianças do grupo dos 9 anos, seguindo-se as crianças do grupo dos 10 anos com uma média de 4,37, as crianças do grupo dos 7 anos com uma média de 3,15, depois as crianças do grupo dos 6 anos com média de 3,10 e a que apresenta a média mais baixa são as crianças do grupo dos 8 anos com 2,45.

Relativamente ao número total de superfícies, ao número total de superfícies cariadas, e ao Índice CPOS verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Quando se averiguaram hábitos de higiene orais da população em estudo por grupo, e quando questionados acerca da realização de escovagem dentária, 589 responderam que sim, sendo que 49,4% pertenciam ao grupo 1 (crianças que realizam bochechos com soluções fluoretadas) e 50,6% pertenciam ao grupo 2 (crianças que não realizam bochechos com soluções fluoretadas); os restantes 11 participantes responderam que não realizavam escovagem dentária, sendo que 81,8% pertencia ao grupo 1 e 18,2% pertencia ao grupo 2.

Quando se questionou a população em estudo acerca do uso de dentífrico para realizar a escovagem dentária, os mesmos 589 responderam que sim; sendo que 49,4% pertenciam ao grupo 1 (crianças que realizam bochechos com soluções fluoretadas) e 50,6% pertenciam ao grupo 2 (crianças que não realizam bochechos com soluções fluoretadas); os restantes 11 participantes responderam que não utilizavam dentífrico, uma vez que já tinham afirmado não realizar a escovagem dentária em que 81,8% pertencia ao grupo 1 e 18,2% pertencia ao grupo 2.

Quando confrontados com a questão de se o seu dentífrico continha flúor, 208 elementos afirmaram que sim, em que 43,8% pertenciam ao grupo 1 e 56,3% pertenciam ao grupo 2, 31 crianças afirmaram que o seu dentífrico não continha flúor em que 71% pertencia ao grupo 1 e 29% pertencia ao grupo 2.

Mais de metade da população, 361 elementos, não sabiam dizer se o seu dentífrico continha ou não flúor. Sendo que 51,8% dessas crianças pertenciam ao grupo 1 e 48,2% pertenciam ao grupo 2.

Verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento acerca da presença ou não de flúor na pasta dentífrica por parte das crianças e a variável grupo ($p=0,010$), que nos indica a existência de uma relação de dependência entre estas duas variáveis.

Quando se averiguaram os hábitos de higiene orais da população em estudo por género, e quando questionados acerca da realização de escovagem dentária, 589 responderam que sim, sendo que 53% pertencem ao género masculino e 47% pertencem ao género feminino; os restantes 11 participantes responderam que não realizavam escovagem dentária em que 36,4% pertencem ao género masculino e 63,6% pertencem ao género feminino.

Quando confrontados com a questão de se o seu dentífrico continha flúor, 208 elementos afirmaram que sim, em que 49% pertencem ao género masculino e 51% pertencem ao género feminino; 31 crianças afirmaram que o seu dentífrico não continha flúor, sendo que 61,3% pertencem ao género masculino e 38,7% pertencem ao género feminino.

Á semelhança do que aconteceu na análise entre os hábitos de higiene oral por grupo (grupo 1 e 2), também agora se verifica que mais de metade da população, 361 não sabe se o seu dentífrico contém ou não flúor - 54% são do género masculino e 46% são do género feminino.

Quando comparados estes dados com o III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais, em que 75,8% do género masculino e 81,7% do género feminino afirmavam escovar os dentes mais do que uma vez por dia, mas quando questionados se escovavam os dentes mais do que uma vez por dia com dentífrico fluoretado, as percentagens baixavam para 31% e 32,7% nos géneros masculino e feminino respetivamente. Este decréscimo de percentagens não só se averigua na escovagem mais do que 1 vez ao dia, como também na escovagem igual ou superior a 2 vezes por dia indo de encontro aos resultados obtidos, verificando-se assim a falta de conhecimento das crianças em relação ao dentífrico que usam.³⁴

Não se verifica nenhuma associação estatisticamente significativa entre os hábitos de higiene oral e o género.

Quando se averiguaram os hábitos de higiene orais da população em estudo por idade, e quando questionados acerca da realização de escovagem dentária, 589 responderam que sim - 23,6% pertencem ao grupo dos 9 anos, 22,8% pertencem ao grupo dos 6 anos, 20,4% pertencem ao grupo dos 8 anos, 19,7% pertencem ao grupo dos 7 anos e os restantes 13,6% pertencem ao grupo dos 10 anos. Os restantes 11 participantes

responderam que não realizavam escovagem dentária em que 36,4% pertencem ao grupo dos 6 anos, 27,3% pertencem ao grupo dos 7 e ao grupo dos 10 anos, e os restantes 9,1% pertencem ao grupo dos 8 anos.

Relativamente ao uso de dentífrico para realizar a escovagem dentária, os mesmos 589 responderam que sim - 23,6% pertencem ao grupo dos 9 anos, 22,8% pertencem ao grupo dos 6 anos, 20,4% pertencem ao grupo dos 8 anos, 19,7% pertencem ao grupo dos 7 anos e os restantes 13,6% pertencem ao grupo dos 10 anos. Os restantes 11 participantes responderam que não usavam dentífrico, uma vez que já tinham referido que não realizavam escovagem dentária, distribuídos da seguinte forma: 36,4% pertencem ao grupo dos 6 anos, 27,3% pertencem ao grupo dos 7 e 10 anos, e os restantes 9,1% pertencem ao grupo dos 8 anos.

Quando confrontados com a questão de se o seu dentífrico continha flúor, 208 elementos afirmaram que sim. Obteve-se a seguinte distribuição: 35,1% pertencem ao grupo dos 9 anos, 20,7% pertencem ao grupo dos 10 anos, 19,2% pertencem ao grupo dos 8 anos, 13,5% pertencem ao grupo dos 7 anos e 11,5% pertencem ao grupo dos 6 anos.

Houve 31 crianças que afirmaram que o seu dentífrico não contém flúor, assim distribuídas: 35,5% que pertencem ao grupo dos 7 anos; 25,8% pertencem ao grupo dos 6 anos; 22,6% pertencem ao grupo dos 8 anos; 9,7% pertencem ao grupo dos 9 anos e 6,5% pertencem ao grupo dos 10 anos.

Mais de metade da população, 361 elementos, não sabe dizer se o seu dentífrico contém ou não flúor. Sendo que: 29,4% pertencem ao grupo dos 6 anos; 22,2% ao grupo dos 7 anos; 20,5% ao grupo dos 8 anos; 17,5% ao grupo dos 9 anos e 10,5% pertence ao grupo dos 10 anos.

Reparou-se que as crianças que responderam "não sei" à pergunta se o seu dentífrico continha flúor, as maiores percentagens são dos grupos dos 6 e 7 anos (mais novos), e o grupo com menor percentagem a responder "não sei" é o das crianças com 10 anos (mais velhas).

Verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento acerca da presença ou não de flúor na pasta dentífrica por parte das crianças e a idade.

Quando se averiguou a frequência da escovagem dentária por grupo, independentemente do grupo a que pertencem, mais de metade da população (379 crianças) afirmou escovar os dentes 2 ou mais vezes por dia, com a seguinte distribuição: 48,8% pertencentes ao grupo 1 e 51,2% ao grupo 2.

Da população em estudo 142 crianças escova os dentes 1 vez por dia, em que 49,3% pertencem ao grupo 1 e 50,7% pertencem ao grupo 2.

Das 68 crianças restantes, 41 delas escova os dentes entre 2 a 6 vezes por semana. De acordo com os resultados obtidos tem-se a seguinte distribuição: 36,6% pertencem ao grupo 1 e 63,4% ao grupo 2; 19 crianças dizem escovar os dentes pelo menos 1 vez por semana, sendo que 73,7% pertencem ao grupo 1 e 26,3% pertencem ao grupo 2.

As 8 crianças restantes, só escovam os dentes 2 a 3 vezes por mês - 87,5% pertencem ao grupo 1 e 12,5% pertencem ao grupo 2.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a frequência de escovagem e o grupo a que pertencem.

Quando se averiguou a frequência da escovagem dentária por género, mais de metade da população (379 crianças) afirma escovar os dentes 2 ou mais vezes por dia, sendo que 48,8% pertencem ao género masculino e 51,2% ao género feminino.

Quando comparados os dados do presente estudo com os dados do III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais, os valores obtidos foram semelhantes. Assim, 48,6% do género masculino e 57,5% do género feminino afirmavam escovar os dentes mais de 2 vezes ao dia.³⁴

Da população em estudo, 142 crianças escovam os dentes 1 vez por dia - 56,3% do género masculino e 43,7% do género feminino; 41 delas escova os dentes entre 2 a 6 vezes por semana, e de acordo com os resultados obtidos, 63,4% pertencem ao género masculino e 36,6% pertencem ao género feminino; 19 crianças dizem escovar os dentes pelo menos 1

vez por semana em que 47,4% é do gênero masculino e 52,6% é do gênero feminino; 8 crianças só escovam os dentes 2 a 3 vezes por mês - 75% do gênero masculino e 25% ao gênero feminino.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a frequência de escovagem e o gênero (masculino ou feminino).

No que concerne à frequência da escovagem dentária, mais de metade da população (379 crianças) afirma escovar os dentes 2 ou mais vezes por dia, sendo que 25,9% pertencem ao grupo dos 9 anos. Segue-se com 22,7%, o grupo dos 8 anos; com 18,5% o grupo dos 7 anos, com 17,9% o grupo dos 6 anos, e por fim com 15% o grupo dos 10 anos.

Referente à escovagem de uma vez por dia, afirmada por 142 crianças, das quais 35,2% pertencem ao grupo dos 6 anos, 21,1% ao grupo dos 7 anos. O grupo dos 9 anos com 17,6% e o grupo dos 8 anos com 14,8%. Por fim o grupo dos 10 anos com 11,3%.

Das 68 crianças que restam, 41 delas escova os dentes entre 2 a 6 vezes por semana, e de acordo com os resultados obtidos 29,3% pertencem ao grupo dos 7 anos; 24,4% pertence ao grupo dos 9 anos e, imediatamente a seguir aparece o grupo dos 6 anos com 22%, o grupo dos 10 anos com 14,6% e em último com 9,8% está o grupo dos 8 anos.

De acordo com os resultados obtidos, as 19 crianças afirmam escovar os dentes 1 vez por semana - 31,6% são crianças pertencentes ao grupo dos 8 anos, 26,3% ao grupo dos 9 anos; seguem-se com 21,1% as crianças com 6 anos; com 15,8% as crianças com 7 anos, por fim as crianças do grupo dos 10 anos com 5,5%.

Dos resultados analisados, 8 crianças só escovam os dentes 2 a 3 vezes por mês, sendo que 37,5% pertence ao grupo dos 6 e dos 8 anos, e 12,5% pertencem ao grupo dos 7 e dos 9 anos.

Verificou-se a existência de associações estatisticamente significativas entre a frequência com que escovam os dentes (2 ou mais vezes ao dia e 1 vez por dia) e a idade.

6. CONCLUSÕES

Da análise dos resultados obtidos, conclui-se:

1. O Índice CPOD das crianças que participam num programa quinzenal de bochechos com fluoreto de sódio a 0,2% é inferior quando comparado com o de crianças que não participam no programa, levando à hipótese que a medida é preventiva.
2. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o Índice CPOD entre o género feminino e masculino;
3. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o Índice CPOD e a idade;
4. Em relação aos hábitos de higiene orais, verifica-se que a maior parte da população em estudo tem o hábito de escovar os dentes e utiliza dentífrico, contudo mais de metade da população não sabe se o dentífrico contém flúor. Em relação à frequência com que se realiza a escovagem dentária a maior parte da população fá-lo pelo menos uma vez por dia, independentemente de realizar ou não bochechos com soluções fluoretadas.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Direção Geral de Saúde - Divisão de Saúde Escolar. 2005. "Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral". Circular Normativa n.º 1/DSE, Lisboa.
2. Melo P, Azevedo A, Henriques M. Cárie dentária – a doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2008; 39(6):253-259
3. Tem Cat JM. Contemporary perspective on the use of fluoride products in caries prevention. *British Dental Journal*. 2013; 214(4):161-167
4. Petersen PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental cáries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004; 32:319-321
5. Costa E, Domingues J, Ferreira JC, Melo P. Tratamento Medicamentoso de Lesões Iniciais de Cárie. Agentes terapêuticos remineralizantes. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2009; 50(1):43-51

6. Veiga N, Pereira C, Amaral O. Prevalence and determinants of dental caries in Portuguese children. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171:995-1002
7. Edelstein BL. The Dental Caries Pandemic and Disparities Problem. *BMC Oral Health*. 2006; 6(1):S2
8. World Health Organization. *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st Century—the approach of the WHO global oral health programme*. Geneva, 2003.
9. I Europe, C. Monography. Oral and Dental Health: Prevention of Dental caries, erosion, gingivitis and periodontitis. *Oral Health Journal*, 2009
10. Touger-Decker R, Louveren C. Sugars and dental caries. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 78(suppl):881S-92S
11. Paes Leme AF, Koo H, Bellato CM, Bedi G, Cury JA. The Role of Sucrose in Cariogenic Dental Biofilm Formation — New Insight. *J Dent Res*. 2006; 85(10): 878-887
12. Tenuta LMA, Cury JA. Fluoride: its role in dentistry. *Braz Oral Res*. 2010; 24(1):9-17
13. Rompante P. Mecanismos preventivos do flúor e cárie dentária. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2009; 40(5):223-8
14. Aoba T, Fejerskov O. Dental Fluorosis: Chemistry and Biology. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2002; 13(2):155-170
15. Aminabadi NA, Balaei E, Pouralibaba F. The Effect of 0.2% Sodium Fluoride Mouthwash in Prevention of Dental Caries According to the DMFT Index. *JODDD*. 2007; 1(2):71-76
16. Fejerskov O. Changing Paradigms in Concepts on Dental Caries: Consequences for Oral Health Care. *Caries Res*. 2004; 38:182-191
17. Iwakura MLH, Morita MC. Prevenção de cárie dentária por bochechos com flúor em município com água fluoretada. *Ver Panam Salud Publica*. 2004; 15(4):256-61
18. Carvalho RB, Medeiros UV, Santos KT, Filho ACP. Influence of different concentrations of fluoride in the water on epidemiologic indicators of oral health/disease. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(8):3509-3518
19. Hellwing E, Lennon AM. Systemic versus Topical Fluoride. *Caries Res*. 2004; 38:258-262

20. Maheswari SU, Raja J, Kumar A, Seelan RG. Caries management by risk assessment: A review on current strategies for caries prevention and management. *J Pharm Bioall Sci*. 2015; 7:S320-4
21. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003; 4: 1-177
22. Bansal A, Ingle NA, Kaur N, Ingle E. Recent advancements in fluoride: A systematic review. *J Int Soc Prevent Communit Dent*. 2015; 5:341-6.
23. Pereira A. CÁRIES DENTÁRIAS Etiologia e Prevenção. 2ed. Portugal: Medisa – Edições e Divulgações Científicas, Lda; 1995
24. Garritano-Papa E. Mouthrinse with fluorides solutions: their efficacy when cariostatic agente. *Revista Fulminense de Odontologia*. 2013; 39(1): 23-28
25. Reisine ST, Psoter W. Socioeconomic Status and Selected Behavioral Determinants as Risk Factors for Dental Caries. *Journal of Dental Education*. 2001; 65(10): 1009-1016
26. Chen CJ-A, Ling KS, Esa R, Chia JC, Eddy A, Yaw SL. A school-based fluoride mouth rinsing programme in Sarawak: a 3-year field study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010; 38: 310–314
27. Newbrun E. Topical Fluorides in Caries Prevention and Management: A North American Perspective. *Journal of Dental Education*. 2001; 65(10): 1078-1083
28. Zero DT. Dentifrices, mouthwashes, and remineralization/caries arrestment strategies. *BMC Oral Health*. 2006; 6(1):S9
29. Nishikawara F, Nomura Y, Tamaki Y, Katsumura S, Asada Y, Hanada N, Petersen PE. Fluoride-containing mouthrinses in the European countries. *Pediatric Dental Journal*. 2006; 16(1): 118-122
30. Jagan P, Fareed N, Battur H, Khanagar S, Bhat M, Basapathy R. Effectiveness of sodium fluoride mouthrinses on the prevention of dental caries: A systematic review. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2015; 13(2):110-115
31. World Health Organization. Oral Health Surveys – Basic Methods – Fifth Edition 2013 – Annex 4
32. World Health Organization. Oral Health Surveys – Basic Methods – Fifth Edition 2013 – Annex 8

33. World Health Organization. Oral Health Surveys – Basic Methods – Fifth Edition 2013 – Página 74
34. Direção Geral de Saúde - “Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral” – III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Novembro 2015

CAPÍTULO II – ESTÁGIO SUPERVISIONADO

1. INTRODUÇÃO

O estágio supervisionado é uma etapa importante no processo de desenvolvimento e aprendizagem, como promotor de oportunidades de vivenciar e experienciar, na prática, conteúdos académicos, propiciando desta forma, a aquisição de conhecimentos e modos de agir. Permite a troca de experiências entre colegas e professores e o intercâmbio de novas ideias, conceitos, planos e estratégias.

O Estágio de Medicina Dentária é um período tutelado e orientado que visa a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso através de um exercício clínico eminentemente prático. É dividido em três áreas:

- Estágio em Clínica Geral Dentária;
- Estágio Hospitalar;
- Estágio de Saúde Oral e Comunitária.

2. RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

2.1. Estágio em Clínica Geral Dentária

Esta componente do estágio decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde localizada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, em Gandra – Paredes, durante 4 horas semanais, às terças-feiras das 19h às 23h. Teve início no dia 18 de setembro de 2015 e término a 14 de junho de 2016, compreendendo um total de 180 horas.

A orientação e supervisão deste estágio esteve a cargo do Mestre João Baptista e da Mestre Paula Malheiro.

Teve como objetivo proporcionar ao aluno competências médico-dentárias onde este pudesse aprimorar a sua responsabilidade, a autonomia e a interação com os pacientes.

O número de atos clínicos realizados durante o Estágio em Clínica Geral Dentária são referenciados no Anexo 1.

2.2. Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar decorreu no Hospital da Senhora da Oliveira em Guimarães. Teve início dia 21 de setembro de 2015 e terminou dia 13 de junho de 2016, sendo realizado às segundas-feiras, entre as 9h e as 12:30h.

Do dia 21 de setembro 2015 ao dia 25 de janeiro de 2016 foi supervisionado pela Professora Doutora Ana Azevedo. A partir do dia 01 de janeiro de 2016 até ao dia 13 de junho de 2016 ficou a cargo do Mestre Raúl Pereira. Compreendeu um total de 120 horas de trabalho.

A dinâmica de trabalho neste estágio, permite ao aluno melhorar a sua qualidade de trabalho e alcançar maior destreza e rapidez na prática dos atos médico-dentários devido ao elevado número de pacientes. Foi bastante importante a interação com pacientes polimedicados e com patologias de várias especialidades médicas, com pacientes com limitações cognitivas e/ou motoras, permitindo assim correlacionar conceitos teóricos com a prática clínica.

O número de atos clínicos realizados durante o Estágio Hospitalar são referenciados no Anexo 2.

2.3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio de Saúde Oral Comunitária decorreu às quartas-feiras, entre as 14h e as 17h30, de 16 de setembro de 2015 a 15 de junho de 2016, num total de 120 horas, sob a supervisão do Prof. Doutor Paulo Rompante.

Numa primeira etapa, de setembro a dezembro de 2015, teve lugar no IUCS (Instituto Universitário de Ciências da Saúde). Foi planificada a forma como nos propúnhamos a intervir na educação e promoção da Saúde Oral em cada um dos grupos incluídos no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, designadamente, grávidas, adultos seniores, indivíduos com HIV, crianças e adolescentes, de acordo com o estipulado pela Direção Geral de Saúde (DGS). Foi realizado o trabalho teórico e a preparação das atividades para poderem ser implementadas a partir de janeiro ao grupo destinatário - as crianças.

Posteriormente o trabalho foi executado na Escola da Bela - Ermesinde (Jardim de Infância e E.B.1) tendo como base o Programa Nacional de Promoção e Saúde Oral.

Foram desenvolvidas diversas atividades lúdicas, com a finalidade de promover a saúde oral das crianças, numa perspetiva preventiva. Todas actividades foram gratificantes quer para a estagiária, quer para as crianças com as quais se interagiu. Realizou-se o levantamento de dados epidemiológicos dos alunos da escola, utilizando-se os anexos 4 e 8 da Organização Mundial de Saúde (WHO), metodologia 2013.

A planificação e o cronograma das atividades realizadas constam no Anexo 3.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das três componentes do estágio alia conhecimento académico à experiência vivencial do ambiente de trabalho, uma vez que elucida e complementa na prática os temas abordados durante a componente teórica. Permite ao aluno ampliar o leque de realidades com as quais se pode deparar durante a sua vida profissional.

Os docentes contribuem como orientadores e facilitadores do processo de aprendizagem e profissionalização dos alunos, e contribuindo para colaborarem na preparação dos estagiários no que concerne ao assumir de um papel importante na sociedade, como profissionais.

É crucial aproveitar as oportunidades de crescimento e desenvolvimento durante o estágio. Oferece um novo olhar para o futuro, através da construção de um novo projeto de vida e carreira profissional.

ANEXOS

ANEXO 1 – Tabela Estágio Clínica Geral Dentária

ANEXO 2 – Tabela Estágio Hospitalar

ANEXO 3 – Tabelas do Estágio de Saúde Oral Comunitária

ANEXO 1

ESTÁGIO CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

Tabela 7- Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Geral Dentária.

	Operadora	Assistente	TOTAL
Exodontias	7	6	13
Destartarizações	5	4	9
Dentisteria	14	16	30
Endodontias (1ª e 2ª sessão)	7	2	9
Profilaxia	0	0	0
Triagem	3	3	6
Outros	3	0	3
TOTAL:	39	31	70

ANEXO 2

ESTÁGIO HOSPITALAR

Tabela 8- Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio Hospitalar.

	Operadora	Assistente	TOTAL
Exodontias	26	29	55
Destartarizações	20	10	30
Dentisteria	14	17	31
Endodontias (1ª e 2ª sessão)	2	2	4
Triagem	11	15	26
Outros	1	1	2
TOTAL:	74	74	148

ANEXO 3

ESTÁGIO SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA

Tabela 9- Planificação de atividades a realizar para os grupos incluídos no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

GRUPOS	ACTIVIDADES
Idade Pré – Escolar (3-5anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeos elucidativos: hábitos de sucção não nutritiva e higiene oral - Jogos interactivos (dente são vs dente cariado relacionado com a alimentação) - Livro de atividades
Idade Escolar (6-7anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo de curiosidades (higiene oral e hábitos alimentares) - Vídeo como realizar a higiene oral - Jogo sobre a quantidade de açúcar contido em várias bebidas - Livro de atividades
Idade Escolar (8-9 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação: (evolução da doença cárie, e outras doenças da cavidade oral) - Poster sobre Higiene Oral (introdução da higienização com o fio dentário e considerações a crianças portadoras de aparelho ortodôntico) - Elaboração de um dicionário (dicionário ilustrado com termos de Medicina Dentária)
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Power point/ desdobráveis sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene Oral e meios auxiliares; 2. Doenças orais, 3. Traumatismos e protetores orais 4. Terceiros molares 5. Fatores extrínsecos e intrínsecos que alteram a cavidade oral 6. Piercings orais 7. Cheque dentista 8. A importância da prevenção/ tratamento
Séniore (+65 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Poster / power point: <ol style="list-style-type: none"> 1. Alterações intra e extra orais do paciente edentulo 2. Cuidados a ter com a prótese e a sua higienização 3. Uso de adesivos protéticos e durabilidade das próteses 4. Doenças orais (problemas mais frequentes com
Grávida	<ul style="list-style-type: none"> -Power point/ desdobrável: <ol style="list-style-type: none"> 1. Alterações da cavidade oral durante a gravidez 2. Cuidados a ter com o bebe (higienização da cavidade oral, 1ª ida ao Médico Dentista, idade de erupção dos dentes, etc..) 3. Cheque dentista
Portadores de HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Power point/ flyer: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados a ter e alguns conselhos importantes 2. Cheque dentista

Tabela 10- Cronograma de Actividades do Estágio de Saúde Oral Comunitária realizadas no JI/EB1 de Bela - Ermesinde

DATA	TURMA	ATIVIDADES
27 Janeiro		Aprovação do Cronograma
3 Fevereiro	EB1: T1	A
	EB1: T2	A + B
10 Fevereiro		Férias de Carnaval
17 Fevereiro	EB1: T4 e T5	A + B
	EB1: T6	A
24 Fevereiro	PRÉ: T1	B + C
	EB1: T1	B
	EB1: T7	A
2 Março	EB1: T6	B + C
	EB1: T7	B
9 Março		Visita de Estudo dos alunos do JI/EB1 da Bela
16 Março	EB1: T3 e T4	B + C
	EB1: T5	C
23 Março 30 Março		Férias da Páscoa
6 Abril	PRÉ: T1	B
	EB1: T2 e T6	A
13 Abril	EB1: T1 e T3	B
	EB1: T7	A
20 Abril	PRÉ: T1	A
	EB1: T4	A + C
	EB1:T5	A
27 Abril	EB1: T2 e T6	B
4 Maio		Queima das Fitas
11 Maio	PRÉ: T1	B + C
	EB1: T3	A + B
	EB1: T7	B
18 Maio	EB1: T1	A
	EB1: T6	B
25 Maio	PRÉ: T1	C
	EB1: T4 e T5	C

Legenda:

- A- Realização de Actividades
- B- Recolha de Dados Epidemiológicos
- C- Acompanhamento e Avaliação da Escovagem Dentária